

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MERA	CUADROS	JUAN FERNANDO	19	09	2024	1 años, 7 meses, 8 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354484907	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AV CARLOS ALBERTO ARAY y SN	099-399-8969 /
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/Área		
MSP	1354484907	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2026	04	27
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 DE 1 AÑO 7 MESES QUE ES TRAIDO CON SUS PADRES A LA CONSULTA POR CONTROL Y POR PRESENTAR DIAGNOSTICO DE AUTISMO POR PARTE DE NEUROLOGIA, CON ANTECEDENTE DE SER OBTENIDO POR CESAREA A LAS 37 SEMANAS DE GESTACIÓN + PREECLAMPSIA + ENFERMEDADES RESPIRATORIAS (RESFRIADOS) DURANTE EL EMBARAZO, HOSPITALIZADO POR 7 DÍAS DE 36 SEMANAS DE GESTACIÓN POR CAPURRO CON DIAGNOSTICO DE SEPSIS BACTERIANA NO ESPECIFICADA, NEUMONIA CONGENITA Y ICTERICIA NEONATAL, CON PESO AL NACER 3075 GRAMOS, TALLA 50 CM, PERIMETRO CEFALICO 36 CM. AL MOMENTO ACTIVO, ROSADO, RESPONDE PARCIALMENTE AL LLAMADO, CON POCA RESPUESTA AL CONTACTO VISUAL, IRRITABLE, CON RETRASO EN EL LENGUAJE, NO COLABORA CON EXAMEN FISICO, ASINTOMATICO, INFECCIOSO, EN CONDICIONES ESTABLES, SE REMITE PARA SU VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RESONANCIA MAGNETICA *: HALLAZGO RADIOLOGICOS SUGERENTE DE POLOMICROGIRIA PARIETAL IZQUIERDA
--

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-27	12:31	Pediatría	GILMA ROSARIO LLERENA ZAMBRANO	1304544032	 FIRMA Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: GILMA ROSARIO LLERENA ZAMBRANO

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

