

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO																					
MSP		4443	CENTRO DE SALUD ROCAFUERTE	B	1307208429		1307208429																					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)																				
ROMAN	MOREIRA	SANTA		CONSUELO	M	30/09/1969	56	<table><tr><td>H</td><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr></table>	H	D	M	A				X												
H	D	M	A																									
			X																									
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA	☒	DERIVACIÓN	☐	MOTIVO																				
0994879436 / 0981949058		MSP						<table><tr><td>1. Accesibilidad geográfica.</td><td>☐</td><td>6. Problemas de abastecimiento.</td><td>☐</td></tr><tr><td>2. Falta de espacio físico.</td><td>☐</td><td>7. Insuficiencia de profesionales.</td><td>☒</td></tr><tr><td>3. Falta de equipamiento.</td><td>☒</td><td>8. Inadecuada capacidad resolutiva</td><td>☐</td></tr><tr><td>4. Equipos en mal estado.</td><td>☐</td><td>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios</td><td>☒</td></tr><tr><td>5. Problemas de infraestructura.</td><td>☐</td><td></td><td></td></tr></table>	1. Accesibilidad geográfica.	☐	6. Problemas de abastecimiento.	☐	2. Falta de espacio físico.	☐	7. Insuficiencia de profesionales.	☒	3. Falta de equipamiento.	☒	8. Inadecuada capacidad resolutiva	☐	4. Equipos en mal estado.	☐	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	☒	5. Problemas de infraestructura.	☐		
1. Accesibilidad geográfica.	☐	6. Problemas de abastecimiento.	☐																									
2. Falta de espacio físico.	☐	7. Insuficiencia de profesionales.	☒																									
3. Falta de equipamiento.	☒	8. Inadecuada capacidad resolutiva	☐																									
4. Equipos en mal estado.	☐	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	☒																									
5. Problemas de infraestructura.	☐																											
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL																												
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA																										
MANABI	ROCAFUERTE	ROCAFUERTE																										

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	CONSULTA EXTERNA	NEUROLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 56 AÑOS SIN ANTECEDENTES NEUROLÓGICOS RELEVANTES REFERIDOS, QUIEN CONSULTA POR CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE 13 DÍAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR CEFALEA DE INICIO SUBAGUDO, DE PRESENTACIÓN DIARIA, CON PREDOMINIO DE SENSACIÓN TENSIONAL ASOCIADA A DOLOR CERVICAL Y TENSIÓN MANDIBULAR AL MASTICAR QUE IMPIDE HABLAR, SIN FIEBRE NI DATOS INFECCIOSOS ASOCIADOS SEGÚN REFIERE. AL MOMENTO PACIENTE SINTOMÁTICA, CLÍNICAMENTE ESTABLE; SIN EMBARGO POR PERSISTENCIA DEL CUADRO Y NUEVA APARICIÓN PESE A USO DE MEDICACIÓN (PARACEMATOL, AINES, AINES + CAFEÍNA), POR LO QUE SE DECIDE REALIZAR REFERENCIA A NEUROLOGÍA PARA EVALUACIÓN ESPECIALIZADA Y COMPLEMENTACIÓN DIAGNÓSTICA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

NA.

E. DIAGNÓSTICO

	PRE* PRESUNTIVO	DEF* DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	CEFALEA		R51X		☒	4.			
2.	OTROS SÍNDROMES DE CEFALEA ESPECIFICADOS		G448		☒	5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-06-24.	11:30:00	JULIO	ZAMBRANO	JIMENEZ
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1311627598				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
CONTRAREFERENCIA	☐		REFERENCIA INVERSA	☐	

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

	PRE* PRESUNTIVO	DEF* DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.						4.			
2.						5.			
3.						6.			

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	