

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VALDEZ	RODRIGUEZ	ROSA ANGELICA	09	10	1993	31 años, 10 meses, 12 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314896414	MANABI	CHONE	CANUTO	CANUTO y CANUTO	096-849-7683 /
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	1314896414	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2025	08	21
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 31 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA POR PRESENCIA DE CEFALEAS Y RENOVACION DE REFERENCIA. APP: NO REFIERE. ALERGIAS: NO REFIERE. APQ: NO REFIERE. APF: MADRE DIABETICA E HIPERTENSA. AL MOMENTO ACUDE POR CUADRO CLINICO DE VARIOS DIAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PRESENCIA DE CEFALEAS DE VARIAS HORAS DE DURACIÓN QUE SE ASOCIA CON FOTOFOBIA, SONOFOBIA, EPIFORA, PACIENTE CON ANTECEDENTE DE MIGRAÑAS EN SEGUIMIENTO DE AREA DE NEUROLOGIA, AL MOMENTO MENCIONA CONTROL EN ESTE PERIODO POR AREA DE NEUROLOGIA, POR LO QUE SE SOLICITA VALORACION DE ESPECIALISTA. PACIENTE CONSCIENTE ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, AFEBRIL A LA CONSULTA. AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA DEPRESION A NIVEL DE LA REGION FRONTOPARIETAL DE APROXIMADAMENTE 5CM DE DIAMETRO, MENCIONA PACIENTE QUE PUEDE SER DEFECTO CONGENITO. SIN SIGNOS DE ALARMA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-21	07:58	Medicina Rural	JEAN PIERRE MACIAS CAICEDO	1313606673	

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
2025-08-21	07:58	Medicina Rural	JEAN PIERRE MACIAS CAICEDO	1313606673	

