

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SANCHEZ	CEVALLOS	NICOLE YERELISA	20	08	2003	22 años, 10 meses, 24 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316463031	MANABI	JUNIN	JUNIN	VIA A CALCETA y	096-766-9366 /
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	1316463031	MATERO INFANTIL CARLOS MORALES LOCKE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D06 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO		Consulta externa	Neurología	2026	07	14
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 22 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE CRISIS DE ANSIEDAD RECURRENTE QUE LLEVA TRATAMIENTO HABITUAL INTERCRISIS Y DE CEFALEA MIGRAÑOSA HA LLEVADO TRATAMIENTO CON CEDRIM EN TABLETAS VO QD, QUE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR DOLOR INTENSO EN TODA LA CABEZA, FOTOFOBIA, NAUSEAS Y VOMITOS CUANDO EL DOLOR SE INTENSIFICA, PRESENTA ADEMAS MAREOS, TIENE MEJORIA ESPORADICA PUESTO QUE DESPUES QUE PASA EL EFECTO DEL MEDICAMENTO PUES LA CRISIS VUELVE A APARECER.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE EVIDENCIA AL EXAMEN FISICO FOTOFOBIA, NO RESPUESTA ADECUADA A REFLEJOS OCULARES

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-14	09:50	Medicina Familiar Y Comunitaria	ANGELICA MARIA MERA REYNA	1309015111	

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 clínico

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
2026-07-14	09:50	Medicina Familiar Y Comunitaria	ANGELICA MARIA MERA REYNA	1309015111	