

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	ESMERALDAS	JUANA ISABEL	01	11	1965	60 años, 8 meses, 30 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304699430	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	ITALO COLAMARCO y COLON Y 24 DE MAYO	099-441-6656 / (05)-236-0976
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	1304699430	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	Neurología	2026	07	31
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 clinico

Paciente acude a consulta acompañada de su hija y esposo, quienes refieren deterioro progresivo en sus habilidades para realizar actividades de la vida cotidiana. Durante la evaluación, la paciente se encuentra parcialmente orientada en persona, con aspecto general desaliñado. Los familiares refieren que desde el año 2020 comenzaron a presentarse episodios de olvidos, los cuales inicialmente aparecían durante periodos de varias semanas. En el año 2023 recibió atención médica privada, donde fue diagnosticada con enfermedad de Alzheimer posterior a la realización de estudios complementarios que respaldaron dicho diagnóstico. Actualmente, la paciente presenta limitaciones para la marcha. Los familiares manifiestan que aparenta presentar dificultad visual severa, describiendo que actúa como si no pudiera ver. Refieren además que permanece sentada la mayor parte del día, realizando movimientos repetitivos como tocarse las manos. Presenta pérdida del control de esfínteres, con episodios de encopresis. Se evidencia un deterioro significativo en su funcionalidad y dependencia para las actividades de la vida diaria, requiriendo supervisión y apoyo constante por parte de sus familiares.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

Deterioro cognitivo, desorientación y dependencia

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, NO ESPECIFICADA	F009	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-31	13:17	Psicología Clínica	KARINA RAMONA PALACIOS ORDOÑEZ	1312804220	

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
2026-07-31	13:17	Psicología Clínica	KARINA RAMONA PALACIOS ORDOÑEZ	1312804220	