

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

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

II. REFERENCIA: 1 ☐ DERIVACIÓN: 2 ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema <b>HUCV</b>	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 HISTORIA DE CÁNCER DE CERVIX ECITB**  
**EF: TÚ. CERVIX TUMORAL PT+L YCD. HISTORIA DE CÁNCER DE CERVIX ECITB**  
**OPORTUNO TR. POR FOMENTO IYD. FORMADO EN UN TALLER ISTANBUL.**

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

**BIOPSIA DE CERVIX: CARINOMA EPIDERMIOIDAL INVASOR**

5. Diagnóstico

1	<b>TUMOR MALIGNO CERVIX.</b>	CIE-10	PRE	DEF
2		<b>C53</b>		

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: