

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres           | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| LOOR             | CEDEÑO           | FRANCISCA MARIBEL | 05                  | 12  | 1973 | 52 años, 7 meses, 9 días | Mujer   |
|                  |                  |                   | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |         |           | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|---------|-----------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1308142163        | MANABI              | BOLIVAR | CALCETA   | SN y                         | 097-992-5318 /      |
| 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                 | 1308142163      | SAN BARTOLO              | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D06 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Neurología   |  | 2026  | 07  | 14  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

MUJER DE 52 AÑOS DE EDAD APP: DEMENCIA HACE 4 AÑOS APQ CESAREA SEGMENTARIA #1 SALPINGECTOMIA BILATERAL APF NIEGAN, ACUDE EN COMPAÑIA DE HIJAS LAS CUALES REFIEREN EXACERBACION DE CUADRO DE DEMENCIA Y TRASTORNO MENTAL ACTUALMENTE ES TOTALMENTE DEPENDIENTE PARCIAL ACTIVIDADES BASICAS (COMER, CAMBIARSE DE ROPA, BAÑARSE). HIJAS REFIEREN QUE PACIENTE NO SE COMUNICA, NO AVISA PARA REALIZAR SUS NECESIDADES, USO DE PAÑAL, RESPONDE A PREGUNTAS, PRESENTA CAMBIOS CONDUCTUALES CON LLANTO FACIL, DEPRESION. SE LE REALIZA MINI MENTAL STATE EXAM TEST: 4PTS (SOLO SIGUE 3 ORDENES VERBALES, Y MENCIONA LA CIUDAD DONDE VIVE). DES ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO. HOY ALERTA NO COLABORA CON INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO SE LOGRA VISUALIZAR RMN (DISCO) EQUIPO NO LEE. MEDICACION HABITUAL: Desvenlafaxina 50MG VO QD, MEMANTINA 10MG VO QD, Citicolina sódica 1ML VO QD, MELATONINA 3MG VO QD HS. MELATONINA LE FUNCIONA PARA DORMIR DE 10PM A 6AM.

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                             | CIE-10 | PRE | DEF |
|---------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, NO ESPECIFICADA | F009   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL           | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|----------------------------------|------------|-------|
| 2026-07-14 | 09:11 | Medicina Familiar Y Comunitaria | STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO | 1310605587 |       |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|----------------------------------|------------|-------|
| 2026-07-14 | 09:11 | Medicina Familiar Y Comunitaria | STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO | 1310605587 |       |