

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CORNEJO	CAICEDO	YOLANDA YESSSENIA	26	06	1981	44 años, 2 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308645306	MANABI	CHONE	BOYACA	PUERTO ARTURO y CALLEJÓN SIN NOMBRE	096-899-0409 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1308645306	BOYACA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Neurología	2025	09	12	
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 FEMENINO DE 44 AÑOS ACUDE A CONSULTA REFIRIENDO EPISODIOS RECURRENTES DE MIGRAÑA CARACTERIZADOS POR UN DOLOR PULSÁTIL, LOCALIZADO EN LA REGIÓN FRONTAL Y TEMPORAL DE INICIO GRADUAL. EL DOLOR TIENE UNA DURACIÓN DE ENTRE 4 A 6 HORAS Y SE PRESENTA DE 2 A 3 VECES POR SEMANA CON MAYOR FRECUENCIA EN DÍAS DE ESTRÉS O CAMBIOS EN SU RUTINA. LOS EPISODIOS SE ASOCIAN A MAREOS QUE SE MANIFIESTAN COMO UNA SENSACIÓN DE INESTABILIDAD, PRINCIPALMENTE AL LEVANTARSE O REALIZAR MOVIMIENTOS RÁPIDOS DE LA CABEZA SIN PÉRDIDA DE CONCIENCIA NI DESMAYOS, ESTOS MAREOS SON BREVES DE UNOS SEGUNDOS A UN MINUTO Y SUELEN OCURRIR DE MANERA EPISÓDICA. ADEMÁS LA PACIENTE PRESENTA UNA SENSACIÓN DE HORMIGUEO (PARESTESIA) EN LOS DEDOS DE LA MANO IZQUIERDA QUE APARECE DE MANERA ESPORÁDICA EN OCASIONES DURANTE LOS EPISODIOS DE MIGRAÑA O SITUACIONES ESTRESANTES

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-12	08:39	Medicina Rural	JOHAN ALEJANDRO MENDOZA CORNEJO	1313058438	

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
2025-09-12	08:39	Medicina Rural	JOHAN ALEJANDRO MENDOZA CORNEJO	1313058438	

