

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR LOOR		MARIA GLORIA ISABEL	18	04	1953	73 años, 0 meses, 25 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303876864	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	JUAN MONTALVO y	099-638-6515 / (59)-347-5935
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	1303876864	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2026	05	13
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 73 años con APP CON DISCAPACIDAD PISCOSOCIAL 75% APP DE EPILEPSIAS, TRASTORNO DEPRESIVO, Y DEMENCIA/ESQUIZOFRENIA, Familiar refiere episodios recurrentes de heteroagresividad y alteraciones conductuales.Familiar refiere ultimo episodio convulsivo hace aproximadamente 7 días. Al momento de la valoración se encuentra en regular estado general, no colaboradora con interrogatorio, desorientada en tiempo, espacio y persona, con lenguaje incoherente, deterioro cognitivo severo y déficit visual importante .

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PLAN FARMACOLOGICO: **CLONAZEPAM 2,5MG DOSIS 10 GOTAS VO AM Y 5 GOTAS VO PRN **RISPERIDONA 1MG/ML 12 GOTAS PM,-- **QUETIAPINA 50 MG PM HS, **SERTRALINA 50MG VO QD. **LAMOTRIGINA 100MG VO TID

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, DE COMIENZO TEMPRANO	F000		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-13	15:49	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 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
2026-05-13	15:49	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	