

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO / USUARIA

| | | | | | | | | |
|------------------|------------------|----------------------------------|----------------------------|---------------------|-----------|--|-------|----------------------|
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres | | Fecha de Nacimiento | | | Edad | Sexo |
| ARANDA | CUJI | ARIANA JANETH | | 12 | 2 | 1984 | 38 | F |
| | | | | día | mes | año | d-m-a | H / M |
| Nacionalidad | País | Cédula de Ciudadanía ó Pasaporte | Lugar de residencia actual | | | Dirección Domicilio | | N° Teléfono |
| Ecuatoriano | ECUADOR | 1720294873 | PICHINCHA | QUITO | -- | VICENTINA TORIBIO HIDALGO Y MELCHOR DE BENAVIDES N2060 | | 023227744 |
| Ver Instructivo | Describir País | Cédula de diez dígitos | Provincia | Cantón | Parroquia | Calle Principal y Secundaria | | Convencional/Celular |

II. REFERENCIA: 1 ☐ DERIVACIÓN: 2 ☒

1. Datos Institucionales

| | | | | | | | |
|---------------------|--------------------------|--|--------------------|-----------|---------------|-----|------|
| Entidad del sistema | Hist. Clínica No. | Establecimiento de Salud | | Tipo | Distrito/Área | | |
| ISSPOL | 1720294873 | DIRECCIÓN HOSPITALARIA QUITO-Nivel III | | Nivel III | | | |
| Refiere o Deriva a: | | | | | | | |
| | | 7. Atención integral por especialidad | CIRUGIA ONCOLOGICA | | 28 | 12 | 2022 |
| Entidad del sistema | Establecimiento de Salud | Servicio | Especialidad | | día | mes | año |

2. Motivo de la Referencia o Derivación:

| | | | |
|-----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Limitada capacidad resolutive | 1 <input type="checkbox"/> | Saturación de capacidad instalada | 4 <input checked="" type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | 2 <input type="checkbox"/> | Otros / Especifique: | 5 <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional | 3 <input type="checkbox"/> | | |

3. Resumen del cuadro clínico:

FEMENINO DE 38 AÑOS, CON ANTECEDENTES DE CESAREAS (4), NIEGA ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS, NIEGA ALERGIAS Y TRANSFUSIONES. QUIEN HACE 8 AÑOS HA SIDO DIAGNOSTICADA HIPOTIROIDISMO EN TRATAMIENTO CON LEVOTIROXINA 50 UG/D, DESDE HACE 6 AÑOS AUTODETECTA NODULOS EN CUELLO IZQUIERDO, HACE 3 AÑOS NOTA PRESENCIA DE NODULOS EN CUELLO DERECHO. SE HA REALIZADO USG DE CUELLO QUE DETECTA NODULOS TIROIDEOS Y ADENOPATIAS (IES) NO TRAE INFORMES. HACE 5 AÑOS SE HA REALIZADO BIOPSIA QUE SEGUN A PACIENTE DOCUMENTA ENFERMEDAD BENIGNA. NUEVA BIOPSIA HACE 1 AÑO 6 MESES (NUNCA RETIRO EL RESULTADO EN EL IESS). SE HA REALIZADO ULTIMA BAAF 07 DICIEMBRE 2022: CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES DR. FREDDY NICOLALDE. -EF: ECOG 0. SE PALPA TUMOR PETREO DE 3 CM EN LOBULO TIROIDEO IZQUIERDO Y TUMOR PETREO EN LOBULO IZQUIERDO DE BORDES NO BIEN DEFINIDOS, ADENOPATIAS EN NIVELES III, IV DE HASTA 2 CM DE DIAMETRO, CONGLOMERADO GANGLIONAR EN NIVELES III-IV IZQUIERDOS. DE HASTA 3 CM DE DIAMETRO. -SE TRATA DE PACIENTE FEMENINO DE 38 AÑOS CON CA PAPILAR DE TIROIDES CON METASTASIS GANGLIONARES BILATERAL, REQUIERE TRATAMIENTO QUIRURGICO: TIROIDECTOMIA TOTAL + DISECCION GANGLIONAR BILATERAL + POSTERIORMENTE TRATAMIENTO ADYUVANTE CON YODOTERAPIA. SE REQUIERE DERIVAR A LA PACIENTE A HOSPITAL CON ESPECIALIDAD EN ONCOLOGIA QUIRURGICA PARA TRATAMIENTO INTEGRAL DE ESPECIALIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos:

DERIVACION DE PACIENTE A HOSPITAL CON ESPECIALIDAD EN ONCOLOGIA PARA TRATAMIENTO INTEGRAL

Procedimientos:



Dr. Williams Arias G.
CIRUJANO GEN. : RA
CIRUJANO ONCC U. J
MSP: L3-F3-11-8
1709171472

5. Diagnóstico:

| | | | |
|---|--------|-----|-----|
| Tumor maligno de la glandula tiroides C73 | CIE-10 | PRE | DEF |
|---|--------|-----|-----|

Nombre del profesional: ARIAS GARZON WILLIAM RENE Código MSP: NO Firma: *Dr. Williams Arias G.*

III. CONTRAREFERENCIA:

3 ☐

REFERENCIA INVERSA:

4 ☐

1. Datos Institucionales

| | | | | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|------|----------|---------------------------|-----|
| Entidad del sistema | 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. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico:

| | | | |
|--|--------|-----|-----|
| | CIE-10 | PRE | DEF |
|--|--------|-----|-----|

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

Nombre del profesional especialista: Código MSP: Firma: