

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE												
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA			NÚMERO DE ARCHIVO			
MSP		1271	CENTRO SALUD SAN BARTOLO		A	1310861651			1310861651			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
MOREIRA		PARRAGA		JOSE		RAUL		H	18/02/82	42	H	D
											M	A
												X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	X		DERIVACIÓN				
0 990963819									MOTIVO			
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL									6. Problemas de abastecimiento.			
PROVINCIA					CANTÓN		PARROQUIA		7. Insuficiencia de profesionales.			
MANABI					BOLIVAR		CALCETA		8. Inadecuada capacidad resolutiva		X	
									9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios			

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
MSP		HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	
SERVICIO		ESPECIALIDAD	
CONSULTA EXTERNA		MEDICINA INTERNA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO
PACIENTE DE 42 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSIÓN EN TTO CON LOSARTAN 100 MG VO QD, ACUDE A CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE APROX 2 SEMANAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR EPISODIOS DE CEFALEA UNILATERAL DE GRAN INTENSIDAD JUNTO A DOLOR OCULAR UNILATERAL IZQUIERDO, EPISODIOS DE DOLOR QUE DURAN APROXIMADAMENTE UNA HORA Y LOS CUALES SE ACOMPAÑA DE ENROJECIMIENTO OCULAR Y LAGRIMEO ABUNDANTE EN OJO AFECTO. PARA EPISODIOS DE DOLOR CONSUME IBUPROFENO + CAFEINA + ERGOTAMINA CON LO CUAL CEDE PARCIALMENTE EL DOLOR. EPISODIOS QUE SE PRESENTAN CON MAYOR FRECUENCIA DURANTE HORAS DE LA NOCHE. HACE 2 AÑOS PRESENTO CUADRO SIMILAR PARA LO CUAL ACUDIO A OFTALMOGO DONDE REALIZAN EVALUACIONES LAS CUALES NO MOSTRARON ALTERACION. EN SOSPECHA DE CEFALEA EN RACIMOS LE FUE INDICADO PROFILÁCTICAMENTE VERAPAMILO 80 MG VO QD Y PREDNISONA 20 MG VO QD CON LO CUAL LOS EPISODIOS HAN DISMINUIDO ALTERNANDOSE DIAS. DURANTE CONSULTA ASINTOMÁTICO, EXAMEN NEUROLÓGICO NO IMPRESIONA ALTERACION. PACIENTE ACTIVO, AFEBRIL, NO REFIERE OTRA SINTOMATOLOGÍA. SE SOLICITA ESTUDIO Y VALORACIÓN POR SU ESPECIALIDAD ANTE SOSPECHA DE CEFALEA EN RACIMOS EPISODICA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS
TA: 126/81 MMHG, EXAMEN NEUROLOGICO: SIN ALTERACIONES

E. DIAGNÓSTICO																																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th>PRE= PRESUNTIVO</th> <th>DEF= DEFINITIVO</th> <th>CIE</th> <th>PRE</th> <th>DEF</th> <th></th> <th>CIE</th> <th>PRE</th> <th>DEF</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>SINDROME DE CEFALEA EN RACIMOS</td> <td>G440</td> <td>X</td> <td></td> <td>4.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>6.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF	1.	SINDROME DE CEFALEA EN RACIMOS	G440	X		4.				2.					5.				3.					6.			
PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF																												
1.	SINDROME DE CEFALEA EN RACIMOS	G440	X		4.																															
2.					5.																															
3.					6.																															

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
30/01/25	12:00:00	GABRIEL	INTRIAGO	ZAMBRANO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
1310605587				

G. EVALUACION DE LA REFERENCIA / DERIVACION					
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
CONTRAREFERENCIA			REFERENCIA INVERSA		

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA
NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO			

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
DISTRITO		FECHA (aaaa-mm-dd)	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO																																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th>PRE= PRESUNTIVO</th> <th>DEF= DEFINITIVO</th> <th>CIE</th> <th>PRE</th> <th>DEF</th> <th></th> <th>CIE</th> <th>PRE</th> <th>DEF</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>4.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>6.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF	1.					4.				2.					5.				3.					6.			
PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF																												
1.					4.																															
2.					5.																															
3.					6.																															

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO