

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres          | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| MARIN            | CUZME            | LIDIA CONCEPCION | 01                  | 07  | 1927 | 98 años, 7 meses, 23 días | Mujer   |
|                  |                  |                  | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                          | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------------|------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1301399935        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | PUERTO ARTURO y CALLE LAS MERCEDES | 099-773-4407 / (05)-236-1811 |
| 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                 | 1301399935      | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                           |                  |                          | Fecha |     |     |
|---------------------|---------------------------|------------------|--------------------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL DE CHONE | Consulta externa | Geriatría y Gerontología | 2026  | 02  | 25  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud  | Servicio         | Especialidad             | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 98 AÑOS DE EDAD, APP HIPERTENSION ARTERIAL Y ALZHEIMER RECIENTEMENTE DIAGNOSTICADA, ACUDE EN COMPAÑIA DE SU HIJA POR NECESIDAD DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD, AL MOMENTO DE LA CONSULTA HIJA REFIERE PERDIDA DE VISION EN UN OJO, SORDERA, CALAMBRES RECURRENTES Y PARESTESIAS DE MIEMBROS INFERIORES, ADEMAS QUE HAY DIAS QUE ESTA LUCIDA Y OTROS DIAS EN LOS QUE PIERDE LA NOCION Y NO RECUERDA NI A SUS HIJOS. HEMODINAMICAMENTE ESTABLE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO CUENTA CON LABORATORIOS

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                             |  | CIE-10 | PRE | DEF |
|---------------------------------------------------------|--|--------|-----|-----|
| DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, NO ESPECIFICADA |  | F009   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA                                                                                                                                                                                                 |
|------------|-------|------------------|---------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2026-02-25 | 09:19 | Medicina General | ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ | 0940448434 | <br>FIRMA<br>Firmado electrónicamente por:<br>ROXANA ELIZABETH<br>MIRA RODRIGUEZ<br>Validar únicamente con FirmaEC |

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 |
|------------|-------|------------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2026-02-25 | 09:19 | Medicina General | ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ | 0940448434 |       |