

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MARCILLO		VIRGINIA DONILA	12	04	1939	86 años, 3 meses, 24 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304587247	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLE BOLIVAR y CALLE RICAURTE	099-556-9320 /
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	1304587247	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Geriatría y Gerontología		2025	08	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

PACIENTE FEMENINA DE 86 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA MÉDICA CON SU HIJA QUIEN REFIERE QUE QUIERE SACARLE CARNET DE DISCAPACIDAD. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS: ALZHEIMER, HTA ENALAPRIL 20 MG QD, ANTECEDENTES FAMILIARES: NO REFIERE. ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: HISTERECTOMIA (CA UTERO). ANTECEDENTES ALÉRGICOS: NO REFIERE. NIEGA SINTOMATOLOGÍA RESPIRATORIA, DIGESTIVA, URINARIA O NEUROLÓGICA. REFEIRE QUE SOLO PASA LLORANDO ALA CORDARSE DE ESPOSO FALLECIDO, SE ALIMENTA SOLA, SE VISTE CON AYUDA, SE BAÑA CON AYUDA, CONTROLA ESFINTERES, USO DE PAÑAL POR LAS NOCHES PARA DORMIR , NO SABE FECHA DE NACIMIENTO, NO SABE FECHA EN LA QUE ESTAMOS, TIENE ALTERADA SUS FUNCIONES MENTALES, NO OBEDECE ORDENES, CUANDO SE LE PIDE QUE EJECUTE ACCIONES DICE OTRAS COSAS, DELIRA, ALTERACION DE MEMORIA A CORTO Y LARGO PLAZO, DEAMBULA CON AYUDA DE FAMILIARES

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACION POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-05	12:03	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA