

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| CEDEÑO           | ALCIVAR          | LUIS SANTIAGO | 12                  | 12  | 1938 | 86 años, 9 meses, 20 días | Hombre  |
|                  |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                               | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|-----------------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1300514328        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | AV MARCO ARAY DUEÑAS y EUCLIDES ANDRADE | 098-864-5040 /      |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón | Parroquia      | Calle Principal y Secundaria            | Convecional/Celular |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo                   | Distrito/Area  |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------------------------|----------------|
| MSP                 | 1300514328      | SANTA MARTHA             | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                          | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Geriatría y Gerontología | 2025  | 10  | 02  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad             | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clinico

REFIERE SU HIJA QUE TUVO VALORACION POR SICOLOGIA POR TRASTORNO DE LA MEMORIA, REFIERE QUE DESDE HACE 5 DIAS HA PRESENTDO PROBLEMAS DE MEMORIA EN 2 OCASIONES HA TOMADO UN TAXI CON EL FIN DE IRSE A TRABAJAR, EN EL DIA PASA ACTIVO PERO EN LA NOCHE NO CONCILIA EL SUEÑO, AGRESIVIDAD, INSULTOS ZOES ES A SU HIJO, CONFUSION MENTAL (CONFUNDE A SU HIJA CON SU MADRE E INTENTA SEDUCIRLA) NIEGA ALUCINACIONES, ACTUALMENTE TOMA TAMSULOSINA Y GABAPENTINA, TIENE INCONTINENCIA URINARIA, TOMA MELATONINA, Y AUTOMEDICADO CON QUETIAPINA 50MG POR FAMILIAR DESDE HACE 8 DIAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACION POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                                  | CIE-10 | PRE | DEF |
|--------------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, DE COMIENZO TEMPRANO | F000   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL         | CÓDIGO          | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|--------------------------------|-----------------|-------|
| 2025-10-02 | 09:05 | Medicina Familiar Y Comunitaria | HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN | 1006-12-1143810 |       |

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 |
|-------|------|--------------|------------------------|--------|-------|
|       |      |              |                        |        |       |

