

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELIZ	MENDOZA	STERLING EMILIANO	03	04	2024	2 años, 2 meses, 29 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354374207	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	VIA A FLAVIO y	096-131-8793 /
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	1354374207	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Fisiatría		2026	07	02
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 4 MESESEDE 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 PARTO EUTOCICO A LAS 41 SEMANAS DE GESTACION,ALERGIAS NO REFIERE, VACUNAS COMPLETAS, APP NINGUNO, APQ NINGUNA APF NINGUNA. PACIENTE QUE ACUDE POR PRESENTAR RETRASO DEL LENGUAJE, MAMA REFIERE QUE NO OBEDECE ORDENES, HIPERACTIVO, POCO CONTACTO SOCIAL, NO PRESENTA TRASTORNOS DEL SUEÑO, GIRA SOBRE SU PROPIO EJE Y EN CIRCULOS, REALIZA ALETEO CON LAS MANOS, SE AUTOAGREDE, EN SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIA, YA VALORADO POR FISIATRIA QUIEN SOLICITA REFERENCIA PARA CONTINUAR CONTROLES, AL MOMENTO ESTABLE HEMODINAMICAMENTE Y ORIENTADO EN SUS 3 ESFERAS

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

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
2026-07-02	09:03	Medicina Rural	VICENTE VIDAL MENDOZA PINARGOTE	1313899575	

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
2026-07-02	09:03	Medicina Rural	VICENTE VIDAL MENDOZA PINARGOTE	1313899575	

