

<b>INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL</b> <b>HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO</b>									
FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA									
<b>I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA</b>									
Apellido paterno		Apellido materno		Nombres		Fecha de Nacimiento		Edad	Sexo
LOGACHO		SOLIS		PABLO DAVID		27 / 1 / 1949		73	1
						<small>           día      mes      año         </small>		<small>T-H / 2-M</small>	
Nacionalidad	País	Cédula de ciudadanía o pasaporte		Lugar de residencia actual			Dirección Domiciliar		n° Telefónico
1	ECUADOR	1702506435		17 / 1 / 20					
<small>Referencia / Derivación</small>		<small>Provincia</small>		<small>Cantón</small>		<small>Parroquia</small>			
<b>II. REFERENCIA:</b> 1 <input checked="" type="checkbox"/> <b>DERIVACIÓN:</b> 2 <input type="checkbox"/>									
<b>1.- Datos Institucionales</b>									
Entidad del sistema		Hist. Clínica No.		Establecimiento de Salud		Tipo		Distrito/Área	
IES5		148122		HOSPITAL SAN FRANCISCO		II		2	
Refiere o Deriva a:									
				ONCOLOGIA		24 / 2 / 2022			
<small>Entidad del sistema</small>		<small>Establecimiento de Salud</small>		<small>Servicio</small>		<small>Especialidad</small>		<small>Fecha</small>	
<b>2.- Motivo de la referencia o Derivación</b>									
Limitada capacidad resolutoria				1 <input type="checkbox"/>		Saturación de capacidad instalada			
Ausencia temporal de profesión				2 <input type="checkbox"/>		Otros/Especifique			
Falta de profesional				3 <input checked="" type="checkbox"/>		5 <input type="checkbox"/>			
<b>3.- Resumen del cuadro clínico</b>									
PACIENTE CON DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO DE ADENOCARCINOMA TUBULAR DE RECTO BIEN DIFERENCIADO, ADEMÁS DE ADENOMA TUBULAR CON DISPLASIA DE BAJO GRADO EN COLON ASCENDENTE SE SOLICITA MANEJO INTEGRAL POR ONCOLOGIA									
<b>4.- Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos</b>									
<b>5.- Diagnóstico</b>									
						CIE-10	PRE	DEF	
1 TUMOR MALIGNO DE RECTO						C20			X
2									
<b>5 Plan de tratamiento</b>									
MANEJO INTEGRAL POR ONCOLOGIA									
Nombre del profesional		DR. JUIQUE ZAMAZA		Codigo MSP		Firma:			
<b>III. CONTRAREFERENCIA:</b> 3 <input type="checkbox"/> <b>REFERENCIA INVERSA:</b> 4 <input type="checkbox"/>									
<b>1.- Datos Institucionales</b>									
Entidad del sistema		Hist. Clínica No.		Establecimiento de Salud		Tipo		Servicio	
Contrarefiere o Referencia inversa a:									
								Fecha	
<small>Entidad del sistema</small>		<small>Establecimiento de Salud</small>		<small>Tipo</small>		<small>Distrito/Área</small>		<small>Fecha</small>	
<b>2.- Resumen del cuadro clínico</b>									
<b>3.- Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos</b>									
<b>4.- Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados</b>									
<b>5.- Diagnóstico de la Contrareferencia o Referencia Inversa</b>									
						CIE-10	PRE	DEF	
1									
2									
<b>6.- Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menos nivel de complejidad</b>									
Nombre del profesional				Codigo MSP		Firma			

SNE-MSP/HCU-Form 00392014  
7.03 ☐ Descripción código

8.03 ☐ Descripción código