



Ministerio
de Salud Pública

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CARLOS ANDRADE MARIN



FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

DATOS DEL USUARIO / USUARIA

365293

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres		Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo
ACURIO	NAVARRETE	GALO	ARIEL	07-11-2016	6	M
				día	mes	año
				d-m-a	M/F	
Nacionalidad	País	Cédula	Lugar de residencia actual		Dirección Domicilio	
239 - CUATORIANA	ECUADOR	0961155108	PICHINCHA	DISTRITO METROPO LIT. DE QUITO	CHILLOGALLO	CHILLOGALLO, CALLE NO DA MAS DARTOS
						999778834
Ver Instructivo	Describir País	Cédula diez dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria
						Convencional / Celular

I. REFERENCIA: 1 ☐ DERIVACIÓN: 2 ☒

Entidad del Sistema		Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud		Tipo	Distrito / Área
Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS		1945835	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CARLOS ANDRADE MARIN		3	CZS-9
Refiere o Deriva a:						Fecha
						10-05-2023
Entidad del Sistema	Establecimiento de Salud	Hospitalización	HEMATOLOGIA PEDIATRICA			
		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la Referencia o Derivación: Falta de Especialista

3. Resumen del cuadro clínico:

PACIENTE MASCULINO DE 6 AÑOS ACUDE POR SINTOMAS B MAS FARINGOAMIGDALITIS, EN PARACLINICOS SE EVIDENCIA HIPERLEUCOCITOSIS ASOCIADA A MONOCITOSIS, ANEMIA MODERADA NORMOCITICA NORMOCROMICA, TROMBOCITOPENIA, HALLAZGO EN FROTIS DE SANGRE PERIFERICA DE 87% DE BLASTOS, SE REALIZA CMF EN ESTA CASA DE SALUD CON DG DE LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA. SE CONTINUA TRAMITE DE DERIVACION POR FALTA DE ESPECIALISTA, HEMATOLOGO PEDIATRA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos:

EXAMENES COMPLEMENTARIOS 08/05/2023
 INR.....: 1.26
 TIEMPO DE PROTROMBINA (TP).....: 13.7
 TIEMPO DE TROMBOPLASTINA (TTP).....: 27.3
 LEUCOCITOS (WBC).....: 95.75
 HEMOGLOBINA (HGB).....: 8.2
 HEMATOCRITO (HCT).....: 24.5
 VOLUMEN CORP. MEDIO (MCV).....: 97.20
 CONC.MEDIA HEMOG.(MCH).....: 32.4
 CONC.CORP.MEDIA (MCHC) DE HEMO...: 33.3
 VOLUMEN MEDIO PLAQUETARIO(MPV)...: 8.8
 MONOCITOS.....: 50.65
 EOSINOFILOS.....: 0.41
 LINFOCITOS.....: 27.86
 NEUTROFILOS.....: 16.82
 BASOFILOS.....: 0.00
 PL. QUETAS.....: 36.000
 RECUENTO DE GLOBULOS ROJOS.....: 2.52
 MONOCITOS %.....: 52.9
 EOSINOFILOS %.....: 0.4
 LINFOCITOS %.....: 29.1
 NEUTROFILOS %.....: 17.6
 BASOFILOS %.....: 0.0

5. Diagnóstico:	CIE-10	PRE	DEF
LEUCEMIA MIELOBLASTICA AGUDA [LMA]	C920		X

Nombre del profesional: SALAZAR VEGA GRACE PAULINA

Cédula: 1718319112

Firma: Dra. Grace Salazar V.
 Sello: 101-02-17-1718319112-2
 Libro 25 Folio 6° N°148
 HEMATOLCG A
 IESS - USFQ - HCUA



Ministerio
de Salud Pública

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CARLOS ANDRADE MARÍN



II. CONTRAREFERENCIA: 3 REFERENCIA INVERSA: 4

1. Datos Institucionales:

1. Datos Institucionales:							
Entidad del Sistema	Hist. Clinica No.	Establecimiento de Salud			Tipo	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:

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		SATURACION DE CAPACIDAD INSTALADA

Observaciones:

NINGUNA