

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	MUÑOZ	NUBIA KATIUSKA	04	05	1989	35 años, 3 meses, 10 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309637823	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SEBASTIAN CSEDEÑO y	099-869-5890 /
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	1309637823	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA			13D07 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE		Consulta externa	Neurologia	2024	08	14
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 FEMENINA DE 35 AÑOS CON ANTECEDENTES DE MIGRAÑA CON AURA Y SINDROME DE OVARIO POLIQUISTICO, ACTUALMENTE INDICA QUE PRESENTA EXACERBACION DE LA MIGRAÑA DESDE HACE 2 MESES ESTUVO TOMANDO AMITRIPTILINA DESDE HACE VARIOS AÑOS PERO ESTA PERDIO SU EFICACIA POR LO QUE DEJO DE TOMAR, REFIERE ADEMÁS QUE PRESENTA INSOMNIO DE LARGA DATA QUE TAMBIEN HA EMPEORADO REFIERE QUE DUERME APROXIMADAMENTE 4 O HORAS O MENOS, EN OCASIONES NO DUERME DURANTE LA NOCHE, NIEGA OTROS SINTOMAS. . EXAMEN FISICO: CABEZA: NORMOCEFALO Y MUCOSAS HUMEDAS. CUELLO: NO PRESENTA ADENOPATIAS. TORAX: CAMPOS PULMONARES CLAROS VENTILADOS RUIDOS CARDIACOS RITMICOS. ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO Y RUIDOS HIDROAEREOS PRESENTES. GENITALES NORMALES, EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES SIMETRICAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE FEMENINA CON ANTECEDENTES DE MIGRAÑA QUE SE HA EXACERBADO, NO MEJORA A LA ADMINISTRACION DE MEDICACION

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-08-14	13:46	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	

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
2024-08-14	13:46	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	

