

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ACURIA	PARRAGA	PABLO ALEJANDRO	22	06	1996	29 años, 0 meses, 25 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315757623	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	SAUCES 2 y	096-753-4923 /
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	1315757623	INES MORENO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2025	07	17
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: ACCIDENTE DE TRANSITO HACE UN AÑO CRANEOTECTOMIA PARCIAL DERECHA, PERDIDA TOTAL DE VISION DE OJO DERECHO INGRESO EN UCI 2 SEMANAS CON PERDIDA DEL CONOCIMIENTO. CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR CEFALEA DE TIPO PUNZANTE QUE SE LOCALIZA EN REGION PARIETAL DERECHA DE MODERADA INTENSIDAD 8/10 QUE SE IRRADIA DE MANERA GENERAL, SE ACOMPAÑA DE ESCOTOMA DOLOR SE PRESENTA DE MANERA INTERMITENTE Y MANTENIDA SE EXACERBA CON ACTIVIDADES DIARIAS (AGRICULTOR) DOLOR, CALMA CON EL REPOSO O CONSUMO DE MEDICACION. SINTOMAS SE PRESENTAN DESDE HACE MAS O MENOS UN AÑO CON MAYOR INTENSIDAD HACE 6 MESES. PACIENTE REFIERE QUE PRESENTA DIFICULTAD PARA MANTENER EL SUEÑO POR MOTIVO DE PRESENTAR CEFALEA EN HORAS DE LA MADRUGADA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TAC CEREBRO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESTADO MIGRAÑOSO	G432		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-17	16:15	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
2025-07-17	16:15	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

