

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GUERRERO	VELEZ	ALEXANDRA MONSERRATE	27	12	2006	18 años, 10 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351135635	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SN y	096-938-4980 / (00)-000-0000
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	1351135635	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO		Consulta externa	Neurología	2025	10	31
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 QUE PRESENTA DESDE HACE 2 MESES CEFALEA PUNZANTE Y URENTE A NIVEL DE REGIUN OCCIPITAL DE CRANEO QUE EN OCASIONES SE ACOMPAÑA DE NAUSEAS Y VOMITOS, DE INICIO ABRUPTO. CON ESCALA EVA 8/10 QUE EN OCASIONES NO CLAMA CON UBUPROFENO MAS CAFEINA (BUPREX MIGRAX) SINO CON MEDICACION INYECTABLE QUE NORECUERDA NOMBRE. DURANTE ESTE ULTIMO MES HA SIDO A DIARIO LA PRESENACIONE MENCIONADO DOLOR Y SE ESTA ACOMPAÑANDO DE PERDIDA DE APETITO, NO REFIERE ACUFENOS NI ESCOTOMAS PREVIO O DURANTE EL CUADRO DE CEFALEA NI AURAS PREVIAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SIN EXMANENES PREVIOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MIGRAÑA SIN AURA [MIGRAÑA COMUN]	G430	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-31	09:03	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ	1308622487	 Firmado electrónicamente por: MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-10-31	09:03	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ	1308622487	