

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VILLAPRADO	VERA	VICENTA AGUSTINA	11	12	1958	67 años, 4 meses, 16 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	SANTA RITA	CIUDADELA LOS NARANJOS 1 y	095-905-1525 /
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	1303944183	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Geriatría y Gerontología		2026	04	27
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 67 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES PERSONALES DE ALZHEIMER DESDE HACE 10 AÑOS TRATADA CON QUETIAPINA 25 MG QD Y CITICOLINA 500 MG QD, ACUDE A ESTA CASA DE SALUD ACOMPAÑADA DE SU HIJA PARA VALORACION Y SEGUIMIENTO DE SU EMFERMEDAD CRONICA LA CUAL NO HA SIDO VALORADA POR MEDICO ESPECIALISTA MSP Y DE FORMA PRIVADA HACE VARIOS MESES Y REFIERE QUE EL NO DUERME LAS 8 HORAS Y RECHAZA LA ALIMENTACION (NO ABRE LA BOCA), HIJA REFIERE QUE CUANDO LA ALIMENTA TOSE Y SE ATRAGANTA. AL EXAMEN FISICO PRESENCIA DE MASA EN MUSLO IZQUIERDO NO MOVIL DE APARENCIA OSEA EL RESTO DEL EXAMEN FISICO NORMAL. POR LO QUE SE REALIZA REFERENCIA AGERIATRIA PARA AJUSTE DE DOSIS DE MEDICAMENTOS Y CUIDADOS PALIATIVOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/a

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS TIPOS DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	G308		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-27	11:11	Medicina Rural	ALEX DANIEL BRAVO VELEZ	1312584954	

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
2026-04-27	11:11	Medicina Rural	ALEX DANIEL BRAVO VELEZ	1312584954	

