

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	VERDUGA	JEREMY ISAIAS	07	05	2024	2 años, 2 meses, 10 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354395962	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	CDLA WALTON GARCIA y CDLA WALTON GARCIA	099-294-7525 /
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	1354395962	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	07	17
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PREESCOLAR DE 2 AÑOS 2 MESES DE EDAD DE SEXO MASCULINO QUE ACUDE A CITA MEDICA EN COMPAÑIA DE LA MADRE QUE PRESENTA PESO ADECUADO Y TALLA ADECUADA PARA LA EDAD, PERIMETRO CEFALICO NORMAL, NACE POR PARTO POR CESAREA A LAS 39 SEMANAS DE GESTACION CON LIQUIDO MECONIAL NO INGRESADO APGAR 9/10, ALERGIAS NINGUNO VACUNAS COMPLETAS APP NINGUNA APQ NINGUNA, APF NINGUNA. PACIENTE QUE ACUDE REFERIDO DEL CENTRO DE SALUD POR PRESENTAR RETRASO DEL LENGUAJE DICE QUE ANTES DECIA MAMA Y PAPA AHORA NO DICE NADA, ALTERACION SENSORIAL A SONIDOS ESPECIFICO, AUTOAGRESION, ALTERACION SOCIOEFECTIVA,MOVIMIENTOS ESTEREOTIPADOS REPETITIVOS, NO OBEDECE ORDENES, HIPERACTIVO AMERITA VALORACION FISIATRA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NINGUNO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO NO ESPECIFICADO	F849	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-17	11:26	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 clínico

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
2026-07-17	11:26	Pediatría	VICTOR MIGUEL PALMA ANDRADE	1009-13-1255651	

