

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
QUILLIGANA	CAYAMBE	JEREMI SNAYDER	12	07	2016	9 años, 11 meses, 26 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1851262301	MANABI	CHONE	CANUTO	CALLE SUCRE y ATAHUALPA	099-355-3828 /
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	1851262301	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	07	08
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

ESCOLAR MASCULINO DE 9 AÑOS Y 11 MESES DE EDAD QUE ES EVALUADO POR RETRASO CRÓNICO EN EL CRECIMIENTO LINEAL . MADRE APORTA EXÁMENES EXTERNOS QUE MUESTRAN INSUFICIENCIA DE VITAMINA D (20 NG/ML) Y UN VALOR DE HORMONA DE CRECIMIENTO BASAL EXTREMADAMENTE BAJO (MENOR A 0.05 NG/ML). SI BIEN UNA SOLA DOSIFICACIÓN BASAL DE GH NO ES CONCLUSIVA POR SU CARÁCTER PULSÁTIL, LA CORRELACIÓN DIRECTA CON LA BAJA TALLA CONSTITUYE UNA SOSPECHA CLÍNICA ALTA DE TRASTORNO DEL EJE SOMATOTROPO (DEFICIENCIA DE GH). EN ESTE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN NO SE DISPONE DE CAPACIDAD RESOLUTIVA PARA LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS DE ESTÍMULO DINÁMICO (TERAPIA DE CLONIDINA/INSULINA) NI VALORACIÓN DE EDAD ÓSEA MEDIANTE RADIOGRAFÍA DE CARPO DE DETALLE. POR TAL MOTIVO, SE EMITE LA PRESENTE HOJA DE REFERENCIA CON CARÁCTER PRIORITARIO HACIA EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL SEGUNDO NIVEL CORRESPONDIENTE DE LA RED PÚBLICA DE SALUD PARA DIAGNÓSTICO DEFINITIVO Y ABORDAJE TERAPÉUTICO. SE DA CONSEJERÍA NUTRICIONAL GENERAL MIENTRAS SE CONCRETA EL TURNO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPOPITUITARISMO	E230	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-08	12:30	Medicina Rural	JORGE IGNACIO LOOR MOREIRA	1313690859	 Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: JORGE IGNACIO LOOR MOREIRA

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
2026-07-08	12:30	Medicina Rural	JORGE IGNACIO LOOR MOREIRA	1313690859	

