

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLORZANO	OSTAIZA	LIDIA JACQUELINE	14	08	1980	45 años, 7 meses, 24 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309637435	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	VIA DOS BOCAS y	098-290-5732 / (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	1309637435	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2026	04	07
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 DE 45 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR CONTROL MEDICO TRAE EXAMENES DE LABORATORIO PARA REVISION, AL MOMENTO PACIENTE QUE REFIERE CEFALEA ACOMPAÑADA DE VISION BORROSA MAS MAREOS REFIERE QUE CEFALEA ES ESPORADICA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EMO (UROANALISIS DE RUTINA): SANGRE TRAZAS LEUCOCITOS +, BACTERIAS +++
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CEFALEA VASCULAR, NCOP	G441	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO		Firmado electrónicamente por: ANA JULIA SORNOZA MENDOZA Validar únicamente con FirmasEC
2026-04-07	11:42	Medicina General	ANA JULIA SORNOZA MENDOZA	1311651622		

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 clínico

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
2026-04-07	11:42	Medicina General	ANA JULIA SORNOZA MENDOZA	1311651622	