

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO							
		1277	CENTRO DE SALUD EL RECREO	A	131480/536									
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
INTRIAGO		SANTOS		VICTORIA		ELIZABETH	M	24-12-1993	32	☐ H	☐ D	☐ M	☐ A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA	☐ Y	DERIVACIÓN		☐ N						
0981204222		MSP												
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL														
DOMINIO		CANTÓN		PARROQUIA										
MANABÍ		TOACUJA		TOACUJA										
1. Accesibilidad geográfica. ☐														
2. Falta de espacio físico. ☐														
3. Falta de equipamiento. ☐														
4. Equipos en mal estado. ☐														
MOTIVO														
6. Problemas de abastecimiento. ☐														
7. Insuficiencia de profesionales. ☐														
8. Inadecuada capacidad resolutiva. ☐														

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	NEUROLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE 32 AÑOS DE EDAD, CON APP DE OBESIDAD CLÍNICA GRADO 3, PRESENTA CUADRO CLÍNICO DE MAS MENOS 20 AÑOS DE EVOLUCION, CARACTERIZADO POR CEFALEA, PULSATIL, EVA 9, IPSILATERAL, ASOCIADO A NAUSEAS, FOTOFOBIA, FONOFOBIA. CRISIS OCURREN 3 VECES POR SEMANA, SE AUTOMEDICA CON MIGRAFLASH. EXAMEN FÍSICO: NORMOCEFALO, VISION CONSERVADA, CSPS CLAROS Y VENTILADOS . RSCS RÍTMICOS Y NORMOFOÉNTICOS, EXTREMIDADES MÓVILES Y SENSIBLES. BAJO EL CONTEXTO DE UNA PACIENTE CON CEFALEA CRÓNICA, CON CUADRO COMPATIBLE CON MIGRAÑA, PERO CON TAC QUE PRESENTA ARACNOIDEOCELE GRADO 3 SOLICITO VALORACION POR MEDICO ESPECIALISTA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

ADJUNTO CD CON TAC DE CEREBRO

E. DIAGNÓSTICO

	PRE- PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CE	PRE	DEF		CE	PRE	DEF
1.	QUISTE CEREBRAL	G930		X	4.			
2.	MIGRAÑA SIN AURA	G430	X		5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
09-07-2026	15:00	IGNACIO	MANRIQUE	AVEIGA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
1308639879				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	☐ SI	☐ NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	☐ SI	☐ NO
CONTRAREFERENCIA		REFERENCIA INVERSA			

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

	PRE- PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CE	PRE	DEF		CE	PRE	DEF
1.					4.			
2.					5.			
3.					6.			

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO