

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PAZ	SOLORZANO	JORGE IZAHIEL	16	11	2023	2 años, 3 meses, 25 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354287763	MANABI	CHONE	SANTA RITA	TACHEVE y	096-283-5661 /
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	1354287763	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	03	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

JORGE PACIENTE MASCULINO DE 2 AÑOS 3 MESES DE EDAD. SIN APP. ACUDE EN COMPAÑÍA DE SU MADRE A CONTROL MÉDICO DE RUTINA. MISMA QUE REFIERE PACIENTE CUENTA CON CIERTO GRADO DE RETRASO DEL LENGUAJE, PACIENTE NO MENCIONA CUANTOS AÑOS TIENE, NO SABE SU NOMBRE, AUN NO SE DESVISTE, TEST DE DENVER: RETRASO EN PERSONALES SOCIALES, LENGUAJE, MOTOR FINO Y ADAPTATIVO, MOTORAS. ESTADO NUTRICIONAL ADECUADO PARA LA EDAD, DESARROLLO PSICOMOTOR DUDOSO PARA LA EDAD. ESQUEMA DE INMUNIZACIONES INADECUADO, FALTA DPT. PACIENTE ESTABLE Y COLABORADOR, SE REALIZA CONTROL SIN NOVEDADES. EXAMEN FISICO: NORMOCEFALICA. BOCA: MUCOSAS ORALES HÚMEDAS. OROFARINGE: SIN ALTERACIÓN. CUELLO: SIMÉTRICO SIN ADENOPATÍAS. TÓRAX: ELASTICIDAD Y EXPANSIBILIDAD CONSERVADA. MURMULLO VESICULAR CONSERVADO. CORAZÓN: RUIDOS CARDÍACOS NORMOFONÉTICOS. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A PALPACIÓN SUPERFICIAL NI PROFUNDA. EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS SIN ALTERACIÓN.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE	F808		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-13	08:40	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 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
2026-03-13	08:40	Medicina Rural	HENRY FABRICIO ANDRADE LLORENTE	1315563245	

