

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VILLAVICENCIO	ZAMBRANO	MARIA YOLANDA	20	07	1944	81 años, 1 meses, 27 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303873903	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	CALLE SALINAS y	098-068-0385 /
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	1303873903	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D06 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2025	09	16
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

MUJER DE 81 AÑOS DE EDAD CON APP DE ALZHEIMER SIN TRATAMEINTO ACTUAL CON HTA CRONICA CON TRATAMIENTO, CLORTALIDONA 12MG VO QD + LOSARTAN 100MG VO QD, CARVEDILOL 6.5 MG VO QD, ACUDE EN COMPAÑIA DE HERMANA PARA CONTROL DE SALUD, FAMILAIAR REFIERE EXACERBACION DE CUADRO DE DEMENCIA, REFIERES IDEPENDIENCIA PARCIAL DE LAS ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA, MAS NO LAS INSTRUMENTALE, FAMILIAR NIEGA VALORACION POR NEUROLOGIA AL MOMENTO ALERTA NO CLORABORA CON INTERROGATORIO, ORIENTADA EN PERSONA DESORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ACUDE CON TAC CEREBRO SIN EVIDENCIA DE AFECTACION CEREBRAL
--

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
2025-09-16	15:33	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	

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
2025-09-16	15:33	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	