

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	ZAMBRANO	GLEND ELAIA	24	11	2021	3 años, 7 meses, 29 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353766221	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	MANTA y SN	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.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1353766221	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		2025	07	23
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

PREESCOLAR DE 3 AÑOS 7 MESES DE EDAD DE SEXO MASCULINO QUE ACUDE EN COMPAÑIA DE LA MADRE PRESENTA PESO ELEVADO PARA LA EDAD Y TALLA ADECUADA PARA LA EDAD, NACE POR PARTO EUTOCICO A LAS 38 SEMANAS DE GESTACION, REFIERE MAMA QUE ESTUVO POR 40 MINUTOS EN EL CANAL DE PARTO,ALERGIAS NO REFIERE, VACUNAS COMPLETAS , APP NINGUNA, APQ NINGUNA, DESARROLLO PSICOMOTRIZ NORMAL, AUDIOMETRIA NORMAL, PRESENTA RETRASO DEL LENGUAJE,REFIERE QUE SOLO EMITE PALABRAS CORTAS NO ORACIONES, EN TERAPIA DE LENGUAJE POR 5 MESES, EN TERAPIA CON PSICOLOGIA, REFIERE MAMA QUE CUANDO COMENZO A CAMINAR CAMINABA DE PUNTILLAS, Y ALETEO DE LAS MANOS, ES HIPERACTIVO, NO OBEDECE ORDENES, NO TOLERA RUIDOS FUERTES AMERITA VALORACION POR FISIATRIA PARA INICIAR TERAPIAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NINGUNO

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-23	12:06	Pediatría	VICTOR MIGUEL PALMA ANDRADE	1009-13-1255651	

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 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 le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-23	12:06	Pediatría	VICTOR MIGUEL PALMA ANDRADE	1009-13-1255651	

