

**IESS**

HOSPITAL GENERAL AMBATO

**FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA****I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA**

Apellido paterno		Apellido materno		Nombres		Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
Flores		Altamirano		Diego Giovanni		08	08	1964	58	H
						dia	mes	año	d-m-a	MM
Nacionalidad	País	Cédula de Ciudadanía ó Pasaporte	Lugar de residencia actual			Dirección Domicilio			N° Telefónico	
1	Ecuador	180136 33 05	01	01	18	Ayllon y Cohn			0535256736	
Ver instructivo	Describe País	Cédula 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				
IESS	98626372	HGA	2	18 D 01				
Refiere o Deriva a:						Fecha		
Entidad del sistema		Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad	4	05	2023	
		Unidad de Mayor Complejidad	Oncológico		dia	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 del profesio	2 <input type="checkbox"/>	Otros /Especifique:	5 <input type="checkbox"/>
Falta de profesional	3 <input type="checkbox"/>	Tratamiento oncológico integral : 33203	

**3. Resumen del cuadro clínico**

Paciente que es diagnosticado de mieloma multiple acude a solicitar tratamiento de patologia indicada
---

**4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos**

Biopsia masa tumoral: Plasmocitoma - Mieloma			
Hemograma: Hemoglobina normal, plaquetas normales, leucocitos normales, sin signos de displasia mieloide			
5. Diagnóstico			
1	Mieloma multiple y tumores malignos de células plasmáticas	CIE-10	PRE
2		C900	X

Nombre del profesional: Dr. Ep. Angel Rome

Código MSP

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:						Fecha		
Entidad del Sistema		Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área		dia	mes	año

**2. Resumen del cuadro clínico**

--

**3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos**

--

**4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados**

--

**5. Diagnóstico**

1		CIE-10	PRE	DEF
2				

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

--

Nombre del profesional especialista:

Código MSP

Firma