

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
OSTAIZA	ZAMBRANO	EIDAN ISAAC	27	04	2021	4 años, 7 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	1353617655	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	SITIO EL CUELLO y SN	099-853-3054 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1353617655	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO	HOSPITAL BASICO	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Fisiatría		2025	11	28
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

PREESCOLAR DE 4 AÑOS 7 MESES DE EDAD DE SEXO MASCULINO QUE ACUDE EN COMPAÑIA DE La MADRE PRESENTA PESO ADECUADO PARA LA EDAD Y TALLA ADECUADA PARA LA EDAD, NACE POR PARTO CESAREA A LAS 38 SEMANAS DE GESTACION SIN NINGUNA COMPLICACION, ALERGIAS NO REFIERE, VACUNAS COMPLETAS, APP AUTISMO, APQ NINGUNA MADRE REFIERE QUE EL PACIENTE PRESENTA DIAGNÓSTICO POR NEUROLOGIA DE TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA Y QUE SE ENCONTRABA EN SEGUIMIENTO POR PSICOLOGÍA, TERAPIA DE LENGUAJE Y TERAPIA OCUPACIONAL EN LA CIUDAD DE PORTOVIEJO; SIN EMBARGO, DEBIDO AL NACIMIENTO RECIENTE DE SU OTRO HIJO LE HA RESULTADO DIFÍCIL ASISTIR A LAS CITAS, PACIENTE QUE AMERITA VALORACION POR FISIATRIA PARA INICIAR LAS TERAPIAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NINGUNO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
AUTISMO EN LA NIÑEZ	F840		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-28	12:08	Pediatría	VICTOR MIGUEL PALMA ANDRADE	1009-13-1255651	

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 clínico

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
2025-11-28	12:08	Pediatría	VICTOR MIGUEL PALMA ANDRADE	1009-13-1255651	

