

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHAVARRIA		OLGA FLORENTINA	20	08	1932	93 años, 8 meses, 29 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305459537	MANABI	CHONE	SANTA RITA	10 DE AGOSTO y	098-867-3312 /
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	1305459537	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Geriatría y Gerontología		2026	05	19
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 93 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE DISCAPACIDAD FISICA DEL 50%, ANTECEDENTE DE ALZHEIMER EN ESTUDIO SEGÚN REFIEREN FAMILIARES, APQ: QUISTES DE OVARIO Y REPARACIÓN DE ÚLCERA, APF: NO REFIEREN, ALERGIAS: NO REFIEREN. PACIENTE ACUDE EN COMPAÑIA DE SU HIJO A CITA MÉDICA PARA CONTROL Y PARA SOLICITAR REFERENCIA A GERIATRIA, FAMILIARES REFIEREN PACIENTE ESTABA EN SEGUIMIENTO POR GERIATRIA, MENCIONAN QUE EN OCASIONES TIENE ALUCINACIONES CON QUE EL CUARTO DE INUNDA, GRITA, REFIEREN ADEMÁS PRESENTA CRISIS DE ANGUSTIA Y ANSIEDAD QUE LE IMPIDEN DORMIR, AL EXAMEN FISICO PACIENTE DEPENDIENTE CON DIFICULTAD PARA LA MARCHA, SE REALIZA REFERENCIA A GERIATRIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ALZHEIMER EN ESTUDIO, CRISIS DE ANSIEDAD Y ANGUSTIA EN OCASIONES QUE REQUIERE DE VALORACIÓN POR GERIATRIA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-19	13:22	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES	1313700039	

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
2026-05-19	13:22	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES	1313700039	

