

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	VITE	MARIA AUXILIADORA	01	07	2000	25 años, 4 meses, 25 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316791811	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	VIA SAN ANTONIO y	097-919-8492 /
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	1316791811	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2025	11	26
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 DE 25 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR CONTROL MEDICO TRAE ECOGRAFIA VAGINAL PARA REVISION, AL MOMENTO REFIERE CEFALIAS PERSISTENTES REFIERE QUE DICHAS CEFALIAS EMPEZARON HACER MAS O MENOS 7 AÑOS DESPUES DE CONVULSIONES DE CAUSAS DESCONOCIDAS

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: DIAMETRO DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES, ECOGENESIDAD HOMOGENEA, PRESENCIA DE LIQUIDO EN SACO DE DOUGLAS ENDOMETRIO MIDE 8 MM, OVARIO DERECHO PRESENCIA DE QUISTES EN NUMERO DE 5 MIDEN DE 4 A 7 MM, OVARIO IZQUIERDIO PRESENTA QUISTES EN NUMERO DE 4 QUE MIDEN DE 6 A 7 MM

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-26	11:27	Medicina General	ANA JULIA SORNOZA MENDOZA	1311651622	 Firmado electrónicamente por: ANA JULIA SORNOZA MENDOZA Validar únicamente con FirmaEC

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 clínico

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