

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHICA	ARAUZ	EDISON JAMPIER	19	08	2020	4 años, 3 meses, 27 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353449984	MANABI	CHONE	BOYACA	SAN MIGUEL y	096-903-6108 /
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	1353449984	BOYACA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2024	12	16
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

PACIENTE MASCULINO DE 4 AÑOS DE EDAD ACUDE A CENTRO DE SALUD EN COMPAÑIA DE PADRE Y MADRE LOS CUALES REFIEREN PROBLEMAS PARA DESAROLLAR HABILIDADES DE LENGUAJE AL COMUNICARSE , SE HACE ENTENDER POR MEDIO DE SEÑAS Y PALABRAS PERO NO ES CAPAZ DE HACER ORACIONES COMPLETAS O TENER UNA CONVERSACION SIMPLE . POR LO CUAL SE DECIDE REALIZAR TRAMITES DE REFERENCIA PARA UNA MEJOR ATENCION INTEGRAL
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO ES CAPAZ DE HACER ORACIONES COMPLETAS O TENER UNA CONVERSACION SIMPLE
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO DEL LENGUAJE EXPRESIVO	F801		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-16	10:16	Medicina Rural	ARELLYS JACQUELINE ZAMORA PACHAY	1315357176	

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
2024-12-16	10:16	Medicina Rural	ARELLYS JACQUELINE ZAMORA PACHAY	1315357176	