

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VILLAMAR	ZAMBRANO	LISBETH GUADALUPE	04	06	2018	7 años, 11 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352884678	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	SAN ANDRES y	099-332-2508 / (99)-999-9999
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	1352884678	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	CHONE	Consulta externa	Psicología Clínica	2026	05	08
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

☐

CERCANIA GEOGRAFICA DEL DOMICILIO DE LA PACIENTE

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 7 AÑOS Y 11 MESES DE EDAD, ACUDE A CONSULTA EN COMPAÑÍA DE SU MADRE. DURANTE LA ENTREVISTA, LA MADRE REFIERE QUE LA MENOR CUENTA CON CARNET DE DISCAPACIDAD DEL 70%, CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA. SEÑALA ADEMÁS QUE LA PACIENTE SE ENCUENTRA EN PROCESO INTEGRAL DE TERAPIAS EN EL CENTRO DE SALUD TIPO C DE CHONE. LA REPRESENTANTE LEGAL MANIFIESTA SU INTERÉS EN CONTINUAR CON EL PROCESO TERAPÉUTICO EN DICHA UNIDAD DE SALUD, DEBIDO A LA CERCANÍA GEOGRÁFICA Y ACCESIBILIDAD DESDE SU DOMICILIO ACTUAL, LO CUAL FAVORECE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN. DURANTE LA VALORACIÓN, LA PACIENTE SE PRESENTA ACOMPAÑADA, CON NIVEL DE INTERACCIÓN ACORDE A SU CONDICIÓN CLÍNICA, REQUIRIENDO APOYO DE LA MADRE PARA EL ESTABLECIMIENTO DE VÍNCULO Y COMUNICACIÓN. NO SE EVIDENCIAN SIGNOS DE DES COMPENSACIÓN EMOCIONAL AGUDA AL MOMENTO DE LA CONSULTA. SE CONSIDERA IMPORTANTE LA CONTINUIDAD DEL ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO PARA FORTALECER HABILIDADES ADAPTATIVAS, COMUNICATIVAS Y SOCIALES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE REALIZA REFERENCIA Y DERIVACIÓN AL SERVICIO DE PSICOLOGÍA DEL CENTRO DE SALUD TIPO C DE CHONE, CON LA FINALIDAD DE GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DEL PROCESO TERAPÉUTICO INTEGRAL ACORDE A SUS NECESIDADES.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-08	08:29	Psicología Clínica	CRISTOFER GABRIEL CONFORME LUCAS	1314489640	

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
2026-05-08	08:29	Psicología Clínica	CRISTOFER GABRIEL CONFORME LUCAS	1314489640	