

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	BARRE	DERED JESUS	05	07	2023	2 años, 7 meses, 25 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354180612	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	CDLA MIRA FLORES y SN	099-119-9798 /
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	1354180612	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	03	02
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 2 AÑOS 7 MESES DE EDAD DE SEXO MASCULINO QUE ACUDE EN COMPAÑÍA DE LA MADRE PRESENTA PESO ADECUADO PARA LA EDAD Y TALLA ADECUADA PARA LA EDAD , NACE POR PARTO CESAREA A LAS 41 SEMANAS DE GESTACION SIN NINGUNA COMPLICACIÓN, ALERGIAS NO REFIERE, VACUNAS COMPLETAS PARA LA EDAD, APP NINGUNO APQ NINGUNO APF MICROADENOMA HIPOFISIARIO . PACIENTE QUE ACUDE A CITA MEDICA, REFIERE MADRE REFIERE RETRASO DEL LENGUAJE DICE PALABRAS MAMA, AGUA, ÑAÑA, Y PAPA DE HAY NO EMITE NINGUNA PALABRA, DESARROLLO PSICOMOTRIZ NORMAL, AUDICION NORMAL,AMERITA VALORACION FISIATRIA PARA INICIAR TERAPIAS .

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
2026-03-02	10:08	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
2026-03-02	10:08	Pediatría	VICTOR MIGUEL PALMA ANDRADE	1009-13-1255651	