

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHALACAMA	ALBIA	LUIS ANGEL	31	01	2012	14 años, 0 meses, 2 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316953148	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LA PLAYITA y	098-538-0944 /
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	1316953148	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2026	02	02
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 MASCULINO DE 14 AÑOS DE EDAD, APP PREMATUREZ NACIDO A LAS 31 SEMANAS, PRESENTA DESDE HACE 2 AÑOS EPISODIOS DE CEFALEA DE GRAN INTENSIDAD QUE SE LOCALIZA PRINCIPALMENTE EN ZONA SUPERCILIAR DERECHA, DISMINUCIÓN DE LA AGUDEZA VISUAL EN OJO DERECHO. PALIDEZ, DIAFORESIS, NAUSEAS QUE LLEGAN AL VÓMITO, ÚLTIMO EPISODIO HACE UNA SEMANA. MADRE NIEGA ALZA TÉRMICA DURANTE LOS EPISODIOS. AL EXAMEN FÍSICO CONTRACCIÓN Y DILATACIÓN PUPILAR CONSERVADA EN AMBOS OJOS. AL MOMENTO PACIENTE AFEBRIL, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, COLABORA CON INTERROGATORIO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

0979603138

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CEFALEA	R51X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-02	08:22	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	

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
2026-02-02	08:22	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	