

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VALDEZ	RODRIGUEZ	ROSA ANGELICA	09	10	1993	32 años, 8 meses, 3 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		2026	06	12
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 32 AÑOS ACUDE A CONSULTA PARA REFERENCIA POR SU PATOLOGÍA DE BASE: MIGRAÑA CON AURA, REFIERE CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR CEFALEA RECURRENTE DE LOCALIZACIÓN OCCIPITAL, DE INTENSIDAD SEVERA (EVA 9/10), ASOCIADA A NÁUSEAS Y EPISODIOS DE VISIÓN BORROSA TIPO AURA. LA PACIENTE MANIFIESTA QUE EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS LOS SÍNTOMAS HAN PRESENTADO EMPEORAMIENTO PROGRESIVO, CON MAYOR FRECUENCIA E INTENSIDAD DE LOS EPISODIOS DE CEFALEA, CON MAYOR LIMITACIÓN FUNCIONAL. PRESENTA ANTECEDENTE DE VALORACIÓN POR NEUROLOGÍA EN OCTUBRE DEL AÑO PASADO, DONDE SE INDICÓ SEGUIMIENTO; SIN EMBARGO, NO HA SIDO REVALORADA DESDE ENTONCES. NIEGA TRAUMATISMOS, PÉRDIDA DE CONCIENCIA, DÉFICIT MOTOR U OTROS SIGNOS NEUROLÓGICOS DE FOCALIZACIÓN. ACTUALMENTE SE ENCUENTRA CON AFECTACIÓN FUNCIONAL SECUNDARIA A LA INTENSIDAD DEL DOLOR. TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CEFALEA RECURRENTE DE LOCALIZACIÓN OCCIPITAL, DE INTENSIDAD SEVERA (EVA 9/10), ASOCIADA A NÁUSEAS Y EPISODIOS DE VISIÓN BORROSA TIPO AURA. PRESENTADO EMPEORAMIENTO PROGRESIVO

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-12	21:39	Medicina Rural	MILENA FERNANDA MACIAS MEJIA	1316516853	 Milena Fernanda Macias Mejia

Time Stamping
Security Data

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
2026-06-12	21:39	Medicina Rural	MILENA FERNANDA MACIAS MEJIA	1316516853	

