

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

Apellido paterno LOPEZ DOMIN		Apellido materno MARULLO		Nombres MARIBONITA ALVARO		Fecha de Nacimiento 13 01 1973		Edad 41	Sexo F
Nacionalidad Ecuatoriano	País Ecuador	Cédula de Ciudadanía o Pasaporte 1709344873	Lugar de residencia actual		Dirección Domicilio		N° Telefónico		
Ver Instructivo	Desarrollar País	Cédula dos dígitos	Provincia	Censos	Parroquia	Calle Principal y Secundaria		Complemento/Celular	

II. REFERENCIA: 1 ☐ DERIVACIÓN: 2 ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema HUCV	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área		
------------------------------------	-------------------	--------------------------	------	---------------	--	--

Refiere o Deriva a:

Entidad del Sistema	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año
---------------------	--------------------------	----------	--------------	-----	-----	-----

2. Motivo de la Referencia o Derivación:

Limitada capacidad resolutoria ☐ Saturación de capacidad instalada ☐
Ausencia temporal del profesional ☐ Otros / Especifique: ☐
Falta de profesional ☐

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE CON HISTORIAL DE CÁNCER DE CERVIX ECITB
EF: TÚ. CERVIX TUMORAL AT+L YUCL. HISTORIAL DE CÁNCER DE CERVIX ECITB
OPORTUNO TR. POR FOMENTO IYD. FORMADO EN SU PAÍS Y EN EL EXTERNO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

BIOPSIA DE CERVIX: CARINOMA EPIDERMIOCELULAR INVASOR

5. Diagnóstico

1	TUMOR MALIGNO CERVIX.	CIE-10	PRE	DEF
2		C53		

Nombre del profesional: **DR. EDWIN GUALLASAMIN CH.** **ONCOLOGO** 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	día	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 el Establecimiento de Salud de menor nivel de atención y/o complejidad

I. E. S. S.

Nombre del profesional especialista: Código MSP: Firma: