

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BURGOS	ZAMBRANO	GAEL FERNANDO	13	04	2024	2 años, 1 meses, 13 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	2250733934	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	FACUNDO y FACUNDO	099-493-6226 /
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/Area
MSP	2250733934	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	05	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

PREESCOLAR DE 2 AÑOS 1 MES DE EDAD DE SEXO MASCULINO QUE ACUDE EN COMPAÑÍA DE LA MADRE PRESENTA PESO ADECUADO PARA LA EDAD Y TALLA ADECUADA, QUE NACE POR PARTO EUTÓCICO A LAS 38 SEMANAS DE GESTACION SIN NINGUNA COMPLICACIÓN, APGAR 8/9, ALERGIAS NO REFIERE, VACUNAS COMPLETAS, APP ANEMIA APQ NINGUNA APF NINGUNO. PACIENTE QUE ACUDE A CITA MEDICA POR PRESENTAR RETRASO DEL LENGUAJE SOLO DICE MAMA, PAPA, Y A VECES GRACIAS, ES HIPERACTIVO, AISLAMIENTO SOCIAL, IRRITABLE, NO TOLERA LOS SONIDO FUERTES, COLOCA LOS JUGUETE EN FILA, NO PRESENTA TRASTORNOS DEL SUEÑO, COME DE TODO, NO OBEDECE ORDENES, PACIENTE QUE AMERITA VALORACION POR FISIATRIA PARA INICIAR ESTUDIOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

LEUCOCITOS 10920, SEGMENTADOS 39.7, LINFOCITOS 40.8, EOSINOFILOS 12.7 PLAQUETAS 432.000, HEMOGLOBINA 10.8 HCT 34.3, MCV 76.5,

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE NO ESPECIFICADO	F809	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-26	15:20	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
2026-05-26	15:20	Pediatría	VICTOR MIGUEL PALMA ANDRADE	1009-13-1255651	

