

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ROMERO	VERA	JUAN EMILIO	16	04	2019	5 años, 5 meses, 15 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353116443	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA CHEQUELANDIA y SN	0939926534
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	1353116443	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Terapia de Lenguaje	2024	10	01
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

MADRE DE PACIENTE REFIERE QUE HA PRESENTADO DIFICULTAD EN LA PRONUNCIACION DE CIERTAS PALABRAS (LLEVAN N O L), REFIERE QUE LO INSCRIBIÓ DESDE INICIAL II PORQUE SIEMPRE PASABA ENFERMO DE CUADROS GRIPALES A REPETICION, AHORA ACURSA PRIMERO DE BASICA DOCENTE HA REFERIDO QUE NO SABE LEER, SIN EMBARGO CUANDO ES DE MEMORIZAR TAREAS SI LO HACE, RENDIMIENTO ESCOLAR REGULAR, ANTECEDENTE FAMILAIR PADRE INICIO LENGUAJE A LOS 8 AÑOS DE EDAD?? A LA VALORACION MEDICA PACIENTE ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO, CON DIFICULTAD EN LA PRONUNCIACION DE SU NOMBRE, ES MUY HIPERACTIVO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACION PARA TERAPIA D ELENGUAJE

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DISARTRIA Y ANARTRIA	R471	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-01	12:21	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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