

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres     | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| CEDEÑO           | PELAEZ           | RUBEN DARIO | 12                  | 11  | 2017 | 8 años, 7 meses, 24 días | Hombre  |
|                  |                  |             | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |             | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1352740086        | MANABI              | CHONE  | ELOY ALFARO | PAEZ y ALEJO LASCANO         | 098-060-7212 /       |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón | Parroquia   | Calle Principal y Secundaria | Conveccional/Celular |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo                   |  | Distrito/Area  |  |  |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------------------------|--|----------------|--|--|
| MSP                 | 1352740086      | ELOY ALFARO              | CENTRO DE SALUD TIPO A |  | 13D07 / ZONA 4 |  |  |

| Refiere o Deriva a: |                                          |  |                  |              | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--|------------------|--------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  | Consulta externa | Pediatría    | 2026  | 07  | 06  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |  | Servicio         | Especialidad | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

Paciente masculino de 8 años de edad, con antecedente familiar de relevancia de migraña en abuela materna y madre, sin antecedentes patológicos personales de importancia y sin alergias conocidas, no refiere traumatismos recientes Acude a esta casa de salud por cuadro clínico de aproximadamente 2 meses de evolución, caracterizado por episodios recurrentes de cefalea intensa de inicio súbito, de intensidad 8/10 en la escala visual análoga (EVA), acompañada de fotopsias y vómitos, compatible clínicamente con probable migraña con aura. Según refiere la madre, el primer episodio se presentó durante un viaje a la ciudad de Santo Domingo, motivo por el cual el paciente fue trasladado al servicio de emergencia de un hospital, donde permaneció hospitalizado y recibió tratamiento, sin que la madre recuerde el diagnóstico definitivo ni la medicación administrada. Posteriormente, hace aproximadamente dos semanas, presentó un nuevo episodio de similares características, por lo que acudió a un establecimiento de salud, donde recibió tratamiento por vía intravenosa, desconociéndose el fármaco utilizado, con mejoría posterior de la sintomatología además madre refiere que el cuadro mejora con ninguna medicación vía oral. Debido a la recurrencia del cuadro y a la necesidad de estudio complementario, se realiza referencia al servicio de Pediatría para valoración especializada, confirmación diagnóstica y establecimiento de manejo especializado.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

n/a

### 5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL             | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|------------------------------------|------------|-------|
| 2026-07-06 | 15:01 | Medicina Rural | EMILIA ALEXANDRA ZAMORA PINOARGOTE | 1351020506 |       |

## 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 |
|------------|-------|----------------|------------------------------------|------------|-------|
| 2026-07-06 | 15:01 | Medicina Rural | EMILIA ALEXANDRA ZAMORA PINOARGOTE | 1351020506 |       |