

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	DUEÑAS	PABLO ANDRE	03	06	2020	4 años, 8 meses, 8 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353397001	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	AVDA SIXTO DURAN VALLEN y SN	099-888-5706 / (99)-999-9999

Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveclonal/Celular
-----------------	----------------	-------------------	-----------	--------	-----------	------------------------------	---------------------

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud		Tipo	Distrito/Area
MSP	1353397001	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES	FLAVIO ALFARO	HOSPITAL BASICO	13007 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Fisiatria	2025	02	11
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutiva	☒	Saturacion capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clínico

PREESCOLAR DE 4 AÑOS 8 MESES DE EDAD DE SEXO MASCULINO QUE ACUDE EN COMPAÑIA DE LA MADRE. PRESENTA PESO ADECUADO PARA LA EDAD Y TALLA ADECUADA PARA LA EDAD, NACE POR CESÁREA A LAS 38 SEMANAS DE GESTACION, APGAR 8/9, MAMA REFIERE QUE SE PUSO ICTERICO PERO LOS NIVELES DE BILIRRUBINAS NO FUERON ALTOS PARA INGRESARLO, ALERGIAS NO REFIERE, VACUNAS COMPLETAS, APP NO REFIERE, AUTISMO EN ESTUDIO, MAMA REFIERE QUE ACUDE PORQUE EL NIÑO PRESENTA RETRASO DEL LENGUAJE, NO EMITE PALABRAS COMPLETAS ADEMAS MAMA REFIERE RETRASO DEL DESARROLLO PSICOMOTRIZ, PACIENTE QUE SE ENVÍA A FISIATRIA PARA TERAPIAS DEL LENGUAJE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NINGUNO

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE		F898		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2020-02-11	15:46	Pediatría	VICTOR MIGUEL PALMA ANDRADE	1009-13 1255691	

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 clínico

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
-------	------	--------------	------------------------	--------	-------