

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ZAMBRANO	MIA ESTEFANIA	24	10	2023	2 años, 3 meses, 10 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354271502	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN ANTONIO y	096-137-2333 / (99)-999-9999
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	1354271502	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	CHONE	Consulta externa	Terapia de Lenguaje	2026	02	03	
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año	

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☐	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☒
Falta de profesional	☐	SEGUIMIENTO DE TERAPIA DE LENGUAJE	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 2 AÑOS 3 MESES DE EDAD, QUE ES TRAÍDA POR SU MADRE PARA CONTROL DE NIÑO SANO. REFIERE BUENA ALIMENTACIÓN, CON BUENA TOLERANCIA ORAL. DEPOSICIONES Y DIURESIS CONSERVADAS. DUERME BIEN. AL MOMENTO MADRE REFIERE NO HA PRESENTADO SÍNTOMAS ASOCIADOS A ENFERMEDAD EN ÚLTIMOS DÍAS. ESTADO NUTRICIONAL: PESO NORMAL/S EGUIMIENTO Y TALLA NORMAL PARA LA EDAD, SU DESARROLLO PSICOMOTOR ES ADECUADO. SE LE SOLICITA REFERENCIA PARA TERAPIA DE LENGUAJE. 0994538901

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN CURSO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TERAPIA DEL LENGUAJE	Z505		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-03	10:57	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

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
2026-02-03	10:57	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

