

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PINARGOTE	BRIONES	DELIA MARGARITA	23	08	1941	84 años, 8 meses, 14 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1301018295	MANABI	JUNIN	JUNIN	CAÑA DULCE y SN	098-157-1860 / (00)-000-0000
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	1301018295	MATERNO INFANTIL CARLOS MORALES LOCKE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología	2026	05	07
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 femenina de 84 años de edad, con app de demencia de la enfermedad de alzheimer de 1 año de evolucion, hta/dm2 y trombosis venosa profunda bajo tto. Acude a consulta solicitando valoracion para calificacion de discapacidad, comenta un familiar que en ocasiones presenta episodios de desorientacion en tiempo, espacio, depende para vestirse, caminar y bañarse; ademas no es capaz de seguir una conversacion. Se aplica cuestionario de PFEIFFER 8 de 10 errores evaluandose deterioro cognitiva grave

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RESONANCIA MAGNETICA *: Rm (09/2005): lesiones vasculo-degenerativas cronica difusas en ambos hemisferios cerebrales. Atrofia cortical difusa. Dilatacion de los espacios de virchow robins..

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DEMENCIA VASCULAR, NO ESPECIFICADA	F019	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-07	09:43	Medicina Familiar Y Comunitaria	RONALD ALFREDO LOOR QUIROZ	1312184177	

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
2026-05-07	09:43	Medicina Familiar Y Comunitaria	RONALD ALFREDO LOOR QUIROZ	1312184177	