

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VILLAVICENCIO	BRAVO	JESSENIA CECIBEL	05	01	1977	48 años, 10 meses, 5 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308418613	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	BOLIVAR y JUAN MONTALVO	093-959-7849 /
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	1308418613	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	2025	11	10
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 48 AÑOS DE EDAD APP: HIPOTIROIDISMO + POLIPOS UTERINOS (CONTROLES EN SOLCA) - APQ: EXERESIS DE MAMA IZQUIERDA + PTERIGION. ACUDE REFIRIENDO CUADRO CLINICO DE 2 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR CEFALEA INTENSA HEMICRANEANA PUNZANTE EVA 10/10 ACOMPAÑADO DE SECRECION NASAL DE LIQUIDO INOLORO, SABOR AMARGO, SIN PRESENCIA DE CONTENIDO SANGUINOLENTO + NAUSEAS + VOMITOS. REFIERE QUE DEBE APLICARSE MEDICAMENTOS VIA INTRAVENOSA PARA QUE LOS CUADROS DE CEFALEA CEDAN. COMENTA QUE HA ESTADO EVIDENCIANDO EDEMA FACIAL SOLO DEL LADO IZQUIERDO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

T3 LIBRE/TOTAL: 3.09 T4 LIBRE/TOTAL: 0.87 TSH: 3.19

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MIGRAÑA SIN AURA [MIGRAÑA COMUN]	G430	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-10	11:35	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	 firmado electrónicamente por: MARIA JOSE MEZA CUSME Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-11-10	11:35	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	