

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LITARDO	MACIAS	KILIAN ZOER	18	01	2015	10 años, 10 meses, 24 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352095275	MANABI	CHONE	RICAU RTE	CIU DADELA GONZALEZ y	093-908-9063 /
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	1352095275	RICAU RTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	12	12
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 ADOLESCENTE MASCULINO DE 10 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTA CASA DE SALUD EN COMPAÑÍA DE SU PADRE. APP: NO REFIERE APF: NO REFIERE ALERGIAS: NO REFIERE APQ: NO REFIERE. PADRE SOLICITA REFERENCIA A PEDIATRIA POR CONTROL DE AUTISMO, DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL 44%. SE LE BRINDA ATENCION AMIGABLE DEL ADOLESCENTE. FAMILIA NUCLEAR, VIVE CON PADRES Y HERMANOS.- APGAR FAMILIAR: 8, FAMILIA FUNCIONAL, ESTUDIA EN EL COLEGIO, NO HABITOS TOXICOS, SE CONSIDERA ACEPTADO LA MAYORIA DEL TIEMPO, NIEGA SENTIRSE DEPRIMIDO. EXAMEN FÍSICO: PACIENTE EN CONDICIONES CLÍNICAS ESTABLES, AFEBRIL, HIDRATADO, ORIENTADO EN 3 ESFERAS NEUROLOGICAS. CABEZA: NORMOCÉFALO, NARIZ FOSAS NASALES PERMEABLES. BOCA: NORMO CONFIGURADA, OROFARINGE NO ERITEMATOSA, AMIGDALAS NO HIPERTROFICAS. CUELLO: MÓVIL NO DOLOROSO SIN ADENOMEGALIAS. CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS NORMO FONÉTICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES MURMULLO VESICULAR AUDIBLE EN AMBOS CAMPOS PULMONARES. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL NI PRODUNDA, SIN VISCEROMEGALIA RUIDOS HIDROAÉREOS PRESENTES. EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS, MOVILIDAD, TONO NORMAL, FALANGES COMPLETAS EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES; TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO Y PIEL HIDRATADA. TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO, SE DA CONSEJERIA DE EDUCACION SEXUAL Y REPRODUCTIVA. PLAN: 1. MEDIDAS GENERALES 2. DIETA Y EJERCICIO 3. HIDRATACION 4. TAMIZAJE DE VIOLENCIA 5. CONSEJERIA DE EDUCACION SEXUAL Y REPRODUCTIVA 6. REFERENCIA A PEDIATRIA 7. CONTROL

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE ADOLESCENTE MASCULINO DE 10 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTA CASA DE SALUD EN COMPAÑÍA DE SU PADRE. APP: NO REFIERE APF: NO REFIERE ALERGIAS: NO REFIERE APQ: NO REFIERE. PADRE SOLICITA REFERENCIA A PEDIATRIA POR CONTROL DE AUTISMO, DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL 44%. SE LE BRINDA ATENCION AMIGABLE DEL ADOLESCENTE. FAMILIA NUCLEAR, VIVE CON PADRES Y HERMANOS.- APGAR FAMILIAR: 8, FAMILIA FUNCIONAL, ESTUDIA EN EL COLEGIO, NO HABITOS TOXICOS, SE CONSIDERA ACEPTADO LA MAYORIA DEL TIEMPO, NIEGA SENTIRSE DEPRIMIDO. EXAMEN FÍSICO: PACIENTE EN CONDICIONES CLÍNICAS ESTABLES, AFEBRIL, HIDRATADO, ORIENTADO EN 3 ESFERAS NEUROLOGICAS. CABEZA: NORMOCÉFALO, NARIZ FOSAS NASALES PERMEABLES. BOCA: NORMO CONFIGURADA, OROFARINGE NO ERITEMATOSA, AMIGDALAS NO HIPERTROFICAS. CUELLO: MÓVIL NO DOLOROSO SIN ADENOMEGALIAS. CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS NORMO FONÉTICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES MURMULLO VESICULAR AUDIBLE EN AMBOS CAMPOS PULMONARES. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL NI PROFUNDA, SIN VISCEROMEGALIA RUIDOS HIDROAÉREOS PRESENTES. EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS, MOVILIDAD, TONO NORMAL, FALANGES COMPLETAS EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES; TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO Y PIEL HIDRATADA. TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO, SE DA CONSEJERIA DE EDUCACION SEXUAL Y REPRODUCTIVA. PLAN: 1. MEDIDAS GENERALES 2. DIETA Y EJERCICIO 3. HIDRATACION 4. TAMIZAJE DE VIOLENCIA 5. CONSEJERIA DE EDUCACION SEXUAL Y REPRODUCTIVA 6. REFERENCIA A PEDIATRIA 7. CONTROL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
AUTISMO ATIPICO	F841		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-12	10:42	Medicina Rural	ROSSANA PAOLA NAVARRETE VERDUGA	1311453029	

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
2025-12-12	10:42	Medicina Rural	ROSSANA PAOLA NAVARRETE VERDUGA	1311453029	