

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLORZANO	DELGADO	ALBERTO COLON	31	12	1979	46 años, 3 meses, 27 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310407786	MANABI	CHONE	SANTA RITA	LOS SUCHES y	099-074-1842 /
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	1310407786	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2026	04	27
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 MASCULINO DE 46 AÑOS DE EDAD, ACUDE A CONSULTA POR CUADRO CLÍNICO DE LARGA EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR CEFALEA LOCALIZADA EN REGIÓN OCCIPITAL, DE TIPO PERSISTENTE, CON EXACERBACIONES POSTERIORES A PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO MENOR POR EXTIRPACIÓN DE LIPOMA HACE ALGUNOS AÑOS. REFIERE HABER SIDO VALORADO PREVIAMENTE POR NEUROLOGÍA, SIN RECORDAR ESQUEMA TERAPÉUTICO INSTAURADO, CON PERSISTENCIA DE LA SINTOMATOLOGÍA A PESAR DE MANEJO RECIBIDO. EN LA ACTUALIDAD PRESENTA CEFALEA RECURRENTE QUE INTERFIERE CON SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS, SIN ADECUADA RESPUESTA A TRATAMIENTO SINTOMÁTICO Y PREVENTIVO INDICADO. AL EXAMEN FÍSICO SIN SIGNOS NEUROLÓGICOS FOCALES EVIDENTES. POR LA CRONICIDAD DEL CUADRO, ANTECEDENTE DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, PERSISTENCIA DE SÍNTOMAS Y FALTA DE RESPUESTA TERAPÉUTICA, SE CONSIDERA CUADRO COMPATIBLE CON CEFALEA CRÓNICA, POR LO QUE SE DECIDE REFERENCIA A ESPECIALIDAD DE NEUROLOGÍA PARA VALORACIÓN INTEGRAL, AJUSTE DE TRATAMIENTO, Y CONSIDERAR ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS PARA DESCARTAR CAUSAS SECUNDARIAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS SINDROMES DE CEFALEA ESPECIFICADOS	G448		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-27	10:02	Medicina Rural	NANCY YIMMABELL CANDELA ZAMBRANO	1315568772	

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
2026-04-27	10:02	Medicina Rural	NANCY YIMMABELL CANDELA ZAMBRANO	1315568772	

