

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	SOLORZANO	SCARLETH JAMILETH	28	05	2021	3 años, 2 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M
Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353639055	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CALLE RAYMUNDO AVEIGA y PICHINCHA	099-335-4223 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area			
MSP	1353639055	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4			
Refiere o Deriva a:							Fecha
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Terapia de Lenguaje	2024	08	14	
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 ☒	

3. Resumen del cuadro clinico

FEMENINA DE 3 AÑOS Y 2 MESES DE EDAD QUE ACUDE EN COMPAÑIA DE SU MADRE A CONTROL MEDICO. AL MOMENTO ACTIVA, MADRE DE LA MENOR MENCIONA QUE NO HABLA SOLO DICE PALABRAS COMO MAMA, PAPA, AGUA, Y SEÑALA LO QUE DESEA. ADEMAS PRESENTA BRUXISMO, SIALORREA, PRURITO ANAL. //0959687597

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE SUGIERE TERAPIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico

TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE NO ESPECIFICADO

CIE-10

PRE

DEF

F809

X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO
2024-08-14	14:15	Medicina Rural	ARIANA KATIUSKA ROSADO SOLORZANO	1313779702

FIRMA

Ariana Rosado
Dra. Ariana Rosado
MÉDICO GENERAL
C.E. 1313779702
REGISTRO DEL SECTO 1009-2002-7560208

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	Hls.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad
---------------------	-----------------	--------------------------	------	----------	--------------

Contrarefieri o Referencia Inversa a:

Fecha

Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Área	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
2024-08-14	14:15	Medicina Rural	ARIANA KATIUSKA ROSADO SOLORZANO	1313779702	