

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA  
DATOS DEL USUARIO / USUARIA

92791

|                   |                  |                     |                                |                                |   |                              |
|-------------------|------------------|---------------------|--------------------------------|--------------------------------|---|------------------------------|
| Apellido paterno  | Apellido materno | Nombres             |                                | Fecha de Nacimiento            | Edad  | Sexo                         |
| ULLOA             | ENCARNACION      | BYRON               | DARIEL                         | 22-09-2017                     | 3   | M                            |
| Nacionalidad      | País             | Cédula              | Lugar de residencia actual     |                                | Dirección Domicilio                                 | Teléfono                     |
| 239 - ECUATORIANA | ECUADOR          | 2351545898          | SANTO DOMINGO DE LOS TSACHILAS | SANTO DOMINGO DE LOS COLORADOS | SANTO DOMINGO, CALLE RIO TOACHI Y AV GRAN CALASACON | 995808525                    |
| Verificación      | Descripción      | Cédula diez dígitos | Provincia                      | Cantón                         | Parroquia   | Calle Principal y Secundaria |

|  |                          |   |             |                      |                 |   |
|--|--------------------------|---|-------------|----------------------|-----------------|---|
| II. REFERENCIA:                                |                          | 1   | DERIVACIÓN: |                      | 2               | X |
| Entidad del Sistema                            | Hist. Clínica No.        | Establecimiento de Salud                        |             | Tipo                 | Distrito / Área |   |
| Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS | 1863214                  | HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CARLOS ANDRADE MARIN |             | 3                    | CZS-9           |   |
| Refiere o Deriva a:                            |                          |   |             | Fecha                |                 |   |
| Hospitalización                                |                          |   |             | ONCOLOGIA PEDIATRICA |                 |   |
|  |                          |   |             | 28-01-2021           |                 |   |
| Entidad del Sistema                            | Establecimiento de Salud | Servicio  | Urgencia    | Ref. a:              | Ref. a:         |   |

Falta de Especialista

MADRE REFIERE QUE PACIENTE DESDE HACE APROXIMADAMENTE 4 MESES PRESENTABA CAIDAS FRECUENTES CON DOLOR ARTICULAR EN RODILLAS POSTERIOR A LO CUAL TENIA ALZAS TERMICAS NO CUANTIFICADAS QUE CEDIAN ESPONTANEAMENTE. POSTERIORMENTE PRESENTA DOLOR ARTICULAR EN MUÑECAS. BIOMETRIA CON HALLAZGOS PATOLÓGICOS. INGRESA EN ESTA INSTITUCION DONDE SE INVESTIGA TRASTORNO MIELOPROLIFERATIVO ENCONTRANDO LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA. SE DECIDE DERIVACION POR FALTA DE ESPECIALISTA.

2021/01/27 15:33

PCR-SARSCOV2.....: Negativo

INFORME DE CITOMETRIA DE FLUJO

DIAGNOSTICO:

EL TRAZADO Y FENOTIPO CORRESPONDE A UNA MUESTRA DE SANGRE PERIFERICA CON COMPROMISO CLONAL DE SERIE LINFOIDE INMADURA QUE CORRESPONDE A LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA DE PRECURSORES B ESTADIO DE MADURACION A DETERMINAR CON PANEL COMPLEMENTARIO, CON 29.31% DE BLASTOS.

\* SP: LLA B CON 29.31% BLASTOS.

2021/01/27 10:39

Leucocitos (WBC): 13.64

Hemoglobina: 9.6

Hematocrito: 27.8

Plaquetas: 88.000

Monocitos%: 21.5

Eosinófilos%: 0.3

Linfocitos %: 71.9

Neutrófilos %: 5.3

Basófilos %: 0.3

LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA [LLA]

Nombre del profesional: SIGCHO LOPEZ ELENA ISABEL

Cédula: 1716253107

Firma

Sello:

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: