

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALVIA	ZAMBRANO	MARIA MAGDALENA	04	01	1982	43 años, 11 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	1310204746	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	EL BEJUCO y	096-719-4038 /
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	1310204746	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2025	12	24
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

PACCIENTE ACUDE POR REFERIR CUADRO CLINICO HACE 3 MESES CEFALEA INTENSA ACOMPAÑADO DE HEMATOMA OCULAR INFERIRO DE APARICION SUBITA, REFIERE QUE CEFALEA SE LOCALIZA DE LADO TEMPORAL IZQUIERDO IRRADIANDOSE A TODA LA CABEZA, SE ACOMPAÑA DE VISION BORROSA, MAREO, EEPISTAXIS N 2 OCASIOENS EL DOLOR SE EXACERBA CON PREOCUPACIONES Y A VECES CON CAMBIOS DE HUMOR, REFIERE QUE POSTERIOR A ELLO TOMA BUPREX MIGRA CON EL CUAL LE ALIVIA DE FORMA ESPORADICO, APROXIMADAMENTE ANTECEDENTE DE CAIDA DESDE SU PROPIA ALTURA , REFIERE QUE SE REALIZÓ UNA TAC CEREBRAL HACE 2 SEMANAS

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACION POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SINDROME DE CEFALEA EN RACIMOS	G440	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-24	08:31	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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