

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MERA	CUADROS	JUAN FERNANDO	19	09	2024	1 años, 2 meses, 7 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	Pais	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354484907	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	AV CARLOS ALBERTO ARAY y SN	099-399-8969 /
Ver instructivo	Describir Pais	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	1354484907	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		2025	11	26
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 DE 1 AÑO 2 MESES DE SEXO MASCULINO QUE ACUDE EN COMPAÑIA DE MADRE PRESENTA PESO ELEVADO PARA LA EDAD Y TALLA ADECUADA PARA LA EDAD,NACE POR PARTO CESAREA, ALERGIAS NO REFIERE, VACUNAS COMPLETAS PARA LA EDAD, APP ALERGIAS , APQ BRONCONEUMONIA, BRONQUIOLITIS,ESTRABISMO APQ NINGUNA PACIENTE QUE ACUDE A CITA MEDICA POR RETRASO DEL DESARROLLO PSICOMOTRIZ REFIERE MADRE QUE COMENZO A GATEAR A LOS 10 MESES PERO CON DIFICULTAD HASTA LA ACTUALIDAD NO CAMINA ADEMAS DICE LA MADRE QUE PRESENTA MOVIMIENTOS DE LA MANO ALETEO, SE PONE IRRITABLE CON EL HERMANO, NO EMITE PALABRAS SOLO SILABAS DICE MA, PA, TA, NO RESPONDE POR SU NOMBRE AMERITA VALORACION POR FISIATRIA PARA INICIAR TERAPIAS DE ESTIMULACION TEMPRANA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NINGUNO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO ESPECIFICO DEL DESARROLLO DE LA FUNCION MOTRIZ	F82X	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-26	14:33	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 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
2025-11-26	14:33	Pediatría	VICTOR MIGUEL PALMA ANDRADE	1009-13-1255651	

