

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BERMUDEZ	VILLA	FLORA MEDELBERTA	13	09	1940	85 años, 0 meses, 12 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303085292	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AVENIDA ELOY ALFARO y	0960703716 /
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	1303085292	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Geriatría y Gerontología		2025	09	25
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

SE REALIZA VISITA EN DOMICILIO A PACIENTE CON ANTECEDENTE DE EVENTO CEREBROVASCULAR OCURRIDO HACE APROXIMADAMENTE 10 AÑOS PRESENTANDO COMO SECUELA DISCAPACIDAD FISICA POR PROBLEMAS MOTORES EN MIEMBROS INFERIORES CON INCAPACIDAD PARA DEAMBULAR SOLA, PASA EN SILLA DE RUEDAS, HA SUFRIDO CAIDAS, NO CONTROLA ESFINTERES, USA PAÑAL DIARIO, TIENE PROBLEMA COGNITIVO, NO ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, DIFICULTAD PARA CONCILIAR EL SUEÑO, POR LO CUAL ES DEPENDIENTE DE CUIDADOR PARA REALIZAR ACTIVIDADES BASICAS E INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA, A VECES CAMBIOS DE HUMOR, SUELE MOSTRAR ALGO DE IRRITABILIDAD, HACE 2 AÑOS SANGRADO GASTRICO POR ULCERA GASTRICA MOTIVO POR EL CUAL ESTUVO HOSPITALIZADA, TIENE HIPERTENSION TOMA CARVEDILOL 6.25MGAL DIA, AL MOMENTO CON APETITO CONSERVADO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACION POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, DE COMIENZO TARDIO	F001	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-25	12:31	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA