

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres           | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| ZAMBRANO         | HERRERA          | WELLINGTON ANDRES | 14                  | 06  | 1972 | 53 años, 10 meses, 1 días | Hombre  |
|                  |                  |                   | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1306416320        | MANABI              | CHONE  | RICAUARTE | 6 DE DICIEMBRE y             | 096-806-6762 /      |
| 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                 | 1306416320      | RICAUARTE                | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Neurología   |  | 2026  | 04  | 15  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                      |                                     |                                   |                          |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad<br>resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad<br>instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del<br>profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:                | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional                 | <input type="checkbox"/>            |                                   |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

MASculino DE 53 AÑOS CON APP DE ASMA BRONQUIAL EN TRATAMIENTO CON RESCATE POR SALBUTAMOL, HIPERTRIGLICERIDEMIA EN TRATAMIENTO CON ATORVASTATINA 40 MG QD, GLAUCOMA DE ÁNGULO ABIERTO EN TRATAMIENTO CON LATANOPROST ACUDE POR PRESENTAR CEFALEA FRONTAL DE GRAN INTENSIDAD EVA 8/10, DOLOR DE TIPO PUNZANTE ASOCIADA A FOTOFOBIA Y DIPLOPIA, DE PRESENTACIÓN INTERMITENTE. PACIENTE MENCIONA QUE SE HA SIDO AUTOMEDICADO CON ADOLAN FORTE; SIN EMBARGO, SINTOMATOLOGÍA NO CEDE Y AFECTA SU CALIDAD DE SUEÑO. \n MASculino DE 53 AÑOS CON APP DE ASMA BRONQUIAL EN TRATAMIENTO CON RESCATE POR SALBUTAMOL, HIPERTRIGLICERIDEMIA EN TRATAMIENTO CON ATORVASTATINA 40 MG QD, GLAUCOMA DE ÁNGULO ABIERTO EN TRATAMIENTO CON LATANOPROST ACUDE POR PRESENTAR CEFALEA FRONTAL DE GRAN INTENSIDAD EVA 8/10, DOLOR DE TIPO PUNZANTE ASOCIADA A FOTOFOBIA Y DIPLOPIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|  |
|--|
|  |
|--|

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                        | CIE-10 | PRE | DEF |
|------------------------------------|--------|-----|-----|
| MIGRAÑA CON AURA [MIGRAÑA CLASICA] | G431   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL           | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|----------------------------------|------------|-------|
| 2026-04-15 | 15:50 | Medicina Rural | KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS | 1313050203 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|----------------------------------|------------|-------|
| 2026-04-15 | 15:50 | Medicina Rural | KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS | 1313050203 |       |

