

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GRACIA	PINARGOTE	AIRY MADISON	18	01	2021	5 años, 3 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	0851822106	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LOS HORNCONCITOS y	099-074-3324 /
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	0851822106	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	05	06
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

☐

autismo
??

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE NACIDA POR CESAREA NACIDA LOS 8 MESES SIN EMBARGO NO REFIERE INGRESOS EN NEONATO, CAMINÒ A LOS 2 AÑOS Y HABLÒ A LOS AÑOS MAMÀ Y PAPÀ., ACTUALMENTE A LA EDAD DE 5 AÑOS, SOLO HA AUMENTADO OTRO BISILABO (NO EDUCADO) NO MIRA LA OJOS, NO ATIENDE LLAMADOS, AUMENTO EXAGERADO DE BERRINCHES NO SE QUEDA QUIETA, SE ENVIA A PEDIATRIA PARA VALORACIÓN Y PASOS SUBSIGUIENTES. PACIENTE QUE VEMOS POR PRIMERA VEZ EN CONSULTA. pinargotemileidy1@gmail.com 0990743324

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

adjunto

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-06	08:53	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
2026-05-06	08:53	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	