



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

353057

Apellido paterno ANDRADE	Apellido materno JIMENEZ	Nombres INES GUADALUPE		Fecha de Nacimiento 12-04-1948			Edad 74	Sexo F
				día	mes	año	d-m-a	M/F
Nacionalidad 239 - CUATORIANA	País ECUADOR	Cédula 0400345518	Lugar de residencia actual PICHINCHA	DISTRITO METROPO LIT. DE QUITO	CONOCOTO		Dirección Domicilio CONOCOTO LA ARMENIA 2 CALLE 26 Y CALLE 23	
								Teléfono 097626236
Ver Instructivo	Describir País	Cédula diez dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria		Convencional Cédula

**I. REFERENCIA:** 1 ☐ **DERIVACIÓN:** 2 ☒

<b>1. Datos Institucionales:</b>				
Entidad del Sistema Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS	Hist. Clínica No. 1877320	Establecimiento de Salud HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CARLOS ANDRADE MARIN	Tipo 3	Distrito / Área CZS-9
Refiere o Deriva a:			Fecha 03-03-2023	
Entidad del Sistema	Establecimiento de Salud	Consulta Externa	TRAUMATOLOGIA ORTOPEdia (CE)	
		Servicio	Especialidad	día mes año

**2. Motivo de la Referencia o Derivación:**  
Falta de Especialista

**3. Resumen del cuadro clínico:**  
PACIENTE ADULTO MAYOR CON LESION TUMORAL MALIGNA  
REQUIERE MANEJO POR ORTOPEdia ONCOLOGIA SE REALIZA DERIVACION AL NO CONTAR CON SUBESPECIALIDAD DE TRAUMATOLOGIA ONCOLOGICA

**4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos:**  
RMN SIMPLE DE HOMBRO DERECHO: SE EVIDENCIA LESION TUMORAL EXOFITICA Y TUMOR MALIGNO DEL OMOPLATO Y DE LOS HUESOS LARGOS DEL MIEMBRO SUPERIOR  
GLENOIDES A TRAVEZ DE LA APOFISIS CORACOIDES ROTURA ESPESOR PARCIAL DE MANGUITO ROTADOR  
- HISTOPATOLOGICO BIOPSIA: CONDROSARCOMA GRADO II

**5. Diagnóstico:**  
TUMOR MALIGNO DEL OMOPLATO Y DE LOS HUESOS LARGOS DEL MIEMBRO SUPERIOR  
CIE-10: C400 PRE: DEF: X

Nombre del profesional: HERNANDEZ BLANQUICET HENRY  
Cédula: 1714937487  
Firma: [Firma]  
Sello: [Sello]

**II. CONTRAREFERENCIA:** 3 ☐ **REFERENCIA INVERSA:** 4 ☐ C.C. 79820602

<b>1. Datos Institucionales:</b>				
Entidad del Sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud	Tipo	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:**

**6. Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad:**

Nombre del profesional: Cédula: Firma: Sello:

Servicio	Sub-Servicio	Nivel	Código	Procedimiento
Otros	Otros	Otros		TRATAMIENTO ONCOLOGICO INTEGRAL

**Observaciones:**