



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	Canuto		CS-A	1309008231																									
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)																				
Rodriguez		Saltos		Ines		Angelina		M	04-09-1939	86	<table><tr><td>H</td><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr></table>	H	D	M	A				X												
H	D	M	A																												
			X																												
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO																									
099-754-8213				X		<table><tr><td>1. Accesibilidad geográfica.</td><td>☐</td><td>6. Problemas de abastecimiento.</td><td>☐</td></tr><tr><td>2. Falta de espacio físico.</td><td>☐</td><td>7. Insuficiencia de profesionales.</td><td>☐</td></tr><tr><td>3. Falta de equipamiento.</td><td>☐</td><td>8. Inadecuada capacidad resolutive</td><td>☒</td></tr><tr><td>4. Equipos en mal estado.</td><td>☐</td><td>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios</td><td>☐</td></tr><tr><td>5. Problemas de infraestructura.</td><td>☐</td><td></td><td></td></tr></table>						1. Accesibilidad geográfica.	☐	6. Problemas de abastecimiento.	☐	2. Falta de espacio físico.	☐	7. Insuficiencia de profesionales.	☐	3. Falta de equipamiento.	☐	8. Inadecuada capacidad resolutive	☒	4. Equipos en mal estado.	☐	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	☐	5. Problemas de infraestructura.	☐		
1. Accesibilidad geográfica.	☐	6. Problemas de abastecimiento.	☐																												
2. Falta de espacio físico.	☐	7. Insuficiencia de profesionales.	☐																												
3. Falta de equipamiento.	☐	8. Inadecuada capacidad resolutive	☒																												
4. Equipos en mal estado.	☐	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	☐																												
5. Problemas de infraestructura.	☐																														
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL																															
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA																													
13	1303	130352																													

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	Neurologia

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
PACIENTE FEMENINA DE 84 QUE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD EN COMPAÑIA DE FAMILIAR- QUIEN REFIERE CUADRO CLINICO DE EVPLUCION PROGRSSIVA DE 2AÑOS CARACTERIZADO POR DETERIORO DE LA MEMORIA RECIENTE- OLVIDO DE ACTIVIDADES COTIDIANAS- DESORIENTACION TEMPOROESPACIAL OCASIONAL Y DIFICULTAD PARA RECONOCER PERSONAS Y LUAGRES FAMILIARES. ASOCIADO A CAMBIOS CONDUCTALES LEVES- APATIA Y DISMINUCION DE LA AUTONOMIA PARA ACTIVIDADES BASICAS E INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA. FAMILIAR REFIERE QUE LOS SINTOMAS HAN SIDO DE INSTALACION INSIDIOSA Y CURSO PROGRESIVO- NIEGA FIEBRE- TRAUMATISMO CRANEAL RECIENTE- CONVULSIONES O DEFICIL MOTOR AGUDO. ACUDE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO.	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
ORIENTACIION PARCIAL EN TIEMPO Y ESPACIO- DEFICIT DE MEMORIA RECIENTE- SIN SIGNOS NEUROLOGICOS FOCALES. RESTO DEL EXAMEN SIN HALLAZGOS RELEVANTES- SE INDICA CONTINUAR SEGUIMIENTO MEDICO- SE RECOMIENDA APOYO FAMILIAR PERMANENTE- MEDIDAS DE SEGURIAI DOMICILIARIA Y ESTIMULACION COGNITIVA. SE SOLICITA MANTENER REFERENCIA A NEUROLOGIA PARA CONTROL EVOLUTIVO.	

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Enfermedad De Alzheimer No Especificada		G309	X		4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-04-10	10:51	Hector		Alarcon	Barreiro
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	
1314410208					

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	