

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MUÑOZ	PAZMIÑO	OWEN KALETH	11	11	2023	1 años, 11 meses, 27 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354284208	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	SITIO TALANBUCO y SN	099-090-9232 /
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	1354284208	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		2025	11	07
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	☐		

3. Resumen del cuadro clínico

LACTANTE DE 1 AÑO 11 MESES DE VIDA EDAD DE SEXO MASCULINO QUE ACUDE EN COMPAÑÍA DE LA MADRE PRESENTA PESO ADECUADO PARA LA EDAD Y TALLA ADECUADA PARA LA EDAD NACE POR CESAREA A LAS 38 SEMANAS DE GESTACION SIN NINGUNA COMPLICACION, INGRESADO POR ICTERICIA NEONATAL, ALERGIAS NO REFIERE, VACUNAS COMPLETAS, APP ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO, APQ NINGUNA PACIENTE QUE ACUDE A CONTROL POR ANEMIA LEVE POR DEFICIENCIA DE HIERRO EN TRATAMIENTO ACTUAL CON HIERRO VO 3 ML VO ANTES DE LA PRIMERA COMIDA TRES VECES POR SEMANA, PACIENTE EN ESTUDIO PARA AUTISMO ACTUALMENTE EN TERAPIA PSICOLOGICA, PRESENTA RETRASO DEL LENGUAJE SOLO DICE MAMA, PAPA, AGUA, AGRESIVIDAD, NO CONTACTO VISUAL, NO OBEDECE ORDENES, CAMINA DE PUNTILLA, ALETEO DE LAS MANOS, POCO CONTACTO SOCIAL, 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
2025-11-07	10:58	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 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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-07	10:58	Pediatría	VICTOR MIGUEL PALMA ANDRADE	1009-13-1255651	