

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MUENTES	SOLORZANO	THEO GAEI	29	07	2022	3 años, 8 meses, 2 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	2352098814	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	CALLE RAFAEL ALCIVAR y SN	098-000-2728 /
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	2352098814	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	03	31
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 3 AÑOS 8 MESES DE EDAD DE SEXO MASCULINO QUE ACUDE EN COMPAÑIA DE LA MADRE QUE PRESENTA PESO ADECUADO Y TALLA ADECUADA PARA LA EDAD, NACE POR PARTO CESAREA A LAS 37.5 SEMANAS DE GESTACION SIN APARENTE COMPLICACIONES, VACUNAS COMPLETAS PARA LA EDAD, ALERGIAS NO REFIERE, APP AUTISTA, ALERGIAS, APQ NINGUNA, APF SOPLO AL CORAZON (MADRE) PACIENTE CON ANTECEDENTES DE AUTISMO YA A REALIZADO TERAPIA OCUPACIONAL Y TERAPIA DEL LENGUAJE, QUE PRESENTA MOVIMIENTOS ESTEREOTIPADOS REPETITIVOS, Y ALTERACION SOCIO EFECTIVA, ALTERACION SENSORIAL A SONIDOS ESPECIFICOS, PRESENTA AUTOAGRESION, AMERITA VALORACION POR FISIATRIA PARA CONTINUAR TERAPIAS

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NINGUNO

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-31	09:35	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
2026-03-31	09:35	Pediatría	VICTOR MIGUEL PALMA ANDRADE	1009-13-1255651	