

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRAVO	MERA	MAGALY SORAIDA	27	03	1977	48 años, 8 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1714822275	MANABI	CHONE	RICAUORTE	EL PARAISO y	098-142-3512 /
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	1714822275	RICAUORTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Medicina Interna	2025	12	04
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 48 AÑOS, SIN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES RELEVANTES, CON ANTECEDENTE QUIRÚRGICO DE COLECISTECTOMÍA, QUIEN ACUDE POR PRESENTAR CEFALEA CRÓNICA DE MODERADA INTENSIDAD (EVA 7/10), DE APARICIÓN DESDE LA INFANCIA, QUE SE EXACERBA CON CAMBIOS EMOCIONALES Y SE ACOMPAÑA DE SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS COMO DIPLOPÍA, TINNITUS Y FOTOFOBIA. DADO EL CARÁCTER CRÓNICO DEL CUADRO, SU ASOCIACIÓN CON FACTORES EMOCIONALES Y LA PRESENCIA DE MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS ATÍPICAS, SE SOLICITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD EN SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN PARA DEFINIR MANEJO TERAPÉUTICO ADECUADO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-04	08:25	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	

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
2025-12-04	08:25	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	