

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| SABANDO          | SOLORZANO        | JADEN LORENZO | 30                  | 09  | 2023 | 2 años, 3 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        | 1354313353        | MANABI              | CHONE  | SAN ANTONIO | SAN ANTONIO y                | 096-913-7768 /       |
| 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                 | 1354313353      | SAN ANTONIO              | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |  |                  |                     | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--|------------------|---------------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  | Consulta externa | Terapia de Lenguaje | 2026  | 01  | 27  |
| 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

☐

DIFICULTAD VERBAL, POCA EMISION DE PALABRAS, MENCIONA SOLO LA PALABRA PAPA,

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 2AÑOS 3 MESES DE EDAD, QUE ES TRAÍDO POR SU MADRE PARA CONTROL DE NIÑO SANO EN BRIGADA CNH REFIERE ALIMENTACIÓN VARIADA CON BUENA TOLERANCIA ORAL. DEPOSICIONES Y DIURESIS CONSERVADAS. DUERME BIEN. AL MOMENTO EN BRAZOS DE SU MADRE QUIEN REFIERE NO HA PRESENTADO SÍNTOMAS ASOCIADOS A ENFERMEDAD EN ÚLTIMOS DÍAS. ESTADO NUTRICIONAL: PESO NORMAL Y TALLA NORMAL PARA LA EDAD, SU DESARROLLO PSICOMOTOR ES INADECUADO, MADRE MENCIONA POCA VERBALIZACION DE PALABRAS MENCIONA QUE SOLO DICE "PAPA", CON ESTIMULACION EN CASA Y CNH NO LOGRA VER MEJORIA APARENTE, NOTABLE FRUSTRACION EN PACIENTE POR DIFICULTAD PARA COMUNICARSE

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TELF 0969139768

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 |
|------------|-------|----------------|--------------------------|------------|-------|
| 2026-01-27 | 20:13 | Medicina Rural | LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ | 1314916030 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|--------------------------|------------|-------|
| 2026-01-27 | 20:13 | Medicina Rural | LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ | 1314916030 |       |

