

 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Hospital del IESS Quito Sur	FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA 053		Código: IE5SHQ25-GD-RG-REF-0025	
			Versión: 02	
			Elaborado: 23/05/2018	
			Vigencia: 23/05/2020	

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno		Apellido materno		Nombres		Fecha de Nacimiento		Edad	Sexo	
Lopez		Aranda		Mariona Solita		14	10	1976	44	Femenino
						día	mes	año	1=H / 2=M	
Nacionalidad	País	Cédula de ciudadanía o pasaporte	Lugar de residencia actual		Dirección Domiciliaria		N° Telefónico			
Ecuatoriana		0603045998	Pichincha		Quito / Mariposa Real		0992020941			
1=Ext / 2=Ext			Provincia		Cantón		Parroquia			

II. REFERENCIA: 1 ☐ **DERIVACIÓN:** 2 ☐

1.- Datos Institucionales		Hist. Clínica No.		Establecimiento de Salud		Tipo		Distrito/Área	
IESS		326743		Hospital Quito Sur					
Refiere o Deriva a:									
Entidad del sistema		Establecimiento de Salud		Servicio		Especialidad		día	mes
								año	
2.- Motivo de la referencia o Derivación									
limitada capacidad resolutoria				1 <input checked="" type="checkbox"/>		Saturación de capacidad instalada		4 <input type="checkbox"/>	
Ausencia temporal de profesión				2 <input type="checkbox"/>		Otros/Especifique		5 <input type="checkbox"/>	
Falta de profesional				3 <input type="checkbox"/>					
3.- Resumen del cuadro clínico									
Paciente acude en referencia de control oncológico en el cual se realizó oftalmoscopia derecha por donde se observó lesión 3 semanas tras reporte histopatológico de carcinoma endometrial con diferenciación escamosa con estrofinación FIGO 9C2 por lo que requiere tratamiento integral oncológico.									
4.- Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos									
Histopatología reporta carcinoma endometrial.									
5.- Diagnóstico									
1		Tumor maligno del ovario		CIE-10		PRE		DEF	
2				C56.					
Nombre del profesional		Dr. Edwin Castelo		Código MSP		Firma		Dr. Edwin Castelo	

III. CONTRAREFERENCIA: 3 ☐ **REFERENCIA INVERSA:** 4 ☐

1.- Datos Institucionales		Hist. Clínica No.		Establecimiento de Salud		Tipo		Servicio		Especialidad del servicio	
Contrarefiere o Referencia inversa a:											
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.- Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados											
5.- Diagnóstico de la Contrareferencia o Referencia Inversa											
1				CIE-10		PRE		DEF			
2											
6.- Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menos nivel de complejidad											
Nombre del profesional		Código MSP		Firma							

SNS-SPHCU-form 053/2013

 1 RJ ☐

Describir código

 3 CJ ☐

Describir código