

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| ZAMBRANO         | ZAMBRANO         | ALBA YAQUELINE | 18                  | 01  | 1982 | 43 años, 6 meses, 4 días | Mujer   |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |            | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1310783855        | MANABI              | CHONE  | SANTA RITA | LA VILLA y                   | 098-673-0980 /       |
| 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                 | 1310783855      | 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  | 22  |
| 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 43AÑOS. APP: NO REFIERE, APF: NO REFIERE, APQX: NO, NIEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA. ES ATENDIDA POR CEFALEA RECUERRENTE DURANTE >1 AÑO PULSÁTIL O HEMICRANEAL ACOMPAÑADA DE PARESTESIA CERVICAL AL EXAMEN FISICO CABEZA: NORMOCEFALICA, PUPILAS ISOCORICAS, MUCOSAS HIDRATADAS, CUELLO SIN ADENOPATIAS PALPABLES, TORAX: SIMETRICO, CSPS: MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, NO SE AUSCULTAN RUIDOS ACOMPAÑANTES, RSCS: RITMICOS NO SE AUSCULTAN SOPLOS, ABDOMEN: SUAVE, DEPRESIBLE. EXTREMIDADES: SIMÉTRICOS, NO EDEMA/SE ENVIA TOMOGRAFIA / REF. NEUROLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CEFALEA RECURRENTE Y PARESTESIA CERVICAL

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL       | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------|
| 2025-07-22 | 15:25 | 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 |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------|
| 2025-07-22 | 15:25 | Medicina Rural | EYLEEN ALEXA PESANTES CASTRO | 1316282464 |       |