

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CARREÑO	ZAMBRANO	FELIPA ASUNCION	11	10	1947	78 años, 8 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1301213201	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	AV JUNIN y	099-529-5431 /
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	1301213201	INES MORENO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Geriatría y Gerontología		2026	07	09
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

MUJER 78 AÑOS CON DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL 67% APP, HTA, DE ARRITMIA CARDIACA, DEMENCIA VASCULAR E INSOMNIO LLEVA TRATAMIENTO CON CLONAZEPAM 2,5MG10 GOTAS VO QD RISPERIDONA 1MG/ML 10 GOTAS EN LA NOCHE, QUETIAPINA 25MG 1 TABLETA QD MAS TRATAMEINTO CONTINUO LOSARTAN 50MG VO QD AM, CITARATO DE MAGNESIO 2CC DILUIDO EN AGUA VO PM PACIENTE NO VALORABLE VIENE PRESENTANDO CRISIS DE AGRESIVIDAD Y EMPIEZA CON DEAMBULACIONES NOCTURNAS QUE NO MEJORAN A PESAR DEL TRATAMIENTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE NO VALORABLE VIENE PRESENTANDO CRISIS DE AGRESIVIDAD Y EMPIEZA CON DEAMBULACIONES NOCTURNAS QUE NO MEJORAN A PESAR DEL TRATAMIENTO.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-09	10:34	Medicina Familiar Y Comunitaria	DORIS GISSELA MEZA MENENDEZ	1312542051	

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
2026-07-09	10:34	Medicina Familiar Y Comunitaria	DORIS GISSELA MEZA MENENDEZ	1312542051	