

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
							día	mes	año	década	siglo
Nacionalidad	País	Cédula de Ciudadanía ó Pasaporte	Lugar de residencia actual			Dirección Domicilio			Nº Telefónico		
1	ECU	0400316337	CARCHI MONTUFA			PANAMERICANA Y JULIO ANDRADE			0993540862		
Ver instructivo	Describa País	Cédula diez dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria			Con. en celular/ Celular		

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:				Fecha			
	SOLCA	CONSULTA EXTERNA	ONCOLOGÍA	18	09	2020	
Entidad del sistema	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año	

**2. Motivo de la Referencia o Derivación:**

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

### 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 rectosigmoideoscopia 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:					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

[illegible]

#### 4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados

	CODIGO: _____
	FECHA: _____
	NOMBRE DEL DERIVADOR: _____

## 5. Diagnóstico

[illegible]

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

29 SEP 2009 7:30

Nombre del profesional especialista: \_\_\_\_\_ Código MSP: \_\_\_\_\_ Firma: **FIRMA**