



| 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           | Hospital Basico De Flavio Alfaro - San Andres | HB                                                      | 1353636770                       |                   |      |                         |   |   |   |  |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE                                 | SEGUNDO NOMBRE                                          | SEXO                             | FECHA NACIMIENTO  | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |  |
| Dominguez                                                   | Solorzano        | Franyeli                                      | Magdalena                                               | M                                | 24-05-2021        | 4    | H                       | D | M | A |  |
|                                                             |                  |                                               |                                                         |                                  |                   |      |                         |   |   | X |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                  |                                               | REFERENCIA                                              | DERIVACIÓN MOTIVO                |                   |      |                         |   |   |   |  |
| 0996359986                                                  |                  |                                               | X                                                       |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |                  |                                               | 1. Accesibilidad geográfica.                            |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  |                                               | 2. Falta de espacio físico.                             |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  |                                               | 3. Falta de equipamiento.                               |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  |                                               | 4. Equipos en mal estado.                               |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  |                                               | 5. Problemas de infraestructura.                        |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  |                                               | 6. Problemas de abastecimiento.                         |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  |                                               | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  |                                               | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  |                                               | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
| PROVINCIA                                                   | CANTÓN           | PARROQUIA                                     |                                                         |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
| 13                                                          | 1305             | 130550                                        |                                                         |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |

| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ES COLAR DE 4 AÑOS 11 MES ES EDAD DE S EXO FEMENINO QUE ACUDE EN COMPAÑIA DE LA MADRE PRES ENTA PES O ADECUADO PARALA EDAD Y TALLA ADECUADA PARA LA EDAD- NACE POR PARTO EUTOCICO REFIERE MAMA QUE AL NACER NO LLORO ENS EGUIDA Y QUENACIO CIANOTICA- ALERGIAS NO REFIERE- VACUNAS COMPLETAS - APP AUTIS MO APQ NINGUNA. PACIENTE QUE ACUDE A CONTROLMEDICO POR S U CONDICION DE AUTIS TA ACTUALMENTE MEDICA POR NEUROLOGO MEDICA ACIDO VALPROICO 3 ML DIARIO-RIS PERIDONA 5 GOTAS 8 AM 8 PM- - ENCEFABOL 5 ML VO DIARIO Y EN TERAPIA PS ICOLOGICA S E OBS ERVA MAS TRANQUILA- MAMAREFIERE QUE EN OCAS IONES OBEDECES ORDENES - PRES ENTA RETRAS O DEL LENGUAJE AMERITA VALORACION POR FIS IATRIA PARACONTINUAR CON TERAPIAS - ADEMAS REFIERE QUE HACE 15 DIAS PRES ENTA TOS S ECA- RINORREA HIALINA. |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |
|-------------------------------------------------------------------|
| NINGUNO                                                           |

| E. DIAGNÓSTICO | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|----------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1.             | Autismo En La Niñez                | F840 |     | X   | 4. |     |     |     |
| 2.             |                                    |      |     |     | 5. |     |     |     |
| 3.             |                                    |      |     |     | 6. |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2026-05-13                            | 10:13        |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        | SELLO         |                 |                  |
|                                       |              |               |                 |                  |

| 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 |
| MSP                                                                            |           |                          | HOSPITAL BASICO | 1353636770                       |                   |



**B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA**

| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD                      | DISTRITO | FECHA (aaaa-mm-dd) |
|-------------------------|-----------------------------------------------|----------|--------------------|
| MSP                     | Hospital Basico De Flavio Alfaro - San Andres | 13D07    | //                 |

**C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO**

|  |
|--|
|  |
|--|

**D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS**

|  |
|--|
|  |
|--|

**E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS**

- Educacion A Madre  
- Terapias De Lenguaje 10 Sesiones (Neurolinguistica) : Evaluacion Del Habla Y Lenguaje - Lenguaje Comprensivo Y Expresivo ? Comunicación Aumentativa ?- Mecanismo Oral Periférico - Ejercicios De Articulación- Respiracion ? Pictogramas ? Terapia Ludica- Ejercicios De Memoria Atencion Y Concentracion - Comunicación Social-  
Terapia Ocupacional: Trabajar En Optimizacion De Las Actividades De La Vida Diaria Acorde A Su Edad Y Condicion - Integracion Sensorial ? Juego Funcional Y Simbolico - Trabajar Motricidad Fina - Terapia Ludica- Ejercicios De Memoria Atencion Y Concentracion ?  
Pscorrehabilitacion: Terapia Cognitiva Conductual.

**F. DIAGNÓSTICO**

| PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO |                     | CIE  | PRE | DEF |    |  | CIE | PRE | DEF |
|------------------------------------|---------------------|------|-----|-----|----|--|-----|-----|-----|
| 1.                                 | Autismo En La Niñez | F840 |     | X   | 4. |  |     |     |     |
| 2.                                 |                     |      |     |     | 5. |  |     |     |     |
| 3.                                 |                     |      |     |     | 6. |  |     |     |     |

**G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE**

|  |
|--|
|  |
|--|

**H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE**

| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| --                                    |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
| 1311934234                            |                 |               |                 |                  |