

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
FARIAS	AYON	ODALYS AILYN	28	11	2005	20 años, 2 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1317898417	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	ATAHUALPA y	096-836-4108 /
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	1317898417	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA				13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Neurología	2026	01	28	
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 20 AÑOS SIN PATOLOGIAS CONOCIDAS ACUDE POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE LARGA DATA CARACTERIZADO POR CEFALEAS INTERMITENTES DESDE HACE 3 AÑOS PERO REFIERE QUE DESDE HACE 6 MESES HA EMPEORADO, QUE LOS DOLORES SE HAN TORNADO PERSISTENTES CASI DIARIOS Y QUE LE IMPIDEN REALIZAR SUS ACTIVIDADES DIARIAS, DOLOR LATENTE, CON PESADEZ, NAUSEAS ACOMPAÑADAS, FOTOFOBIA Y SENSIBILIDAD A OLORES Y SONIDOS, INDICA QUE ANTES LE CALMABA CON MIGRAFLASH PERO ACTUALMENTE EL DOLOR NO CEDE CON NINGUN MEDICAMENTO RECETADO. AL INTERROGATORIO REFIERE GOLPE EN LA PARTE POSTERIOR DEL CRANEO (OCCIPITAL), PRESENTA SENSACION DE DEFORMACION EN DICHA AREA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO CUENTA CON LABORATORIOS ACTUALIZADOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MIGRAÑA, NO ESPECIFICADA	G439	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-28	12:49	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	 Firma únicamente por: ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ 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 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
2026-01-28	12:49	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	