

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE											
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP	001414	Centro De Salud Tipo C Tosagua	CS-C	1315512218							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Basurto	Dominguez	Emerita	Alejandrina	M	07-11-1949	75	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA	DERIVACIÓN MOTIVO							
098-354-9875			X								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			1. Accesibilidad geográfica.								
			2. Falta de espacio físico.								
			3. Falta de equipamiento.								
			4. Equipos en mal estado.								
			5. Problemas de infraestructura.								
			6. Problemas de abastecimiento.								
			7. Insuficiencia de profesionales.								
			8. Inadecuada capacidad resolutive								
			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA									
13	1315	131550									

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	Hospital General Napoleon Davila Cordova	Consulta Externa	Nefrologia

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
PACIENTE FEMENINA DE 75 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA TRAÍDA POS SU HERMANOS POR SOLICITUD DE CALIFICACION DEDISCAPACIDAD CON ANTECEDENTES DE HTA. DM. AL EXAMEN FÍSICO DESORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO REFIERE FAMILIARES QUEPRESENTA PERDIDA DE LA MEMORIA- HACE APROXIMADAMENTE 1 AÑO DE EVOLUCION MAS ALUCINACIONES VISUALES- NO RECUERDAQUIENES SON LAS PERSONAS SU ALREDEDOR- PACIENTE ACUDE EN SILLA DE RUEDAS REFIERE FAMILIARES QUE DEJO DE CAMINAR HACE 2MESES SI NINGÚN ANTECEDENTE ADEMAS PRESENTA DOLOR DE RODILLAS DE MODERA INTENSIDAD. SE REALIZA REFERENCIA A	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
NA	

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Demencia No Especificada	F03X	X		4.			
2.	Otras Anormalidades De La Marcha Y De La Movilidad Y Las No Especificadas	R268		X	5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-11-11	10:28	Yandry	Macias	Lucas
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1310671951				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN											
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO					

CONTRAREFERENCIA ☐

REFERENCIA INVERSA ☐

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

			//
--	--	--	----

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

--

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.					4.					
2.					5.					
3.					6.					

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

--

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
--				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		