

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MUÑOZ	VERA	AITANA ISABELLA	08	08	2022	3 años, 10 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353938630	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CDLA MARIO LOOR y SN	098-390-8616 /
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	1353938630	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	07	06
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 ☐
- CONTROL Y SEGUIMIENTO

3. Resumen del cuadro clinico

AITANA DE 3 AÑOS 10 MESES DE EDAD ACUDE A ESTA CASA DE SALUD PARA SOLICITUD DE REFERECNIA A PEDIATRIA PARA CONTROL Y SEGUIMINETO, PACIENTE CUENTA CON ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES : TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL HABLA Y LENGUAJE F809 F840 AUTISMO DE LA NIÑEZ A DESCARTAR LACTANCIA: MATERNA CONTROL DE ES FINTERES NO CONTROL DUERME SI DUERME SEMANAS DE GESTACION: 40 SEMANAS PARTO CESAREA TEST APGAR: REFIERE QUE NO RECUERDA TIPO DE SANGRE: RH O+ TERMOCUNA: NO NECESITO BILIRRUBINA: NO REFIERE EXAMENENS AUDITIVOS: NO REALIZADO CONVULSION: NO REFIERE DESARROLLO PSICOMOTOR SEDESTACION: 5 MESES GATEO: 6 MESES MARCHA:1 AÑO 1 MES HABLA: SI DICE PALABRAS SE LE REALIZA: ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES: PRIMOS MATERNOS CON AUTISMO. PACIENTE CUENTA CON ATENCION INTEGRAL POR PARTE DE TERAPIA DE LENGUA, OFTALMOLOGIA, TERAPIA OCUPASIONAL, FISIATRIA, EL DIA 08/07/26 CUENTA CON CITA CON OFTALMOLOGIA.

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
2026-07-06	10:05	Medicina Rural	HENRY FABRICIO ANDRADE LLORENTE	1315563245	

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
2026-07-06	10:05	Medicina Rural	HENRY FABRICIO ANDRADE LLORENTE	1315563245	

