

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELEZ	LOOR	CARLOS VALENTINO	04	07	2021	3 años, 4 meses, 22 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353665357	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SN y	096-805-5455 /
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	1353665357	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2024	11	26
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	☐	AUTISMO SEGUIMIENTO EX COMPLEMENTARIOS.	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE AUTISMO SEGÙN INFORMA MAMÀ LLEGA CON INFORME DE PSICOLOGIA EL CUAL INFORMA SOBRE RETRASO EN EL DESARROLLO DEL LNEGUAJE A PARTIR DE LOS DOS AÑOS DE EDAD, EXISTE LIMITACIÓN PARA INICIAR O MANTENER UNA CONVERSACIÓN CON PERSONAS DE SU EDAD, EN LA QUE ES NECESARIO EL INTERCAMBIO DE RESPUESTAS , LIMITACIÓN EN EL USO DE JUEGOS DE SIMULACIÓN ESPONTÁNEO O DE JUEGO SOCIAL IMITATIVO, EN CUANTO A LA CONDUCTA, SE OBSERVA NIÑO CON MOVIMIENTOS ESTEREOTIPADOS, EXISTA PATRONES DE COMPORTAMIENTO, INTERÉS Y ACTIVIDADES RESTRINGIDOS, REPETITIVOS, NO EXISTEN PREOCCUPACIONES HACIA ALGO EN ESPECÍFICO, FALTA DE INICIATIVA EN LAS ACTIVIDADES O JUEGO SOCIAL, PRESENCIA IMPULSIVIDAD, HIPERACTIVIDAD, EN CONSTANTE MOVIMIENTO, SE LEVANTA DEL ASIENTO EN LA ESCUELA, SENSIBILIDAD A CIERTOS RUIDOS FUERTES, LE GUSTA ALINEAR Y APILAR ALGUNOS JUGUETES. INDICADORES DE RETRASO EN EL DESARROLLO MENTAL Y CRONOLÓGICO. 0968065455

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ADJUNTO.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-26	11:34	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
2024-11-26	11:34	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	