

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MUÑOZ	ZAMBRANO	WILTER ANDRES	26	08	1972	53 años, 10 meses, 18 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307799914	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	MERCEDES y 24 DE JULIO	096-760-4916 /
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	1307799914	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2026	07	14
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 53 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE TUMOR CEREBRAL SEGÚN REFIERE, ACUDE POR PRESENTAR CEFALEA FRONTOTEMPORAL ESCALA EVA 8/10 PERSISTENTE QUE NO MEJORA A PESAR DE TRATAMIENTO RECIBIDO (MIGRAFLASH). AL MOMENTO AFEBRIL ESTABLE, ORIENTADO EN TIEMPO ESPACIO Y PERSONA. SE REALIZA REFERENCIA CON NEUROLOGIA PARA VALORACIÓN Y CONDUCTA A SEGUIR.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RESONANCIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS SINDROMES DE CEFALEA ESPECIFICADOS	G448		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-14	12:30	Medicina General	JESUS GREGORIO LOOR VERA	1317375283	

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
2026-07-14	12:30	Medicina General	JESUS GREGORIO LOOR VERA	1317375283	