

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	REYES	CRISTHIAN KALETH	05	04	2019	6 años, 3 meses, 16 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353107772	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	NO APLICA y	098-711-1882 / (99)-999-9999
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	1353107772	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	07	21
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 DE 6 AÑOS DE EDAD, SIN APP DE IMPORTANCIA ES TRIDO EST CSA DE SLUD POR REVISIÓN DE EXÁMENES: WBC: 7.02
LINF #: 2.56 NEU#: 3.35 RBC: 4.61 HB: 11.7 HTO: 36.5 VCM: 79.2 HCM: 25.4 PLT: 426 GLUC: 86.1 UREA: 20.17 CREA: 0.54 COLEST:
170.5 TRIG: 60.8 TGO: 24.45 TGP: 15.44 COPRO: QUISTES AAMEBA HISTOLYTIC Y GIARDIA LAMBLIA, H PILORY EN HECES NEGATIVO
EMO: LEUCOS 2-3 XC, PIOCITOS: 1-3XC, HEMATIES 2-3 XC, MOCO +++++ BACTERIAS +. PACIENTE QUE PRESENTA RETRASO EN EL
DESARROLLO DEL HABLA Y EL LENGUAJE. ADEMÁS PRESENTA HIPERACTIVIDAD Y DEFICIT DE ATENCIÓN. AL MOMENTO PACIENTE
AFEBRIL, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, ACTIVO Y REACTIVO//0990626053//0987111882

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SEGUIMIENTO Y VALORACIÓN

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO NO ESPECIFICADO	F849	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-21	11:12	Medicina Rural	ARIANA THAIS NEVAREZ MUÑOZ	1311532590	

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
2025-07-21	11:12	Medicina Rural	ARIANA THAIS NEVAREZ MUÑOZ	1311532590	