

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

Apellido paterno		Apellido materno		Nombres		Fecha de Nacimiento			Sexo	Estado
Caicedo		Pozo		Aida Leonor		06 09 1969			F	M
						Dia Mes Año			Varones	Mujeres
Matrónidad		Cédula de Ciudadanía o Pasaporte		Lugar de residencia actual		Dirección Domicilio			N° Telefónico	
1		Familiar 0406734910		Lubiana Nariño Nariño						
Vivienda		Calle 14		Calle 14		Calle Principal y Calles 14			Comunidad Calles 14	

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito / Área		
LES.		Hospital General Ibagua	11	10 D 01.		
Referencia o Derivación				Fecha		
RPC	Consentimiento			09	12	2020
Firma de Salud	Firma de Paciente	Firma de	Firma de			

Limitada capacidade reservada	1	X
Ausência temporal de profissional	2	
Falta de profissional	3	

Saturación de capacidad instalada 4 ☐

Otros : Especifique 5 ☐

3. Resumen del cuadro clínico

Paciente de 56 años con antecedente de masa tumoral en unión cervical lipoma + reproducción + Rx reporto adenocarcinoma de endometrio + metástasis pulmonar. Quejosa mareos en unidad de tercer nivel.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

Biopsia: adenocarcinoma recidivante

2. *torus*: nodulos radiales 5-25 mm.

5. Diagnóstico

1. Adenocarcinoma de endométrio recidivante
2. Metástasis Pulmonar

Nombre del profesional *Dr. Carlos M. M. M.*

Codig
MSP

C34.1
CARLOS MAZA RENDON
Medico Familiar
Reg. MSP: L 23 F 11

III. CONTRAREFERENCIA: 3 ☐

REFERENCIA INVERSA

1. Datos Institucionales

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

Contrareferência e Referência Inversa e.

Fecha

Number of students	Estimated number of boys	Type	Enrollment Area	Age	Sex	Age
--------------------	--------------------------	------	-----------------	-----	-----	-----

2. Resumen del cuadro clínico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

[illegible]

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

Nombre del profesional especialista:

**Código
MSP**

Firma

Referencia Justificada