

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MORANTE	ALCIVAR	VERONICA MONSERRATE	14	02	1985	40 años, 0 meses, 25 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310304165	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLE MANUEL DE JESUS ALVAREZ y RAYMUNDO AVEIGA	099-727-2333 /
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	1310304165	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	03	11
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 clinico

PACIENTE 39 AÑOS ACUDE POR CUADRO CLÍNICO DE 2 AÑOS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR CEFALEA HEMICRANEAL (DERECHO), ACOMPAÑA DE NÁUSEAS, MAREOS, LAGRIMEO Y DISMINUCIÓN DE LA VISIÓN. HA MANTENIDO TRATAMIENTO DURANTE ESTE TIPO DE FORMA SINTOMÁTICA PERO EN LOS ÚLTIMOS MESES LOS FÁRMACOS YA NO MEJORAN LOS SÍNTOMAS, ADEMÁS REFIERE QUE HACE 1 MES CADA EPISODIO DE MIGRAÑA SE ACOMPAÑA DE MAREOS. ECOGRAFÍA DE OVARIOS Y ÚTERO SIN ANORMALIDADES (INFORME EN SISTEMA).

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

MIGRAÑA DE LARGA DATA, RESISTENCIA A PRIMERA LINEA DE ANALGESIA, NO TIENE LOS RECURSOS ECONOMICOS PARA MANTENER TRATAMIENTO PRIVADO

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-11	10:35	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

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

