

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
AIZPRUA	BRAVO	MARBELLY YUSELY	22	05	2011	15 años, 1 meses, 25 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350026173	MANABI	CHONE	CONVENTO	CONVENTO y	999-999-9999 /
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	1350026173	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2026	07	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 FEMENINA DE 15 AÑOS ACUDE A ESTA UNIDAD OPERATIVA A CONSULTA POR ATENCIÓN AMIGABLE DEL ADOLESCENTE ACOMPAÑADA DE SU MADRE PARA CONTROL PACIENTE PACIENTE REFIERE CEFALEA CRÓNICA DE APROXIMADAMENTE 3 AÑOS DE EVOLUCIÓN. INDICA HABERSE REALIZADO RADIOGRAFÍA DE CRÁNEO HACE 2 MESES, CON REPORTE APARENTEMENTE NORMAL. PRESENTA EPISODIOS PREDOMINANTEMENTE NOCTURNOS DE CEFALEA PULSÁTIL, ASOCIADOS A AURA Y ACÚFENOS. REFIERE ALIVIO PARCIAL Y TRANSITORIO CON ANALGÉSICOS, CON RECURRENCIA POSTERIOR DE LA SINTOMATOLOGÍA. AL MOMENTO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE A FEBRIL ALERTA TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CEFALEA CRÓNICA DE APROXIMADAMENTE 3 AÑOS DE EVOLUCIÓN. INDICA HABERSE REALIZADO RADIOGRAFÍA DE CRÁNEO HACE 2 MESES, CON REPORTE APARENTEMENTE NORMAL. PRESENTA EPISODIOS PREDOMINANTEMENTE NOCTURNOS DE CEFALEA PULSÁTIL, ASOCIADOS A AURA Y ACÚFENOS.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MIGRAÑA CON AURA [MIGRAÑA CLASICA]	G431		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-17	11:06	Medicina Rural	VIVIANA TAMAR CASANOVA BRAVO	1316721933	

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
2026-07-17	11:06	Medicina Rural	VIVIANA TAMAR CASANOVA BRAVO	1316721933	

