

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ZAMBRANO	MIA ISABELA	26	11	2020	5 años, 3 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353519703	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	RAMOS IDUARTE y SN	099-361-7210 /
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	1353519703	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	CHONE	Consulta externa	Terapia de Lenguaje		2026	03	02
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☐

DISLALIA, DIFICULTAD PARA ARTICULACION DE PALABRAS

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE PEDIATRICA DE 5 AÑOS ACUDE EN COMPAÑIA DE LA ABUELA POR PRESENTAR PROBLEMAS DE HABLA, PRESENTA DISLALIA, NO MENCIONA FALTA DE FLUIDEZ, O TARTAMUDEZ, NO PROBLEMAS DE SOCIALIZACION, NO ALTERACIO DE CONDUCTA AL MOMENTO
PACIENTE ACTIVA REACTIVA, NO HA PRESENTADO SIGNOS REFERENTES A ENFEMEDAD LOS ULTIMOS DIAS

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TELEF. 0967946879

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE	F808		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-02	09:31	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	

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
2026-03-02	09:31	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	

