

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres           | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                       | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------------|---------------------|-----|------|----------------------------|---------|
| OLMEDO           | MANTILLA         | JESSICA ELIZABETH | 03                  | 08  | 1994 | 30 años, 10 meses, 23 días | Mujer   |
|                  |                  |                   | día                 | mes | año  | a-m-d                      | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                           | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|-------------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1313546044        | MANABI              | CHONE  | RICAUORTE | VIA FLAVIO ALFARO ENTRADA LA ISLA y | 098-733-1915 /       |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón | Parroquia | Calle Principal y Secundaria        | Convencional/Celular |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo                   | Distrito/Area  |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------------------------|----------------|
| MSP                 | 1313546044      | SESME                    | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Neurología   |  | 2025  | 06  | 26  |
| 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 DE 30 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE AL CENTRO DE SALUD POR CEFEELEA DE LARGA DATA QUE NO CEDE CON ANALGESIA, HA ACUDIDO EN ALGUNAS OCASIONES AL CENTRO DE SALUD Y AL HOSPITAL POR ANALGESIA PERO EN ALGUNAS OCASIONES, AL MOMENTO EVA 8/10, REFIERE CUANDO HAY CEFEELEA COMIENZAN SINTOMAS COMO FRIO EN TODO EL CUERPO, NAUSEA, VOMITO, ZUMBIDO EN EL OIDO,ANSIEDAD, INSOMNIO, ESTRES, NO DUERME, COMENTA QUE SE HA REALIZADO RX DE CRANEO DE MANERA PARTICULAR LA CUAL NO MUESTRA NADA PATOLOGICO, SE ENVIA MEDICACION Y SE HACE REFERENCIA CON NEUROLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX: NO PATOLOGICO

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                       | CIE-10 | PRE | DEF |
|-----------------------------------|--------|-----|-----|
| HIPERTENSION INTRACRANEAL BENIGNA | G932   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL     | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|----------------------------|------------|-------|
| 2025-06-26 | 09:41 | Medicina Rural | BRYAM JOSUE CANTOS ALCIVAR | 1316378957 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|----------------------------|------------|-------|
| 2025-06-26 | 09:41 | Medicina Rural | BRYAM JOSUE CANTOS ALCIVAR | 1316378957 |       |