

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	CHAVEZ	XAVIER ALBERTO	14	11	2017	8 años, 7 meses, 19 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1758400129	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	9 DE OCTUBRE y MANUEL DE JESUS	097-907-0840 /
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	1758400129	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	07	03
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

PACIENTE DE 8 AÑOS *** APP: DISC PSICOSOCIAL + AUTISMO (DX ABRIL/2025 EN LA JUNTA) + EPILEPSIA CRISIS DE AUSENCIA (DX - 3 AÑOS 9 MESES SEP/2021) *** RECIBE ATENCIONES EN HOSPITAL DE PORTOVIEJO: NEUROLOGIA Y FISIATRIA. EN EL ESTABLECIMIENTO HA TENIDO SESIONES DE PSICOREHABILITACION, T.O Y TERAPIA DE LENGUAJE. *** MADRE REFIERE PROBLEMAS DE LENGUAJES, INDICA QUE RETROCEDIO EN TODO ASPECTO MOTOR Y DE LENGUAJE, PERDIO CONTROL DE ESFINTERES, RETROCEDIO EL HABLA. TUVO QUE EMEPEZAR DESDE 0 PARA VOLVER A EMPEZAR HITOS DEL DESARROLLO. MADRE COMENTA QUE DESDE PEQUEÑO NO MOSTRABA SENSIBILIDAD COMO DEBERIA, NO LLORABA CUANDO DEBERIA DOLERLE. COMENTA QUE SUELE PONERSE AGRESIVO Y QUIEN LO RECIBE ES SU HERMANO PEQUEÑO. NO SABE LEER, ESCRIBE CON DIFICULTAD, SE TROPIEZA CON FACILIDAD. *** ULTIMA CRISIS DE AUSENCIA: ABRIL/2022 (TTO VALCOTE) CRISIS DE EPILEPSIA (

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

APOYO POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-03	12:32	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	

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
2026-07-03	12:32	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	

