

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELEZ	VARELA	JOHANA ALEJANDRA	26	10	1986	39 años, 0 meses, 16 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309133393	MANABI	CHONE	SANTA RITA	PAEZ y PICHINCHA	099-373-5201 /
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	1309133393	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2025	11	11
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 FEMENINO DE 39 AÑOS DE EDAD APP NO REFIERE APF ALZHEIMER AQX CESAREA AA NO REFIERE. AL MOMENTO PACIENTE ACUDE A CONSULTA POR PREOCUPACIONES POR SU GENETICA Y SOLICITA UNA VALORACION POR EL SERVICIO DE NEUROLOGIA. YA QUE A PRESENTADO ALGUNOS EPISODIOS QUE SE OLVIDA DE CIERTAS COSAS A CORTO PLAZA, PERDIDA DE MEMORIA CORTA, LAGUNAS MENTALES Y REFIERE QUE TIENE ALGUNAS CRISIS DE DOLOR DE CABEZA Y MAREOS LO QUE LE GENERA PREOCUPACION Y ESTRES. POR LO QUE SE SOLICITA ATENCION POR SEGUNDO NIVEL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, DE COMIENZO TEMPRANO	F000	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-11	11:37	Medicina Rural	CARLOS DAVID FIGUEROA ANDRADE	1313827808	

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
2025-11-11	11:37	Medicina Rural	CARLOS DAVID FIGUEROA ANDRADE	1313827808	