

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRAVO	PONCE	LEONOR MARIA	04	11	1968	56 años, 9 meses, 2 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306390160	MANABI	CHONE	CANUTO	LIMON VIA CANUTO y	099-419-1444 /
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	1306390160	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2025	08	06
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 FEMENINO DE 56 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA POR SOLICITUD DE REFERENCIA A NEUROLOGIA. APP: MIGRAÑA, HIPERTENSION ARTERIAL LOSARTAN DE 100 MG CLORTALIDONA Y CARVEDILOL 12.5. ALERGIAS: AJI. APQ: CESAREA COLICISTECTOMIA. APF: PADRES FALLECIDOS CON DIABETES MELLITUS E HIPERTENSION ARTERIAL. PACIENTE RESIDENTE DE LIMON 1. PA: 110/70. TEST DE FINDRISK: 11 PUNTOS RIESGO BAJO. TAMIZAJE DE PRESION ARTERIAL REALIZADO. RIESGO CARDIOVASCULAR BAJO. REFIERE DIAGNOSTICO DE MIGRAÑA ANTERIORMENTE CON CONTROL CON NEUROLOGO EN EL HOSPIATL DE CHONE ACUDE PARA RENOVACION DE REFERENCIA PARA EVALUACION DE TRATAMIENTO POSTERIOR A 6 MESES. REFIERE CEFALEA Y NAUSEAS, SE DA CONSEJERIA DE PREVENCIÓN DE SINTOMATOLOGIA. PACIENTE CONSCIENTE ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, AFEBRIL A LA CONSULTA. EXAMEN FISICO NORMAL. SE DA CONSEJERIA DE ALIMENTACION SALUDABLE Y ACTIVIDAD FISICA. SE SOLICITA CONTINUAR CON VALORACION DE ESPECIALISTA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PENDIENTES

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MIGRAÑA, NO ESPECIFICADA	G439	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-06	10:37	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 clínico

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
2025-08-06	10:37	Medicina Rural	IRMA MARIA VERA PONCE	1312499682	

