

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICODIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP		1246	C. S TOSAGUA		TIPO C	1307420065								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
											H	D	M	A
SALVATIERRA		LAAZ		YENNY		FRANCISCA		F	15/04/1969	56				X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		☒	DERIVACIÓN		☐	MOTIVO		
0968377546				NO								6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutive 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL														
PROVINCIA	CANTÓN		PARROQUIA									☒ ☒		
MANABI	TOSAGUA		TOSAGUA									☒ ☒		

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL DR. NAPOLEON DAVILA	C. EXTERNA	NEUROLOGIA

PACIENTE FEMENINA DE 56 AÑOS DE EDAD, ACUDE A LA UNIDAD EN COMPAÑIA DE SU HIJA, PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO DE ENFERMEDADES CRONICAS. HIPERTENSION ARTERIAL HACE APROXIMADAMENTE 4 AÑOS + DM 2, HACE 4 AÑOS. EN TRATAMIENTO ACTUAL CON LOSARTAN DE 50 MG VO QD, DIABETES MELLITUS TIPO II, AL METFORMINA + GLIBENCLAMIDA. PACIENTE AL MOMENTO REFIERE CEFALAS DE MODERADA INTENSIDAD, HOLOCRAÑEANA, INSIDIOSO, QUE SE ACOMPAÑA DE NAUSEAS QUE EN CIERTAS OCASIONES LLEGAN AL VOMITO. PACIENTE REFIERE TOMAR PROFINAL MIGRA (IBUPROFENO + CAFEINA + ERGOTAMINA) CADA 12 HORAS.DE FORMA DIARIA, SIN MEJORIA DE SINTOMATOLOGIA. AMERITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD

1.	MIGRAÑA, NO ESPECIFICADA	G439	X	4.			
2.				5.			
3.				6.			

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025/08/29	16:00			
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN			FIRMA	
			SELLO	
			ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT:	

REFERENCIA JUSTIFICADA				SI		NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA				SI		NO				
CONTRAREFERENCIA															REFERENCIA INVERSA			

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

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

1.				4.			
2.				5.			
3.				6.			

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