

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHILA	VELEZ	ZITA VICTORIA	06	08	1926	99 años, 9 meses, 20 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306523059	MANABI	CHONE	CANUTO	CANUO y CANUTO	098-720-4412 /
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	1306523059	CANUTO	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	27
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 99 AÑOS 9 MESES DE EDAD, CON ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 E HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA, ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD PARA VALORACIÓN CLÍNICA EN COMPAÑÍA DE SU HIJA (CUIDADORA PRINCIPAL). FAMILIAR REFIERE QUE DESDE HACE VARIOS DÍAS LA PACIENTE PRESENTA MARCADO DECAIMIENTO GENERALIZADO (ASTENIA/ADINAMIA) E HIPOACTIVIDAD. PACIENTE CON DEPENDENCIA FUNCIONAL ABSOLUTA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, NO ACTIVA, NO ORIENTADA EN TIEMPO NI ESPACIO (DETERIORO COGNITIVO AVANZADO). AL MOMENTO DE LA CONSULTA SE ENCUENTRA AFEBRIL, EN ESTABILIDAD HEMODINÁMICA Y NIEGA SINTOMATOLOGÍA RESPIRATORIA O DIGESTIVA AGUDA. TAMIZAJE DE VIOLENCIA: NEGATIVO. SE SOLICITA REFERENCIA A GERIATRIA PARA MANEJO INTEGRAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
Enfermedad de Alzheimer no especificada	G309	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-27	14:02	Medicina Rural	JORGE IGNACIO LOOR MOREIRA	1313690859	

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
2026-05-27	14:02	Medicina Rural	JORGE IGNACIO LOOR MOREIRA	1313690859	

