

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		1271	CENTRO SALUD SAN BARTOLO		A	1312166067		1312166067					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
VELEZ	MUÑOZ		OFELIA		DALIA		F	20/12/32	91	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA		X	DERIVACIÓN							
096-724-3635			1. Accesibilidad geográfica.			MOTIVO		6. Problemas de abastecimiento.					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			2. Falta de espacio físico.			7. Insuficiencia de profesionales.		7. Insuficiencia de profesionales.					
PROVINCIA	CANTÓN		PARROQUIA		3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive				X		
MANABI	BOLIVAR		CALCETA		4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
			5. Problemas de infraestructura.										

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		CONSULTA EXTERNA		GERIATRIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE 91 AÑOS DE EDAD CON APP DE ALZHEIMER HACE 12 AÑOS SIN TRATAMIENTO ESPECIFICO + DISCAPACIDAD VISUAL POR CATARATA HACE 10 AÑOS + TRASTORNO DEL SUEÑO CON TRATAMEINTO QUETIAPINA 25 MG VO QD FAMILIAR REFIERE PROGRESIÓN DEL DEFICIT COGNITIVO, CON PERIODOS DE HIPOACTIVIDAD Y HABLA DELIRANTE QUE FLUCTUA CON PERIODOS DE AGRESIVIDAD. AL MOMENTO PACIENTE CON DIFICULTAD PARA REALIZAR LA MARCHA, CON DEPENDENCIA DE CUIDADOR PERMANENTE. SE SOLICITA REFERENCIA PARA VALORACION POR GERIATRIA PARA MANEJO Y SEGUIMIENTO.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO		DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.	DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, NO ESPECIFICADA		F009		X	4.				
2.						5.				
3.						6.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
18/12/24	15:00:00	GABRIEL		INTRIAGO		ZAMBRANO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	
1310605587							

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	