

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ANDRADE	CEDEÑO	FRANKLIN FREMIOT	14	12	1947	78 años, 6 meses, 25 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1301340921	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	LOS CANARIOS y SAN FRANCISCO	099-380-6074 / (05)-244-2914
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	1301340921	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO	Consulta externa	Neurología	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

PACIENTE ADULTO MAYOR QUE VIENE PRESENTANDO CUADROS DE PERDIDA DE RECUERDOS , COMPATIBLE CON ALGÚN TIPO DE DEMENCIA, SOBRE TODO DE LA MEMORIA A CORTO PLAZO. INDICA QUE SE REALIZO ESTUDIO DE RESONANCIA MAGNETICA.-

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RESONANCIA MAGNETICA *: PRESUNCIÓN DIAGNOSTICA DE RM: LESIONES VAS CULO-DEGENERATIVAS CRONICAS FAZEKAS 2 ARACNOIDOCELE SELAR GRADO 3 REGIÓN SELAR INVAGINACION DE LA ARACNOIDES HACIA LA SILLA TURCA MENOR AL 75%. A NIVEL SUPRATENTORIAL SE OBSERVA UN AUMENTO DE PROFUNDIDAD DE LOS SURCOS DE FORMA GENERALIZADA EN RELACIONA CON LA ATROFIA CORTICAL DIFUSA SIN EVIDENCIA DE LESIONES OCUPANTES DE ESPACIO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ATROFIA CEREBRAL CIRCUNSCRITA	G310		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-09	15:12	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ	1308622487	

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
2026-07-09	15:12	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ	1308622487	