

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELEZ	SOLORZANO	YARITZA GABRIELA	11	08	1999	26 años, 7 meses, 30 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314276070	MANABI	ROCAFUERTE	ROCAFUERTE	PUERTO LOOR y	099-999-9999 /
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	1314276070	HOSPITAL BASICO NATALIA HUERTA DE NIEMES	HOSPITAL BASICO	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL NAPOLEÓN DAVILA	Consulta externa	Neurología		2026	04	10
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 clinico

EDAD: 26 AÑOS. ALERGIAS: NO REFIERE. APP: NO REFIERE. APF: (HTA/DMT/HIPOTIROIDISMO) APQ: NO REFIERE. AGO: MENARQUIA: 12 AÑOS. CICLOS MENSTRUALES REGULARES. 30X4-5 FLUJO: NORMAL. DISMENORREA: SI 10/10 (NAUSEAS/DIARREA/CEFALEA (MIGRAÑA)) PAP TEST: HACE 1 MES (INFLAMACION/SECRECION (ATB-INFECCION?) PLANIFICACION FAMILIAR: NO REFIERE. VSA: SI. DESEO DE EMBARAZO NO. GESTA ROSINA. GESTA 0. FUM: 28/03/2026. MOTIVO DE CONSULTA: PACIENTE QUE ACUDE POR MOLESTIA POR CEFALEA, REFIERE QUE PRESENTA SENSACION DE CONJUNTIVAS AMARILLENTAS, REFIERE EPIGASTRALGIA POR INGESTA DE ALIMENTOS, NIEGA MOLESTIAS URINARIAS, PERSISTENCIA DE SECRECION VAGINAL, NIEGA COMEZON A NIVEL VULVAR, BLANCA, MAL OLOR AL FINAL DE LA MENSTRUACION. ULTIMA ECOGRAFIA DE UTEROS Y OVARIOS HACE 4 AÑOS, CON ANTECEDENTES DE QUISTES DE OVARIOS, CAIDA DE CABELLO, NIEGA HIRSUTISMO. NIEGA DIFICULTAD VISUAL. REFIERE MIGRAÑA MENSTRUAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MIGRAÑA COMPLICADA	G433	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-10	14:24	Ginecología y Obstetricia	JOSE HUMBERTO CARDENAS SACOTO	1009-2016-1670190	

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
-------	------	--------------	------------------------	--------	-------

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-10	14:24	Ginecología y Obstetricia	JOSE HUMBERTO CARDENAS SACOTO	1009-2016-1670190	