

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                       | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|----------------------------|---------|
| CEDEÑO           | ZAMBRANO         | MIRIAM NARCISA | 30                  | 04  | 1987 | 37 años, 10 meses, 28 días | Mujer   |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                      | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |           |               | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|-----------|---------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1311828402        | MANABI              | PICHINCHA | SAN SEBASTIAN | CALLE COLON y                | 096-230-3811 /       |
| 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                 | 1311828402      | SAN SEBASTIAN            | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D08 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |  |                  |              | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--|------------------|--------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  | Consulta externa | Neurología   | 2025  | 03  | 28  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |  | Servicio         | Especialidad | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE SEXO FEMENINO DE 37 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTES DE HIPOTIROIDISMO SIN TRATAMIENTO MEDICO. ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR CEFALEA INTENSA, PULSATIL DE LOCALIZACIÓN HEMICRANEANA DERECHA, DE VARIOS DÍAS DE EVOLUCIÓN, QUE NO CEDE AL TRATAMIENTO CON ANALGÉSICOS ORALES , Y EN OCAS IONES NI CON ANALGÉSICOS ENDOVENOSOS , AL PRINCIPIO SE DESENCADENABA EN SITUACIONES DE ESTRÉS AHORA ESTANDO EN REPOSO, S E ACOMPAÑA DE FOTOFOBIA, VÉRTIGO, NAUSEAS, ACUFENOS Y DECAIMIENTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PENDIENTES A REALIZAR

5. Diagnóstico

| Diagnóstico              | CIE-10 | PRE | DEF |
|--------------------------|--------|-----|-----|
| MIGRAÑA, NO ESPECIFICADA | G439   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL       | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|------------------------------|------------|-------|
| 2025-03-28 | 21:44 | Medicina Familiar Y Comunitaria | PABLO ANDRES VERGARA CANDELA | 1312051574 |       |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|------------------------------|------------|-------|
| 2025-03-28 | 21:44 | Medicina Familiar Y Comunitaria | PABLO ANDRES VERGARA CANDELA | 1312051574 |       |