

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MALA	SOLORZANO	DELIA LEONOR	06	06	1995	30 años, 11 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350902043	MANABI	CHONE	SANTA RITA	RIO VENDIDO y	099-044-5997 /
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	1350902043	SAN PEDRO DE ATASCOSO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2026	05	13
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 30 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR CEFALEA RECURRENTE, REFIRIENDO EPISODIOS FRECUENTES DE DOLOR DE CABEZA, ALGUNOS DE ELLOS DE GRAN INTENSIDAD. MANIFIESTA QUE HA ACUDIDO EN VARIAS OCASIONES A CONSULTA POR EL MISMO MOTIVO. AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN NO PRESENTA DATOS DE COMPROMISO NEUROLÓGICO AGUDO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

Se realiza anamnesis y examen físico completo, encontrándose: Antecedente de múltiples episodios de cefalea intensa y recurrente. Persistencia del cuadro clínico pese a controles médicos previos. Por la recurrencia e intensidad de los episodios de cefalea, se considera necesario estudio y valoración especializada, motivo por el cual se realiza referencia a neurología.
--

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-13	14:55	Medicina Rural	RAMON JAMIL VELEZ QUEVEDO	1313445387	

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
2026-05-13	14:55	Medicina Rural	RAMON JAMIL VELEZ QUEVEDO	1313445387	