

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	VARGAS	ELIAN SEBASTIAN	07	07	2022	3 años, 3 meses, 15 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353916347	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	CDLA ZAMBRANO y SN	098-842-9573 /
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	1353916347	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	10	22
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 3 MESES DIAS DE SEXO MASCULINO QUE ACUDE EN COMPAÑIA DE LA MADRE PRESENTA PESO ADECUADO PARA LA EDAD Y TALLA ADECUADA PARA LA EDAD, NACE POR PARTO CESAREA A LAS 38 SEMANAS DE GESTACION SIN NINGUNA COMPLICACION, ALERGIAS NO REFIERE, VACUNAS COMPLETAS PARA LA EDAD , APQ NINGUNA. MAMA REFIERE QUE ACUDE A CITA MEDICA PORQUE PACIENTE PRESENTA RETRASO DEL LENGUAJE NO ARTICULA PALABRAS,DESARROLLO PSICOMOTRIZ NORMAL, SE RECIBE RESULTADOS DE AUDIOMETRIA OIDO DERECHO SI PASA,OIDO IZQUIERDO SI PASA, PACIENTE QUE AMERITA VALORACION POR FISIATRIA PARA INICIAR TERAPIAS DEL LENGUEJE, TERAPIA OCUPACIONAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ninguno

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
2025-10-22	14:16	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
2025-10-22	14:16	Pediatría	VICTOR MIGUEL PALMA ANDRADE	1009-13-1255651	