

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ZAMBRANO	BERTHA GENIT	24	01	1940	86 años, 3 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	1305148411	MANABI	CHONE	CANUTO	CALLE SANTA TERESA y	096-796-5862 /
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	1305148411	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2026	04	24
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 QUE ACUDE EL DÍA DE HOY ACOMPAÑADA DE SU HIJA PARA SOLICITUD DE REFERENCIA A NEUROLOGÍA. REFIERE ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD DE BASE TIPO DEMENCIA TIPO ALZHEIMER, EN SEGUIMIENTO PREVIO POR ESPECIALIDAD. SEGÚN REFIERE LA ACOMPAÑANTE, EL ÚLTIMO CONTROL NEUROLÓGICO FUE REALIZADO EL AÑO PASADO, TENIENDO CITA PROGRAMADA PARA EL 30 DE MARZO DEL PRESENTE AÑO, SIN EMBARGO, AL ACERCARSE A LA MISMA SE LES INDICA LA NECESIDAD DE REAGENDAR CITA A TRAVÉS DEL CENTRO DE SALUD CORRESPONDIENTE. ACTUALMENTE LA SOLICITUD DE REFERENCIA SE REALIZA PRINCIPALMENTE PARA CONTINUIDAD DE CONTROL Y SEGUIMIENTO POR NEUROLOGÍA, CON EL FIN DE VALORAR LA EVOLUCIÓN CLÍNICA DE SU ENFERMEDAD DE BASE, FUNCIONALIDAD COGNITIVA Y AJUSTE TERAPÉUTICO SEGÚN CORRESPONDA. ACOMPAÑANTE REFIERE QUE LA PACIENTE SE ENCUENTRA EN CONDICIÓN ESTABLE, SIN CAMBIOS AGUDOS RECIENTES EN SU ESTADO GENERAL NI EVENTOS NEUROLÓGICOS AGUDOS INTERCURRENTES, POR LO QUE SE CONSIDERA REFERENCIA PARA CONTROL PERIÓDICO DE PATOLOGÍA CRÓNICA Y CONTINUIDAD DE MANEJO ESPECIALIZADO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TRATAMIENTO REAGIN 500MG 1 TAB AM QUETIAPINA 25MG 1 TAB PM NEUROPLUS 20MG 1 TAB PM

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-24	11:22	Medicina Rural	MILENA FERNANDA MACIAS MEJIA	1316516853	

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
2026-04-24	11:22	Medicina Rural	MILENA FERNANDA MACIAS MEJIA	1316516853	

