

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BELLO	VERA	MARIA JULIETA	20	09	1990	35 años, 9 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	1313526699	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	PRIMERO DE MAYO y NUEVE DE AGOSTO	099-864-2217 /
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	1313526699	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D12 / 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 resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

FEMENINA DE 35 AÑOS, CON TRASTORNOS DEL SUEÑO, APF: HERMANA FALLECIDAD CON EPILEPSIA, Y VARIOS FAMILIARES CON Sx. CONVULSIVOS APP: SUFRIO DE CONVULSIONES DE NIÑA, CONTUCIONES, TCE MODERADO POR ACCIDENTE DE MOTO, MIGRAÑA FRECUENTES, PERDIDA DE VARIOS SERES IMPORTANTES, HAY ALUCINACIONES CINESTESICAS, PACIENTE INDICA QUE SU ALMA SALE DE SU CUERPO, ALUCINACIONES AUDITIVAS (PARALISIS DEL SUEÑO) SIN EMBARGO LA PACIENTE DEMANDA ESTUDIOS NEUROLOGICOS CON EECG, TAC O RMN... POR ELLO SE I/C.- CON SEGINDO NIVEL.-

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO HAY LOS PARA REALIZAR ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS NI MEDICAMENTOS...

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-16	12:59	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS ABEL MARTINEZ CASTRO	81	

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	12:59	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS ABEL MARTINEZ CASTRO	81	

