

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERGARA	NAPA	ASHLY GEOVANNA	06	06	2013	12 años, 7 meses, 30 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351070113	MANABI	CHONE	RICAUARTE	BRAZIL y	111-111-1111 /
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	1351070113	RICAUARTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	02	05
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 ACUDE A LA CONSULTA POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE LARGA DATA DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR CEFALEA INTENSA, QUE LE PROVOCA NAUSEAS SIN LLEGAR A VOMITOS, PRESENTA FOTOFOBIA Y NO TOLOREA LOS RUIDOS ALTOS. PACIENTE REFIERE TENER CEFALEAS SEGUIDAS DESDE HACE AÑOS QUE EN LOS ULTIMOS MESES HAN AUMENTADO EN FRECUENCIA E INTENSIDAD AFECTANDO LA REALIZACION DE SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS. SE HA MEDICADO CON AINES ORALES PARA TRATAR LA CEFALEA SIN TENER MEJORIA EN EL CUADRO. REFIERE ANTECEDENTES DE FIEBRE REUMATICA, NO REIFERE ALERGIAS A MEDIACMENTOS, NO REIFERE APF. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE ALARMA, AFEBRIL, SIN ALTERACIONES APARENTES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: WBC: 4.1 LINFITOS: 2.1 MONOCITOS: 0.3. GRANULOCITOS: 1.7. RBC: 4.26. HEMOGLOBINA: 12.3. HCT: 36.9. PLAQUETAS: 296. UREA: 23.7 CREATININA: 0.80

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-05	20:15	Medicina Rural	XAVIER ADRIAN BASURTO CEDEÑO	1312962390	

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
2026-02-05	20:15	Medicina Rural	XAVIER ADRIAN BASURTO CEDEÑO	1312962390	

