

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ROMERO	ROMERO	RAMON GREGORIO	06	12	1941	82 años, 8 meses, 8 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306174317	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN ANTONIO y	999-999-9999 /
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	1306174317	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13007 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Geriatría y Gerontología	2024	08	14
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 DE 82 AÑOS DE EDAD, APP PERDIDA DE AUDICION. ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD PARA CONTROL MEDICO. AL MOMENTO PACIENTE ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO, COLABORA CON LE INTERROGATORIO, AFEBRIL, REFIERE MAREOS OCASIONALES SIN PERDIDA DE CONCIENCIA. FAMILIAR (HIJO) REFIERE EPISODIOS DE PERDIDA DE MEMORIA. TLF: 0963802605// 0984691957

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACION POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

REFERENCIA-DERIVACION-CONTRAREFERENCIA-REFERENCIA INVERSA

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DEMENCIA, NO ESPECIFICADA	F03X	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-08-14	15:57	Medicina Rural	EVELYN ALEJANDRA VERDUGA MENENDEZ	2350364754	

DRA. ALEJANDRA VERDUGA M.
MEDICA CIRUJANA
C.I.: 2350364754
REG. SENECTY: 1009-2023-2779796

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
2024-08-14	15:57	Medicina Rural	EVELYN ALEJANDRA VERDUGA MENENDEZ	2350364754	