

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
INTRIAGO	ZAMBRANO	VIVIANA ELIZABETH	23	11	1988	36 años, 2 meses, 26 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311445108	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN ANTONIO y	096-361-7366 /
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	1311445108	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2025	02	18
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

☐

MIGRAÑA
CON AURA

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 36 AÑOS DE EDAD, SIN APP, SIN ALERGIAS , ACUDE A CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE VARIOS MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR CEFALEA DE MODERADA INTENSIDAD, UNILATERAL, PULSATIL, ACOMPAÑADA DE NAUSEAS, VOMITOS, FOTOFOBIA, ACUFENOS QUE NO CEDE CON IBUPROFENO DE 600 MG. PACIENTE REFIERE QUE LA SINTOMATOLOGIA HA PROGRESADO EN LOS ULTIMOS DIAS . AL MOMENTO ACTIVA, REACTIVA, AFEBRIL, COLABORA CON EL INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CONTROL Y SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-18	12:26	Medicina Rural	MARIA DANIELA VELECELA ZAMBRANO	1313571612	

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
2025-02-18	12:26	Medicina Rural	MARIA DANIELA VELECELA ZAMBRANO	1313571612	