

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SACON	TORRES	JESLY SILVANA	28	11	2015	10 años, 2 meses, 24 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352248718	MANABI	CHONE	RICAUORTE	VIA CHONE QUITO y	098-341-3220 /
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	1352248718	SESME	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta Externa	Pediatría	2026	02	20
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 FEMENINA DE 10 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL DEL 66% CERTIFICADA. COMO ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES PRESENTA TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE NO ESPECIFICADO Y TRASTORNOS DEL DESARROLLO Y CRECIMIENTO ÓSEO. MADRE REFIERE QUE LA MENOR SE ENCONTRABA EN SEGUIMIENTO POR ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, DONDE SE SOLICITÓ ESTUDIO COMPLEMENTARIO DE BIOLOGÍA MOLECULAR Y GENÉTICA (CARIOTIPO EN SANGRE PERIFÉRICA) COMO PARTE DE PROTOCOLO DIAGNÓSTICO; SIN EMBARGO, SEGÚN REFIERA LA MADRE, SE PERDIÓ EL SEGUIMIENTO POSTERIOR PESE A HABERSE REALIZADO EL EXAMEN, CONTANDO ACTUALMENTE CON RESULTADOS PERO SIN CONTINUIDAD DE CONTROL ESPECIALIZADO. ACTUALMENTE ACUDE A CONSULTA ACOMPAÑADA DE SU MADRE POR PERSISTENCIA DE TRASTORNO DEL HABLA. MADRE MANIFIESTA QUE LA MENOR PRESENTA MARCADA DIFICULTAD PARA EXPRESAR PALABRAS Y CONSTRUIR FRASES ACORDES A SU EDAD CRONOLÓGICA, CON LIMITACIÓN EN LA COMUNICACIÓN VERBAL ESPONTÁNEA. REFIERE QUE SE ENCONTRABA RECIBIENDO TERAPIAS DE LENGUAJE, LAS CUALES FUERON SUSPENDIDAS HACE APROXIMADAMENTE 3 MESES, SIN RETOMARLAS HASTA LA FECHA. AL EXAMEN CLÍNICO SE EVIDENCIA DIFICULTAD EN LA ARTICULACIÓN DEL LENGUAJE Y FLUIDEZ VERBAL Y LIMITACIÓN EN LA EXPRESIÓN ORAL, ACORDE A SU DIAGNÓSTICO DE BASE. AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN SE ENCUENTRA HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, EN BUEN ESTADO GENERAL. POR LO EXPUESTO, SE CONSIDERA NECESARIO RETOMAR SEGUIMIENTO ESPECIALIZADO Y SE TRAMITA REFERENCIA PARA VALORACIÓN POR PEDIATRÍA Y SUBESPECIALIDAD CORRESPONDIENTE (ENDOCRINOLOGÍA/GENÉTICA Y APOYO EN TERAPIAS DE LENGUAJE) A FIN DE CONTINUAR ESTUDIO ETIOLÓGICO Y MANEJO INTEGRAL. ASIMISMO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ANTECEDENTE DE VALORACIÓN POR ENDOCRINOLOGÍA, CON INDICACIÓN DE ESTUDIO DE BIOLOGÍA MOLECULAR Y GENÉTICA (CARIOTIPO EN SANGRE PERIFÉRICA), REALIZADO SEGÚN REFIERA MADRE, SIN RESULTADO DISPONIBLE EN ESTA UNIDAD Y SIN CONTINUIDAD DE SEGUIMIENTO. AL EXAMEN SE EVIDENCIA TRASTORNO DEL LENGUAJE EXPRESIVO CON DIFICULTAD EN ARTICULACIÓN DE PALABRAS, ACORDE A DISCAPACIDAD INTELECTUAL DEL 66%. NO SE DISPONE DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS ACTUALIZADOS.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO Y CRECIMIENTO OSEO	M892		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-20	10:12	Medicina Rural	KEILY MISHEL VILLAMIL ZAMBRANO	1313408427	 Firmado electrónicamente por: KEILY MISHEL VILLAMIL ZAMBRANO Validar únicamente con FirmaBC

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

Firmado electrónicamente por:
ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA
Validar únicamente con FirmaEC

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
2026-02-20	10:12	Medicina Rural	KEILY MISHIEL VILLAMIL ZAMBRANO	1313408427	