

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
FIGUEROA	CARVAJAL	CINTHYA ALEXANDRA	04	07	2001	24 años, 8 meses, 6 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314315084	MANABI	ROCAFUERTE	ROCAFUERTE	CALLE BOLIVAR y	099-013-3692 /
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	1314315084	HOSPITAL BASICO NATALIA HUERTA DE NIEMES	HOSPITAL BASICO	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL NAPOLEÓN DAVILA	Consulta externa	Neurología	2026	03	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

PACIENTE QUE ACUDE CONTROL POST PARTO DESDE EL 3 DE JULIO DEL PRESENTE AÑO, PACIENTE REFIERE CEFALEA, INTERMITENTE, ESPORADICA, REFIERE DOLOR A NIVEL DE MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO DEBIDO A COLOCACION DE IMPLANTE SUBDERMICO ANTICONCEPTIVO, AL MOMENTO PACIENTE REFIERE MAMAS EN BUENAS CONDICIONES, NIEGA DOLOR ABDOMINAL, REFIERE AUSENCIA DE SANGRADO TRANSVAGINAL AL MOMENTO, NIEGA DOLOR A NIVEL VULVAR O PERINEAL, DEFECACION: ESTREÑIMIENTO, DIFICULTAD PARA EVACUACION, REFIERE SENSACION DE URGENCIA URINARIA. AL MOMENTO EN BUENAS CONDICIONES GENERALES. PACIENTE ACUDE EL DIA DE HOY 10 DE MARZO, PACIENTE REFIERE QUE PERSISTE CEFALEA INTENSA, REFIERE PERSISTEN MOLESTIAS URINARIAS, NIEGA SECRECION VAGINAL, AL MOMENTO CURSA 8 MESES POS PARTO. CONTINUA LACTANCIA DE FORMA ADECUADA. PERSISTE AMENORREA DEBIDO A IMPLANTE SUBDERMICO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-10	11:57	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
2026-03-10	11:57	Ginecología y Obstetricia	JOSE HUMBERTO CARDENAS SACOTO	1009-2016-1670190	