

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOLINA	ROMERO	JAVIER ANTONIO	19	04	2007	18 años, 2 meses, 22 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350620090	MANABI	CHONE	CANUTO	CAÑALES y X	097-937-2928 /
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	1350620090	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2025	07	11
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 18 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA POR CONTROL MEDICO. APP: NO REFIERE. ALERGIAS: NO REFIERE. APQ: NO REFIERE. APF: NO REFIERE. ACUDE CON CONTRAREFERENCIA EN LA QUE SE SOLICITA SEGUIMIENTO POR AREA DE NEUROLOGIA POR ACCIDENTE AUTOMOVILISTICO HACE APROXIMADAMENTE UN MES, EN EL QUE HUBO FRACTURA EN LA BOVEDA DE CRANEO, HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA Y FRACTURA DE VERTEBRA LUMBAR, PACIENTE INGRESADO EN EL AREA DE CUIDADOS INTENSIVOS EN LA CLINICA SAN ANTONIO DE PADUA DURANTE 10 DIAS EN LA QUE FUE DADA DE ALTA. AL MOMENTO REFIERE CEFALEA QUE SE LOCALIZA A NIVEL DEL OCCIPUCIO QUE ES DE MANERA INTERMITENTE. AL MOMENTO NO SE EVIDENCIA SIGNOS DE BANDERA ROJA PARA CEFALEA. NIEGA VIOLENCIA DE CUALQUIER TIPO, NO REFIERE SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA, DIGESTIVA, URINARIA NI NEUROLOGICA. PACIENTE CONSCIENTE ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO, AFEBRIL A LA CONSULTA. DADO LO ANTERIOR SE SOLICITA VALORACION POR MEDICO ESPECIALISTA EN EL AREA DE NEUROLOGIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-11	12:14	Medicina Rural	JEAN PIERRE MACIAS CAICEDO	1313606673	

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
2025-07-11	12:14	Medicina Rural	JEAN PIERRE MACIAS CAICEDO	1313606673	

