

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL CENTRO CLÍNICO QUIRÚRGICO AMBULATORIO HOSPITAL DEL DÍA COTOCOLLAO



FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DASTOS DEL	USUARIO/USI	UARIA	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·						
Apellido paterno		Apellido materno	Nombres	Fecha de Nacim		ento	Edad	Sexo	
PA	Z	CHANCAY	SILVIA KARINA	27	7	1987	35	F	
				dia	mes	año	L	1 H / 2-A	
Nacionalidad	Pais	Cédula de ciudadania ó pasaporte	Lugar de residen	cia actual		Dirección		N° 1etefonico	
1	ECUADOR	0802105312	l	ESMERAL 5 DE AGOST		Domiciliaria URUGUAY			
1:Fcu '2: Ext	ECUADOR	0002103312	ESMERALDAS Provincia	Cantón	Parroquia	UKU	GUAT	978782125	
II. REFERENCIA	\: 1	DERIVACIÓN: 2							
1Datos Institu	cionalos							····	
Entidad del sistema Hist, Clinica No.			Establecimiento de Sal	ito de Salud Ti		oo Distrito/Áre		istrito/Ároa	
IESS 1656756					<u> </u>				
Refiere o Deriva			a:			Fecha		~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~	
	4 - 1 - 4	5.1.1		J	1 11 4 1		l		
Entidad de		Establecimiento de Salud	Servicio	Espe	cialidad	dia	mes	âño	
2Motivo de la referencia o Derivación									
limitada capacidad resolutiva 1 Saturación de capaci Ausencia temporal de profesión 2 II Otros/Especifique						lad instal	ada	4 LJ	
	Ausencia temporal de profesión 2 🗂 Otros/Especifique Falta de profesional 3							2 [X]	
3 Resumen de	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·						ICOLOGICO INTEGRAL		
							70 1117.201		
CARCINOMA I	NFILTRANTE	DUCTAL DE MAMA IZQUIER	RDA					#/\frac{1}{2}	
, a								·	
$\tilde{q}V_{c} _{V^{2}}$									
	···	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·							
5Diagnóstico CIE							PRE	DEF	
1	CARCINOMA	INFILTRANTE DUCTAL DE I	MAMA IZQUIERDA			C502			
Nombre del			 _				<u></u>	L	
profesional	DR	. OSCAR LOPEZ	Código MSF	17150	654883	Firm			
III. CONTRAREI	ERENCIA:	3 REFERENC	IA INVERSA: 4						
1Dates Institu	cionales		L						
Entidad do		Hist. Clinica Nro Esta	ablecimiento de Salud	Tipo	Servi	cio	Especia	alidad del servic.c	
That directing Establishment of State Control 1100 State						Lapedalidad del servicio			
		Contrarefiere o Referenci	a inversa a :				Fecha		
	,	<u> </u>	<u> </u>	1			L		
Entidad del sistema Establecimiento de Salud Tipo Distrito/Área día mes							año		
2 Resumen del cuadro clínico									
·									
	······································	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·							
3 Hallazgos re	levantes de ex	ámenes y procedimientos diag	nósticos						
								· ·	
) 4 									
4 Tratamiento	y procedimien	tos terapéuticos realizados							
477 S									
			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·						
5Diagnóstico	de la Contrarel	ferencia o Referencia Inversa			CIE-1	0 PR	E	DEF	
1									
C Tratamin-t-	F066man 4-4-	n nonvig on Catablesianis d	a Caud da manan atrat de a-				l		
b Tratamiento	reconnengado	a seguir en Establecimiento d	e Jaud de menos nivel de co	ompiejioao	 				
	·····								
Nombre dol		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	Codige MSP		Firma				
profesional			g= ·····						
SNS	MSP/HCU form 053	7.Ri		8	.cu []				
		Describir codigo		Descri	bir cod-go				