

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SANTANDER	CEVALLOS	ARGEMIRO VICENTE	05	07	1944	81 años, 6 meses, 9 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1301569644	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	RAIDISTAS y	093-942-2439 /
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	1301569644	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	01	14
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 MASCULINO DE 81 AÑOS DE EDAD *** APP: HTA (DIVAN 60 MG) + DMII (INSULINA NPH) + RETINOPATIA DIABETICA + CEGUERA MONOCULAR IZQUIERDA + ERC TIPO V (DIALISIS L-M-V) + CONSTIPACION *** APQ: NR ***AA: NR _____ ACUDE A ESTABLECIMIENTO JUNTO A HIJA QUIEN REFIERE CUADRO CLINICO DE LARGA EVOLUCION CARACTERIZADO POR AMNESIA A CORTO PLAZO, DISOCIACION, NO RECUERDA DONDE HA DEJAD OBJETOS, PERO SI RECUERDA FECHA DE NACIMIENTO, ÁMBITO FAMILIAR, PERO NO SABE CON EXACTITUD FECHA DEL DIA ACTUAL, MES Y DIA DE LA SEMANA, DISURIA Y OLIGURIA, TOS PRODUCTIVA DE EXPECTRACION AMARILLENTA, ADEMAS DE 10 DIAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR CONSTIPACION **** BRISTOL TIPO I **** NIEGA ALERGIAS. TEST DE VIOLENCIA NEGATIVO. AL MOMENTO, PACIENTE AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, COLABORADOR AL INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SOLICITADOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRA AMNESIA	R413		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-14	13:56	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	 Firmado electrónicamente por: MARIA JOSE MEZA CUSME 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
2026-01-14	13:56	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	

