

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MERA	CORTEZ	ISAI ANTONIO	23	12	2023	2 años, 3 meses, 30 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354312223	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	SITIO AGUAS COLORADA y SN	099-227-9756 /
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	1354312223	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	04	22	
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 3 MESES ACUDE A CITA MEDICA EN COMPAÑIA DE LA MADRE QUE PRESENTA PESO ADECUADO Y TALLA ADECUADA PARA LA EDAD, NACE POR PARTO EUTOCICO A LAS 39 SEMANAS DE GESTACION SIN NINGUNA COMPLICACION, APGAR 9/10, PESO 2780, ALERGIAS NO REFIERE, VACUNAS COMPLETAS APP NINGUNA, APQ NINGUNA, APF NINGUNA. PACIENTE QUE ACUDE REFERIDO DEL CENTRO DE SALUD POR PRESENTAR RETRASO DEL LENGUAJE MADRE REFIERE QUE NO HABLA SOLO DICE PAPA OTRAS PALABRAS NO, SE AUTOAGREDE, DESAROLLO PSICOMOTRIZ NORMAL, PACIENTE QUE AMERITA VALORACION POR FISIATRIA PARA INICIAR TERAPIA

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
2026-04-22	11:49	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
2026-04-22	11:49	Pediatría	VICTOR MIGUEL PALMA ANDRADE	1009-13-1255651	