

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	MOREIRA	THIAGO EMMANUEL	02	05	2019	7 años, 1 meses, 14 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353127747	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	SAN PEDRO y	098-753-0486 /
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	1353127747	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D12 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría	2026	06	16
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 DE 7A 1M APP DE DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL 50% SECUNDARIO A AUTISMO, CON TTO EN TERAPIA DE LENGUAJE, PSICOREHABILITACION Y TERAPIA OCUPACIONAL, REFIERE LA MADRE, QUE EN LOS ÚLTIMOS MESES VIENE PRESENTANDO CAMBIOS EN LA CONDUCTA, RECHAZO AL ASEO, AGRESIVIDAD Y PROBLEMAS EN LAS ACTIVIDADES DE LA ESCUELA, NIEGA OTROS SÍNTOMAS, BUEN APETITO, ORINA Y DEFECA SIN DIFICULTAD, ESQUEMA DE VACUNA COMPLETO, SE ENVIA A SU SERVICIO PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA CON EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO. *** 0987530480 ****

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SNC: MIRADA SOCIAL, CUMPLE ORDENES, NECESITA LA APROBACIÓN DE LA MADRE PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA COMO COMER O IR AL BAÑO, SE LO OBSERVA UN POCO DISTRAÍDO.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-16	13:00	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

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
2026-06-16	13:00	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

