

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	ALMEIDA	MANUEL DANIEL	07	08	1935	90 años, 9 meses, 21 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1301043152	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	1 y 1	099-571-7118 /
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	1301043152	SAN BARTOLO	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	05	28
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

HOMBRE DE 90 AÑOS DE EDAD CON DISCAPACIDAD FISICA 84% CON ANTECEDENTES HIPERTENSION ARTERIAL, ECV OCURRIDO EN EL AÑO 2023, ARRITMIA CARDIACA, HEMIPLEJIA BRAQUIO CRURAL IZQUIERDA, CON TRASTORNO DEL SUEÑO, POLIARTROSIS. HIPERPALSIA DE PROSTATIA CONTROL NEUROLOGIA HOSPITAL DE CHONE CON PRESENCIA CISTOSTOMIA SUPRAPUBICA CON Sonda VESICAL PERMEABLE Y USO DE PAÑALES DE MANERA PERMANENTE, DEPENDIENTE DE LAS ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA CON TTO CONTINUO, CON INDICACIONES NEUROLOGIA ACTUAL QUETIAPINA 100MG VO HS, AMLODIPINO 5MG VO QD PM, APIXABAN VO BID, PREGABALINA 50 MG VO PM FAMILIARES REFIERE CUADRO DE DOLOR ARTICULAR. AL MOMENTO ALERTA, NORMOTENSO ALERTA Y ESTABLE

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SECUELAS DE ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO, NO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGICO O ISQUEMICO	I694		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-28	11:11	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	

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
2026-05-28	11:11	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	