

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SABANDO	RAMIREZ	MANUEL RAFAEL	15	07	1953	73 años, 0 meses, 1 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1317999280	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SAN BARTOLO y	098-753-6224 /
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	1317999280	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología	2026	07	16
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 ADULTO MAYOR PRESENTA PERDIDA DE LA MEMORIA DESDE HACE ALGUNOS AÑOS ACOMPAÑADO DE ALUCINACIONES AUDITIVAS Y VISUALES- TIENE PERIODOS QUE NO RECONOCE A FAMILIARES CERCANOS- NO SE UBICA EN TIEMPO, NI EN ESPACIO . PERO SI EN PERSONA- ESTO ES DE MANERA PROGRESIVA. TIENE CONTROL DE ESFINTERES Y NECESITA AYUDA PARA ALGUNAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE ADULTO MAYOR PRESENTA PERDIDA DE LA MEMORIA DESDE HACE ALGUNOS AÑOS ACOMPAÑADO DE ALUCINACIONES AUDITIVAS Y VISUALES- TIENE PERIODOS QUE NO RECONOCE A FAMILIARES CERCANOS- NO SE UBICA EN TIEMPO, NI EN ESPACIO . PERO SI EN PERSONA- ESTO ES DE MANERA PROGRESIVA. TIENE CONTROL DE ESFINTERES Y NECESITA AYUDA PARA ALGUNAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA- EN OCASIONES SE HA EXTRAVIADO Y NO SABE COMO VOLVER A SU DOMICILIO

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-16	14:33	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	

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
2026-07-16	14:33	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	

