

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| ZAMBRANO         | CEVALLOS         | MONICA GISSELA | 06                  | 10  | 1979 | 45 años, 0 meses, 23 días | Mujer   |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1309761961        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | SAN PEDRO y                  | 098-412-5333 /       |
| 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                 | 1309761961      | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                 |                  |              |      | Fecha |     |  |
|---------------------|---------------------------------|------------------|--------------|------|-------|-----|--|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL MIGUEL ALCIVAR | Consulta externa | Neurología   | 2024 | 10    | 29  |  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud        | Servicio         | Especialidad | día  | mes   | año |  |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 45 AÑOS CON ANTECEDENTES DE RINITIS ALÉRGICA CRÓNICA, HIPOTIROIDISMO DESDE HACE 3 AÑOS TRATADA CON LEVOTIROXINA 100 MCG VO QD, APQX: 3 VECES DE HERNIORRAFIA UMBILICAL. AL MOMENTO ACUDE POR PRESENTAR CEFALEA INTENSA DESDE HACE UN MES QUE NO CEDEN CON ANALGESICOS, SE ACOMPAÑAN DE NAUSEAS. AL MOMENTO AFEBRIL ESTABLE. SE REALIZA REFERENCIA CON NEUROLOGIA PARA VALORACION Y CONDUCTA A SEGUIR.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACION POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL   | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|------------------|--------------------------|------------|-------|
| 2024-10-29 | 16:01 | Medicina General | JESUS GREGORIO LOOR VERA | 1317375283 |       |

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 |
|------------|-------|------------------|--------------------------|------------|-------|
| 2024-10-29 | 16:01 | Medicina General | JESUS GREGORIO LOOR VERA | 1317375283 |       |