



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		001414	Sesme		CS-A	1354137240													
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)								
Cedeño		Zambrano		Blanca		Carolina		M	11-05-2023	3	<table><tr><td>H</td><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr></table>	H	D	M	A				X
H	D	M	A																
			X																
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN													
097-964-4394				☒		☐													
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.													
PROVINCIA				2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.													
CANTÓN				3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive		X											
PARROQUIA				4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios													
13				1303		130350													

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA							
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		Hospital General Napoleon Davila Cordova		Consulta Externa		Fisiatria	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE FEMENINA DE 3 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA EN COMPAÑÍA DE SU MADRE PARA CONTROL DE NIÑO SUO Y VALORACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR Y DEL LENGUAJE. MADRE REFIERE QUE LA MENOR PRESENTA DIFICULTAD EN EL DESARROLLO DEL LENGUAJE EXPRESIVO PARA SU EDAD- YA QUE EMITE PRINCIPALMENTE MONOSÍLABOS Y PALABRAS AISLADAS - SIN LOGRAR ESTRUCTURAR FRASES SIN IMPLER NI MANTENER COMUNICACIÓN VERBAL ACORDE A SU GRUPO ETARIO. REFIERE ADemás LIMITADA VOCALIZACIÓN ESPONTÁNEA Y ESCASO VOCABULARIO FUNCIONAL. SEGÚN LO REFERIDO POR LA MADRE- LA MENOR COMPRENDE ÓRDENES SIMPLES Y RESPONDE A ESTÍMULOS AUDITIVOS - SIN EMBARGO PRESENTA RETRASO EN LA EXPRESIÓN VERBAL EN COMPARACIÓN CON NIÑOS DE SU MISMA EDAD. NIEGA ANTECEDENTES DE CONVULSIONES - TRAUMATISMOS - REGRESIÓN DEL DESARROLLO O ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS PREVIAS. NO REFIEREN ALTERACIONES MOTORAS NI DIFICULTAD PARA LA MARCHA. AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL- ALERTA- ACTIVA Y REACTIVA AL MEDIO- CON ADECUADO CONTACTO VISUAL Y RESPUESTA A INDICACIONES SIMPLES. APARATO CARDIORRESPIRATORIO Y ABDOMEN SIN ALTERACIONES CLÍNICAS RELEVANTES. DESARROLLO MOTOR GROSERO Y FINO APARENTEMENTE CONSERVADO PARA LA EDAD. DURANTE LA CONSULTA SE OBSERVA LIMITADA EXPRESIÓN VERBAL- CON PREDOMINIO DE MONOSÍLABOS Y DIFICULTAD PARA FORMAR FRASES COMPLETAS. POR HALLAZGOS CLÍNICOS COMPATIBLES CON RETRASO DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE EXPRESIVO- SE CONSIDERA NECESARIA REFERENCIA A TERAPIA DE LENGUAJE PARA EVALUACIÓN ESPECIALIZADA- INTERVENCIÓN TEMPRANA Y ESTIMULACIÓN DEL DESARROLLO COMUNICATIVO.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
N/A

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Trastorno Del Lenguaje Expresivo		F801		X	4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-05-24	11:06	Keily		Villamil	Zambrano
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	
1313408427					

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	