

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CANTOS	VITE	ANTHONY JESUS	20	03	2022	4 años, 2 meses, 21 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353841537	MANABI	CHONE	SANTA RITA	RICAURTE y	096-784-3674 / (00)-000-0000
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	1353841537	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	10
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 DE EDAD, ACOMPAÑADO DE SU MADRE, QUIEN REFIERE CUADRO DE EVOLUCIÓN CRÓNICA CARACTERIZADO POR RETRASO DEL LENGUAJE PARA LA EDAD, YA QUE EL NIÑO NO NOMBRA OBJETOS NI UTILIZA LENGUAJE VERBAL FUNCIONAL ACORDE A SU DESARROLLO, COMUNICÁNDOSE PRINCIPALMENTE MEDIANTE SEÑALAMIENTOS. ADEMÁS, PRESENTA EPISODIOS FRECUENTES DE DESCONTROL CONDUCTUAL DURANTE LOS CUALES SE MUESTRA AGRESIVO, NO OBEDECE INDICACIONES NI RESPONDE ADECUADAMENTE A LÍMITES ESTABLECIDOS. LA MADRE REFIERE QUE DURANTE ALGUNOS DE ESTOS EPISODIOS PRESENTA TEMBLOR, SIN PODER PRECISAR PÉRDIDA DE CONCIENCIA, DESCONEXIÓN DEL MEDIO O MOVIMIENTOS ANORMALES ASOCIADOS. LAS MANIFESTACIONES DESCRITAS AFECTAN LA INTERACCIÓN SOCIAL, FAMILIAR Y SU DESEMPEÑO COTIDIANO. AL EXAMEN FÍSICO SE ENCUENTRA HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, SIN EVIDENCIA DE COMPROMISO NEUROLÓGICO FOCAL. POR LOS ANTECEDENTES Y HALLAZGOS DESCRITOS SE REFIERE A VALORACIÓN POR PEDIATRA PARA EVALUACIÓN INTEGRAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-10	09:41	Medicina Rural	NANCY YIMMABELL CANDELA ZAMBRANO	1315568772	

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
2026-06-10	09:41	Medicina Rural	NANCY YIMMABELL CANDELA ZAMBRANO	1315568772	

