

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOPEZ	VILLAMAR	ZEUS DEREK	26	05	2018	7 años, 7 meses, 27 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352877425	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	QUIÑONEZ UNO y SN	099-851-6729 /
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	1352877425	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		2026	01	22
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

ESCOLAR DE 7 AÑOS 5 MESES DE EDAD DE SEXO MASCULINO QUE ACUDE EN COMPAÑIA DE LA MADRE PRESENTA PESO ADECUADO PARA LA EDAD Y TALLA ADECUADO PARA LA EDAD, NACE POR PARTO EUTOCICO,ALERGIAS AL POLVO Y IRRITANTES , VACUNAS COMPLETAS, APP DOLOR ABDOMINAL APQ INTERVENIDO POR ANQUILOGLOSIA, APF HERMANO ESTRABISMO PACIENTE QUE ACUDE A CONTROL POR DOLOR ABDOMINAL EXAMANES DE LABORATORIO ANTES REVISADOS NORMALES, TRAE RESULTADOS DE ECOGRAFIA ABDOMINAL NORMAL PRESENTA METEORISMO, PACIENTE QUE ACUDE POR PRESENTAR DIFICULTAD PARA VER DE LEJOS, PACIENTE YA VALORADO POR OFTALMOLOGIA QUIEN INDICA QUE NO TIENE NINGUNO TRASTORNO VISUAL, REFIERE MADRE QUE EL DOLO ABDOMINAL AUN SE PRESENTA PERO DE MENOR INTENSIDAD, Y HACE 8 DIAS PRESENTA HIPOREXIA, MAMA REFIERE QUE TIENE TRASTORNOS DEL LENGUAJE, MADRE REFIERE QUE ES MUY DEPENDIENTE DE ELLA, PRESENTA RASGOS DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL, SE DISTRAE CON FACILIDAD, HIPERSENSIBILIDAD AUDITIVA, NO PRESENTA TRASTONOS DEL SUEÑO, AMERITA VALORACION POR FISIATRIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NINGUNO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE NO ESPECIFICADO	F809	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-22	10:34	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 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
2026-01-22	10:34	Pediatría	VICTOR MIGUEL PALMA ANDRADE	1009-13-1255651	

