

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**  
**FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA**

**I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA**

Apellido paterno: <b>QUEJO</b>		Apellido materno: <b>ROSA</b>		Nombres: <b>CRISTIAN DAVID</b>		Fecha de Nacimiento: <b>18/12/1975</b>		Edad: <b>45</b>		Sexo: <b>M</b>	
Nacionalidad: <b>ecuatoriano</b>	País: <b>ECUADOR</b>	Cédula de Ciudadanía o Pasaporte: <b>1212816519</b>	Lugar de residencia actual: <b>Quito</b>		Dirección Domicilio: <b>Tuza</b>		No. Telefónico:				
Ver instructivo	Descripción País:	Cédula diez dígitos:	Provincia:	Cantón:	Parroquia:	Calle Principal y Secundaria:	Convencional/Celular:				

II. REFERENCIA: 1 ☐ DERIVACIÓN: 2 ☐

**1. Datos Institucionales**

Entidad del sistema: <b>JESS</b>	Hist. Clínica No.: <b>801482</b>	Establecimiento de Salud: <b>N. Sangolquí</b>	Tipo:	Distrito/Área:
Refiere o Deriva a: <b>ONCOLOGÍA</b>				
Entidad del sistema:	Establecimiento de Salud:	Servicio:	Especialidad:	Fecha: <b>08/02/2019</b>

**2. Motivo de la Referencia o Derivación:**

- Limitada capacidad resolutive 1 ☐  
 Ausencia temporal del profesio 2 ☐  
 Falta de profesional 3 ☐

Saturación de capacidad instalada 4 ☐  
 Otros /Especifique: 5 ☐

**3. Resumen del cuadro clínico**

**POBRE PESADURA / POBRE DE PESO. OBESIDAD GRAVE.**

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

**ADENOCARCINOMA POBREMENTE DIFERENCIADO GRUPO V.**

**5. Diagnóstico:**

1	<b>TUMOR MALIGNO DEL COLON</b>	CIE-10: <b>C18.9</b>	PRE: <input type="checkbox"/>	DEF: <input type="checkbox"/>
2				

Nombre del profesional:

Código MSP:

Firma: *[Firma]*

III. CONTRAREFERENCIA: 3 ☐ REFERENCIA INVERSA: 4 ☐

**1. Datos Institucionales**

Entidad del sistema:	Hist. Clínica No.:	Establecimiento de Salud:	Tipo:	Servicio:	Especialidad del servicio:
Contrarefiere o Referencia Inversa a:					
Entidad del Sistema:	Establecimiento de Salud:	Tipo:	Distrito/Área:	Fecha: <b>01/02/2019</b>	

**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: <input type="checkbox"/>	DEF: <input type="checkbox"/>
2				

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


Nombre del profesional especialista:

Código MSP:

Firma: *[Firma]*