

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GRIJALVA	CARRANZA	MELANY LILIANA	03	03	2009	17 años, 4 meses, 24 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316198686	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	TACHEVE y	098-989-4840 /
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	1316198686	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2026	07	27
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 CON APP DE DEPRESIÓN MEDICADA CON QUETIAPINA 100 MG QUE SUSPENDIÓ POR SOMNOLIENCIA Y AC VALPROICO EL CUAL NO HA TOMADO,. FUE VISTA POR PSIQUIATRIA HACE 8 DÍAS MÀS O MENOS Y HA SIDO DX DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD. SEGÙN COMENTA. APF DE CA COLÓN EN BISABUELA. TIO MATERNO EPILEPSIA NO APP DE MIGRAÑA. CICLO MENSRTUAL 7 DÍAS, A LOS 10 AÑOS MENARQUIA. PACIENTE MANIFIESTA CUADRO DE 9 MESE CON CEFALEA 3 VCS ALA SEMANA SIN PREDOMINIO DE HROARIO SIN UBICACIÓN ESPECIFICA, FOTOFOBIA Y SONOFOBIA 5/10 DE EVA NO NÁUSEAS NO VÓMITOS, PRESENTA FASCICULACIONES DURANTE LA NOCHE, SE ENVIA A NEUROLOGÍA PARA VALORACIÓN Y DESCARTE DE PATOLOGÍA NEUROLÓGICA. . grijalvamelany290@gmail.com 0997627239

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ADJUNTO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CEFALEA VASCULAR, NCOP	G441	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-27	09:18	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
2026-07-27	09:18	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

