

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GILER	SANTOS	FATIMA ESTEFANIA	18	10	2007	18 años, 8 meses, 15 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314752542	MANABI	ROCAFUERTE	ROCAFUERTE	TABACALES y	000-000-0000 /
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	1314752542	HOSPITAL BASICO NATALIA HUERTA DE NIEMES	HOSPITAL BASICO	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEÓN 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 clinico

EDAD: 18 AÑOS. ALERGIAS: NO REFIERE. APP: MIGRAÑA DIAGNOSTICADA HACE 1 AÑO TRATAMIENTO CON BUPREX MIGRAX. APQ: HERNIA INGUINAL LADO DERECHO. AGO: MENARQUIA: 12. CICLOS MENSTRUALES: IRREGULARES 30X14 DIAS. FLUJO. ABUNDANTE. DISMENORREA: SI 7/10. PAP TEST: NUNCA. GESTA0. IVS: 16 AÑOS. PF: NO REFIERE. MOTIVO DE CONSULTA: PACIENTE CON OVARIO POLIQUISTICO, PACIENTE QUE ACUDE POR IRREGULARIDAD MENSTRUAL, OLIGOMENORREA PERSISTENTE, REFIERE QUE SE REALIZA PRUEBA DE EMBARAZO HACE 2 SEMANAS NEGATIVA, CRECIMIENTO EXCESIVO DE VELLO, REFIERE QUE PREVIAMENTE ACUDE A MEDICO NORBERTO Y ENVIA PASTILLAS Y JARABES Y NO MEJORA. NUNCA SE HA REALIZADO PRUEBAS HORMONALES. NIEGA MOLESTIAS URINARIAS, NIEGA SECRECION VAGINAL. BELLAFACE / INOSYTOL / RELAX VIT / METFORMINA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS SINDROMES DE CEFALEA ESPECIFICADOS	G448	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-03	10:42	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
2026-07-03	10:42	Ginecología y Obstetricia	JOSE HUMBERTO CARDENAS SACOTO	1009-2016-1670190	

