

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CUZME	SOLORZANO	ZOILA ROSA	26	08	1934	91 años, 8 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303737405	MANABI	JUNIN	JUNIN	CDLA JAIME ROLDOS y	096-254-0727 / (96)-958-5551
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area	
MSP	1303737405	MATERNO INFANTIL CARLOS MORALES LOCKE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D06 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Geriatría y Gerontología		2026	05	05
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 FEMENINA DE 91 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES DE DEMENCIA EN ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN TTO CON MEMANTINA 20MG VO QD, QUETIAPINA 25MG VO QD, RISPERIDONA GOTAS 1MG/1CC 12 GOTAS AL DIA, HIPERTENSA EN TTO CON BESARZID + HCT 300+12,5 , DIABETES MELLITUS TIPO 2 INSULINOCONVENIENTE EN TTO CON INSULINA NPH 10 UI AM 5 UI PM, GLICAZIDA 30MG. AL MOMENTO SE ENCUENTRA ASINTOMATICA. SE ENCUENTRA CON BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL, BUEN APETITO, ORINA Y DEFECA SIN DIFICULTAD, SU CUIDADOR REFIERE QUE ES DEPENDIENTE PARA TODAS LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. SE RECIBE RESULTADO DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA 7.6%, SE ENCUENTRA CON LESION EN PIEL DE RODILLA QUE SE PRESUME POR EL ROCE CON LA PARED. PACIENTE NO MANTIENE CONTROLES FRECUENTES Y POR SU DES COMPENSACION A PESAR DEL TRATAMIENTO MEDICO IMPUESTO SE DECIDE REFERIR.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE EVIDENCIA CAMBIOS DE PERSONALIDAD A LA VALORACION

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
2026-05-05	13:10	Medicina Familiar Y Comunitaria	ANGELICA MARIA MERA REYNA	1309015111	

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
2026-05-05	13:10	Medicina Familiar Y Comunitaria	ANGELICA MARIA MERA REYNA	1309015111	

