

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO / USUARIA

373611

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres		Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CERON	ESPINOZA	STEFAN	MAURICIO	03-06-1999			23	M
				día	mes	año	d-m-a	M/F
Nacionalidad	País	Cédula	Lugar de residencia actual		Dirección Domicilio			Teléfono
239 - ECUATORIANA	ECUADOR	1726613928	PICHINCHA	DISTRITO METROPO LIT. DE QUITO	SAN JUAN	MANUEL SALCEDO Y MONTEVIDEO		987740382
Ver instructivo	Describir País	Cédula diez dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria		Convencional / Celular

II. REFERENCIA:

DERIVACIÓN:

2 X

1. Datos Institucionales:

Entidad del Sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud		Tipo	Distrito / Área		
Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESE	1943978	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CARLOS ANDRADE MARIN		3	CZS-9		
Refiere o Deriva a:				Fecha			
				19-05-2023			
Entidad del Sistema	Establecimiento de Salud	Consulta Externa	TRAUMATOLOGIA ORTOPEdia (CE)	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la Referencia o Derivación:

Falta de Especialista

3. Resumen del cuadro clínico:

PACIENTE REFIERE QUE HACE 2 MESES SUFRE DOLOR DE MUSLO IZQ QUE ES TRATADA POR DESGARRO MUSCULAR INDICA AHORA INDICA PRESENCIA DE MASA EN TERCIO SUPERIOR Y ANTERIOR DOLOROSA A LA PALPACION. AL EXAMEN FISICO: PIERNA IZQ EN TERCIO MEDIA CARA MEDIAL PRSENCIA DE MASA DOLOROSA A LA PALPACION.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos:

RX DE FEMUR IZQ.  
NO REACCION PERIOSTICA NO LESIONES LITICAS.  
RESONANCIA MAGNETICA DE FEMUR IZQ.  
IMAGEN HIPERINTENSA EN TERCIO MEDIA CARA INTERNA DE APROX 20 CM COMPATIBLE CON SARCOMA.  
HISTOPATOLOGICO PARTICULAR.  
RABDOMIOSARCOMA ALVEOLAR  
IDG.  
RABDOMIOSARCOMA ALVEOLAR

5. Diagnóstico:

TUMOR MALIGNO DE LOS HUESOS LARGOS DEL MIEMBRO INFERIOR

Nombre del profesional: HERNANDEZ BLANQUICET HENRY

Cédula: 1714937487

Firma: G.G./RM. No. 79620602

III. CONTRAREFERENCIA:

3

REFERENCIA INVERSA:

4

1. Datos Institucionales:

Entidad del Sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud		Tipo	Especialidad del servicio		
Contrarefiere o Referencia inversa a:				Fecha			
Entidad del Sistema	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito / Área	día	mes	año	

2. Resumen del cuadro clínico:

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos:

4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados:

5. Diagnóstico:

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

Nombre del profesional:

Cédula:

Firma:  
Sello:

Servicio	Sub-Servicio	Nivel	Código	Procedimiento
Otros	Otros	Otros		TRATAMIENTO INTEGRAL ONCOLOGICO

Observaciones: