

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ACOSTA	JENNY MARIA	06	08	1984	40 años, 11 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	1310362205	MANABI	CHONE	SANTA RITA	LA CAPILLA ÑAUSE y	098-453-0710 /
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	1310362205	NAUSE	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2025	07	16
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

PACIENTE FEMENINA DE 40 AÑOS , APP: HIPOTIROIDISMO . APF: NO REFIERE. APQ: NO REFIERE. ALERGICA AL TRAMADOL. ES ATENDIDA POSTERIOR A EPISODIO DE PERDIDA DE CONCIENCIA APROX. 10MIN. REFIERE QUE SE ENCONTRABA EN BAÑO CUANDO SE DESBANECIO, FAMILIARES REFIEREN MOVIMIENTO BRUSCO DE LA BOCA, APNEA. AL DESPERTAR PALPITACIONES RECURRENTES, CEFALEA RECURRENTE EVA 9/10 QUE NO CEDE A KETOROLACO 60MG Y AGOTAMIENTO FISICO. REF. NEUROLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CEFALEA EN RACIMO

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-16	12:25	Medicina Rural	EYLEEN ALEXA PESANTES CASTRO	1316282464	

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
2025-07-16	12:25	Medicina Rural	EYLEEN ALEXA PESANTES CASTRO	1316282464	