

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PIN	CEVALLOS	ESTRELLA PASTORA	20	02	1987	39 años, 4 meses, 26 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312034893	MANABI	PICHINCHA	PICHINCHA	NN y	098-195-4781 /
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	1312034893	PICHINCHA	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D08 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2026	07	16
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

USUARIO CON APP DE MIGRAÑA COMPLICADA EN TTO CON OPIOIDES MAS AINES DE LARGA DATA CON RESPUESTA PARCIAL REFIERE QUE CUADRO CLINICO A IDO EXACERBANDO PROGRESIVAMENTE CON AUMENTO EN LA INTENSIDAD Y LA FRECUENCIA DE DOLOR ACTUALMENTE CON UN EVA 9/10 QUE SE ACOPAÑA DE ACUDFENOS MAS ALTERACION DE AGUDEZA VISUAL Y MAREO, REFIERE AEDMAS QUE EN CIERTAS OCASIONES PRESENTA VOMITOS ID: MIGRAÑA COMPLICADA... PLAN: AMITRIPTILINA 25MG TOMAR MEDIA TABLETA CADA DIA 7PM + DICLOFENACO 25MG + TRAMADOL 25 MG (ADORLAN) QD 8AM... REFERENCA A NEUROLOGIA DE 2 NIVEL DE ATENCION PARA VALORACION Y REALZIACION DE TAC SEGUN CRITERIO DE ESPECIALISTA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SOLICITUD TAC

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MIGRAÑA COMPLICADA	G433		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-16	08:51	Medicina Familiar Y Comunitaria	FRANKLIN LENIN DAZA CHAGUAY	1009-16-1448233	

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
2026-07-16	08:51	Medicina Familiar Y Comunitaria	FRANKLIN LENIN DAZA CHAGUAY	1009-16-1448233	