

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SABANDO	CELORIO	JENIFFER CATHERINE	08	03	2000	26 años, 4 meses, 24 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314467992	MANABI	CHONE	CONVENTO	VALDEZ VIA RIOCHICO RODEO y VALDEZ	098-053-4414 /
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	1314467992	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2026	07	31
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 CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR CEFALEA HEMICRANEANA DERECHA DE APROXIMADAMENTE UN AÑO DE EVOLUCIÓN, DE CARÁCTER COMPRESIVO Y PULSÁTIL, CON TRES CRISIS AL MES, DE INTENSIDAD MODERADA QUE LIMITAN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA ESCALA DE EVA 7/10 Y SIN RESPUESTA ADECUADA A ANALGÉSICOS. REFIERE QUE LOS EPISODIOS SE ACOMPAÑAN DE FOTOFOBIA, NÁUSEAS Y PARESIES EN MIEMBRO SUPERIOR Y HEMICARA IPSILATERAL. NIEGA PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA, AUNQUE MANIFIESTA DOS EPISODIOS DE LIPOTIMIA. NIEGA FIEBRE, DIARREA, DOLOR ARTICULAR, SÍNTOMAS RESPIRATORIOS Y CRISIS CONVULSIVAS. SE ENCUENTRA ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA. ANTECEDENTES GINECOOBSTÉTRICOS: G2 P0 C2 A0. FUM: 13/07/2026. UTILIZA MÉTODO ANTICONCEPTIVO ORAL COMBINADO. AL EXAMEN FÍSICO SE ENCUENTRA ORIENTADA EN PERSONA, TIEMPO Y ESPACIO, CON PARES CRANEALES II AL XII ÍNTEGROS, MARCHA NORMAL, DEAMBULACIÓN EN TALONES Y PUNTILLAS CONSERVADA, FUERZA MUSCULAR 5/5 EN LAS CUATRO EXTREMIDADES, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS SIMÉTRICOS Y DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES, EXPLORACIÓN SENSITIVA SIN ALTERACIONES, SENSIBILIDAD DOLOROSA Y TÁCTIL SUPERFICIAL CONSERVADAS, ESTEREOGNOSIA ÍNTEGRA Y FUNCIÓN CEREBELOS A NORMAL, SIN DÉFICIT NEUROLÓGICO FOCAL EVIDENTE. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: PROBABLE MIGRAÑA CON AURA; SIN EMBARGO, POR LA PRESENCIA DE AURA SENSITIVA, EPISODIOS DE LIPOTIMIA Y USO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS, SE CONSIDERA NECESARIO DESCARTAR PATOLOGÍA ESTRUCTURAL O VASCULAR DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL. SE BRINDA EDUCACIÓN SOBRE SIGNOS DE ALARMA, SE SOLICITA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE CRÁNEO Y SE REALIZA REFERENCIA A NEUROLOGÍA PARA VALORACIÓN INTEGRAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EL PACIENTE ESTÁ ORIENTADO EN CUANTO A PERSONA, TIEMPO Y ESPACIO. LOS PARES CRANEALES II A XII ESTÁN INTACTOS. LA EXPLORACIÓN MOTORA MUESTRA MARCHA NORMAL, MOVIMIENTO NORMAL DE TALONES Y PUNTILLAS Y FUERZA NORMAL BILATERALMENTE. LOS REFLEJOS SON IGUALES BILATERALMENTE Y ESTÁN DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES. LOS RESULTADOS DE LA EXPLORACIÓN SENSITIVA SON NORMALES, CON SENSIBILIDAD DOLOROSA, TÁCTIL SUPERFICIAL Y ESTEREOGNOSIAS INTACTAS. LA FUNCIÓN CEREBELOSA ES NORMAL.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MIGRAÑA CON AURA [MIGRAÑA CLÁSICA]	G431		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-31	16:20	Medicina Rural	JEFFERSON ENRIQUE SABANDO CELORIO	1314467984	

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 clínico

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
2026-07-31	16:20	Medicina Rural	JEFFERSON ENRIQUE SABANDO CELORIO	1314467984	