

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SANTANDER	ALCIVAR	SHIRLEY ELIZABETH	07	07	1984	40 años, 1 meses, 14 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310920978	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	PUERTO ARTURO y CASA	095-916-4984 /
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	1310920978	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2024	08	21
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 CONSULTA POR PRESENTAR CEFALEA CRONICA. ACTUALMENTE CON CEFALEA DE GRAN INTENSIDAD ACOMPAÑADO DE NAUSEAS Y DESEOS DE DEFECAR. ANTECEDENTE DE EXERESIS DE MENINGIOMA HACE APROXIMADAMENTE 3 AÑOS. DURANTE LA CONSULTA LA PACIENTE DENOTA MUCHA ANSIEDAD, LLORA. ELLA TIENE UNA HIJA DE 9 AÑOS, ES MADRE SOLTERA, VIVE EN CASA DE LOS PADRES. TOMA PARACETAMOL PARA PALEAR EL DOLOR CON POQUÍSIMO RESULTADO. CUANDO SE PEINA SE DESPIERTA EL DOLOR. AL E.F DETECTO CIERTA DEFORMIDAD DEL CRÁNEO HACIA LA DERECHA EN REGIÓN PARIETOOCIPITAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

E.F: SE PERCIBE DEFORMIDAD EN REGION PARIETO OCCIPIAL DERECHA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CEFALEA	R51X	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-08-21	11:21	Medicina General	MIGUEL VALLEJO ALBAN	0906499371	

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
2024-08-21	11:21	Medicina General	MIGUEL VALLEJO ALBAN	0906499371	