

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDENO	ZAMBRANO	DELBERT LEONEL	09	12	2000	24 años, 7 meses, 13 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313561571	MANABI	CHONE	SANTA RITA	LA VILLA y	/ (00)-000-0000
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	1313561571	NAUSE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2025	07	22
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 24 AÑOS. APP: NO REFIERE, APF: NO REFIERE, APQX: NO, NIEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA. ES ATENDIDO POR CEFALEA RECUERRENTE DURANTE >3 MESES, POSTERIOR A CAIDA AL BAJAR ESCALERA, DESDE ENTONCES CURSA CON CEFALEA PULSÁTIL O HEMICRANEAL ACOMPAÑADA DE FOTOFOBIA QUE NO CEDE A PARACETAMOL. AL EXAMEN FISICO CABEZA: NORMOCEFALICA, PUPILAS ISOCORICAS, MUCOSAS HIDRATADAS, CUELLO SIN ADENOPATIAS PALPABLES, TORAX: SIMETRICO, CS PS: MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, NO SE AUSCULTAN RUIDOS ACOMPAÑANTES, RS CS: RITMICOS NO SE AUSCULTAN SOPLOS, ABDOMEN: SUAVE, DEPRESIBLE. EXTREMIDADES: SIMÉTRICOS, NO EDEMA/SE ENVIA TOMOGRAFIA / REF. NEUROLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CEFALEA RECURRENTE DE 3 MESES DE EVOLUCION POSTERIOR A CAIDA EN ESCALERAS

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-22	11:18	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 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
2025-07-22	11:18	Medicina Rural	EYLEEN ALEXA PESANTES CASTRO	1316282464	