

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRIONES	MEJIA	WILTON ERNESTO	22	02	1950	76 años, 2 meses, 13 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1301336069	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	PICHINCHA y ROCAFUERTE	096-287-1207 /
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	1301336069	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	Neurología	2026	05	05
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 76 AÑOS DE EDAD, ACUDE EN COMPAÑIA DE LA PAREJA, REFIERE ANTECEDENTE DE ISQUEMIA CEREBRAL HACE UN AÑO APROXIMADAMENTE, + TRASTORNOS DE LENGUAJE (DISARTRIA, DISLALIA) + TRASTORNO DEL SUEÑO, RECIBE TRATAMIENTO CON LEVODOPA CARBIDOPA 25/ 2500, QUETIAZIC XR 50, REAGIN 500, QUETIAPINA 100 mg, MONOHIDRATO DE CREATINA, NECESITA VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ESPACIALIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RESONANCIA MAGNETICA *: RESONANCIA MAGNÉTICA: FECHA 25/0172023. CONCLUSIÓN: NOTORIAS LESIONES SUBCORTICALES INESPECIFICOS DE PROBABLE ORIGEN VASCULAR ISQUÉMICO CRÓNICO MICROANGIOPATICO. INDICIOS INVOLUNTARIOS DIFUSOS.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-05	09:01	Medicina Interna	MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO	5119	

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
MARIA DEL ROSARIO
ESCANDON ZAMBRANO

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 clínico

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
2026-05-05	09:01	Medicina Interna	MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO	5119	