

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CUSME	INTRIAGO	BRILLIAM GREGORIO	10	02	2021	4 años, 6 meses, 9 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353564253	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	AVENIDA ESTUDIANTIL y SN	099-738-7346 /
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	1353564253	INES MORENO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	08	19
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 MASCULINO DE 4 AÑOS DE EDAD APP: ASMA, TAQUICARDIA AL NACIMIENTO. MADRE REFIERE INTERNACION DE 2 MESES EN HEP A LOS 2 MESES DE EDAD POR PROCESO RESPIRATORIO, AQX: NO REFIERE. ALERGIAS: NO REFIERE. CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR NO PRESENTAR ADECUADO MANEJO DEL LENGUAJE, NO DICE PALABRAS U ORACIONES COMPLETAS, SOLO BALBUCEOS, Y LA UNICA PALABRA QUE DICE ES *MAMA * PARA REFERIRSE A ELLA, ENTIENDE LO QU ELLA LE DICE, OBEDECE ORDENES EN CIERTAS OCACIONES, REFIERE COMPORTAMIENTO HIPERACTIVO, MADRE REFFIERE ESTAR PREOCUPADA POR SITUACION YA QUE SUFRE DE BULLING Y TIENE PROBLEMAS EN LA ESCUELA, A TAL PUNTO QUE LA LLAMAN SEGUIDO . MENCIONA QUE HA ESTADO EN TERAPIA DE LENGUAJE EN EL PATRONATO DE CALCETA POR UN AÑO PERO AL NO VER RESULTADOS NO VUELVE A REALIZAR SESIONES . AL MOMENTO PACIENTE ACTIVO, SE LE INDICA REPETIR ALGUNAS PALABRAS LA MAYORIA LAS REPITE Y OTRAS SE LE HACE DIFICULTOSA PRONUNCIACION (R- RR-S- LL) VACUNACIÓN: COMPLETA (TRAE CARNET). DESARROLLO PSICOMOTOR DENVER: DUDOSO. DATOS ANTROPOMÉTRICOS: PESO PARA LA EDAD NORMAL, TALLA PARA LA EDAD NORMAL. ALIMENTACIÓN: ACORDE CON LA EDAD. BOCA: PRESENCIA DE FRENILLO LINGUAL CORTO. ACTUALIZACION DE REFERENCIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CLINICA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE	F808		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-19	10:18	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

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
2025-08-19	10:18	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

