

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ESPINOZA	AVEIGA	OLIVIA ESPERANZA	12	01	1950	75 años, 0 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	1307455608	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	SD y	096-042-9552 /
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	1307455608	MATA PALO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D06 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2025	02	10
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 75 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE EVENTO CEREBROVASCULAR HACE APROXIMADAMENTE 2 AÑOS LO QUE LE OCASIONA CUADRI-PARESIA EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES CON ANORMALIDADES DE LA MARCHA Y LA MOVILIDAD Y DIFICULTAD PARA TOMAR OBJETOS CON MIEMBRO SUPERIOR, AÑADIDO A ESTO GONARTROSIS BILATERAL QUE AGUDIZA LA DIFICULTAD PARA DEAMBULAR OCASIONANDO DOLOR CRONICO. PACIENTE SE ENCUENTRA CON DETERIORO COGNITIVO Y DE LA MEMORIA, PRESENTANDO A LA VEZ LENTITUD EN EL PENSAMIENTO, DISARTRIA Y PARAPARESIA CON DIFICULTAD PARA PROCESAR LA INFORMACION, FAMILIAR REFIERE QUE PACIENTE PRESENTA OCASIONALMENTE LAGUNAS MENTALES, NO RECONOCE A NINGUN FAMILIAR, ADEMAS DE LLANTO FACIL CON DURACION DE HASTA 5 DIAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VGI: BARTHEL 15 PUNTOS, DEPENDIENTE TOTAL PARA ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA LAWTON Y BRODY: 0 PUNTOS YESAVAGE: 4 PUNTOS. NO DEPRESION PFEIFFER: 6 ERRORES : DETERIORO COGNITIVO MODERADO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DEMENCIA VASCULAR, NO ESPECIFICADA	F019		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-10	12:24	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
2025-02-10	12:24	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ	CU-13-5540	

