

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MARCILLO	ZAMBRANO	RAMON PODEROSO	15	04	1945	79 años, 10 meses, 4 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302958366	MANABI	CHONE	CONVENTO	SUSPIRO 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	1302958366	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2025	02	19
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 ADULTO MAYOR DE 79 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONTROL MÉDICO CON APP: ALZHEIMER NO CONTROLADO AL MOMENTO ACUDE CON DEMENCIA SEVERA FAMILIAR REFIERE CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO SE PORTA AGRESIVO DEPENDE DE CUIDADOR DIRECTO PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES BASICAS AL EXAMEN FÍSICO: NEUROLÓGICAMENTE: DESPIERTO, ACTIVO, REACTIVO, DES ORIENTADO . CABEZA NORMOCÉFALO. PUPILAS: IS OCÓRICAS . CUELLO NO ADENOPATÍAS , TÓRAX: SIMÉTRICO. CS PS: VENTILADOS; RSCS: RÍTMICOS NO SOPLO. ABDOMEN: BLANDO, A LA PALPACIÓN NO MEGALIA, A LA AUSCULTACIÓN RSHS PRESENTES. EXTREMIDADES INFERIORES: SIMÉTRICAS, NO HAY EDEMA. MUCOSAS, HIDRATADA. PLAN SE INDICA REFERENCIA A SERVICIO DE NEUROLOGIA PARA VALORACION Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON DEMENCIA SEVERA AMERITA VALORACION Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO POR SERVICIO DE NEUROLOGIA
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, NO ESPECIFICADA	G309		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-19	10:26	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

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
2025-02-19	10:26	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

