

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MUÑOZ	ALCIVAR	CORITA BIANEI	01	04	1974	51 años, 4 meses, 3 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309391637	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	PRINCIPAL y	096-544-8751 /
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	1309391637	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2025	08	04
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 51 AÑOS DE EDAD , APP:ACCIDENTE DE AUTOMOTOR HACE 27 AÑOS , ALERGIAS: NO REFIERE, ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR REFERIR CEFALEA PULSÁTIL DE INTENSIDAD LEVE A MODERADA LOCALIZADA PRINCIPALMENTE EN LA REGIÓN FRONTOTEMPORAL BILATERAL, ACOMPAÑADA DE FOTOFOBIA Y NÁUSEAS, PACIENTE REFIERE QUE EL DOLOR EMPEORA CON EL ESFUERZO FÍSICO, REFIERE QUE INICIALMENTE PRESENTABA 3 EPISODIOS MENSUALES PERO DESDE HACE 1 SEMANA PRESENTA CEFALEA DE INTENSIDAD DE LEVE A MODERADA TODOS LOS DIAS, REFIERE TOMAR MEDICACION (NO RECUERDA) SIN PRESENTAR MEJORÍA.POR TAL MOTIVO ACUDE A CONTROL MÉDICO. O: SIGNOS VITALES DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES. EXAMEN FÍSICO: CEFALEA PULSÁTIL EN REGIÓN FRONTOTEMPORAL BILATERAL. A: PACIENTE CON CUADRO CLÍNICO COMPATIBLE CON MIGRAÑA CON AURA. SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALIDAD NEUROLOGIA.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

na

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MIGRAÑA CON AURA [MIGRAÑA CLASICA]	G431	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-04	14:58	Medicina Rural	JENIFFER PIERINA ANDRADE MOREIRA	1313734640	

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
2025-08-04	14:58	Medicina Rural	JENIFFER PIERINA ANDRADE MOREIRA	1313734640	

