

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	CEDEÑO	LUIS JAVIER	11	04	1991	35 años, 2 meses, 22 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311742108	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SANTA RITA y	097-869-0796 /
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	1311742108	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2026	07	03
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 MAASCULINO DE 35 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR CEFALEA INTENSA DE LOCALIZACIÓN HEMICRANEAL DERECHA, DE VARIOS DÍAS DE EVOLUCIÓN, DESCRITA COMO DOLOR DE GRAN INTENSIDAD QUE SE INICIA EN LA REGIÓN OCULAR DERECHA Y SE IRRADIA HACIA LA REGIÓN OCCIPITAL DEL MISMO LADO. REFIERE QUE EL DOLOR ES PERSISTENTE Y NO CEDE CON LA ADMINISTRACIÓN DE PARACETAMOL, ANALGÉSICOS COMUNES NI ANTIINFLAMATORIOS. MANIFIESTA QUE PRESENTA EPISODIOS PREDOMINANTEMENTE DURANTE LA MADRUGADA, HABIENDO OCURRIDO EN TRES NOCHES CONSECUTIVAS EN LA ÚLTIMA SEMANA, CON INTENSIDAD TAN SEVERA QUE GENERÓ SENSACIÓN DE MUERTE INMINENTE, PERSISTIENDO POSTERIORMENTE UNA CEFALEA DE MENOR INTENSIDAD DURANTE EL RESTO DEL DÍA. REFIERE ANTECEDENTE DE UN EPISODIO SIMILAR HACE DOS AÑOS, EL CUAL MEJORÓ TRAS TRATAMIENTO CON MEDICINA NATURAL. MENCIONA QUE EN EXÁMENES PREVIOS LE INDICARON "SANGRE ESPESA", SIN APORTAR DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MIGRAÑA SIN AURA [MIGRAÑA COMUN]	G430	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-03	14:11	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	

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
2026-07-03	14:11	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	

