

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELASQUEZ	CALDERON	ESTEBAN CALIXTO	16	12	1944	81 años, 4 meses, 25 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1300368204	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	SAN RAFAEOI y	093-970-6644 /
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	1300368204	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		2026	05	11
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 81 AÑOS DE EDAD, APP ENF DE ALZHEIMER, ACUDE EN COMPAÑIA DE FAMILIAIRES A ESTA CASA DE SALUD POR CUADRO CLINICO DE 1 MES DE EVOLUCION CARACTERIZADO RETENCION URINARIA, MAS DOLOR EN HIPOGASTRIO TIPO COLICO , SIN DATOS DE HEMATURIA O COLURIA, REFIERE HASTA COLOCACION DE SONTA VESICAL POR VARIOS DIAS AL MOMENTO CON RESOLUCION DE CUADRO ACUDE , PACIENTE DESORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO NO COLABORA CON INTERROGATORIO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RESULTADO DE LABORATORIO BHC HB 10,4G/DL HTO 30 PLAQUETAS 269 LEUCO 9640 *HORMONAL PSA TOTAL 1,3NG/ML PSA LIBRE 0.25NG/ML EMO BACTERIAS ++ REPORTE DE ECOGRAFIA ABDOMINAL RIÑON DERECHO MIDE 85X44MMCON UN PARENQUIMA DE 12MM CON IMAGEN LITIASIS DE 7MM RIÑON IZQUIERDO MIDE 92X 49 MM COM UN PARENQUIMA DE 12 MM COM IMAGEN LITIASICA EN SU INTERIOR DE 5.3MM / VEJIGA SIN IMAGENES LITIASICAS , PROSTATA FORMA, TAMAÑO Y POSICION NORMAL, VOLUMEN 9ML

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, NO ESPECIFICADA	G309		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-11	11:45	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
2026-05-11	11:45	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	