

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ROMERO	GUILLEN	MAYTE ALEJANDRA	23	05	2001	24 años, 10 meses, 22 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350342273	MANABI	CHONE	CANUTO	CUMANA y	098-658-6361 /
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.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1350342273	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2026	04	14
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 24 AÑOS ACUDE POR PRESENTAR CEFALEA DE FUERTE INTENSIDAD, QUE REFIERE COMO PERSISTENTE Y DE DIFÍCIL CONTROL, LOCALIZADA EN REGIÓN HOLOCRAEANA, ACOMPAÑADA DE NAÚSEAS, FOTOFOTOBIA, FONOFOTOBIA Y MALESTAR GENERAL. MANIFIESTA QUE EL DOLOR NO HA CEDIDO A PESAR DE HABER RECIBIDO TRATAMIENTO CON AINES, POR LO QUE REFIERE CONTINUAR CON DOLOR IMPORTANTE QUE LIMITA SUS ACTIVIDADES HABITUALES. PACIENTE SEÑALA QUE EL CUADRO ACTUAL ES MÁS INTENSO Y PROLONGADO QUE EPISODIOS ANTERIORES, MOTIVO POR EL CUAL ACUDE PARA VALORACIÓN MÉDICA. NIEGA ALTERACIÓN DEL ESTADO DE CONCIENCIA, CONVULSIONES, FIEBRE, TRAUMATISMO O DÉFICIT NEUROLÓGICO APARENTE. SE SUGIERE VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AL EXAMEN NEUROLÓGICO NO SE EVIDENCIAN DÉFICITS FOCALES NI SIGNOS MENÍNGEOS; SIN EMBARGO, POR LA PERSISTENCIA DEL DOLOR, ESCASA RESPUESTA A TRATAMIENTO Y CARACTERÍSTICAS ATÍPICAS (CEFALEA HOLOCRAEANA, INTENSA, ASOCIADA A NAÚSEAS, FOTOFOTOBIA Y FONOFOTOBIA), SE CONSIDERA NECESARIO DESCARTAR PATOLOGÍA SECUNDARIA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MIGRAÑA COMPLICADA	G433	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-14	12:56	Medicina Rural	MARCELA ALEJANDRA BRAVO MENDOZA	1312194671	

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
2026-04-14	12:56	Medicina Rural	MARCELA ALEJANDRA BRAVO MENDOZA	1312194671	

