

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	ZAMBRANO	MIRIAM NARCISA	30	04	1987	39 años, 2 meses, 10 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	AVENIDA y CALLE 403	096-230-3811 /
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	1311828402	SAN SEBASTIAN	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D08 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO		Consulta externa	Neurocirugía	2026	07	10
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

ADULTA DE 39 AÑOS, CON CUADRO 1 AÑO DE CEFALEA HEMICRANEA, DERECHA, ACOMPAÑADO DE PARESTESIAS EN EL BRAZO IZQUIERDO Y EN LA CARA DERECHA. LA CEFALEA LA DESPIERTA AL DORMIR, SE HA VUELTO MAS FRECUENTE, INCLUSIVE DIARIO. SE ACOMPAÑA DE HIPOTONIA MUSCULAR DE MIEMBROS SUPERIORES Y PARESTESIAS DE MIEMBROS INFERIORES. APP TRAUMA CRANEOENCEFALICO. A PESAR DE RECIBIR TRATAMIENTOS CON ANALGESICOS DE AMPLIO EZPECTRO POR VIA ENDOVENOSA CUADRO CLINICO NO CEDE. HACE 14 AÑOS, CON HOSPITALIZACION Y PARAPLEJIA MAS FRACTURA DE L1-L2. HIPOTIROIDISMO EN TTO CONLEVOTIROXINA 50 MCG, ALERGIAS: TRAMADOL. COMENTA SINTOMAS DISPEPTICOS POR USO DE ANALGESICOS DESDE HACE 1 AÑO. POR TAL RAZON SE REFIERE A ESPECIALIDAD

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PENDIENTES A REALIZAR

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS SINDROMES DE CEFALEA ESPECIFICADOS	G448		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-10	12:36	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 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
2026-07-10	12:36	Medicina Familiar Y Comunitaria	PABLO ANDRES VERGARA CANDELA	1312051574	

