

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
OSTAIZA	GANCHALA	OSMAN GAE	10	12	2020	4 años, 7 meses, 28 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353527581	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	EL CUELLO y	099-593-4629 /
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	1353527581	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO	HOSPITAL BASICO	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Fisiatría		2025	08	07
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

ESCOLAR DE 4 AÑOS 7 MESES DE SEXO MASCULINO QUE ACUDE EN MADRE PRESENTA PESO ADECUADO PARA LA EDAD Y TALLA ADECUADA PARA LA EDAD,NACE POR CESAREA A LAS 33 SEMANAS DE GESTACION,INGRESADO POR ICTERICIA NEONATAL, ALERGIAS NO REFIERE, VACUNAS COMPLETAS PARA LA EDAD, APP PREMATUREZ MODERADA, ICTERICIA NEONATAL, RETRASO DEL LENGUAJE Y RETRASO DEL APRENDIZAJE,APQ NINGUNA PACIENTE QUE ACUDE EN COMPAÑIA DE LA MADRE REFIERE QUE ACUDE POR RETRASO DEL LENGUAJE Y RETRASO DEL APRENDIZAJE EN TERAPIA ACTUAL CON TERAPIA DEL LENGUAJE REFIERE MAMA MEJORIA CLINICA, ANTES ESTABA EN TERAPIA OCUPACIONAL PERO YA SE TERMINO, Y SEGUIMIENTO POR NEUROLOGIA GENERAL AMERITA VALORACION POR FISIATRIA PARA CONTINUAR CON LAS TERAPIAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NINGUNA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-07	10:44	Pediatría	VICTOR MIGUEL PALMA ANDRADE	1009-13-1255651	

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
2025-08-07	10:44	Pediatría	VICTOR MIGUEL PALMA ANDRADE	1009-13-1255651	

