

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
ACOSTA		MUÑOZ		ANA LUCIA		22 / 12 / 1954		64	2
						día mes año			1=H / 2=M
Nacionalidad	País	Cédula de ciudadanía ó pasaporte	Lugar de residencia actual			Dirección Domiciliaria		N° Telefónico	
1	ECUADOR	1801176486	17			1		20	
1=Ecu / 2=Ext				Provincia	Cantón	Parroquia			
II. REFERENCIA:		1 <input type="checkbox"/>		DERIVACIÓN:		2 <input checked="" type="checkbox"/>			
1.- Datos Institucionales									
Entidad del sistema		Hist. Clínica No.		Establecimiento de Salud		Tipo		Distrito/Área	
IESS		492049		HOSPITAL SAN FRANCISCO		II		2	
Refiere o Deriva a :						Fecha			
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 type="checkbox"/>	
Ausencia temporal de profesión				2 <input type="checkbox"/>		Otros/Especifique		5 <input type="checkbox"/>	
Falta de profesional				X <input checked="" type="checkbox"/>					
3.- Resumen del cuadro clínico									
BIOPSIA DE CERVIX ADENOCARCINOMA MODERADAMENTE DIFERENCIADO TIPO VILLOSO INOLUCAR. PAPTEST ADENOCARCINOMA. DG ADENOCARCINOMA CERVICAL. PLAN DE TRATAMIENTO: DERIVACION PARA TRATAMIENTO DE ESPECIALIDAD ONCOLOGIA. DRA SEMANATE									
4.- Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos									
5.- Diagnóstico									
						CIE-10	PRE	DEF	
1						CANCER DE CERVIX	C630		X
3								X	
5 Plan de tratamiento									
DERIVACION PARA TRATAMIENTO DE ESPECIALIDAD ONCOLOGIA									
Nombre del profesional		DRA SEMANATE		Código MSP		Firma:		DRA. MARIA S.	
								MSP Libro 1 U	
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			
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									
						CIE-10	PRE	DEF	
1									
2									
6.- Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menos nivel de complejidad									
Nombre del profesional		Código MSP		Firma					

SNS-MSP/HCU-form 053/2014

7.RJ ☐

Describir código

8.CJ ☐

Describir código

Derivaciones ¡ Favor urgente!