

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	ALCIVAR	INES MARIA DE LAS MERCEDES	20	10	1966	58 años, 2 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306019470	MANABI	CHONE	CANUTO	CDLA VIRGEN DE GUADALUPE y X	099-432-8656 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1306019470	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología	2025	01	06
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

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

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINO DE 58 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA POR SOLICITUD DE REFERENCIA A NEUROLOGIA. APP: NO REFIERE. ALERGIA: A LA PENICILINA. APQ: 2 CESAREAS, APENDICECTOMIA, HERNIOGRAFIA HACE DOS MESES. APF: PADRES Y HERMANA CON HIPERTENSION ARTERIAL. PACIENTE REFIERE SUFRIR DESDE HACE APROXIMADAMENTE 20 AÑOS EPISODIOS DE CEFALEA HEMICRANEANA IZQUIERDA DE MODERADA INTENSIDAD, REFIERE ADEMAS TAMBIEN DOLOR EN OJO IZQUIERDO, MANIFIESTA QUE SUELE TOMAR FINALIN CUANDO LE OCURRE, DURANDO TREINTA MINUTO APROXIMADAMENTE LOS EPISODIOS DE CEFALEA. REFIERE HABERSE GOLPEADO FUERTEMENTE EN PARIETAL IZQUIERDO HACE 20 AÑOS POR LO QUE SE SOLICITA VALORACION. PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, CONSCIENTE ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, AFEBRIL A LA CONSULTA. SIGNOS VITALES DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES. SE SOLICITA VALORACION DE ESPECIALISTA DE NEUROLOGIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PENDIENTES

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CEFALEA DEBIDA A TENSION	G442	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-06	12:07	Medicina Rural	IRMA MARIA VERA PONCE	1312499682	

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
2025-01-06	12:07	Medicina Rural	IRMA MARIA VERA PONCE	1312499682	

