

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DELGADO	MOREIRA	DAHIR EMANUEL	20	07	2019	6 años, 6 meses, 30 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353185075	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	SN y SN	099-463-6247 / (99)-999-9999
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/ Area		
MSP	1353185075	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D06 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Fisiatría	2026	02	19
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

NIÑO DE 6 AÑOS DE EDAD, CON DISCAPACIDAD FISICA 75% CON APP PATOLÓGICO DE PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL , CON TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE , Y CON TRASTORNO EN LA MARCHA DURANTE LA VISITA SE ENCUENTRA EN CAMILLA DE PLANO INCLINADO PEDIATRICO, POR INDICACION DE ORTOPEDISTA, RED PRIVADA 2 HORA QD, FAMILIAR NIEGA NOVEDADES , NIEGA USO DE MEDICACION CONTINUA, A LA EXPLORACIÓN FÍSICA SE EVIDENCIA IMPOSIBILIDAD PARA LA BIPEDESTACIÓN Y MARCHA, CON AYUDA TECNICA PARA TRASLADO CON CONSERVACIÓN PARCIAL DE FUNCIONALIDAD EN MIEMBROS SUPERIORES, CON CAPACIDAD PARA MANIPULACIÓN DE OBJETOS. SIN DOLOR A LA MOVILIZACIÓN. ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO, BAJO PESO Y TALLA PARA EDAD, HOY AFEBRIL Y ESTABLE

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE NO ESPECIFICADO	F809		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-19	15:02	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	

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
2026-02-19	15:02	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	