

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
FIGUEROA	PONCE	SAMANTHA SCARLETH	10	03	2002	23 años, 8 meses, 29 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351612096	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CIUDADELA CENTRAL y SAN MIGUEL Y AMAZONAS	098-935-0864 / (05)-501-1166
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	1351612096	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología	2025	12	09
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	☐	MIGRAÑA CON AURA.	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE CON CEFALEA 10/10 DE EVA 2 MESES DE EVOLUCIÓN EL ÚLTIMO CUADRO QUE LA HA LLEVADO A INGRESOS POR EMERGENCIA Y SUELE CALMAR CON MEDICACIÓN PARENTERAL, ESTOS EPISODIOS LOS HA TENIDO DESDE LOS 12 AÑOS, EL ÚLTIMO QUE PRESENTÓ CON CEFALEA FRONTOPARIETAL, NO DISCRIMINA LADO, PRECEDIDO DE VISIÓN BORROSA Y NAÚSEAS 10/10 DE EVA CON VÓMITOS CON FOTOFOBIA Y SONOFOBIA, REFIERE ADEMÁS COMO EXACERBANTES, OLORES FUERTES, LUZ, SONIDO, ESTRÉS. SE INICIA TRATAMIENTO CON DEXKETOPROFENO 25 MG QD POR 7 DÍAS PRN, ADEMÁS SE AGREGA PROPRANOLOL. PACIENTE LOGRA CONCILIAR EL SUEÑO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ADJUNTO. TOMGRAFÍA SIMPLE DE CEREBRO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MIGRAÑA CON AURA [MIGRAÑA CLASICA]	G431		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-09	10:32	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
-------	------	--------------	------------------------	--------	-------

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-09	10:32	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	