

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	ZAMBRANO	RUBEN ANTONIO	10	06	1960	66 años, 0 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	1303329328	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LA SEGUA y	096-931-8265 /
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	1303329328	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2026	06	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	☐	DEMENCIA TIPO ALZHEIMER	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE QUE DESDE HACE 2 AÑOS INICIA CON PÉRDIDA DE LA MEMORIA, (POSTERIOR A FALLECIMIENTO DE ESPOSA POR CA Y AL AÑO MUERE MAMÁ POR CA CEREBRAL) Y UN AÑO POSTERIOR CON ALTERACIÓN DE LA MARCHA, BRADICINESIA, MARCHA CORTA, PERDIDA DE EQUILIBRIO HACE 5 MESES INCONTINENCIA URINARIA Y FECAL. MINIMENTAL 15 PUNTOS, NO ESCRIBE, NO RECUERDA PALABRAS, NO LOGRA CONTAR, DESORIENTADO EN TIEMPO, ORIENTADO EN LUGAR Y PERSONA. NO RECONOCE CIERTOS FAMILIARES, PRESENTA TAMBIÉN EMOCIONAL QUE MEJORA CON ISRS PACIENTE VIVE SOLO. 0969318265 tg7655013@gmail.com HIV- VDRL PRUEBAS RÁPIDAS EN CONSULTA NO REACTIVO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ADJUNTO UNOS, A LA ESPERA DE OTROS.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, NO ESPECIFICADA	F009	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-19	11:42	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
2026-06-19	11:42	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	