



## FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

## I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno		Apellido materno		Nombres		Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
POSSO		Chango		Hilda Mauel		09 05 1986			35	M
						día mes año			d-m-a	M/F
Nacionalidad	País	Cédula de Ciudadanía ó Pasaporte	Lugar de residencia actual		Dirección Domicilio			N° Telefónico		
EW	EW	1002839767	Duh Chau							
Ver Instructivo	Describir País	Cédula diez dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria			Convencional/Celular	

II. REFERENCIA: 1 ☐ DERIVACIÓN: 2 ☒

## 1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud		Tipo	Distrito/Área						
IESS	827100	Hospital General Ibarra		H	10001						
Refiere o Deriva a:						Fecha					
RPL						20 Jul 2022					
Entidad del sistema						Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

## 2. Motivo de la Referencia o Derivación:

Limitada capacidad resolutive	1 <input type="checkbox"/>	Saturación de capacidad instalada	4 <input type="checkbox"/>
Ausencia temporal del profesio	2 <input type="checkbox"/>	Otros /Especifique:	5 <input type="checkbox"/>
Falta de profesional	3 <input type="checkbox"/>		

## 3. Resumen del cuadro clínico

Me con un cuadro de carcinoma in situ de cuello de utero con un buen de especialidad por lo que se le ha indicado la unidad de ginecología para tratamiento quirúrgico

## 4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

Histopatológico de cervix 24-03-2022 carcinoma escamoso moderado sin diferenciar mayor.

## 5. Diagnóstico

1	Carcinoma in situ de cuello de utero (cervix)	CIE-10	PRE	DEF
2				

Nombre del profesional: Dr. Luis Mauel

Código MSP:

Firma

Firma Familiar

Cep. MSP: L 23. FA

III. CONTRAREFERENCIA: 3 ☐ REFERENCIA INVERSA: 4 ☒

## 1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica Nro.	Establecimiento de Salud		Tipo	Servicio	Especialidad del servicio					
Contrarefiere o Referencia Inversa a:						Fecha					
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 Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad


Nombre del profesional especialista:

Código MSP:

Firma: