

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ANCHUNDIA	ALMEIDA	MARIA ALEGRIA	15	07	1970	54 años, 4 meses, 14 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307293256	MANABI	BOLIVAR	QUIROGA	QUIROGA y	098-471-8483 / (02)-253-8184
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	1307293256	QUIROGA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2024	11	29
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 CON ANTECEDENTES DE TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION + INSOMNIO PARA LO CUAL LLEVA TRATAMIENTO CON QUETIAPINA 50MG VO QD, RISPERIDONA 7 GOTAS EN LA MAÑANA, 7 GOTAS AL MEDIO DIA Y 10 GOTAS EN LA NOCHE, SERTRALINA 50MG VO QD AM. PACIENTE EN CONTROL Y SEGUIMIENTO POR PSIQUIATRIA EN HEP. ADEMAS DE HIPOTIROIDISMO PARA LO CUAL LLEVA TRATAMIENTO CON LEVOTIROXINA 50MCG O QD AM. PRESENTA TRASTORNO DE LA MEMORIA A CORTO PLAZO, ADEMAS DE CEFALEA FRONTO-OCCIPITAL DE INTENSIDA MODERADA EVA: 6/10, QUE CEDE POCO CON CONSUMO DE ANALGESICOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO COGNOSCITIVO LEVE	F067		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-29	11:25	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ	CU-13-5540	

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
2024-11-29	11:25	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ	CU-13-5540	