

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALTAMIRANO	AGUIRRE	MABEL MAGALI	15	06	1981	44 años, 7 meses, 15 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1714925920	MANABI	PICHINCHA	PICHINCHA	COOP PUEBLO EN MARCHA y	099-537-8255 /
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	1714925920	PICHINCHA	CENTRO DE SALUD TIPO B		13D08 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Medicina Interna	2026	01	30
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

USUARIO CON ANTECEDENTES DE MIGRAÑA CON AURA DE LARGA DATA APROXIMADAMENTE 20 AÑOS MAS SOMATIZACION Y ALTERACION DE LA AGUDEZA VISUAL.... REFIERE QUE LAS CRIIS SON CONTINUAS DE 4 AL DIA QUE SE SUELE ACOMPAÑAR DE VOMITO SIN MEJORIA DE CUADRO..... AL MOMENTO EN TRATAMIENTO CON ANAPSIQUE Y ERGOTAMINA... SIN MEJORA A TERAPEUTICA..... ID: MIGRAÑA COMPLICADA... SE TRAMITA REFERENCIA PARA MED INTERNA VS NEUROLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TAC SOLCIITADA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MIGRAÑA COMPLICADA	G433		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-30	12:16	Medicina Familiar Y Comunitaria	FRANKLIN LENIN DAZA CHAGUAY	1009-16-1448233	

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
2026-01-30	12:16	Medicina Familiar Y Comunitaria	FRANKLIN LENIN DAZA CHAGUAY	1009-16-1448233	

