

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALAVA	ALCIVAR	ANGELICA ANNABEL	23	08	1995	30 años, 5 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314470251	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	CIRIACO UNO y SN	099-103-7888 /
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	1314470251	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2026	01	27
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 FEMENINO DE 30 AÑOS DE EDAD, NO REFIERE ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA. ACUDE CON CEFALÉAS INTENSAS DE 9/10 EN LA ESCALA DE DOLOR, PACIENTE REFIERE APARICION DE HACE UN PAR DE MESES, ANTES CONTROLADO CON MEDICACION, SIN EMBARGO ACTUALMENTE NO CEDE DOLOR CON ANALGESICOS. AL EXAMEN FISICO PACIENTE ALGICA, SIN TOLERANCIA A RUIDOS Y LUZ. NO REFIERE SINTOMATOLOGIA URINARIA, DIGESTIVA NI RESPIRATORIA. POR EPISODIOS RECURRENTES Y LARGA DURACION MAS CAMBIO DEL PATRON DE MIGRAÑA SE LE REALIZA REFERENCIA PARA POSIBLE VALORACION Y SEGUIMIENTO DE PATOLOGIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO ACUDE CON EXAMENES ACTUALES.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MIGRAÑA COMPLICADA	G433		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-27	14:48	Medicina Rural	KEVIN GOMEZ HENAO	1759613738	

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
2026-01-27	14:48	Medicina Rural	KEVIN GOMEZ HENAO	1759613738	