

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CALDERON	SANTANA	GABRIELA MARIUXY	07	04	1994	31 años, 10 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315433613	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	10 DE AGOSTO y	096-384-1061 /
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	1315433613	INES MORENO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2026	02	18
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

APP: EPILEPSIA DESDE LOS 10 AÑOS DE EDAD MANTUVO TRATAMIENTO HASTA LOS 17 AÑOS DE EDAD CON ACIDO VALPROICO 500 MG CADA DIA + DISCAPACIDAD FISICA 40%. PRESENTA CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR DOLOR DE TIPO SORDO LOCALIZADA EN REGION OCCIPITAL DE LARGA DATA DE EVOLUCIÓN, NAUSEAS, SENSACION DE MAREO, HORMIGUEO A NIVEL FACIAL DESDE HACE UN MES . PACIENTE REFIERE QUE DESDE HACE 9 MESES EL DOLOR SE PRESENTA CON MAYOR FRECUENCIA. ACTUALMENTE NO REFIERE EPISODIOS DE CONVULSIONES. PACIENTE REFIERE QUE CONSUME MEDICACION ANTIFLAMATORIO PERO NO TIENE RESPUESTA FAVORABLE. EN CONSULTA ANTERIOR SE LE DAN INDICACIONES DE TRATAMIENTO CON AMITRIPTILINA 25 MG HORA SUEÑO PERO PACIENTE NO CONSUME MEDICACION INSTAURADA (OLVIDO)

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TOMOGRAFIA CEREBRAL

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-18	14:30	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

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
2026-02-18	14:30	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

