

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
MSP		1268	CS Agua Fria		A	1316337250		1316337250	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONSTRUCCIÓN FÍSICA (MASCULINO)
Matena		Rendon		Shirley		F	18-08-99	9	M
TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	DERIVACIÓN			
0981772937 - 0986869214									
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		MOTIVO			
Manabí		Turrub		Turrub		☐ 1. Accesibilidad geográfica ☐ 2. Faltas de equipamiento ☐ 3. Faltas de personal ☐ 4. Equipos en mal estado ☐ 5. Problemas de infraestructura			

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	Hosp. Napoleón Darla C.	consulta - externa	Neurología

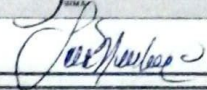
C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente femenina con App de migrañas de 5 años de evolución, aproximadamente 1 día de 31 años refiere que luego y después del almuerzo presenta crisis de migraña acompañada de náuseas, refiere que siempre trata sus crisis con Migra (bupren) (Ergotamina, cafeína + Ibuprofeno), pero ya no puede controlar su migraña.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Paciente que se trata durante 3 años con (buprex Migra) (Ergotamina, cafeína + Ibuprofeno) Solución.

DIAGNÓSTICO	FECHA	PRE	POST	OTRO
Migraña complicada	043	X		

E. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE			
FECHA (YYYY-MM-DD)	HORA (HH:MM)	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO APELLIDO
29-01-2026	9:00	Luz	Campos
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	
1304278326			

F. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN			
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA

CONTRAREFERENCIA ☐

REFERENCIA INVERSA ☐

G. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

H. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (YYYY-MM-DD)

I. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

J. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

K. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

DIAGNÓSTICO	FECHA	PRE	POST	OTRO

L. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

M. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE			
FECHA (YYYY-MM-DD)	HORA (HH:MM)	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	