

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	MOROCHO	NATALY SILVANA	22	12	2017	8 años, 1 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0751568106	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	SITIO PACHO y SITIO PACHO	000-000-0000 /
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. Clínica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Área		
MSP	0751568106	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	2026	02	09	
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

ESCOLAR DE 8 AÑOS 1 MES EDAD DE SEXO FEMENINO QUE ACUDE EN COMPAÑIA DE LA MADRE PRESENTA PESO ADECUADO PARA LA EDAD Y TALLA ADECUADA PARA LA EDAD NACE POR PARTO EUTOCICO SIN NINGUNA COMPLICACION, ALERGIAS NO REFIERE, VACUNAS COMPLETAS PARA LA EDAD, APP NINGUNA APQ NINGUNA. PACIENTE QUE ACUDE A CITA MEDICA MADRE REFIERE RETRASO DEL LENGUAJE SOLO DICE PALABRA CORTAS, AMERITA VALORACION POR FISIATRIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NINGUNA

5. Diagnóstico

REFERENCIA-DERIVACION-CONTRAREFERENCIA-REFERENCIA INVERSA

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE NO ESPECIFICADO		F809	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-09	14:33	Pediatría	VICTOR MIGUEL PALMA ANDRADE	1009-13-1255651	 VICTOR MIGUEL PALMA ANDRADE

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	Mis. Clínica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad	
Contrarefiere o Referencia Inversa a:					Fecha	
/						
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Área	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 el establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-09	14:33	Pediatría	VICTOR MIGUEL PALMA ANDRADE	1009-13-1255651	