

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VIZUETA	MUÑOZ	LUCIA GUADALUPE	03	04	2016	10 años, 3 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	1352328734	MANABI	CHONE	RICAU RTE	RIO SANTO y	000-000-0000 / (00)-000-0000
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1352328734	RICAU RTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	07	07
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 DE 10 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE POR CUADRO DE CEFALEA INTENSA DE 8 DÍAS DE EVOLUCIÓN, DE CARACTERÍSTICAS PUNZANTES, PERSISTENTE Y DE INTENSIDAD IMPORTANTE. FAMILIAR REFIERE QUE, DEBIDO A LA INTENSIDAD DEL DOLOR, FUE VALORADA PREVIAMENTE EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NAPOLEÓN DÁVILA CÓRDOVA, DONDE RECIBIÓ TRATAMIENTO CON IBUPROFENO; SIN EMBARGO, NO HA PRESENTADO MEJORÍA CLÍNICA, PERSISTIENDO LA CEFALEA HASTA LA ACTUALIDAD. NIEGA FIEBRE, VÓMITOS, MAREOS, ALTERACIONES VISUALES, CONVULSIONES Y ANTECEDENTE DE TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO. AL EXAMEN FÍSICO SE ENCUENTRA HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, CONSCIENTE, ALERTA Y ORIENTADA, SIN SIGNOS MENÍNGEOS NI DÉFICIT NEUROLÓGICO FOCAL EVIDENTE. EN VISTA DE LA PERSISTENCIA DE LA CEFALEA POR MÁS DE UNA SEMANA, LA FALTA DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO INSTAURADO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA Y LA AUSENCIA DE UNA ETIOLOGÍA DEFINIDA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, SE REFIERE AL SERVICIO DE PEDIATRÍA PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA, AMPLIACIÓN DEL ESTUDIO DIAGNÓSTICO Y DETERMINACIÓN DE LA NECESIDAD DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS (LABORATORIO Y/O NEUROIMAGEN SEGÚN CRITERIO CLÍNICO), CON EL FIN DE DESCARTAR CAUSAS SECUNDARIAS DE CEFALEA Y ESTABLECER EL MANEJO ESPECÍFICO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

INTENSIDAD DEL DOLOR EVA 8/10, FALTA DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-07	12:51	Medicina Rural	ADRIANA ROMINA ZAMBRANO MOREIRA	1315795227	

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
2026-07-07	12:51	Medicina Rural	ADRIANA ROMINA ZAMBRANO MOREIRA	1315795227	

