

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BAZURTO	FRANCISCO	DANIEL	17	04	1947	79 años, 0 meses, 20 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316000254	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	SIN NOMBRE y SN	999-999-9999 / (05)-298-7657
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	1316000254	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D12 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2026	05	07
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

ADULTO MAYOR DE 79 AÑOS DE EDAD, APP DESCONOCIDAS. QUIEN ACUDE A CONSULTA CON CUIDADORA VECINA SRA MIRIAN BASURTO CEDENO 1312712464, QUIEN REFIERE HABER ASUMIDO SU CUIDADO INTEGRAL, INCLUYENDO ALIMENTACIÓN Y CONTROL DE SU ESTADO DE SALUD. SEGÚN LO MANIFESTADO, EL PACIENTE SE ENCONTRABA EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD DEAMBULANDO EN LA VÍA PÚBLICA, SIN RED DE APOYO FAMILIAR (SIN PAREJA NI HIJOS). LA CUIDADORA SOLICITA CONTROL DE LABORATORIOS ADEMÁS MENCIONA QUE EL PACIENTE PRESENTA CONFUSIÓN ENTRE HECHOS Y SITUACIONES, ALTERACIÓN EN EL CONTROL DE ESFÍNTERES, LENGUAJE POCO ENTENDIBLE Y CONDUCTAS OPOSICIONISTAS. ADEMÁS, SE DESCRIBEN EPISODIOS DE AGRESIVIDAD LEVE, PRINCIPALMENTE DURANTE LAS ACTIVIDADES DE ASEO. EN EL ÁMBITO FUNCIONAL, EL PACIENTE SE ALIMENTA DE MANERA PARCIALMENTE INDEPENDIENTE, CON NECESIDAD DE APOYO EN LA REALIZACIÓN DE AVD. TELEFONO 0992474432
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

..

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
2026-05-07	11:27	Medicina Familiar Y Comunitaria	YOLANDA CAROLINA CEDEÑO CEDEÑO	1009-13-1216663	

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
2026-05-07	11:27	Medicina Familiar Y Comunitaria	YOLANDA CAROLINA CEDEÑO CEDEÑO	1009-13-1216663	

