

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres      | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|--------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| GALARZA          | MOLINA           | DIGNA ISABEL | 30                  | 06  | 1998 | 27 años, 1 meses, 1 días | Mujer   |
|                  |                  |              | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |           |               | Dirección                    | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|-----------|---------------|------------------------------|------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1315119725        | MANABI              | PICHINCHA | SAN SEBASTIAN | MEDARDO CEVALLOS Y AMERICA y | 098-378-3179 / (00)-000-0000 |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón    | Parroquia     | Calle Principal y Secundaria | Conveccional/Celular         |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No.                          | Establecimiento de salud | Tipo                   |              | Distrito/Area  |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--------------------------|------------------------|--------------|----------------|-----|-----|
| MSP                 | 1315119725                               | SAN SEBASTIAN            | CENTRO DE SALUD TIPO A |              | 13D08 / ZONA 4 |     |     |
|                     |                                          |                          |                        |              |                |     |     |
| Refiere o Deriva a: |                                          |                          |                        |              | Fecha          |     |     |
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |                          | Consulta externa       | Neurología   | 2025           | 07  | 31  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |                          | Servicio               | Especialidad | día            | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clinico

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE SEXO FEMENINO DE 27 AÑOS DE EDAD. ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR CEFALEA INTENSA, PULSATIL DE LOCALIZACIÓN HEMICRANEANA DERECHA, DE VARIOS DÍAS DE EVOLUCIÓN, QUE NO CEDE AL TRATAMIENTO CON ANALGÉSICOS ORALES , Y EN OCASIONES NI CON ANALGÉSICOS ENDOVENOSOS, AL PRINCIPIO SE DESENCADENABA EN SITUACIONES DE ESTRÉS AHORA ESTANDO EN REPOSO, SE ACOMPAÑA DE FOTOFOBIA, VÉRTIGO, NAUSEAS, ACUFENOS Y DECAIMIENTO. |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|                       |
|-----------------------|
| PENDIENTES A REALIZAR |
|-----------------------|

5. Diagnóstico

| Diagnóstico              |  | CIE-10 | PRE | DEF |
|--------------------------|--|--------|-----|-----|
| MIGRAÑA, NO ESPECIFICADA |  | G439   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL       | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|------------------------------|------------|-------|
| 2025-07-31 | 13:29 | Medicina Familiar Y Comunitaria | PABLO ANDRES VERGARA CANDELA | 1312051574 |       |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|------------------------------|------------|-------|
| 2025-07-31 | 13:29 | Medicina Familiar Y Comunitaria | PABLO ANDRES VERGARA CANDELA | 1312051574 |       |