

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	CEDEÑO	DIANA ELIZABETH	05	08	1981	44 años, 6 meses, 20 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310163561	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	REIMUNDO AVEIGA y SD	095-994-2255 /
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	1310163561	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2026	02	25
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

☐

CEFALEAS MIGRAÑOSA
DE LARGA DATA SIN
MEJORIA CON
TRATAMIENTO DE BASE
PREVIO

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 44 AÑOS SIN APP DE RELEVANCIA ACUDE POR PRESENTAR DESDE HACE MAS DE 5 AÑOS CARACTERIZADO POR CEFALÉAS TIPO TENSIONALES, DEMICRANEANA DE PREDOMINIO DE LADO IZQUIERDO EVALUA EVA 8/10, QUE IRRADIA, MENCIONA AL MOMENTO MAS DE 48 HORAS CON DOLOR, RUBICUNDEZ, FOTOFOBIA, PACIENTE CON TRATAMIENTO DE BASE QUE NO RESULTA CON MEJORIAS, SOLICITA EVALUACION CON NEUROLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TELF ---- 0959942255

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MIGRAÑA, NO ESPECIFICADA	G439		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-25	08:40	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	

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
2026-02-25	08:40	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	

