

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	RIVAS	ALESSANDRO DANIELLE	19	10	2022	3 años, 7 meses, 7 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353990078	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	SD y SD	098-168-5923 /
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	1353990078	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		2026	05	26
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 7 MESES DE EDAD DE SEXO FEMENINO QUE ACUDE EN COMPAÑIA DE LA MADRE PRESENTA PESO ADECUADO PARA LA EDAD TALLA ADECUADO PARA LA EDAD, NACE POR PARTO EUTOCICO A LAS 40 SEMANAS DE GESTACION SIN NINGUNA COMPLICACION, APGAR 9/10, PESO 3595, SIN DATOS DE HIPOXIA NEONATAL, HIPERBILIRRUBINEMIA AL 4 DIA SIN REQUERIR FOTOTERAPIA, ALERGIAS NO REFIERE, VACUNAS COMPLETAS PARA LA EDAD, APP AUTISMO YA DIAGNOSTICADO POR NEUROLOGO PEDIATRA PARTICULAR, APQ NINGUNA APF NINGUNA. PACIENTE CON ANTECEDENTE DE AUTISMO YA DIAGNOSTICADO POR NEUROLOGA PEDIATRA, ACTUALMENTE EN TERAPIAS DEL LENGUAJE Y TERAPIAS OCUPACIONAL PAGADAS, TRAE RESULTADOS DE ELECTROENCEFALOGRAMA NORMAL, PACIENTE AMERITA VALORACION POR FISIATRIA PARA CONTINUAR CON LAS TERAPIAS.

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
2026-05-26	10:41	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 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
2026-05-26	10:41	Pediatría	VICTOR MIGUEL PALMA ANDRADE	1009-13-1255651	

