

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELASQUEZ	CAGUA	GERARDO GERMAN	02	07	1994	30 años, 8 meses, 29 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1724019847	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AVDA MARCOS ARAY DUEÑAS y 8 DE NOVIEMBRE	096-764-5762 /
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	1724019847	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2025	03	31
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 clinico

PACIENTE ACUDE POR REFERIR CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR CEFALEA, QUE SE HA INTENSIFICADO DESDE HACE 6 MESES, LOCALIZADO EN REGION OCCIPITAL, TIPO PUNZANTE, CON IRRADIACION A REGION CERVICAL, NO REFIERE OTRO SINTOMA ACOMPAÑANTE, EVA 7/10, REFIERE QUE SE HA TOMADO IBUPROFENO, TRAMADO + PARACETAMOL Y CITICOLINA 50MG C12HORAS, CON LA CUAL HAY LEVE MEJORIA PERO NO DESAPARECE, REFIERE QUE A VENIDO PRESENTANDO AFECTACION DE MEMORIA A CORTO PLAZO, OLVIDOS FRECUENTES, DIFICULTAD PARA CONCENTRARSE Y REALIZAR ACCIONES, ANTECEDENTE TRAUMATICO HACE 1 AÑO 6 MESES CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA, Y FISURA DE H PARIETAL DERECHA, INTERNACION 5 DIAS EN UCI, Y CONTROLES CON NEUROLOGIA, NO REFIERE DIFICULTAD VISUAL, NO PROBLEMAS AUDITIVOS. NO REFIERE NATECEDENTES CONVULSIVOS. NO DIFICULTAD PARA CONCILIAR SUEÑO, APETITO CONSERVADO, DIURESIS Y DEPOSICION NORMAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AL MOMENTO PACIENTE GLASGOW15/15 SE REFIERE PARA VALORACION POR ESPECIALIDAD.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CEFALEA POSTRAUMATICA CRONICA	G443	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-31	08:32	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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
2025-03-31	08:32	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

