

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO		ROSA AGUSTINA	03	09	1960	65 años, 11 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304457557	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	MUTRE AFUERA y MUTRE AFUERA	095-986-9978 /
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	1304457557	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología	2026	08	03
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 65 AÑOS DE EDAD APP: POLIARTROSIS.? APQ: SALPINGUECTOMIA HACE 30 AÑOS , HTA CONTROLADA CON LOSARTAN 100 MG DIA, APQ: NO REFIERE. ACUDE POR CUADRO CLÍNICO DE 3 SEMANAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DOLOR EN REGIÓN LUMBAR IRRADIADO A REGIÓN PELVICA. DOLORES ARTICULARES ESPORADICAMENTE. AL MOMENTO HEMODINAMIA ESTABLE, BUEN MECANICA RESPIRATORIA, AFEBRIL , GLASGOW15/15. EL DÍA DE HOY LLEGA CON HIJA QUIEN MENCIONA QUE PACIENTE ESTA SIENDO VALORADA POR NEUROLOGIA DE FORMA PARTICULAR PARA LO QUE ESTA MEDICADA CON QUETIAPINA 25 MG DIA Y CEREBROLISINA EN AMPOLLAS , SOMAZINA 1000 MG DIA. SE COMPRUEBA MEMORIA A CORTO PLAZO CON INCONSISTENCIAS EN RESPUESTAS. TELEFONO 0959869978.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

....

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-08-03	09:38	Medicina Familiar Y Comunitaria	YOLANDA CAROLINA CEDEÑO CEDEÑO	1009-13-1216663	

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
2026-08-03	09:38	Medicina Familiar Y Comunitaria	YOLANDA CAROLINA CEDEÑO CEDEÑO	1009-13-1216663	

