

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLORZANO	CEVALLOS	OLGA INES	17	09	1944	80 años, 2 meses, 8 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1300827266	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SAN FELIPE y	095-972-7502 / (99)-999-9999
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	1300827266	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA			13D07 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Geriatría y Gerontología	2024	11	25
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 DE 80 AÑOS DE EDAD, APP DE HIPERTENSION ARTERIAL, DIABETES MELLITUS TIPO 2, ACUDE EN SILLA DE RUEDA ACOMPAÑADA DE SUS HIJAS QUIENES INDICAN QUE SU MAMÁ ESTA EN SEGUIMIENTO CON NEUROLOGIA POR PRESENTAR DEMENCIA POR CUERPOS DE LEWY, AL MOMENTO PACIENTE DESORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, CON IMPEDIMENTOS PARA LAS ABVD, PRESENTA DOLOR EN PIERNA IZQUIERDA EN REGIÓN INGUINAL EVOLUCIÓN CRÓNICA, EL 9/09 DEL PRESENTE AÑO ESTUVO INGRESADA EN EL HNDC POR PATOLOGIA GASTROINTESTINAL, AL MOMENTO AFEBRIL, NO SINTOMAS RESPIRATORIOS, ESTABLE SEGÚN SU CONDICION DE SALUD, SINDROME DE FRAGILIDAD, NECESITA VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ESPECIALIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXAMENES PENDIENTES.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, NO ESPECIFICADA	G309		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-25	21:11	Medicina Interna	MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO	5119	

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
2024-11-25	21:11	Medicina Interna	MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO	5119	