

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CALDERON	LOOR	MARIA LENNY	26	11	1994	29 años, 8 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	1313777094	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SN y SN	098-818-8655 /
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	1313777094	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA				13D07 / ZONA 4
Refiere o Deriva a:						Fecha	
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE		Consulta externa	Neurología	2024	08	21
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

PACIENTE FEMENINA DE 29 AÑOS SIN PATOLOGIAS DE BASE ACUDE POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE LARGA DATA CARACTERIZADO POR PRESENTAR DOLOR PELVICO INTENSO, FUM: 26/05/2024, INDICA QUE PRESENTA CICLOS IRREGULARES Y DISMENORREA. REFIERE ADEMÁS DOLOR ABDOMINAL IZQUIERDO, SE EVIDENCIA EN PREVIOS EXÁMENES CRISTALES DE OXALATO DE CALCIO ++ Y HEMATIES EN ORINA. NO SE HA REALIZADO ECOGRAFIA ABDOMINAL PREVIA. REFIERE TAMBIEN CEFALÉAS INTENSAS QUE LE GENERAN MAREOS, NAUSEAS QUE LA INCAPACITAN, NIEGA OTROS SINTOMAS. EXAMEN FISICO: CABEZA: NORMOCEFALO, CUELLO: SIN ADENOPATIAS, TORAX: CSPA: CLAROS Y VENTILADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE DOLOROSO A LA PALPACION PROFUNDA EN FOSA ILIACA IZQUIERDA Y PUÑO PERCUSION IZQUIERDA ++, RUIDOS HIDROAEREOS PRESENTES, GENITALES: NORMALES, EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES SIMETRICAS, PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE PRESENTA CEFALÉAS INTENSAS INCAPACITANTES ACOMPAÑADAS DE MAREOS, NAUSEAS FOTOFOBIA Y DEBILIDAD

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-08-21	11:44	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	 Firmado electrónicamente por: ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ

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
2024-08-21	11:44	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	

