

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	HERNANDEZ	JOSELYN MERCEDES	19	09	1997	27 años, 11 meses, 10 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313707109	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA 6 DE DICIEMBRE y PRIMERA ETAPA	096-322-3708 /
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	1313707109	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2025	08	29
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 27 AÑOS QUE PRESENTA CUADROS RECURRENTES DE CEFALEA INTENSA TIPO MIGRAÑOSA, LOCALIZADA EN LA REGIÓN CORRESPONDIENTE A LA RAMA OFTÁLMICA DEL NERVO TRIGÉMINO, CON IRRADIACIÓN PERIORBITARIA, FOTSENSIBILIDAD Y FOTOPSIA ASOCIADA; EL DOLOR NO CEDE CON AINES NI CON ANALGÉSICOS HABITUALES, LO QUE HA MOTIVADO TRES CONSULTAS A SERVICIOS DE EMERGENCIA EN LOS ÚLTIMOS MESES POR INTENSIFICACIÓN DEL CUADRO Y FALTA DE RESPUESTA TERAPÉUTICA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

MIGRAÑA QUE NO CEDE A PRIMERA LINEA DE TRATAMIENTO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
NEURALGIA DEL TRIGEMINO	G500		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-29	09:45	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

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