A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
MSP	1271	CENTRO SALUD SAN BARTOLO	A	1316912193	1316912193

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
							H	D	M	A
PONCE	VELEZ	NICOLLE	STHEFANIA	M	18/06/96	29				x

No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		
989282079	PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA
	MANABI	BOLIVAR	CALCETA

REFERENCIA [X] DERIVACIÓN [ ]

MOTIVO

1. Accesibilidad geográfica. [ ]
2. Falta de espacio físico. [ ]
3. Falta de equipamiento. [ ]
4. Equipos en mal estado. [ ]
5. Problemas de infraestructura. [ ]
6. Problemas de abastecimiento. [ ]
7. Insuficiencia de profesionales. [ ]
8. Inadecuada capacidad resolutiva [X]
9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios [ ]

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	NEUROLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE ADULTA DE 29 AÑOS, APP DE MIGRAÑA, NIEGA ALERGIAS, APQX COLECISTECTOMIA, ACUDE A CONSULTA POR REFERIR CUADRO CLINICO DE 4 AÑOS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR CEFALEA HEMICRANEANA IZQUIERDA TIPO PULSATIL, QUE SE ACOMPAÑA DE NAUSEAS QUE NO LLEGAN AL VOMITO, ASÍ COMO MAREO, QUE ALIVIA CON LA INGESTA DE ANALGESICOS, SEGUN PACIENTE CEFALEA HA AUMENTADO DE INTENSIDAD Y DURACION, REFIERE QUE CEFALEA APARECE DIARIO, NO CESA COMPLETAMENTE, MANTENIENDO CON FOTOFOBIA Y FONOFOBIA. MENCIONA QUE DESDE HACE 1 AÑO AUMENTA INTENSIDAD DOLORES EVA 10/10, FRECUENCIA DIARIA + EPISODIOS DE TAQUICARDIA, DOLOR TORACICO Y DIFICULTAD RESPIRATORIA OCASIONAL. REFIERE QUE SE LE HA INDICADO TOPIRAMATO 25MG DURANTE 6 MESES CON MEJORIA PERO POSTERIORMENTE INDICARON ACIDO VALPROICO HASTA HACE 2 MESES LO CUAL EMPEORO CUADRO Y PACIENTE INICIA CON TEMBLOR DE MANO IZQUIERDA Y HACE 1 MES PRESENTA PTOSIS PALPEBRAL OCASIONAL

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

TAC SIN HALLAZGO ANORMAL

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.	MIGRAÑA SIN AURA	G409		X	4.				
2.					5.				
3.					6.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
03/12/25	12:00:00	GABRIEL	INTRIAGO	ZAMBRANO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		SELLO
1310605587		

Firmado electrónicamente por:
STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO
Validar únicamente con FirmaEC

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI		NO			DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI		NO	

CONTRAREFERENCIA [ ] REFERENCIA INVERSA [ ]

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.					4.				
2.					5.				
3.					6.				

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

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO