

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	MONTOYA	DAVID GONZALO	14	07	2022	3 años, 9 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	1353920950	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA LOS NARANJOS 1 y	097-901-6934 /
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	1353920950	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2026	04	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

MADRE DE PACIENTE REFIERE QUE TIENE HIPERACTIVIDAD O POSIBLE DEFICIT DE ATENCION , HA SIDO VALORADO POR NEUROLOGIA PEDIATRICA POR MEDIO DEL SEGURO, REFIERE MADRE QUE HA TENIDO CIERTO RETRASO EN EL HABLA, DIFICULTAD PARA PRONUNCIAR Ciertas PALABRAS, NO SOCIABLE, DIFICULTAD PARA CONCILIAR EL SUEÑO, APETITO CONSERVADO, SE NOMBRA EN TERCERA PERSONA. HOGAR FUNCIONAL VIVE CON MAMA, PAPA, HERMANOS UNO DE 15 AÑOS, Y OTRO DE 2 AÑOS 6 MESES, MENCIONA NUMEROS, NO DICE EL NOMBRE DE SU MAMA PERO IDENTIFICA QUIEN ES. REFEIRE USO DE PANTALLAS DE USO APROXIMADO DE 2 HORAS O MAS. EN LAS MAÑANAS EN ESCUELA PEDAGOGICA. LE GUSTA JUGAR CON PLASTILINA Y CARROS, LE GUSTA ESCUCHAR CUENTOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACION POR ESPECIALIDAD PARA MANEJO MULTIDISCIPLINARIO

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
2026-04-29	14:03	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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

