

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MORA	QUIROZ	ANGIE JAMILETH	09	11	2002	22 años, 10 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316805546	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	JUNIN y	099-083-2493 /
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	1316805546	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	09	18
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE 22 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE POR PRESENTAR CEFALEA QUE SE ACOMPAÑA DE FOTOFOBIA, PRESENTA DESDE HACE ALGUNOS MESES Y SE HA INTENSIFICADO ESTOS ULTIMOS DIAS QUE CEDE TEMPORALMENTE CON ANALGESICOS, AL MOMENTO AFEBRIL ESTABLE, SE REALIZA REFERENCIA CON NEUROLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

BIOMETRIA HEMATICA: HB: 13.1, PLAQUETAS: 427. Glucosa 101.0 mg/dL 70 - 110 Urea 29.97 mg/dL 10 - 50 Creatinina 0.66 mg/dL 0.6 - 1.1 Ácido Úrico 3.67 mg/dl 2.4 - 6 Colesterol 195.6 mg/dL 0 - 200 Triglicéridos 96.4 mg/dL 0 - 150 TGO/AST 17.55 U/L 0 - 31 TGP/ALT 23.50 U/L 0 - 32
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS SINDROMES DE CEFALEA ESPECIFICADOS	G448	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-18	15:43	Medicina General	JESUS GREGORIO LOOR VERA	1317375283	 Firmado electrónicamente por: JESUS GREGORIO LOOR VERA 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
2025-09-18	15:43	Medicina General	JESUS GREGORIO LOOR VERA	1317375283	