

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CAICEDO	ZAMBRANO	HENRY JOSUE	20	11	2014	11 años, 0 meses, 7 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0959554122	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	LOS HELECHS y	099-673-0091 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	0959554122	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	11	27
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

HOMBRE DE 11 AÑOS DE EDAD CON DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL 75% CON APP AUTISMO, RETRASO MENTAL, PUBERTA PRECOZ, APQ NO ALERGIA NO, APF ABUELA MATERNA CON HTA, ANTECEDENTES PRENATAL PARTO PREMATURO 32SG ANTECEDENETES POSNATAL PARTO EUTOSICO, SIN NOVEDAD, HITOS DEL DESARROLLO NO ACORDE (CAMINO 2 AÑOS) TRATORNO DEL HABLA ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO, EN LA CONSULTA PRESENTA CONDUCTAS AGERSIVAS E HIPERCINÉTICAS, DEFITICIT EN LA ATENCIÓN, CONDUCTA VIOLENTA (LANZA OBJETOS) AUTOLESION Y AUTOAGRESION . ES ACOMPAÑADO POR SU CUIDADORA (MADRE) QUIEN REFIERE QUE NO TOMA MEDICACION HABITUAL, HACE 4 AÑOS Y QUE SE REALIZA CONTROLES EN EL HOSPITAL ICAZA BUSTAMANTE (GUAYAQUIL) , PSIQUIATRIA Y ENDOCRINOLOGIA. AL EXAMEN FISICO, SE APRECIA HEMATOMA EN CABEZA A NVIEL FRONTAL. HOY INTRANQUILO, NO COLABORA CON INTERROGATORIO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE REALIZA REFERENCIA A PEDIATRIA POR MOTIVO DE NO DISPONIBILIDAD DE NEUROLOGIA/PEDIATRICA PARA 1ER NIVEL DE ATENCION

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
RETRASO MENTAL MODERADO, DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO	F719		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-27	14:08	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	

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
2025-11-27	14:08	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	