

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CARLOS ANDRADE MARIN



FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

. DATOS DEL USUARIO / USUARIA 300133

Apellido paterno		Apellido materno		Nombres			Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo	
CUERO		PRECIADO		JERICO SIMA		SIMAO	-	25-05-2)14	8	M
								dia	mes	año	d-m-a	M/F
Nacionalidad	Pais	Cédula Lugar de residencia actual							Direcci	on Domici	lio	Teléfono
239 - SCUATORIANA	ECUADO	0850929183	PIC	HINCHA	DISTRITO METROPO LIT. DE OUITO	METROPO CALDERON(CARA LIT. DE PUNGO		VIRGEN DEL CAI		RMEN Y 12 DE OCTUBRE		997363323
Ver Instructivo	Ver Instructivo Describir Pala		36 P₁	Provincia *		Parroqu	Parroquia 3		Calle Principal y Secu		daria	Convencional /
II. REFERE	NCIA:	1	7		DERIV	ACIÓN:		7	Х	,		•
T. Datos Inst			<u>ا ح</u>	ARTICLE STATE				357	<u>**</u>		-	
Entidad del Sistema Hist. Clinica No. Establecimiento de Saluc								ıd		Tipo	Distrit	Area
Instituto Ecuatoria	no de Seguri	dad Social HESS	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CARL MARIN				RLOS AN	DRADE	3	CZ	S-9	
Refiere o Deriva a:										Fecha	100	
Control of the Contro						Hospitalización PEDIATRIA (HO)				18-11-2022		
Entidad del Sistema Establec			ento de Sa	lud	Servicio		Ē	specialidad	1	dia	mes	ano
2. Motivo de la Referencia o Derivación:												
Falta de Especialista												
3. Resumen del cuadro clínico:												
DENTRO DE P ELIMINACION POR RESECCI DE TUMOR M EMBRIONARI INDICE DE PR AUSENCIA TO	EN TRES ES PARAMETRO VES PRESEN ON DE LOE ALIGNO PO OS DE MOR OLIFERACI DTAL DE ES	SCULINO DE 8 A#OS FERAS, GLASGOW 1: DS NORMALES, SIN N ITES, DIURESIS CLAI INTRAAXIAL FRON CO DIFERENCIADO FOLOGIA SIMILAR E ON DE ESTE CASO R PECIALISTA EN ONC de exámenes y pro	NECESID RA PRES TAL IZQI DE ALTO E INCLUS ESULTO COLOGIA	FOCALIDA JAD DE OXIGENTE, AFEE UIERDO RE, D GRADO, E SIVE ADICIO ALTO(70%) A PEDIATRIO	D NEUROLOG GENO SUPLE: BRIL, SIN NEC BALIZADO EL (S NECESARIO DNAR AL MEI (DR. PORTILI 'A.	GICA, HEMODI MENTARIO. BU ESIDAD DE AI 07.10.22. LOS H DEALIZAR EI DUI OBLASTOI	NAMI JENA NTIBI IALLA L ESTI MA (A	CAMENT TOLERA! OTICO, E! AZGOS HI! UDIO DIFI	E ESTABI NCIA ORA N SEGUIN STOLOGI ERENCIA A LIBICA	LE, PRESION AL A LA DIE 41ENTO POR COS DEMUI L INCLUYEI CION ESTE	IES ARTERI. TA, L NEUROCIR ESTRAN PRE NDO TUMOI EN CONTRA	ALES UGIA SENCIA RES
BIOMETRIA HEMATICA Leucocitos (WBC) 9.62 HGB13.0 Linfocitos2.41Ncutrofilos.6.01 Plaquetas.422.000 CLORO 103 POTASIO 4.0 SODIO 139 NITROGENO UREICO EN SUERO 10 UREA SUERO 21.5 CREATININA 0.40 CROMOGRANINA H-18141-22 BCL-2 PROTEIN H-18141-22 CD-117 H-18141-22 CD 34 H-18141-22 GASOMETRIA BE -4.5 HCO3 19.3 O2SAT 68.7 PCO2 32.3 PHS 7.394 PO2 36.6 TCO2 17.0 ACIDO LACTICO 1.7 2022/11/07 INR 1.15 TP 12.6 TTP 29.7 NEUROPATOLOGIA ESTUDIO MACROSCOPICO:TUMOR FRONTAL IZQUIERDO VARIOS FRAGMENTOS IRREGULARES DE TEJIDO BLANDO, ROSADOS CON AREAS DE HEMORRAGIA. MIDEN ENTRE 0.5 Y 2CM Y EN CONJUNTO PESAN 7GRAMOS SPT3C/R4 CAROLINA GOMEZ 08/11/2022 MICROSCOPIA: NEOPLASIA MALIGNA HIPERCELULAR QUE INFILTRA EN FORMA FRANCA, ESTA CONSTITUIDA POR CELULAS GRANDES, POLIEDRICAS DE ESCASO CITOPLASMA CON ANISONUCLEOSIS, HIPERCROMASIA, ANGULACION DE BORDES NUCLEARES Y MITOSIS												
5. Diagnóstic	:: <u>-</u>									CIE-10	PRE	DEF
		IENTO INCIERTO O	DESCON	OCIDO DEL	ENCEFALO.	SUPRATENTO	RIAL			D430		X
	MOLUSCO CONTAGIOSO								B081	ring	X	
Nombre del profesional:	JARAMILI	LO TOAPANTA MAY	RA VIVI	ANA	[Cédul	17193538	39	•	Firma Sello:		PEDIA	aramillo T.
III. CONTR	AREFEI	RENCIA: 3		i	REFER	ENCIA IN	IVE	RSA:	$\overline{}$	4	- /	
1. Datos Insti			<u></u>	_			• • •		,	' L	L/38 F44	14-172
Entida	ad del Siste	ema His	t. Clínica	No.	Esta	blecimiento	de Sa	lud		Tipo	Especialidad	del servicio
	-	Contrare	fiere o	Referencia	inversa a:						Fecha	
Entidad de	el Sistema			o de Salud		ipo	Dietr	ito / Arca		dia [232
2. Resumen d			ice intricine	o de Saldo		դս լ	Distr	no/Arca	L	uia	mes	año
3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos:												
4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados:												
5. Diagnóstico:												
6. Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad:												
Nombre del profesional:					Cédula	3:			Firma_ Sello:			
Servicio	Servicio Sub-Servicio			Nivel				Código Procedimiento				
Otros		Otros	Otros		Otros				MANEJO INTEGRA ONCOLOGIA PEDIA			L POR
Observaciones	2		Her/er e	- I GUE						UNCOL	JOIN PEDIA	TRICA