

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

|                                       |  |                   |                          |                                  |           |                                  |            |                   |                                                         |                         |   |   |   |
|---------------------------------------|--|-------------------|--------------------------|----------------------------------|-----------|----------------------------------|------------|-------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------|---|---|---|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA               |  | UNICÓDIGO         | ESTABLECIMIENTO DE SALUD |                                  | TIPOLOGIA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA |            | NÚMERO DE ARCHIVO |                                                         |                         |   |   |   |
| MSP                                   |  | 1246              | CS TOSAGUA               |                                  | C         | 1308647104                       |            | 1308647104        |                                                         |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       |  | SEGUNDO APELLIDO  |                          | PRIMER NOMBRE                    |           | SEGUNDO NOMBRE                   | SEXO       | FECHA NACIMIENTO  | EDAD                                                    | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| MENDOZA                               |  | ESPINOZA          |                          | MARIA                            |           | PATRICIA                         | F          | 23/11/1976        | 48                                                      | H                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |  | TIPO DE COBERTURA |                          | REFERENCIA                       |           | X                                | DERIVACIÓN |                   |                                                         |                         |   |   |   |
| 0997342883 - 0986949161               |  | IESS GENERAL      |                          | 1. Accesibilidad geográfica.     |           |                                  | MOTIVO     |                   | 6. Problemas de abastecimiento.                         |                         |   |   |   |
|                                       |  |                   |                          | 2. Falta de espacio físico.      |           |                                  |            |                   | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |                         |   |   |   |
|                                       |  |                   |                          | 3. Falta de equipamiento.        |           | X                                |            |                   | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                         |   |   |   |
|                                       |  |                   |                          | 4. Equipos en mal estado.        |           |                                  |            |                   | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                         |   |   |   |
|                                       |  |                   |                          | 5. Problemas de infraestructura. |           |                                  |            |                   |                                                         |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                             |  | CANTÓN            |                          | PARROQUIA                        |           |                                  |            |                   |                                                         |                         |   |   |   |
| MANABÍ                                |  | TOSAGUA           |                          | TOSAGUA                          |           |                                  |            |                   |                                                         |                         |   |   |   |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                         |                          |                  |              |
|-------------------------|--------------------------|------------------|--------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | SERVICIO         | ESPECIALIDAD |
| MSP                     | HOSPITAL NAPOLEON DAVILA | CONSULTA EXTERNA | NEUROLOGIA   |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

USUARIA CON APP DE OBESIDAD, MENOPAUSIA A LOS 42 AÑOS, APF: DM MADRE, PADRE. REFIERE CEFALEA HEMICRANEANA DE LADO IZQUIERDO ACOMPAÑADO DE FOTOFOBIA, DOLOR EN OJO CON OSCURECIMIENTO DE PIEL ALREDEDOR DEL MISMO Y OTALGIA DEL MISMO LADO, EN OCASIONES TOMA ANALGESICOS Y SE ALIVIA, LAS CRISIS APARECEN 5-7 DÍAS A LA SEMANA, ACOMPAÑADO DE NAUSEAS QUE NO LLEGAN AL VOMITO.

Fecha: 25/07/2025 Lcdo/a: IVAN ZAMBRANO. Hb: 13.1 mg/dl, Hcto: 40.1%, Hematies: 4.86 x10<sup>6</sup>/L, Plaquetas: 322 mmc, Leucocitos: 8.05 mmc. (Lin 32.2, Seg 58.1, Mon 7.3, Eos 2.3, Bas 0.1), Grupo Sanguíneo: A Factor Rh: Positivo Glicemia: 95.9 mg/dl, Creatinina: 0.88 mg/dl, Ac Urico 3.86 mg/dl, Urea 26.71 mg/dl; Colesterol 186.63 mg/dl, TAG: 157.71 mg/dl, VLDL: 31.54 mg/dl, TGO: 29.56 U/L, TGP: 33.08 U/L. TORCH IgM: Negativo. ASTO: Negativo, FR: Negativo, PCR: Negativo. UROANALISIS: PROTEÍNA: Negativo, GLUCOSA: Negativo. Leu 0-1 xc/; Ert: 0-1c/; Cel Epit: algunas; Bacterias: ESCASAS; MOCO: escasas ; Cristales: FOSFATOS AMORFOS ESCASAS.

E. DIAGNÓSTICO

|                                    |                                |      |     |     |    |     |     |     |
|------------------------------------|--------------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO |                                | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
| 1.                                 | MIGRAÑA, NO ESPECIFICADA       | G439 | X   |     | 4. |     |     |     |
| 2.                                 | SINDROME DE CEFALEA EN RACIMOS | G440 | X   |     | 5. |     |     |     |
| 3.                                 |                                |      |     |     | 6. |     |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |                 |               |  |                 |                  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|--|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 30/07/2025                            | 10.30 am        | JUAN JOSÉ     |  | ZAMBRANO        | PINCAY           |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         |  | SELLO           |                  |
| 1310509771                            |                 |               |  |                 |                  |

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

|                        |    |    |  |                        |    |    |  |
|------------------------|----|----|--|------------------------|----|----|--|
| REFERENCIA JUSTIFICADA | SI | NO |  | DERIVACIÓN JUSTIFICADA | SI | NO |  |
| CONTRAREFERENCIA       |    |    |  | REFERENCIA INVERSA     |    |    |  |

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

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

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

|                                    |  |     |     |     |    |     |     |     |
|------------------------------------|--|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO |  | CIE | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
| 1.                                 |  |     |     |     | 4. |     |     |     |
| 2.                                 |  |     |     |     | 5. |     |     |     |
| 3.                                 |  |     |     |     | 6. |     |     |     |

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

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