

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRAVO	MENENDEZ	CARLOS JOSUE	30	09	2021	4 años, 9 meses, 2 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353729260	MANABI	CHONE	CONVENTO	SITIO LOS LUCAS y SITIO LOS LUCAS	098-024-9580 /
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	1353729260	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2026	07	02
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 clinico

PACIENTE MASCULINO DE 9 AÑOS DE EDAD SIN APP SIN APQ NO ALERGIA A MEDICAMENTO VIENE A ESTA CASA DE SALUD PARA CONTROL AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA DIFICULTAD PARA LA ARTICULACIÓN DEL LENGUAJE Y UN DÉFICIT EN LA EXPRESIÓN VERBAL. DURANTE LA EVALUACIÓN, EL PACIENTE PRESENTA HIPERACTIVIDAD Y MARCADA DIFICULTAD PARA MANTENER LA ATENCIÓN. AL REALIZARLE PREGUNTAS, CON FRECUENCIA NO LOGRA SOSTENER EL FOCO DE LA CONVERSACIÓN Y, CUANDO RESPONDE, SUS RESPUESTAS SUELEN SER INCONGRUENTES CON LO PREGUNTADO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA DIFICULTAD PARA LA ARTICULACIÓN DEL LENGUAJE Y UN DÉFICIT EN LA EXPRESIÓN VERBAL. DURANTE LA EVALUACIÓN, EL PACIENTE PRESENTA HIPERACTIVIDAD Y MARCADA DIFICULTAD PARA MANTENER LA ATENCIÓN. AL REALIZARLE PREGUNTAS, CON FRECUENCIA NO LOGRA SOSTENER EL FOCO DE LA CONVERSACIÓN Y, CUANDO RESPONDE, SUS RESPUESTAS SUELEN SER INCONGRUENTES CON LO PREGUNTADO

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-02	10:27	Medicina Rural	VIVIANA TAMAR CASANOVA BRAVO	1316721933	

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
2026-07-02	10:27	Medicina Rural	VIVIANA TAMAR CASANOVA BRAVO	1316721933	