

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ANDRADE	ZAMBRANO	LAHIAM EFRAIN	30	04	2024	1 años, 6 meses, 14 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354391250	MANABI	CHONE	RICAUARTE	SAN ANDRES y	098-524-8774 /
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	1354391250	RICAUARTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	11	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

LACTANTE MAYOR MASCULINO DE 1 AÑO 6 MESES QUE ACUDE A CONSULTA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

LACTANTE MAYOR DE 1 AÑO 6 MESES TRAÍDO POR SU MADRE QUIEN REFIERE PREOCUPACIÓN PORQUE EL NIÑO SOLO DICE CUATRO PALABRAS (“TETA”, “VACÁ”, “AGUA”, “CUACUA”) Y NO RESPONDE CUANDO SE LE LLAMA POR SU NOMBRE. NO PRESENTA ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA NI ENFERMEDADES PREVIAS RELEVANTES. COME Y DUERME ADECUADAMENTE. O: PACIENTE ALERTA, REACTIVO, BUEN ESTADO GENERAL, NORMOHIDRATADO Y NORMOCOLORADO. SIGNOS VITALES DENTRO DE RANGO NORMAL. CONTACTO VISUAL ESCASO, NO SIGUE ÓRDENES SIMPLES, NO RESPONDE AL LLAMADO POR SU NOMBRE. NO SE OBSERVAN DATOS DE DÉFICIT MOTOR. PLAN: REFERENCIA PEDIATRA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-13	10:23	Medicina Rural	LAURA ANDREA COLOMA DELGADO	1312308453	

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
2025-11-13	10:23	Medicina Rural	LAURA ANDREA COLOMA DELGADO	1312308453	