

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOPEZ	LOPEZ	SELENA BEATRIZ	03	08	1999	26 años, 11 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314420363	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CIRIACO UNO y SN	000-000-0000 /
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	1314420363	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2026	07	03
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 26 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR CEFALEA RECURRENTE DE VARIOS MESES DE EVOLUCIÓN, LOCALIZADA PREDOMINANTEMENTE EN REGIÓN HEMICRANEAL, DE CARÁCTER PULSÁTIL, INTENSIDAD MODERADA A SEVERA, CON EPISODIOS QUE PUEDEN DURAR VARIAS HORAS Y LIMITAN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS. REFIERE QUE EL DOLOR SE EXACERBA CON LA ACTIVIDAD FÍSICA Y SE ACOMPAÑA DE FOTOFOTOBIA, FONOFOBIA, Náuseas y, en ocasiones, vómitos. MANIFIESTA QUE LOS EPISODIOS PUEDEN DESENCADENARSE POR ESTRÉS, FALTA DE SUEÑO, AYUNO PROLONGADO O EXPOSICIÓN A LUCES INTENSAS, PRESENTANDO ALIVIO PARCIAL CON EL REPOSO EN UN AMBIENTE OSCURO Y EL USO DE ANALGÉSICOS. AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN SE ENCUENTRA HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, CON EXAMEN FÍSICO GENERAL SIN ALTERACIONES RELEVANTES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MIGRAÑA SIN AURA [MIGRAÑA COMUN]	G430	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-03	16:05	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	

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
2026-07-03	16:05	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	

