

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MUÑOZ	MUÑOZ	RENATA RAFAELLA	03	05	2012	12 años, 4 meses, 10 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1752487536	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA LAS QUEMADAS y	098-220-1786 /
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	1752487536	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA				13D07 / ZONA 4
Refiere o Deriva a:						Fecha	
Red Complementaria	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA		Consulta externa	Pediatría	2024	09	13
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

AL MOMENTO DE LA EVOLUCION NEUROLOGICA EN EL HOSPITAL EL PACIENTE VIGILIA- ACTRIVA Y COLABORADORA NO SE IDENTIFICA FOCALIDAD NEUROLOGICA EL CUADRO CLINICO QUE DESCRIBEN ES SUBJETIVO DE CAFALEA TIPO VASCULAR (MIGRAÑA CON AURA) NO ES INTRACRANEAL PORQUE SIN TAC REFIERE LA MADRE QUE ESTA TODO NORMAL. QUE PRESENTA HASTA 2-3 EPISODIOS AL MES SE VALORA TAC SIMPLE DE LA FECHA 10/09/2024 SIN LESIONES ESTRUCTURALES AL MOMENTO TENIENDO EN CUENTA CUADRO CLINICO Y FRECUENCIA DE CRISIS SE RECOMIENDA MEDICACION PROFILACTICA Y SEGUIMIENTO POR CONSULTA EXTERNA 12/09/2024 PACIENTE DE 12 AÑOS QUE CURSA 1 DÍA DE HOSPITALIZACION CON DIAGNOSTICO DE MIGRAÑA PACIENTE CON ESTE ANTECEDENTE INTRAHOSPITALARIO SE ATIENDE Y SE ENVÍA A SEGUNDO NIVEL PARA SU CONTROL SUBSECUENTE... ACTUALMENTE SIN CEFALEA... REFIERE MAMA QUE LA CEFALEA SE EXACERBA CON LA MENSTRUACIÓN...
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

0996750227.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-13	09:12	Medicina Familiar Y Comunitaria	LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE	L42 F40 N119	

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
2024-09-13	09:12	Medicina Familiar Y Comunitaria	LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE	L42 F40 N119	

