

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BASURTO	ZAMBRANO	SCARLETH JAZMIN	17	10	2023	2 años, 6 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354264630	MANABI	PICHINCHA	PICHINCHA	ENTRADA DE LAS DAMAS y	096-895-6024 /
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	1354264630	PICHINCHA	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D08 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2026	04	21
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

NACIDO POR PARTO NORMAL A TERMINO 39 PESO ADECUADO,APGAR VIGOROSO, GRUPO SANGUINEO NO RECUERDA, TAMIZAJES METABOLICOS NORMALES Y AUTIVOS, VISUAL NO REALIZADOS. PACIENTE PRESENTA ANTECEDENTES DE INTERNACION POR DENGUE HEMORRAGICO PRESENTA, SIGNOS DE BANDERA ROJA EN HITOS DEL CRECIMIENTO CON FALTA DE DESARROLLO DE HABLA Y COMUNIICACION PARTE SOCIAL, MOTORA DEMORA DE CRECIMIENTO PARA CONTROL HITOS DEL CRECIMIENTO Área afectada: Lenguaje y comunicación No cumple con los hitos esperados para la edad: No dice palabras con significado (mínimo esperado: 5-20 palabras). No señala objetos o partes del cuerpo cuando se le nombran. No sigue órdenes sencillas de un paso ("dame la mano"). No utiliza gestos sociales (señalar, decir adiós con la mano). 2. Área afectada: Motricidad gruesa Presenta retraso significativo: No camina solo o lo hace de manera muy inestable. No corre ni se agacha para recoger objetos del suelo. No sube escaleras con ayuda ni pateo una pelota. Posible debilidad muscular o falta de coordinación.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

D

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
2026-04-21	14:10	Medicina Familiar Y Comunitaria	EDGARDO JUVENAL ALAY MERO	1310535131	Dr. Edgardo Alay M. MEDICO ESPECIALISTA MEDICINA FAMILIAR Reg. Senescyt: 1027-2022-2414948

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
2026-04-21	14:10	Medicina Familiar Y Comunitaria	EDGARDO JUVENAL ALAY MERO	1310535131	

