



HOSPITAL

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACION, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO USUARIO

Apellidos paterno		Apellido materno		Nombres		Fecha de Nacimiento		Lugar de nacimiento	
Abadado		Chicongo		Jean Miguel		14 03 1946		LA H	
Estrato		Código de Ciudad o Población		Tipo de vivienda actual		Dirección de domicilio		N° Teléfono	
1		0003443		Inmueble		Calle Yaguajay Lot 33		04452325	

II. REFERENCIA: 1 ☐ DERIVACIÓN: 2 ☒

1. Datos Institucionales										
Entidad del sistema		Mat. Clínica No.		Establecimiento de Salud		Tipo		Distrito/Provincia		
IES		162465		Hospital IED Santa Dominga		II		27002		
Reflexión o Derivación						Fecha				
Entidad de destino		Servicio		Concepto Referencia		Motivo de Derivación		22 02 2016		
Unidad de destino		Servicio		Concepto Referencia		Motivo de Derivación		22 02 2016		
2. Motivo de la Referencia o Derivación										
Limitada capacidad instalada		1		Saturación de capacidad instalada		2				
Ausencia temporal del profesional		2		Otros / Especifique:		3				
Falta de profesional		3								
3. Resumen del cuadro clínico										
<p>RE: de 35 años de edad, que consulta con diagnóstico de leucemia linfática crónica fase III-IV, con sintomatología en Hospital IED Santa Dominga. Que en sede de la anterior consulta, por la cual consultó para el tratamiento oncológico en base al diagnóstico que sustentó la referencia.</p> <p>4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos</p> <p>Examen físico: GCS: 15/15/15, sin alteraciones vitales. Examen físico: leucemia linfática crónica fase III-IV. Hemograma: 12.000 leucocitos, 10.000 linfocitos, 10.000 monocitos, 10.000 neutrófilos, 10.000 plaquetas.</p>										
5. Diagnóstico										
1. Leucemia linfática crónica								CM-11	PRE	SEF
2. Leucemia linfática crónica								C911		X
Nombre del profesional: Dr. Juan Carlos Rodríguez										

III. CONTRAREFERENCIA	REFERENCIA INVERSA: 4
-----------------------	-----------------------

1. Datos institucionales									
Entidad del sistema		Hist. Clínico No.		Establecimiento de Salud		Tipo	Servicio	Especialidad del servicio	
Conjuguere o Referencia Inversa a:								Fecha	
Entidad de destino		Establecimiento de Salud		Tipo	Quedatarse	Da	Mes	Año	
2. Resumen del cuadro clínico									
3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos									
4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados									
5. Diagnóstico									
1							CE-10	PRE	DEF
2									
6. Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de salud de menor nivel de complejidad									
Nombre del profesional especialista:				Código			Firma:		



MARINA CLARKE
MARSHALLS ISLAND