

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MEJIA	MOSQUERA	AYDA MARIA	19	06	1951	75 años, 0 meses, 19 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1301489363	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	SAN RAFAEL y	099-343-8157 /
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	1301489363	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D06 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2026	07	08
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 DE 75 AÑOS DE EDAD APP: HTA, VITILIGO,TRASTORNO COGNITIVO Y DEL SUEÑO HACE 2 MESES DIAGNOSTICO ATROFIA CEREBRAL Y ECV CON TAC CEREBRAL, APQX: CX DE CATARATAS HACE 2 AÑOS . CUIDADORA REFIERE QUE HACE 6 MESES EMPEZO CON PERDIDA DE MOVILIDAD, CON DEPENDENCIA TOTAL PARA LAS ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA, PERDIDA DE MEMORIA, NO RECONOCIMIENTO DE FAMILIARES . DURANTE LA VISITA PACIENTE EN AYUDA TECNICA: SILLA DE RUEDAS . CON USO DE PAÑAL CONTINUO, CONTROL CON PSIQUIATRIA Y NEUROLOGIA PARTICULAR..AL EXAMEN FISICO: SE EVIDENCIA CONSERVACION DE MASA MUSCULAR, NO ULCERAS , PACIENTE ENCAMADA. SIGNOS VITALES TA 92/68MMHG PACIENTE NO COLOABORA CON INTERROGATORIO DESORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO. NUEVO EVENTO CEREBRO VASCULAR HACE 6 DIAS CON INGRESO POR EMERGENCIA HAGA POR DX SECUELA DE ECV. CON ALTA A DOMICLIO, FAMILIAR NIEGA NOVEDADES

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

MEDICACION HABITUAL: CITICOLINA 100MG/ML, ICC VO QD SERTRALINA 25MG, VO QD CLONAZEPAM 2.5MG/ML, 10 GOTAS VO QD HS DIAZEPAM 10MG, VO QD RISPERIDONA 1MG/ML 6GOTAS VO QD HS FUROSEMIDA 40MG, VO QD LOSARTAN 100MG VO QD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ATROFIA CEREBRAL CIRCUNSCRITA	G310		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-08	11:09	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 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
2026-07-08	11:09	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	