

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VILLAPRADO	VERA	VICENTA AGUSTINA	11	12	1958	65 años, 11 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303944183	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CIUADELA LOS NARANJOS 1 y	095-905-1525 /
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	1303944183	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2024	12	09
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

PERDIDA PROGRESIVA DE LA MEMORIA -DOLOR EN RODILLAS - DESDE HACE MAS O MENOS 2 SEMANAS - NO CAMINA POR SI SOLA- NO SE UBICA EN TIEMPO NI EN ESPACIO - NO CONTROLA ESFINTERES - NO RECONOCE A FAMILIARES CERCANOS- NECESITA AYUDA PARA TODAS SUS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: GLOBULOS BLANC 7.01- HEMOGLOB 12.3- HTO 37.8- PLAQ 200 GLUCOSA 104.8- UREA 35.90 - CREATINI 0.80 - COLESTEROL 209- TRIGLICERID 176- TGO 22- TGP 18- AMILASA 77- BUN 16.7 - HECES QUISTE DE AMEBA +

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
2024-12-09	10:01	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	

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
2024-12-09	10:01	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	