

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	LOOR	DYLAN DAREK	29	01	2024	1 años, 10 meses, 6 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354333385	MANABI	CHONE	SANTA RITA	LUA EL GUABAL y EL GUABAL	098-989-3843 /
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	1354333385	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	12	05
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

LACTANTE MATOS MASCULINO DE 1 AÑO 10 MESES APP: ANEMIA, ACUDE A ESTA CASA DE SALUD PARA CONTROL NIÑO SANO, ACOMPAÑADA DE MADRE, LA CUAL REFIERE HABER LLEVADO SEGUIMIENTOS POR PEDIATRIA. AL MOMENTO PACIENTE NO PRESENTE SINTOMATOLOGIA. MADRE REFIERE QUE SU HIJO "PARECE NO HABLAR Y NO RESPONDE CUANDO LO LLAMA", SUELE TAPARSE LOS OÍDOS ANTE CIERTOS SONIDOS. REALIZA RABIETAS INTENSAS CUANDO NO LOGRA COMUNICARSE (SE GOLPEA Y GOLPEA A MADRE). HA OBSERVADO QUE AL JUGAR SOLO REALIZA ALINEACIÓN DE OBJETOS EN ESTE CASO DEL MAS GRANDE AL MAS PEQUEÑO O POR COLORES. PACIENTE CLINICAMENTE ESTABLE, SE REALIZA REFERENCIA A PEDIATRIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
AUTISMO EN LA NIÑEZ	F840	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-05	08:42	Medicina Rural	NANCY YIMMABELL CANDELA ZAMBRANO	1315568772	

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
2025-12-05	08:42	Medicina Rural	NANCY YIMMABELL CANDELA ZAMBRANO	1315568772	