

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
HIDALGO	ROMERO	YOLANDA VIRGINIA	11	11	1979	45 años, 2 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309607974	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	NO APLICA y	098-169-8628 / (99)-999-9999
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	1309607974	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	MEDICINA INTERNA	2025	01	15
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 45 AÑOS DE EDAD, APP: NO REFIERE APQ: QUISTE OVÁRICO HACE 15 AÑOS AO: G:4 A:1, ALERGIA: PENICILINA. ACUDE POR PRESENTAR CEFALEA HEMICRANEANA DE CARACTER pulsátil, sensación de latido, MENCIONA PACIENTE QUE PRESENTA UN PERIODO PRE AURA CARACTERIZADO POR RINORREA, LAGRIMEO Y NAUSEA, POSTERIOR A ESTO COMIENZA LA CEFALEA, TRATADA EN CASA DURANTE ESTE TIEMPO CON MIGRADORIXINA EL CUAL ALIVIA UN POCO LA SINTOMATOLOGÍA. PACIENTE REFIERE QUE SU MADRE PRESENTABA UNA CEFALEA SIMILAR A LA YA MENCIONADA. PACIENTE CONSCIENTE, ALERTA, ORIENTADO EN SUS 3 ESFERAS NEUROLOGICAS, GLASGOW 15/15. CABEZA NORMOCEFALICA, CABELLO DE IMPLANTACION NORMAL, NO MASAS. OJOS: PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS A LA LUZ, ESCLERAS ANICTERICAS. OREJAS: DE IMPLANTACION NORMAL, NO SALIDA DE SECRECIONES. NARIZ: DE IMPLANTACION NORMAL, FOSAS NASALES PERMEABLES, NO SALIDA DE SECRECIONES. BOCA: MUCOSAS ORALES HUMEDAS, HIDRATADAS, FARINGE Y AMIGDALAS NO ERITEMATOSAS. CUELLO MOVIL, SIMETRICO, NO ADENOPATIAS NI MASAS. TORAX SIMETRICO, EXPANSIBLE, NO USO DE MUSCULATURA ACCESORIA, CAMPOS PULMONARES CLAROS Y VENTILADOS MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NORMOFONETICOS, NO SOPLOS NI RUIDOS SOBREAÑADIDOS. ABDOMEN SUAVE, BLANDO, DEPRESIBLE, RHS PRESENTES, A LA PALPACION NO IMPRESIONA DOLOR, NO MASAS NI MEGALIAS EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES SIMETRICAS, NO EDEMA, PULSOS DISTALES PRESENTES, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEG.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SINTOMATOLOGIA DE MIGRAÑA CON AURA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-15	09:25	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	



Firmado electrónicamente por:
HELGA ARACELLY
CORONEL TUTIVEN

Firmado electrónicamente por:
DANA MILENA
MOREIRA
VELASQUEZ

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