

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DOMINGUEZ	SOLORZANO	FRANYELI MAGDALENA	24	05	2021	4 años, 5 meses, 12 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353636770	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	SITIO FREJIOLES y SN	099-635-9986 /
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	1353636770	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	11	05
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 5 MESES EDAD DE SEXO FEMENINO QUE ACUDE EN COMPAÑIA DE LA MADRE PRESENTA PESO ADECUADO PARA LA EDAD Y TALLA ADECUADA PARA LA EDAD, NACE POR PARTO EUTOCICO REFIERE MAMA QUE AL NACER NO LLORO ENSEGUIDA Y QUE NACIO CIANOTICA, ALERGIAS NO REFIERE, VACUNAS COMPLETAS, APP AUTISMO APQ NINGUNA. PACIENTE QUE ACUDE A CONTROL MEDICO POR SU CONDICION DE AUTISTA ACTUALMENTE MEDICA POR NEUROLOGO MEDICA ACIDO VALPROICO 3 ML DIARIO, RISPERIDONA 5 GOTAS 8 AM 8 PM, , ENCEFABOL 5 ML VO DIARIO Y EN TERAPIA PSICOLOGICA SE OBSERVA MAS TRANQUILA, MAMA REFIERE QUE EN OCASIONES OBEDECE ORDENES, PRESENTA RETRASO DEL LENGUAJE AMERITA VALORACION POR FISIATRIA PARA INICIAR TERAPIAS,

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NINGUNO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
AUTISMO EN LA NIÑEZ	F840		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-05	09:26	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 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
2025-11-05	09:26	Pediatría	VICTOR MIGUEL PALMA ANDRADE	1009-13-1255651	

