

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres            | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|--------------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| SOLORZANO        | DOMINGUEZ        | FRANCISCO VIRGILIO | 20                  | 10  | 1940 | 85 años, 3 meses, 2 días | Hombre  |
|                  |                  |                    | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |         |           | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|---------|-----------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1300715560        | MANABI              | BOLIVAR | CALCETA   | MATAPALO y                   | / (88)-888-8888      |
| 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                 | 1300715560      | MATA PALO                | 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  | 01  | 22  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad             |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

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

3. Resumen del cuadro clínico

ADULTO MAYOR CON DIAGNOSTICO DE DEMENCIA POR ALZHEIMER PARA LO CUAL NO LLEVA TRATAMIENTO ALGUNO, ES TRAIIDO POR FAMILIAR QUIEN INFORMA QUE PACIENTE NO DUERME, EMITE IDEAS QUE NO ESTAN ACORDE A LA REALIDAD Y EN OCASIONES EMITE COMENTARIOS QUE SI SE ACOMODAN A LA REALIDAD, DISMINUCION DEL APETITO, DEPENDENCIA TOTAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA, DEPENDIENCIA TOTAL PARA ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA. FAMILIAR REFIERE QUE SINTOMAS SE HAN REAUDIZADO EN LAS ULTIMAS SEMANAS. TRATAMIENTO ACTUAL CON QUETIAPINA 25MG VO HS, BIPERDIENO 2MG VO QD, CITICOLINA 500MG VO QD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VGI: BARTHEL: 20 PUNTOS, DEPENDENCIA SEVERA PARA ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA, LAWTON Y BRODY: 0 PUNTOS: DEPENDENCIA SEVERA PARA ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA, PFEIFER: 7 ERRROES, DETERIORO COGNITIVO SEVERO.

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                             | CIE-10 | PRE | DEF |
|---------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, NO ESPECIFICADA | F009   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL       | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-01-22 | 08:54 | Medicina Familiar Y Comunitaria | LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ | CU-13-5540 |       |

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL       | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-01-22 | 08:54 | Medicina Familiar Y Comunitaria | LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ | CU-13-5540 |       |