

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
FALCONEZ	CHAVEZ	BELLA MERCEDES	23	06	1964	60 años, 9 meses, 10 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306270594	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	EL VERGEL y	095-874-9457 /
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	1306270594	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2025	04	02
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 DE 60 AÑOS, CON APP: NO REFIERE, APF: NO REFIERE, ACUDE CON CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR CEFALÉAS INTERMITENTES DE MODERADA INTENSIDAD, SIN AURA, DE 2 MESES DE EVOLUCIÓN, PACIENTE REFIERE QUE APARECIERON POSTERIOR A CAIDA DE PROPIA ALTURA, EN LA CUAL REFIERE TUVO LESIÓN ABIERTA DE CABEZA DE APROXIMADAMENTE 5 CM QUE REQUIRIÓ SUTURA. AL EXAMEN FÍSICO NORMAL. PACIENTE AL MOMENTO ORIENTADA, ESTABLE, COLABORA CON INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CEFALEA POSTRAUMÁTICA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CEFALEA POSTRAUMATICA CRONICA	G443		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-04-02	13:58	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	

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
2025-04-02	13:58	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	