

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	ALCIVAR	JOSE ARTURO	04	04	1954	70 años, 8 meses, 1 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1301788434	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SUCRE y MALECON	098-063-2193 /
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	1301788434	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	Cirugía Ortopédica Y Traumatología	2024	12	05	
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año	

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☐	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☒		

3. Resumen del cuadro clinico

USUARIO ADULTO MAYOR QUE ACUDE ACOMPAÑADO DE FAMILIAR (ESPOSA), PRESENTA DIAGNOSTICO DE DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER DIAGNOSTICADA DESDE EL AÑO 2011, ADEMAS PRESENTA DEFORMIDAD DE MANO DERECHA POSTERIOR A RECIBIR IMPACTO DE BALA ES POR ESTA RAZÓN QUE EN EL AÑO 2007 FUE ACREDITADO CON 40% DE DISCAPACIDAD FÍSICA POR CONADIS, EL DÍA DE HOY TRAE ANEXO 2 EMITIDO POR PSIQUIATRA EN EL CUAL SE DA DIAGNOSTICO DE: DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER. NO TIENE EVALUACIÓN POR TRAUMATOLOGÍA POR LO QUE SE HARÁ REFERENCIA A ESTA ESPECIALISTA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NINGUNO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DEFORMIDAD DE DEDO(S) DE LA MANO	M200		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-05	13:45	Medicina General	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	

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