

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDENO	ZAMBRANO	MARIA JESSENIA	01	03	1985	40 años, 0 meses, 24 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311881401	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SEBASTIAN CEDENO y	098-658-3294 / (09)-865-8329
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	1311881401	NAUSE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2025	03	25
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 FEMENINA DE 40 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE HACE 15 AÑOS DE CUADROS DE CEFALEA HOLOCANENA INTENSA MARCADA EN EVA 8/10 ACOMPAÑADA DE FOTOBIAS Y AURAS . EN OCASIONES MENCIONA MAREO Y MALESTAR GENERAL. PA: 131/ 91 SE INDICA TAMIZAJE DE PRESION ARTERIAL SIN EMBARGO PACIENTE MENCIONA DIFICULTAD PARA MOVILIZARSE HACIA EL CENTRO DE SALUD TODOS LOS DIAS DURANTE 7 DIAS. EXAMEN FISICO: CABEZA NORMOCEFALO, CUELLO NO ADENOPATIAS , TORAX SIMETRICO NO RUIDOS PATOLOGICOS AÑADIDOS ,ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE CON DOLOR TIPO URENTE EN EPIGASTIO Y SENSACION DE LLENURA POSPRANDIAL, SE VISUALIZA LESION EN ABDOMEN DE COLOR CAFE, RESTO DE EXAMEN FISICO SIN PATOLOGIA. REFERENCIA NEUROLOGIA PARA REVISION, AL MOMENTO CUADRO SOLO CEDE CON MEDICACION KETOROLACO 60MG ENDOVENOSO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ANTECEDENTES DE HACE 15 AÑOS DE CUADROS DE CEFALEA HOLOCANENA INTENSA MARCADA EN EVA 8/10 ACOMPAÑADAS DE FOTOFOBIA Y AURAS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS MIGRAÑAS	G438	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-25	16:17	Medicina Rural	EYLEEN ALEXA PESANTES CASTRO	1316282464	

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
2025-03-25	16:17	Medicina Rural	EYLEEN ALEXA PESANTES CASTRO	1316282464	

