

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DELGADO	ROSADO	JOHANNA MARIBEL	29	01	1983	42 años, 9 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309526794	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CHONE y	099-951-3175 /
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	1309526794	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2025	11	26
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	☐	MIGRAÑA CON AURA QUE NO MEJORA CON TTO PROFILÁCTICO Y ANALGÉSICO.	

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 42 AÑOS DE EDAD, CON APP: NO REFIERE, ACUDE POR CUADRO CLÍNICO DE LARGA DATA CARACTERIZADO POR EPISODIOS RECURRENTES DE CEFALEA DE LOCALIZACIÓN HEMICRANEANA DERECHA, EN OCASIONES EL DOLOR SE LOCALIZA EN REGIÓN IZQUIERDA, DE MODERADA A SEVERA INTENSIDAD, DE CARÁCTER PULSÁTIL, ACOMPAÑADA DE NÁUSEAS, FOTOPSIA QUE SE PRESENTAN MINUTOS ANTES DEL DOLOR, FOTOFOBIA Y FONOFOBIA. REFIERE MÁS DE 3 EPISODIOS SEMANALES. REFIERE QUE LOS EPISODIOS SE DESENCADENAN CON ESTRÉS Y FALTA DE SUEÑO. SIN OTROS SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS ASOCIADOS. ADICIONAL REFIERE QUE NO PUEDE CONCILIAR EL SUEÑO FACILMENTE. PACIENTE AL MOMENTO EN TRATAMIENTO PROFILÁCTICO Y ANALGESICO PARA MIGRAÑA PERO REFIERE NO TENER MEJORIA DEL CUADRO CLÍNICO. PACIENTE LLEVABA TRATAMIENTO CON NEUROLOGIA EN HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA PERO PERDIO SEGUIMIENTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NUMERO: 0986905800

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-26	15:08	Medicina Rural	MARIA DANIELA VELECELA ZAMBRANO	1313571612	

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
2025-11-26	15:08	Medicina Rural	MARIA DANIELA VELECELA ZAMBRANO	1313571612	