

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	ZAMBRANO	ANGEL PATRICIO	16	10	2016	9 años, 5 meses, 11 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352458010	MANABI	CHONE	RICAURTE	RICAURTE y RICAURTE	098-337-8004 / (00)-000-0000
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	1352458010	RICAURTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Fisiatría	2026	03	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

PACIENTE MASCULINO DE 9 AÑOS DE EDAD ACUDE A LA CONSULTA POR CONTROL. REFEIRE ANTECEDENTES DE AUTISMO EN LA NIÑEZ, DISCAPACIDAD DE 44% NIVEL MODERADO. TRASTORNO DE LA PRONUNCIACION TRASTORNOS ESPECÍFICOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y LENGUAJE DISFEMIA ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES:NO REFIERE.. ADEMAS REFIERE ESTAR EN CONTROLES CON TERAPISTA EN EL HOSPITAL NAPOLEON DAVILA QUIEN LE INDICÓ SACAR REFERENCIA CON FISIATRIA PARA SEGUIR CON LOS CONTROLES. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, AFEBRI, ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO, SIN SIGNOS DE ALARMA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AUTISMO EN LA NIÑEZ, DISCAPACIDAD DE 44% NIVEL MODERADO. TRASTORNO DE LA PRONUNCIACION TRASTORNOS ESPECÍFICOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y LENGUAJE DISFEMIA ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES :NO REFIERE.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-27	09:02	Medicina Rural	XAVIER ADRIAN BASURTO CEDEÑO	1312962390	

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
2026-03-27	09:02	Medicina Rural	XAVIER ADRIAN BASURTO CEDEÑO	1312962390	