

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ZAMBRANO	MARY CHARITO	01	06	1972	52 años, 9 meses, 27 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308135456	MANABI	CHONE	SANTA RITA	BY PASS y	093-999-2782 /
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	1308135456	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2025	03	28
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 FEMENINA DE 52 AÑOS CON ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES: HIPERTENSION ARTERIAL EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN DE 50 MG QD, ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: HISTERECTOMÍA, QUIEN REFIERE CEFALEA RECURRENTE DE AÑOS DE EVOLUCIÓN, DE PREDOMINIO EN REGIÓN FRONTA, DE INTENSIDAD VARIABLE, CON EXACERBACIONES OCASIONALES. QUE EN LOS ÚLTIMOS AÑOS HA INCREMENTADO EN RECURRENCIAS. REFIERE QUE LAS CRISIS DE CEFALEA SE ACOMPAÑAN DE PÉRDIDA DE MEMORIA RECIENTE, EPISODIOS DE DIFICULTAD PARA LA VISIÓN Y SENSACIÓN DE INESTABILIDAD. NO REFIERE FIEBRE, VÓMITO, CRISIS CONVULSIVAS NI PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACION POR ESPECIALISTA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CEFALEA POSTRAUMATICA CRONICA	G443		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-28	20:24	Medicina Rural	MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO	1316926771	

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
2025-03-28	20:24	Medicina Rural	MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO	1316926771	