HOSPITAL GENERAL IBARRA

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres	Fecha de Nacimiento (día)	(mes)	(año)	Edad (d-m-a)	Sexo (H/M)
Calvache	Benalcazar	Maria Emma	04	09	1955	66	

Nacionalidad (Ver instructivo)	País (Describir País)	Cédula de Ciudadanía ó Pasaporte (Cédula diez dígitos)	Lugar de residencia actual: Provincia	Cantón	Parroquia	Dirección Domicilio (Calle Principal y Secundaria)	Nº Telefónico (Convencional/Celular)
Ecuatoriana	Ecuador	1001008114	Imbabura	Ibarra	Alpachaca	Calle Ibarra 10-95 y Puyo	0980056915

II. REFERENCIA: 1 [ ] **DERIVACIÓN:** 2 [X]

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área
JESS	533625	Hospital General Ibarra	III	10D01

Refiere o Deriva a: Entidad del sistema	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad	Fecha: día	mes	año
RPC	Convenio			24	02	2022

2. Motivo de la Referencia o Derivación:

- Limitada capacidad resolutiva 1 [ ]
- Ausencia temporal del profesional 2 [ ]
- Falta de profesional 3 [ ]
- Saturación de capacidad instalada 4 [ ]
- Otros /Especifique: 5 [X] No contamos con especialidad

3. Resumen del cuadro clínico

Paciente acude a control con resultado de histopatologico, se realiza histerectomia supracervical Reporta: Carcinoma endometrial de celulas escamosas con compromiso hasta cervix. Parametrios libres. Valoracion y tratamiento por Oncologia

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

Histopatologico: Tumor de endometrio, carcinoma de celulas escamosas con invasión endometrial 60% y compromiso de segmento uterino inferior

5. Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
1	Tumor maligno de endometrio	C541		X
2	Carcinoma in situ del exocervix	D061		X

Nombre del profesional: Dra. M. Alejandra [illegible] T. Código MSP: [illegible] GINECOLOGIA OBSTETRICIA Firma:

III. CONTRAREFERENCIA: 3 [ ] REFERENCIA INVERSA: 4 [ ]

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica Nro.	Establecimiento de Salud	Tipo	Servicio	Especialidad del servicio

Contrarefiere o Referencia inversa a: Entidad del Sistema	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área	Fecha: 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
1				
2				

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

KARINA ELIZABETH ZAMBRANO MEDINA 23/07/2024

Nombre del profesional especialista: Código MSP: Firma:

MSP/DNEAIS/form. 053/ene/2014

7. Referencia Justificada [ ]