

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CAICEDO	QUINTERO	ELIDA GERONIMA	20	05	1941	85 años, 2 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303519449	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SITIO PIEDRA AZUL y	099-053-9920 /
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	1303519449	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	Neurología	2026	07	21
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

ADULTA MAYOR QUE ES TRAÍDA POR FAMILIAR (HIJA) QUIEN MENCIONA QUE LA USUARIA PRESENTA DEMENCIA? AL REALIZAR PREGUNTAR COMO: DÓNDE VIVE? CUÁNTOS JIHOS TIENE? DÓNDE ESTA EL ESPOSO? (FALLECIDO), REFIERE FAMILIAR ALUCINACIONES AUDIVIAS? MENCIONA A PERSONAS QUE SE ENCUENTRAN FALLECIDAS COMO QUE ESTUVIERAN CON ELLA, ESTA SITUACIÓN LA PRESENTA DESDE HACE APROXIMADAMENTE 3 AÑOS SIN RECIBIR ATENCIÓN ESPECIALIZADA, ADEMÁS SE REPORTA ENFERMEDAD RENAL QUE AL IGUAL QUE EN PATOLOGÍA NEUROLÓGICA MENTAL NO HA RECIBIDO ATENCIÓN, TIENE ANEXO 2 EMITIDO POR MEDICINA FAMILIAR EN EL CUAL SE REPORTA PATOLOGÍA OSTEOARTICULAR CON SECUELAS DE ALTERACIÓN DE LA MARCHA, SE XPLICA A FAMILIAR ACERCA DE EVALUACIONES PREVIAS POR LO QUE SE HARA REFERENCIA A NEUROLOGÍA Y SE EXPLICA A FAMILIAR QUE DEBERA LLEVARALA A LA ATENCIÓN CON NEFROLOGÍA EN HOSPITAL IESS CHONE DONDE SEGUN MENCIONA YA AH RECIBIDO ATENCIÓN

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NINGUNO

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
2026-07-21	09:38	Médico Calificador De Discapacidad	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 clínico

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
2026-07-21	09:38	Médico Calificador De Discapacidad	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	

