

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

|                                       |                   |                          |                |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |        |                         |   |   |   |
|---------------------------------------|-------------------|--------------------------|----------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------------------|---|---|---|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA               | UNICÓDIGO         | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPOLOGIA      | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA | NÚMERO DE ARCHIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |        |                         |   |   |   |
| MSP                                   | 1246              | CS. TOSAGUA              | C              | 1307983948                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |        |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO  | PRIMER NOMBRE            | SEGUNDO NOMBRE | SEXO                             | FECHA NACIMIENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | EDAD   | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| CHAVEZ                                | BASURTO           | MARIA                    | LEOPOLDINA     | F                                | 17/02/1940                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 85     | H                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) | TIPO DE COBERTURA | REFERENCIA               |                | DERIVACIÓN                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | MOTIVO |                         |   |   |   |
| 0963353135 / 0987785821               |                   | X                        |                |                                  | <div><div><div>1. Accesibilidad geográfica.</div><div>2. Falta de espacio físico.</div><div>3. Falta de equipamiento.</div><div>4. Equipos en mal estado.</div><div>5. Problemas de infraestructura.</div></div><div><div>6. Problemas de abastecimiento.</div><div>7. Insuficiencia de profesionales.</div><div>8. Inadecuada capacidad resolutive</div><div>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios</div></div></div> |        |                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |                   |                          |                |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |        |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                             | CANTÓN            | PARROQUIA                |                |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |        |                         |   |   |   |
| MANABÍ                                | TOSAGUA           | TOSAGUA                  |                |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |        |                         |   |   |   |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                         |                                         |                  |              |
|-------------------------|-----------------------------------------|------------------|--------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD                | SERVICIO         | ESPECIALIDAD |
| MSP                     | HOSPITAL DE CHONE "Dr. NAPOLEÓN DÁVILA" | CONSULTA EXTERNA | GERIATRIA    |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

AM FEMENINA DE 85 AÑOS CON APP DE HTA Y ALZEIMER , LLEVA TRATAMIENTO CON LOSARTAN 50MG BID, AMLODIPINO DE 10MG, SIMVASTATINA Y CITICOLINA.

AL EX. FISICO: MUCOSAS NORMOCROMICAS AR: MV NORMAL, ACV: RsCsRsS/S.- MI SIN EDEMA... LA TA: 130/80mmHg,

EX. DE LAB CREATININA 1.2MG/DL. SE INDICA RECOMENDACIONS GENRALES E I/C.- CON GERIATRIA,NEUROLOGIA Y PSICOLOGA

SE REFIERE A II NIVEL PARA RE-EVALUACIÓN PORQUE SOLICITAN CERTIFICADO O ANEXO 002 PARA CALIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD POR ALZHEIMER...

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

SIGNOS VITALES NORMALES.

E. DIAGNÓSTICOS

|   | CIE-10                                   | PRESUNTIVO | DEFINITIVO |   | CIE-10 | PRE | DEF |
|---|------------------------------------------|------------|------------|---|--------|-----|-----|
| 1 | ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, NO ESPECIFICADA | G309       | X          | 4 |        |     |     |
| 2 | HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)         | I10X       | X          | 5 |        |     |     |
| 3 |                                          |            |            | 6 |        |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |              |                 |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|-----------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE   | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 12/09/2025                            | 12.00        | LUIS ABEL       | MARTINEZ        | CASTRO           |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        | SELLO           |                 |                  |
| 1803403326                            |              | MEDICO FAMILIAR |                 |                  |

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

|                        |    |  |    |  |                        |    |  |    |  |
|------------------------|----|--|----|--|------------------------|----|--|----|--|
| REFERENCIA JUSTIFICADA | SI |  | NO |  | DERIVACIÓN JUSTIFICADA | SI |  | NO |  |
| CONTRAREFERENCIA       |    |  |    |  | REFERENCIA INVERSA     |    |  |    |  |

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

|                         |           |                          |           |                                  |                   |
|-------------------------|-----------|--------------------------|-----------|----------------------------------|-------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | UNICÓDIGO | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPOLOGIA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA | NÚMERO DE ARCHIVO |
|                         |           |                          |           |                                  |                   |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

|                         |                          |          |                    |
|-------------------------|--------------------------|----------|--------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | DISTRITO | FECHA (aaaa-mm-dd) |
|                         |                          |          |                    |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

|    | PRE= PRESUNTIVO | DEF= DEFINITIVO | CIE | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|----|-----------------|-----------------|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1. |                 |                 |     |     |     | 4. |     |     |     |
| 2. |                 |                 |     |     |     | 5. |     |     |     |
| 3. |                 |                 |     |     |     | 6. |     |     |     |

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|                                       |              |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        | SELLO         |                 |                  |
|                                       |              |               |                 |                  |