

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GARCIA	BRAVO	GEREMIAS ENRIQUE	01	11	1956	68 años, 11 meses, 6 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303095010	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	FLAVIO ALFARO y	098-081-6141 / (05)-268-5319
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1303095010	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Geriatría y Gerontología	2025	10	07	
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

HOMBRE DE 68 AÑOS DE EDAD CON APP DE HTA CRONICA MAL CONTROLADA TRATADA CON LOSARTAN 50 MG BID , CLORTALIDONA 12.5MG, HIPERTRIGLICERIDEMIA TRATADA CON SIMVASTATINA 20MG, EVENTO ISQUEMICO TRANSITORIO HACE 3 MESES, APF: HERMANA ALZHEIMER, PADRE ACV, MADRE IAM. ACUDE A ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN COMPAÑÍA DE LA ESPOSA POR CUADRO CLINICO DE 3 AÑOS DE EVOLUCION CARCATERIZADO POR DEBILIDAD MUSCULAR EN EXTREMIDADES SUPERIORES, PERDIDA DE MEMORIA Y DETERIORO COGNITIVO LEVE. Y QUE EN 3 MESES SE HA EXACERBADO AL MOMENTO DE LA CONSULTA PACIENTE ALERTA ORIENTADO AFEBRIL ASINTOMATICO CON PA 130/83MMHG, FC 87LPM, IMC 27. MEDIDAS ANTROPOEMTRICAS QUE SUGIEREN SOBREPESO. AL INTERROGATORIO DENOTA DIFICULTAD EN EJERCICIOS DE MEMORIA Y CONCENTRACION. PACIENTE REFIERE BUENA ADHERENCIA CON MEDIACION ACTUAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TAC CEREBRAL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO COGNOSCITIVO LEVE	F067	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-07	09:28	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	

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
2025-10-07	09:28	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	