

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	CANDELA	MAY GABRIELLY	17	12	2021	3 años, 8 meses, 12 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353783267	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	1 y	999-999-9999 /
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	1353783267	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	08	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

ESCOLAR DE 3 AÑOS 8 MESES DE EDAD DE SEXO FEMENINO QUE ACUDE EN COMPAÑIA DE LA MADRE PRESENTA PESO ELEVADO PARA LA EDAD Y TALLA ALTA PARA LA EDAD,NACE POR CESAREA A LAS 37 SEMANAS DE GESTACION, APGAR 8/9, ANTECEDENTES MATERNOS DE DIABETES GESTACIONAL,INGRESADA POR CUADRO INFECCIOSO AL NACER PERO MAMA NO REFIERE CUAL, ALERGIAS NO REFIERE, VACUNAS COMPLETAS , APP NINGUNA APQ NINGUNA. MAMA REFIERE QUE ACUDE POR RETRASO DEL LENGUAJE MAMA REFIERE QUE EMITE SOLO PALABRAS CORTAS, HIPERACTIVIDAD SE MUEVE POR TODO EL CONSULTORIO, NO OBEDECE ORDENES, PERIODOS DE AGRESIVIDAD, NO ES SOCIABLE,ALETEO DE LAS MANOS , PACIENTE AMERITA VALORACION POR FISIATRIA PARA INICIAR TERAPIAS DEL LENGUAJE Y TERAPIA OCUPACIONAL.

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
2025-08-29	14:46	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 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
2025-08-29	14:46	Pediatría	VICTOR MIGUEL PALMA ANDRADE	1009-13-1255651	

