

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
JURADO	CHAVARRIA	FREDDY ANDRES	30	11	1987	38 años, 0 meses, 23 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311703522	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	POTRERILLO y CDLA NUEVO RENACER	096-978-6187 /
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	1311703522	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2025	12	23
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 masculino de 38 años con antecedentes de migrañas recurrentes. Acude a consulta refiriendo un cuadro de cefalea intensa, tipo pulsátil, que comenzó hace 48 horas, localizada en la región frontal y acompañada de fotofobia, fonofobia y náuseas, sin antecedentes de trauma. El dolor no ha cedido tras la administración de analgésicos convencionales (ibuprofeno y paracetamol) ni antiinflamatorios no esteroideos (AINEs). Paciente toma de forma habitual Buprex Migra cada 12h pero dicho tratamiento ya es efectivo. Tuvo cita con Otorrinología donde en tomografía se evidencia senos paranasales normales. Vías respiratorias superiores libres.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

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
2025-12-23	08:58	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

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