

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ROMERO	PARRAGA	JERAL LEONARDO	28	10	2023	2 años, 6 meses, 22 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354273870	MANABI	CHONE	SANTA RITA	EL VERGEL y PRINCIPAL	099-780-2946 /
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	1354273870	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Fisiatría	2026	05	20
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	☐	CONTROL Y SEGUIMIENTO	

3. Resumen del cuadro clínico

JERAL PACIENTE MASCULINO DE 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES: F809 TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL HABLA Y LENGUAJE SIN ESPECIFICACIONES F800 TRASTORNO DE LA PRONUNCIACION F840 AUTISMO DE LA NIÑEZ (DESCARTAR) ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES: TIO MATERNO SINDROME DE DOWN, ABUELO MATERNO HIPERTENSO. AQX: NIEGA. ALERGIAS: CAMARON. PACIENTE AUDE A CONSULTA CON SU MADRE LA CUAL REFIERE QUE PACIENTE LLEVABA CONTROLES CON TERAPIA DE LENGUA Y QUE TERMINO SUS 10 SESIONES, PACIENTE NACIO A LAS 39 SEMANAS POR PARTO NORMAL. GATEO: NO GATEO MARCHA: 1 AÑO 6 MES HABLA: SI DICE CIERTAS PALABRAS. TEST DE DENVER: MOTOR 18 MESES/ MOTORAS FINAS - ADAPTATIVAS 16 MESES / LENGUAJE 12 MESES / PERSONALES SOCIALES 13 MESES

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

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
2026-05-20	09:57	Medicina Rural	HENRY FABRICIO ANDRADE LLORENTE	1315563245	

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
2026-05-20	09:57	Medicina Rural	HENRY FABRICIO ANDRADE LLORENTE	1315563245	

