

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PARRAGA	ALCIVAR	ISIDRO REIMUNDO	21	02	1934	91 años, 9 meses, 12 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1300558838	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	CABELLO y	099-853-8691 /
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	1300558838	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2025	12	03
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 91 AÑOS CON APP DE DIABETES MELLITUS 2, HIPERTENSION ARTERIAL, CON APP DE ECV HACE 12 AÑOS E HIPOACUSIA BILATERAL CON PREDOMINIO OIDO DERECHO, CON CUADRO RECIENTE DE ANGINA DE PECHO CON CONTROL Y VALORACION HOSPITAL CHONE GERIATRIA, REFIERE CUADRO DE 3 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR CEFALEA DE MODERADA INTENSIDAD QUE NO DISMINUYE CON USO DE AINES, COMO SINTOMA ACOMPAÑANTE MAREO Y PERDIDA DE LA MEMORIA RECIENTE, EXAMEN FISICO HIPOACUSIA BILATERAL *NEUROLOGICO ESCALA GERIATRICA DEFICIT COGNITIVO 10 PUNTOS SIGNSO VITALES TA 110/70MMHG AL MOMENTO ALERTA COLABORA CON INTERROGATORIO, ORIENTADO EN TIEMPO Y NO EN PERSONA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PLAN FARMACOLOGICO LOSARTAN100MG VO QD, ACIDO ACETILSALICILICO 100MG VO QD ATORTVASTATINA 40MG VO QD PM BISOPROSTOL 1,25MG VO QD PM, CONTINUAR CON METFORMINA 500MG VO QD,

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DEMENCIA , NO ESPECIFICADA	F03X	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-03	13:35	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
2025-12-03	13:35	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	