

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	GANCHOZO	JACINTA TEODORA	20	05	1943	81 años, 8 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1300598347	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLE TERESITA HERNANDEZ y	099-220-0038 /
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	1300598347	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Geriatría y Gerontología	2025	01	21	
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

PACIENTE CON APP DE DEMENCIA ALZHEIMER CON TRATAMIENTO A BASE DE QUETIAPINA 25 MG , OMEGA 3, ZING, REFIERE LA ACOMPAÑANTE HIJA QUE LA MADRE NO DUERME Y TIENE MAL CARACTER. ACOMPAÑANTE INDICA QUE TUVO CIRUGÍA DE CADERA POR FRACTURA CON PRÓTESIS A NIVEL DEL LADO DERECHA. REFIERE ADEMÁS ESTREÑIMIENTO CRÓNICO. PACIENTE CON MÚLTIPLES PATOLOGÍAS QUE REQUIERE CONTROL POR ESPECIALIDAD DE GERIATRÍA; INDICA FAMILIAR QUE PERDIO TURNO CON ESPECIALIDAD SEÑALADA POR MOTIVO DE ENFERMEDAD Y REQUIERE TOMAR LA MISMAS MAS NECESIDAD DE REALIZAR E INICIAR REHABILITACION EN TERAPIA FISICA CON SEGUIMIENTO HOSPITALARIO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AL MOMENTO NECESIDAD DE RE EVALUACIÓN DE PARÁMETROS Y BAREMOS POR SERVICIO GERIÁTRICO MAS LA COORDINACIÓN CON LOS DEMÁS ESPECIALISTAS PARA SU RE EVALUACIÓN

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, ATÍPICA O DE TIPO MIXTO	F002		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-21	11:41	Medicina General	JUAN PABLO MACIAS FERNANDEZ	1309502043	

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