

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RODRIGUEZ	ALCIVAR	MARICARMEN TERESA	30	08	1965	60 años, 10 meses, 8 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304814930	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	EL CUELLO y	098-442-2434 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1304814930	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2026	07	08
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutiva	☐	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☒		

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 60 AÑOS DE EDAD, APP: HIPERTENSA, AA: NO REFIERE ACUDE A CENTRO DE SALUD REFIRIENDO CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR CEFALEA DE INTENSIDAD SEVERA, PREDOMINANTEMENTE EN HORARIO MATUTINO Y NOCTURNO, DE EVOLUCIÓN PROGRESIVA, QUE LIMITA SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS. ASOCIA APARICIÓN DE TUMEFACCIÓN EN REGIÓN RETROAURICULAR DERECHA "BOLA" DETRÁS DE LA OREJA DERECHA, DOLOROSA A LA PALPACIÓN, COINCIDIENDO CON LOS EPISODIOS DE MAYOR INTENSIDAD DEL DOLOR. REFIERE QUE LA SINTOMATOLOGÍA HA PRESENTADO EXACERBACIÓN PROGRESIVA, SIN MEJORÍA SATISFACTORIA CON MANEJO ANALGÉSICO HABITUAL. POR LAS CARACTERÍSTICAS DEL CUADRO, LA PERSISTENCIA, LA INTENSIDAD DE LA CEFALEA Y LA PRESENCIA DE TUMEFACCIÓN RETROAURICULAR DERECHA, SE CONSIDERA NECESARIA VALORACIÓN ESPECIALIZADA POR NEUROLOGÍA PARA COMPLEMENTAR ESTUDIO DIAGNÓSTICO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN ESPERA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TUMEFACCION, MASA O PROMINENCIA LOCALIZADA EN LA CABEZA	R220	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-08	08:06	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad

Contrarefiere o Referencia inversa a:				Fecha		
			/			
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area	día	mes	año

2. Resumen del cuadro clinico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-08	08:06	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

