

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOPEZ	ZAMBRANO	GARDENIA FABIOLA	24	02	1991	34 años, 5 meses, 21 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316492139	MANABI	CHONE	SANTA RITA	RICAURTE y	097-845-3836 /
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	1316492139	NAUSE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2025	08	14
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 femenina de 34 años, acude por presentar cefalea intensa de inicio súbito, localizada en región frontal y occipital, de carácter pulsátil, asociada a fotofobia, náuseas y olvidos , sin alivio con analgésicos habituales. Niega fiebre, pérdida de conciencia o traumatismo reciente. Examen físico: Signos vitales dentro de rangos normales. Paciente consciente, orientada en las tres esferas. Glasgow 15/15. Pupilas isocóricas y reactivas. Fuerza y sensibilidad conservadas en las cuatro extremidades. Reflejos osteotendinosos presentes y simétricos. Sin signos meníngeos. Impresión diagnóstica: Cefalea intensa de probable origen neurológico.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

cefalea intensa de inicio súbito, localizada en región frontal y occipital, de carácter pulsátil, asociada a fotofobia y náuseas

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
SINDROME DE CEFALEA EN RACIMOS		G440		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-14	10:26	Medicina Rural	EYLEEN ALEXA PESANTES CASTRO	1316282464	

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
2025-08-14	10:26	Medicina Rural	EYLEEN ALEXA PESANTES CASTRO	1316282464	