

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, 20 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	Convecional/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 DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO		Consulta externa	Neuropediatría	2026	05	07
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

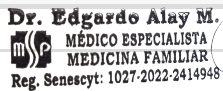
PACIENTE DE 2 AÑOS Y 6 MESES DE EDAD QUE PRESENTA BANDERAS ROJAS EN HITOS DEL CRECIMIENTO PARTE SOCIAL Y CONIGITIVA TANTO COMO MOTORA MAS TRASTORNO DEL HABLA, CON SÍNTOMAS PRESUNTIVOS DE AUTISMO, MAL CARACTER, NO RESPONDE A ESTIMULOS, NO SOCIAL, POR LO QUE SE PASA NEUROLOGIA PEDIATRICA PARA SU EVALUACION

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
AUTISMO EN LA NIÑEZ	F840	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-07	13:24	Medicina Familiar Y Comunitaria	EDGARDO JUVENAL ALAY MERO	1310535131	 Dr. Edgardo Alay M. MÉDICO 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
2026-05-07	13:24	Medicina Familiar Y Comunitaria	EDGARDO JUVENAL ALAY MERO	1310535131	