

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DOMINGUEZ	SOLORZANO	FRANYELI MAGDALENA	24	05	2021	4 años, 11 meses, 19 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 FREJILES 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		2026	05	13
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 11 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 LORO 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 CONTINUAR CON TERAPIAS, ADEMAS REFIERE QUE HACE 15 DIAS PRESENTA TOS SECA, RINORREA HIALINA.

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
2026-05-13	09:46	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
2026-05-13	09:46	Pediatría	VICTOR MIGUEL PALMA ANDRADE	1009-13-1255651	

