

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres         | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| MENDOZA          | CHAVEZ           | JEREMIAS JAVIER | 18                  | 06  | 2009 | 16 años, 9 meses, 0 días | Hombre  |
|                  |                  |                 | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |            | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1350098016        | MANABI              | CHONE  | SANTA RITA | PICHINCHA y                  | 095-965-5443 /       |
| 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                 | 1350098016      | SANTA RITA               | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Psiquiatría  |  | 2026  | 03  | 18  |
| 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

PACIENTE MASCULINO DE 16 AÑOS DE EDAD, CON DIAGNÓSTICO PREVIO DE TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA, EN SEGUIMIENTO IRREGULAR ESPECIALIZADO ACTUAL, QUIEN ACUDE ACOMPAÑADO DE MADRE Y HERMANO. EL PACIENTE PRESENTA PERSISTENCIA DE ALTERACIONES EN LA INTERACCIÓN SOCIAL Y COMUNICACIÓN, EVIDENCIANDO ESCASO CONTACTO VISUAL, LIMITADA RESPUESTA A ESTÍMULOS SOCIALES Y DIFICULTADES EN EL LENGUAJE (NO VERBAL). ASOCIA CONDUCTAS REPETITIVAS Y ESTEREOTIPADAS, CON PATRONES DE COMPORTAMIENTO RÍGIDOS Y RESISTENCIA A CAMBIOS EN LA RUTINA. SE REPORTAN ADEMÁS EPISODIOS DE IRRITABILIDAD, DIFICULTAD EN LA REGULACIÓN EMOCIONAL Y POSIBLE ALTERACIÓN EN EL COMPORTAMIENTO (CRISIS CONDUCTUALES). POR LA PERSISTENCIA DE SINTOMATOLOGÍA Y COMPROMISO FUNCIONAL, SE CONSIDERA NECESARIO AJUSTE DE MANEJO Y VALORACIÓN ESPECIALIZADA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

| Diagnóstico     | CIE-10 | PRE | DEF |
|-----------------|--------|-----|-----|
| AUTISMO ATÍPICO | F841   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL           | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|----------------------------------|------------|-------|
| 2026-03-18 | 09:22 | Medicina Rural | NANCY YIMMABELL CANDELA ZAMBRANO | 1315568772 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|----------------------------------|------------|-------|
| 2026-03-18 | 09:22 | Medicina Rural | NANCY YIMMABELL CANDELA ZAMBRANO | 1315568772 |       |

