

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	POSLEGUA	JOSELITO GUSTAVO	02	03	1964	61 años, 0 meses, 15 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304432576	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA POTRERILLO y	098-787-2881 /
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	1304432576	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	Psiquiatría		2025	03	17
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 DE 60 AÑOS DE EDAD, APP HIPERTENSION ARTERIAL CONTROLADA CON LOSARTAN 100 MG, INFARTO DEL MIOCARDIO 2 VECES (EN LOS AÑOS DE 2017 Y 2023) ACV. HEMIPLEJIA DERECHA, ENFERMEDAD DE PARKINSON. DIAGNOSTICADO DE DEMENCIA NO ESPECIFICADA POR PSIQUIATRA. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADO, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE QUE ACUDE CON VALORACION DE PSIQUIATRA DE HOS PITAL GENERAL DE PORTOVIEJO CON DIAGNOSTICO DE DEMENCIA NO ESPECIFICADA, NO RESPONDE A PREGUNTAS DE CUAL ES SU NOMBRE, CUANTOS HIJOS TIENE Y DATOS DE SU VIDA COTIDIANA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DEMENCIA , NO ESPECIFICADA	F03X	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-17	08:01	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	

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