

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ROSADO	ZAMBRANO	MARIA JOSE	14	01	2017	9 años, 1 meses, 25 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352553927	MANABI	CHONE	CONVENTO	CALLE COLON y CALLE PRINCIPAL	099-909-5227 / (99)-999-9999
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	1352553927	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2026	03	11
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 9 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE POR CUADRO DE 4 DÍAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR CEFALEA DE INICIO PROGRESIVO, CON EPISODIOS QUE DURAN APROXIMADAMENTE 1 HORA. REFIERE HABER PRESENTADO EPISODIOS SIMILARES PREVIAMENTE. EL DOLOR SE LOCALIZA EN REGIÓN FRONTAL BILATERAL CON IRRADIACIÓN HACIA CUELLO, DE CARÁCTER PULSÁTIL, INTENSIDAD 8/10 SEGÚN ESCALA ANÁLOGA DEL DOLOR. SE ACOMPAÑA DE NÁUSEAS, FOTOFOBIA SONOFOBIA. NIEGA FIEBRE, VÓMITOS EN PROYECTIL, CONVULSIONES O DÉFICIT NEUROLÓGICO. REFIEREN MEJORÍA PARCIAL CON ADMINISTRACIÓN DE PARACETAMOL 500 MG. ACUDE PARA VALORACIÓN MÉDICA Y CONDUCTA TERAPÉUTICA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CEFALEA DE INICIO PROGRESIVO, CON EPISODIOS QUE DURAN APROXIMADAMENTE 1 HORA. EL DOLOR SE LOCALIZA EN REGIÓN FRONTAL BILATERAL CON IRRADIACIÓN HACIA CUELLO, DE CARÁCTER PULSÁTIL, INTENSIDAD 8/10 SEGÚN ESCALA ANÁLOGA DEL DOLOR. SE ACOMPAÑA DE NÁUSEAS, FOTOFOBIA SONOFOBIA. NIEGA FIEBRE, VÓMITOS EN PROYECTIL,

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-11	10:16	Medicina Rural	VIVIANA TAMAR CASANOVA BRAVO	1316721933	

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
2026-03-11	10:16	Medicina Rural	VIVIANA TAMAR CASANOVA BRAVO	1316721933	

