

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres     | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| ORTIZ            | VELIZ            | MILAN JESUS | 20                  | 08  | 2021 | 4 años, 10 meses, 9 días | Hombre  |
|                  |                  |             | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |            | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1353699737        | MANABI              | CHONE  | SANTA RITA | NN y NN                      | 098-830-6040 /       |
| 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                 | 1353699737      | SANTA RITA               | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |  |                  |              | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--|------------------|--------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  | Consulta externa | Pediatría    | 2026  | 06  | 29  |
| 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

PACIENTE MASCULINO DE 4 AÑOS 10 MESES DE EDAD, SIN ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS DE RELEVANCIA. ACUDE A CONTROL MÉDICO ACOMPAÑADO DE SU MADRE, QUIEN REFIERE PREOCUPACIÓN POR RETRASO EN EL DESARROLLO DEL LENGUAJE. MANIFIESTA QUE EL MENOR PRESENTA DIFICULTAD PARA PRONUNCIAR ADECUADAMENTE LAS PALABRAS, CON UN VOCABULARIO EXPRESIVO LIMITADO A APROXIMADAMENTE 10 PALABRAS. ADEMÁS, NO IDENTIFICA NI NOMBRA CORRECTAMENTE LOS COLORES, SITUACIÓN QUE HA DIFICULTADO SU PROCESO DE APRENDIZAJE E INTEGRACIÓN EN EL ÁMBITO ESCOLAR. AL MOMENTO DE LA EVALUACIÓN NO SE EVIDENCIAN OTROS ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DE IMPORTANCIA. POR LO QUE SE REALIZA REFERENCIA A PEDIATRÍA PARA VALORACION.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE REALIZA PREGUNTAS AL NIÑO EL CUAL SE APRECIA DISFICULTAD PARA LA PRONUNCIACION DE PALABRAS.

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                                       | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE NO ESPECIFICADO | F809   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL  | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|-------------------------|------------|-------|
| 2026-06-29 | 09:37 | Medicina Rural | ALEX DANIEL BRAVO VELEZ | 1312584954 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|-------------------------|------------|-------|
| 2026-06-29 | 09:37 | Medicina Rural | ALEX DANIEL BRAVO VELEZ | 1312584954 |       |

