

| INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO | | | | | | | | | |
|--|---------|---|--|---------------------------------------|--|--|----------------------|--|---------------|
| FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA | | | | | | | | | |
| I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA | | | | | | | | | |
| Apellido paterno | | Apellido materno | | Nombres | | Fecha de Nacimiento | | Edad | Sexo |
| LOGACHO | | SOLIS | | PABLO DAVID | | 27 / 1 / 1949 | | 73 | 1 |
| | | | | | | <small> día mes año </small> | | <small>T-H / 2-M</small> | |
| Nacionalidad | País | Cédula de ciudadanía o pasaporte | | Lugar de residencia actual | | | Dirección Domiciliar | | n° Telefónico |
| 1 | ECUADOR | 1702506435 | | 17 / 1 / 20 | | | | | |
| <small>Referencia / Derivación</small> | | <small>Provincia</small> | | <small>Cantón</small> | | <small>Parroquia</small> | | | |
| II. REFERENCIA: 1 <input checked="" type="checkbox"/> DERIVACIÓN: 2 <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| 1.- Datos Institucionales | | | | | | | | | |
| Entidad del sistema | | Hist. Clínica No. | | Establecimiento de Salud | | Tipo | | Distrito/Área | |
| IES5 | | 148122 | | HOSPITAL SAN FRANCISCO | | II | | 2 | |
| Refiere o Deriva a: | | | | | | | | | |
| | | | | ONCOLOGIA | | 24 / 2 / 2022 | | | |
| <small>Entidad del sistema</small> | | <small>Establecimiento de Salud</small> | | <small>Servicio</small> | | <small>Especialidad</small> | | <small>Fecha</small> | |
| 2.- Motivo de la referencia o Derivación | | | | | | | | | |
| Limitada capacidad resolutiva | | | | 1 <input type="checkbox"/> | | Saturación de capacidad instalada | | | |
| Ausencia temporal de profesión | | | | 2 <input type="checkbox"/> | | Otros/Especifique | | | |
| Falta de profesional | | | | 3 <input checked="" type="checkbox"/> | | 5 <input type="checkbox"/> | | | |
| 3.- Resumen del cuadro clínico | | | | | | | | | |
| PACIENTE CON DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO DE ADENOCARCINOMA TUBULAR DE RECTO BIEN DIFERENCIADO, ADEMÁS DE ADENOMA TUBULAR CON DISPLASIA DE BAJO GRADO EN COLON ASCENDENTE SE SOLICITA MANEJO INTEGRAL POR ONCOLOGIA | | | | | | | | | |
| 4.- Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos | | | | | | | | | |
| 5.- Diagnóstico | | | | | | | | | |
| | | | | | | CIE-10 | PRE | DEF | |
| 1 TUMOR MALIGNO DE RECTO | | | | | | C20 | | | 1X |
| 2 | | | | | | | | | |
| 5 Plan de tratamiento | | | | | | | | | |
| MANEJO INTEGRAL POR ONCOLOGIA | | | | | | | | | |
| Nombre del profesional | | DR. JUIQUE ZAMAZA | | Codigo MSP | | Firma: | | | |
| III. CONTRAREFERENCIA: 3 <input type="checkbox"/> REFERENCIA INVERSA: 4 <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| 1.- Datos Institucionales | | | | | | | | | |
| Entidad del sistema | | Hist. Clínica No. | | Establecimiento de Salud | | Tipo | | Servicio | |
| | | | | | | | | | |
| Contrarefiere o Referencia inversa a: | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | Fecha | |
| | | | | | | | | <small> día mes año </small> | |
| 2.- Resumen del cuadro clínico | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 3.- Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 4.- Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 5.- Diagnóstico de la Contrareferencia o Referencia Inversa | | | | | | | | | |
| | | | | | | CIE-10 | PRE | DEF | |
| 1 | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | |
| 6.- Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menos nivel de complejidad | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Nombre del profesional | | | | Codigo MSP | | Firma: | | | |

SNE-MSP/HCU-Form 00392014
7.03 ☐ Descripción código

8.03 ☐ Descripción código