

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLORZANO	VERA	LOAN ABDIEL	24	09	2023	2 años, 9 meses, 19 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354268847	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	SITIO ZAPALLO y SN	098-307-5063 /
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	1354268847	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	07	13
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 9 MESES EDAD DE SEXO MASCULINO QUE ACUDE EN COMPAÑIA DE LOS PADRES PRESENTA PESO ADECUADO PARA LA EDAD Y TALLA ADECUADA, PERIMETRO CEFALICO NORMAL PARA LA EDAD NACE POR PARTO EUTOCICO A LAS 38.1 SEMANAS DE GESTACION,SIN NINGUNA COMPLICACION, VACUNAS COMPLETAS,ALERGIAS NINGUNA, APP NINGUNA, APQ NINGUNA APF SINDROME DOWN HERMANO, RETRASO DEL DESARROLLO PSICOMOTRIZ, PRIMA MATERNA SINDROME DE DOWN, TIO MATERNO DISCAPACIDAD INTELECTUAL, PRIMA DE PADRE SINDROME DE DOWN. PACIENTE QUE ACUDE A CITA MEDICA REFIERE MADRE POR RETRASO DEL LENGUAJE SOLO DICE MAMA, PAPA, AGUA Y ADIOS,DESARROLLO PSICOMOTRIZ NORMAL AMERITA VALORACION POR 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
2026-07-13	10:22	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
2026-07-13	10:22	Pediatría	VICTOR MIGUEL PALMA ANDRADE	1009-13-1255651	

