

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	SALTOS	MARIEL DEL CARMEN	16	07	2019	6 años, 10 meses, 19 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353182312	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	POR LA CURVA y	096-907-9491 /
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	1353182312	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Fisiatría		2026	06	04
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

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES : TRASTORNO DE LA PRONUNCIACION DISFEMIA F800 F81.9 TRASTORNO DEL DESARROLLO DE HABILIDADES ESCOLARES, NO ESPECIFICADO D LACTANCIA: MATERNA CONTROL DE ESFINTERES: SI CONTROL DUERME SI DUERME SEMANAS DE GESTACION: 41 SEMANAS PARTO NORMAL TEST APGAR: 4/6 INTUBACION: 15 DIAS PROBLEMAS RESPIRATORIO, REANIMACION TIPO DE SANGRE: RH O+ BILIRRUBINA: NORMAL EXAMENENS AUDITIVOS: SI REALIZADO SI PASO BILATERAL CONVULSION: NO REFIERE TERMOCUNA: 3 DIAS DESARROLLO PSICOMOTOR SEDESTACION: 7 MESES GATEO: NO GATEO MARCHA:1 AÑO 2 MES HABLA: SI CON DIFICULTAD ARTICULATORIA HABLANTE TARDIO SE LE REALIZA: ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES: SI TARTAMUDEO PRONUNCIACION POR PARTE PATERNA. 0969079491 roxanasaltosquiroz@gmail.com

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

adjunto

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
RETRASO MENTAL MODERADO, DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO, QUE REQUIERE ATENCION O TRATAMIENTO	F711		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-04	09:41	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
2026-06-04	09:41	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

