

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL  
CENTRO DE ESPECIALIDADES SUR OCCIDENTAL  
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

URGENTE

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno		Apellido materno		Nombres		Fecha de Nacimiento		Edad	Sexo	
ROSETO		ARTEAGA		BLANCA AURORA		02 02 1950		70	M	
Nacionalidad		País		Cédula de Ciudadanía ó Pasaporte		Lugar de residencia actual		Dirección Domicilio		Nº Telefónico
1		ECU		0400316337		CARCHI MONTUFAR		PANAMERICANA Y JULIO ANDRADE		0993540862
Ver Instructivo	Describir País	Cédula diez dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria		Convencional/Cellular		

II. REFERENCIA: 1 ☒ DERIVACIÓN: 2 ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área	
IESS	1074540	CENTRO ESPECIALIDADES SUR OCCIDENTAL		LA MAGDALENA	
Refiere o Deriva a:					
Entidad del sistema		Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad	Fecha
SOLCA		CONSULTA EXTERNA ONCOLOGIA	18	09	2020

2. Motivo de la Referencia o Derivación:

- Limitada capacidad resolutoria 1 ☐ Saturación de capacidad instalada 4 ☐  
Ausencia temporal del profesional 2 ☐ Otros /Especifique: 5 ☐  
Falta de profesional 3 ☐ NO se dispone de este servicio ☒

3. Resumen del cuadro clínico

Paciente requiere valoración y tratamiento oncológico integral. paciente que desde hace tres meses presenta males-tar abdominal, y alteración en las deposiciones, por lo que fue valorada y realizada rectosigmoidoscopia y biopsia con diagnóstico de ca de recto. ADENOCARCINOMA MODERADAMENTE DIFERENCIADO INFILTRANTE GV

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
1	CA DE RECTO	C20		X
2				

Nombre del profesional: Dr. Eddy Montalván Código MSP: 1102902622 Firma: Dr. Montalván A. Eddy

III. CONTRAREFERENCIA: 3 ☐ REFERENCIA INVERSA: 4 ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica Nro.	Establecimiento de Salud	Tipo	Servicio	Especialidad del servicio
Contrarefiere o Referencia Inversa a:					
Entidad del Sistema		Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área	Fecha
					día mes año

2. Resumen del cuadro clínico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos	

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados	

CÓDIGO:	
FECHA:	
NOMBRE DEL DERIVADOR:	

5. Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
1				
2				

6. Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad

Nombre del profesional especialista:		Código MSP:	Firma: