

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



	FORIU	ADIO DE DESEDENDIA DE			OTOGOLI		ACT SE
I DASTOS DE	L USUARIO/US	ARIO DE REFERENCIA, DE	RIVACION, CONTRAREF	ERENCIA Y REF	ERENCIA	INVERSA	
Apellido patemo CAYO		Apellido materno	Nombres	Fecha de N	acimiento	Edad	Sexo
	110	CANDO	NORMA PATRICIA	15 3	197	1 50	М
]	 	T	g'a the)	1=H
Naciona idad	Pais	Códula de diudadania o pasaporto	Lugar de reside	ncia actual		Dirección	Nº Telefério
1	ECUADOR	1500433030	PICHINCHA	NAPO		lomicii aria	
1=Equ / 2= Ext			Provincia	Cantón Pario	nuia	QUIJOS	99496107
I. REFERENCI	A: 1	DERIVACIÓN: 2	x				
. Datos Institu	cionales	-					
Entidaç de		Hist, Clinica No.	Establecimiento de Sa		_	_	
IE:	SS	1600730	C.C.Q.A.H.D.Cotoco	llan	Tiso		strio/Area
		Refiere o Deriv	18:		<u></u>	echa 1.	7D05 / 09
Entidac do	l nintary			T		ACUS	
	n sisioma referencia o De	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad	ďa	mos	año
						***************************************	ario
	limitada capacio	lad resolutiva	1 🔲	Saturación de car	pacidad ins	talada .	(
	Falta de profesi	oral de profesión	2 Utros/Especifique				, L
. · Resumen de	cuadro clínico	Olid:	3 🔲	AMERITA TRATAMIENT INTEGRAL ONCOLOGICO			
	Cadalo Citifica	<u>, </u>					*************
CTE 49A, BIOPS	SIA DE CERVIX: C	CARCINOMA ESCAMOCELLA AO F	C 05144 40 00				
		CARCINOMA ESCAM <mark>OCELULA</mark> R D	JE CELULAS GRANDES Y PEQL	ÆÑAS , CON INVAC	ion a endo	DCERVIX	
		menes y procedimientos diag			·		
		y procedimentos diag	Jungticos			· .	
					A COUNCEST NO		
				10 170 170	FOR THON STATE OF STA	\	
	TUMOR DE CE	RVIX		CLOA KINGTO	NO. NO W	W3)	
				1	° e531		
ombre del	DPA B	AERCEDEC LEON					
ofesional		MERCEDES LEON	Código MSP	O602042855	Firma:	Λ.	1
. CONTRAREF	ERENCIA:	DEEDDENG	In thurs par			**C	<u> </u>
-Datos Instituç		AL REFERENC	IA INVERSA: 4				
Entidad dei							
11,7080 UCI	sistema -	Hist. Clinica Nro Estat	olecimiento de Saluc	<u>lipe</u> S	ervi cic	Espeda id	lad del servicio
	i_	Contrarefiero o Referencia	100			7	444 404 9017 419
		OC ITERIAL O NEIGHT CIA	urversa a :			Fecha	
Entidad def		Establecimiento de Satud	Tipo	Distrito/Area	<u></u>		
Resumen del	cuadro clinico		******	Distributed	Cia	mes	chs
							
				·			
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·							
Hallazgos rele	vantes de exán	nenes y procedimientos diagn	iósticos				
						 -	
						·· ····· ······	
i ratamiento y	procedimiento:	s terapéuticos realizados					
	·						
Nagadatia da	1- 0						
Diagnostico de	la Contraretore	encia o Roferencia Inversa		CIE	-10 PR	E DE	
						<u> </u>	
Trataminete	Omerica:					├ ──	
i i atamiento fe	comendado a s	eguir en Establecimiento de S	Saud de menos nivel de com	plejidad		<u>-</u>	
					· 		
							
YE CO					**********		·
Sional .		Co	olgo MSP	r กาง			
SAS Nec	VHCb-form 053/231	2		- 17110			
0.40.421		3 7 RJ []		6.CJ			
		Description of the		Anath Lie conige			