

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	MENDOZA	JOSE ROBINSON DE LA O	30	10	1956	69 años, 8 meses, 27 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302749070	MANABI	CHONE	RICAURTE	NA y	000-000-0000 /
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	1302749070	RICAURTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2026	07	27
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 69 AÑOS DE EDAD ACUDE A LA CONSULTA TRAIDO POR EL HIJO POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE VARIOS MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PRESENTAR EPISODIOS DE DESODIENTACIÓN, PERDIDA DE MEMORIA, DIFICULTAD PARA CONCENTRARSE, OLVIDA NOMBRES DE PERONAS QUE CONOCIA Y PROBLEMAS EN EL LENGUAJE. ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE HTA MEDICADO CON IRBESARTAN DE 300MG CD + CARVEDILOL 6,25MG CD, DAIBTES MELLITUS MEDICADO CON METFORMINA DE 850MG CD. DEMENCIA VASCULAR NO ESPECIFICADA MEDICADO CON MEMANTINA 10MG CD. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO, AFEBRIL, SIN SINGOS DE ALARMA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

DEMENCIA VASCULAR

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DEMENCIA VASCULAR, NO ESPECIFICADA	F019		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-27	08:06	Medicina Rural	XAVIER ADRIAN BASURTO CEDEÑO	1312962390	

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
2026-07-27	08:06	Medicina Rural	XAVIER ADRIAN BASURTO CEDEÑO	1312962390	