

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ZAMBRANO	LUCAS RAFAEL	08	03	2019	7 años, 2 meses, 25 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353086760	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CDLA CHEQUELANDIA y AVDA SIXTO DURAN BALLEN	098-888-4499 /
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	1353086760	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2026	06	02
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE MASCULINO DE 7 AÑOS DE EDAD CON APP DE TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA Y DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL DEL 32%, ACUDE EN COMPAÑÍA DE SU MADRE, QUIEN REFIERE MOVIMIENTOS ESTEREOTIPADOS, COINCIDENTE CON EXPOSICIÓN A RUIDOS INTENSOS, REALIZA SONIDOS CON LA BOCA. ADICIONALMENTE, PRESENTÓ EPISODIO DE CONDUCTA AGRESIVA HACIA UNA COMPAÑERA DURANTE ACTIVIDADES DE JIU JITSU, MOTIVO POR EL CUAL FUE RETIRADO DE DICHA ACTIVIDAD. SE ENCUENTRA EN SEGUIMIENTO MEDIANTE TERAPIA OCUPACIONAL Y PSICORREHABILITACIÓN. MADRE REFIERE QUE MANTENÍA CONTROLES POR NEUROPEDIATRÍA EN LA CIUDAD DE PORTOVIEJO, LOS CUALES FUERON INTERRUMPIDOS DEBIDO A LA DESVINCULACIÓN DEL ESPECIALISTA TRATANTE.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TELF: 0988884499

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-02	10:01	Medicina Rural	JORGE ISSAC ZAMBRANO ARAGUNDI	1316743176	

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
2026-06-02	10:01	Medicina Rural	JORGE ISSAC ZAMBRANO ARAGUNDI	1316743176	

