



Ministerio
de Salud Pública

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CARLOS ANDRADE MARIN



FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO / USUARIA

382659

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres		Fecha de Nacimiento		Edad	Sexo
SALAZAR	SALINAS	GABRIELA	FERNANDA	14-09-2020		2	F
				dia	mes	año	d-m-a M / F
Nacionalidad	País	Cédula	Lugar de residencia actual		Dirección Domicilio		Teléfono
239 - ECUATORIANA	ECUADOR	1851647998	TUNGURAHUA	AMBATO	ATOCHA (FICOA)	GUACHI GRANDE	995836363
Ver Instructivo	Describir País	Cédula diez dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional / Celular

II. REFERENCIA:

1

DERIVACIÓN:

2

X

1. Datos Institucionales:

Entidad del Sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud		Tipo	Distrito / Área	
Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS	1950343	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CARLOS ANDRADE MARIN		3	CZS-9	
Refiere o Deriva a:				Fecha		
		Hospitalización	PEDIATRIA (HO)	21-06-2023		
Entidad del Sistema	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad	dia	mes	año

2. Motivo de la Referencia o Derivación:

Falta de Especialista

3. Resumen del cuadro clínico:

MADRE REFIERE QUE HACE 1 MES, TRAS UNA CAIDA DE LA NIÑA DE SU PROPIA ALTURA, PRESENTA DECAIMIENTO, PALIDEZ GENERALIZADA, ASTENIA Y ADINAMIA, ACUDE A CENTRO DE SALUD DE AMBATO DONDE REALIZAN EXAMENES Y TRAS MOSTRAR VALORES NORMALES INDICAN QUE LA NIÑA SE ENCUENTRA ESTABLE, SIN EMBARGO LA MADRE REFIERE QUE EL CUADRO CLINICO DE SU HIJA NO MEJORABA. DESDE HACE APROXIMADAMENTE 24 HORAS, LA NIÑA PRESENTA FIEBRE NO CUANTIFICADA, POR LO QUE RECIBE IBUPROFENO, SIN MEJORIA, REALIZAN NUEVO EXAMEN DONDE PRESENTA ALTEACION DE LINEAS CELULARES POR LO QUE ACUDE POR SUS PROPIOS MEDIAS A ESTA CASA DE SALUD, SE ACTUALIZA BH CON PANCITOPENIA, POR LO QUE SE DA INGRESO PARA MANEJO INTEGRAL, PACIENTE AL MOMENTO EN CONDICIONES REGULARES, SE REQUIERE INICIO INMEDIATO DE QT, QUE REQUIERE DERIVACION POR NO CONTAR CON ESPECIALISTA PARA TRATAMIENTO INTEGRAL ONCOLOGICO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos:

2023/06/16 04:39
 ?INR.....: 1.23
 ?TIEMPO DE PROTROMBINA (TP).....: 13.4
 ?TIEMPO DE TROMBOPLASTINA (TTP).....: 31.8
 ?LEUCOCITOS (WBC).....: 3.46
 ?HEMOGLOBINA (HGB).....: 3.0
 ?HEMATOCRITO (HCT).....: 9.3
 ?VOLUMEN CORP. MEDIO (MCV).....: 77.10
 ?CONC.MEDIA HEMOG.(MCH).....: 25.2
 ?CONC.CORP.MEDIA (MCHC) DE HEMO.....: 32.7
 ?VOLUMEN MEDIO PLAQUETARIO(MPV).....: 7.9
 ?MONOCITOS.....: 0.03
 ?EOSINOFILOS.....: 0.00
 ?PLAQUETAS.....: 67.000
 CITOMETRIA DE FLUJO
 DIAGNOSTICO:
 EL TRAZADO Y FENOTIPO CORRESPONDE A UNA MUESTRA DE SANGRE PERIFERICA CON COMPROMISO CLONAL DE SERIE LINFOIDE INMADURA QUE SUGIERA LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA DE PRECURSORES B ESTADIO DE MADURACION A DETERMINAR CON PANEL COMPLEMENTARIO, CON 4.2% DE BLASTOS.
 * SP: PRESENCIA DE CELULAS CLONALES DE PRECURSORES

5. Diagnóstico:

LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA [LLA]	CIE-10	PRE	DEF
	C910		X

Nombre del profesional: SORIA SILVA JULIA EDITH

Cédula: 1708783871

Firma: *[Firma]*

Sello: *[Sello]*

HEMATOLOGIA

Libro 1 "E" Folio 4 Nº 11



III. CONTRAREFERENCIA: 3 <input type="text"/>		REFERENCIA INVERSA: 4 <input type="text"/>		
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 / 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		TRATAMIENTO INTEGRAL ONCOLOGICO
Observaciones:				