

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RODRIGUEZ	SALTOS	INES ANGELINA	04	09	1939	86 años, 4 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309008231	MANABI	CHONE	CANUTO	CALLE FLORIDA y X	099-754-8213 /
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	1309008231	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2026	04	10
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 84 QUE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR, QUIEN REFIERE CUADRO CLÍNICO DE EVOLUCIÓN PROGRESIVA DE 2 AÑOS, CARACTERIZADO POR DETERIORO DE LA MEMORIA RECIENTE, OLVIDO DE ACTIVIDADES COTIDIANAS, DESORIENTACIÓN TEMPOROESPACIAL OCASIONAL Y DIFICULTAD PARA RECONOCER PERSONAS Y LUGARES FAMILIARES. ASOCIADO A CAMBIOS CONDUCTUALES LEVES, APATÍA Y DISMINUCIÓN DE LA AUTONOMÍA PARA ACTIVIDADES BÁSICAS E INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA. FAMILIAR REFIERE QUE LOS SÍNTOMAS HAN SIDO DE INSTALACIÓN INSIDIOSA Y CURSO PROGRESIVO. NIEGA FIEBRE, TRAUMATISMO CRANEAL RECIENTE, CONVULSIONES O DÉFICIT MOTOR AGUDO. ACUDE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ORIENTACIÓN PARCIAL EN TIEMPO Y ESPACIO, DÉFICIT DE MEMORIA RECIENTE, SIN SIGNOS NEUROLÓGICOS FOCALES. RESTO DEL EXAMEN SIN HALLAZGOS RELEVANTES. SE INDICA CONTINUAR SEGUIMIENTO MÉDICO. SE RECOMIENDA APOYO FAMILIAR PERMANENTE, MEDIDAS DE SEGURIDAD DOMICILIARIA Y ESTIMULACIÓN COGNITIVA. SE SOLICITA MANTENER REFERENCIA A NEUROLOGÍA PARA CONTROL EVOLUTIVO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, NO ESPECIFICADA	G309	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-10	14:32	Medicina Rural	MARCELA ALEJANDRA BRAVO MENDOZA	1312194671	MARCELA ALEJANDRA BRAVO MENDOZA Firmado digitalmente por MARCELA ALEJANDRA BRAVO MENDOZA



Firmado electrónicamente por:
MARCELA LORENA GARCIA PERERO
Validar Únicamente con FirmaEC

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
2026-04-10	14:32	Medicina Rural	MARCELA ALEJANDRA BRAVO MENDOZA	1312194671	

SNS-MSP / HCU-form.053 / 2021

REFERENCIA-DERIVACION-CONTRAREFERENCIA-REFERENCIA INVERSA

Página 2 de 3

