

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MACIAS	ZAMBRANO	HECTOR NICOLAS	31	07	2021	3 años, 11 meses, 20 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353685264	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	SITIO MATA DE PALO y SN	098-723-4631 /
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	1353685264	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	07	21	
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

PREESCOLAR DE 3 AÑOS 11 MESES DE EDAD DE SEXO MASCULINO QUE PRESENTA PESO Y TALLA ADECUADA PARA LA EDAD, NACE POR CESAREA A LOS 8 MESES 4 DIAS REFIERE MAMA NO CARGA CARNET SE LE PERDIO, REFIERE MAMA QUE POR RUPTURA DE MEMBRANAS, APP HOSPITALIZADO EN NEONATOLOGIA POR 7 DIAS INCLUSO TRANSFUSIONES SANGUINEA POR ANEMIA, APQ NINGUNA, APF PRIMOS TRES CON AUTISMO, PRIMO FALTA DE DESARROLLO CEREBRAL Y AUTISMO LEVE, MAMA REFIERE QUE ACUDE POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE MAS O MENOS 2 AÑO DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR IRRITABILIDAD, NO TOLERA LOS LUGARES CERRADOS, SONIDOS FUERTES NO TOLERA, RETRASO DEL LENGUAJE, ALETEOS DE LAS MANOS, CAMINA DE PUNTILLAS, NO MANTIENE LA MIRADA AL HABLAR ,EN TERAPIA CON PSICOLOGIA POR DOS MESES Y MEDIO REFIERE MAMA MEJORIA PACIENTE 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
2025-07-21	09:15	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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-21	09:15	Pediatría	VICTOR MIGUEL PALMA ANDRADE	1009-13-1255651	