

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BALUARTE	VELEZ	GINO EMANUEL	07	12	2010	13 años, 10 meses, 10 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M
Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350012777	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LA PLAYITA y	096-837-2281 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His. Clínica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Área
MSP	1350012777	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4
Refiere o Deriva a:				Fecha
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría	2024 10 17
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 13 AÑOS DE EDAD. APP: ASMA (SIN TRATAMIENTO), INTOLERANCIA A LA LACTOSA. ACUDE A CONSULTA POR CUADRO DE LARGA EVOLUCION QUE SE CARACTERIZA POR CEFALEA HEMICRANEANA QUE EN OCASIONES SE ACOMPAÑA DE SENSACIÓN DE HORMIGUEO EN ROSTRO, INDICA QUE EN ÚLTIMOS DIAS HA PRESENTADO CUADRO MAS FRECUENTE, MADRE REFIERE QUE HACE APROX. 2 AÑOS TUVO CAÍDA DESDE SU PROPIA ALTURA, CON DESORIENTACIÓN Y VISIÓN DOBLE, DESDE AHÍ INICIA CEFALEA ESPORÁDICA. CEL: 0995772865

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACION

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-17	10:47	Medicina Rural	CARLOS AGUSTIN CARVAJAL ZAMBRANO	1315938504	

DR. AGUSTIN CARVAJAL Z.
MÉDICO CIRUJANO
C.I.: 1315938504
REG. SENFSCYT: 1009 - 2023 - 277956

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His. Clínica 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
2024-10-17	10:47	Medicina Rural	CARLOS AGUSTIN CARVAJAL ZAMBRANO	1315938504	