

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
NAVARRO	CEDEÑO	LEIDA MARIA	16	11	1938	86 años, 9 meses, 20 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303982563	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	BALZAR 2 y	098-005-6192 /
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	1303982563	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Neurología	2025	09	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

NUEVAMENTE SE REALIZA ATENCIÓN YA QUE DATOS DE LA USUARIA Y FAMILIAR NO ESTABAN ACTUALIZADOS Y SE NECESITAN PARA PODER REALIZAR REFERENCIA A NEUROLOGÍA - ADULTA MAYOR QUE ES TRAÍDA POR FAMILIARES (HIJAS), REFIEREN QUE DESDE HACE APROXIMADAMENTE 4 AÑOS CON INSOMNIO FRECUENTE, AMNESIA RETROGRADA, CON ALTERACIÓN DEL COMPORTAMIENTO (AGRESIVIDAD HACIA QUIENES LA RODEAN) ALUCINACIONES VISUALES Y AUDITIVAS, HABLA SOLA, ACTUALMENTE Y SEGUN MENCIONA ESTA SITUACIÓN HA EMPEORADO , USUARIA REQUIERE DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA TANTO PARA EL ÁMBITO SALUD COMO EN EL ÁMBITO DE DISCAPACIDAD POR LO QUE SE HARÁ REFERENCIA A NEUROLOGÍA PREVIA EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NINGUNO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, NO ESPECIFICADA	G309		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-05	11:22	Médico Calificador De Discapacidad	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	

Firmado electrónicamente por:
EDGAR RENATO LEONES GOMEZ
Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-09-05	11:22	Médico Calificador De Discapacidad	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	