

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO						
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA		1246	C. S TOSAGUA	TIPO C	1300624440		1300624440						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
BARRETO		ZAMBRANO		ELBA		DEL PILAR	M	09/08/1930	94	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN							
0939453453 0990248513		NO APORTA		X									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		MOTIVO							
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA	2. Falta de espacio físico.									
MANABI		TOSAGUA	TOSAGUA	3. Falta de equipamiento.									
				4. Equipos en mal estado.									
				5. Problemas de infraestructura.									
								X					

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	HOSPITAL NEPOLEON DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	GERIATRIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE 94 AÑOS CON ANTECEDENTES DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN TRATAMIENTO POR CARDIOLOGIA, FAMILIARES REFIEREN QUE DESDE HACE 6 MESES PRESENTA ALTERACIONES DEL ESTADO DE CONCIENCIA, EPISODIOS DE AMNESIA DE ACTIVIDADES RECIENTES DESCONOCIMIENTOS DE PERSONAS AL SU ALREDEDOR, Y HABLAR INCOHERENCIAS, PRESENTA ANTECEDENTES DE ISQUEMIA CEREBRAL TRANSITORIA, SE SOLICITA VALORACION POR GERIATRIA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.	DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, DE COMIENZO TARDIO	F001		X	4.				
2.					5.				
3.					6.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
06/12/2024	10:38:00	FELIX		VELIZ	GILER
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO		
1309637757			DISTRITO DE SANTIAGO *3D12 Félix Humberto Per MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA 2022-2414983 Dr. ESPECIALISTA EN REG. SENESCYT: 1027		

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
CONTRAREFERENCIA			REFERENCIA INVERSA		

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.					4.				
2.					5.				
3.					6.				

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO		