



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO



FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre	Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo
ACOSTA	MUNOZ	MARIA LUCIA	1954	64	F
Nacionalidad	País	Cédula de ciudadanía o pasaporte	Lugar de residencia actual	Dirección Domiciliar	Nº Teléfono
Ecuador		188175480710			
Puntos: Ciudad: Provincia:					

II. REFERENCIA: 1 ☐ DERIVACIÓN: 2 ☒

1.- Datos Institucionales	Entidad del sistema	Hos. Clínico No.	Establecimiento de Salud	Tipo	Destino/Area
IESS		481043	HOSPITAL SAN FRANCISCO	B	2
Nombre a Derivar a:					
Entidad del sistema	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad	Fecha	
				da mes año	

2.- Motivo de la referencia o Derivación	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Limitada capacidad resolutiva					
Ausencia temporal de profesión					
Falta de profesional					
Saturación de capacidad instalada					
Otros/Especifique					

3.- Resumen del cuadro clínico

Historia clínica: [Redacted]

Examen físico: [Redacted]

Exámenes de laboratorio: [Redacted]

Exámenes de imagen: [Redacted]

Tratamiento: [Redacted]

Evolución: [Redacted]

4.- Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

[Redacted]

5.- Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CANCER DE CERVIX			

6.- Plan de tratamiento

DERIVACION PARA TRATAMIENTO DE ESPECIALIDAD ONCOLOGICA

Nombre del profesional: [Redacted] Código MSP: [Redacted] Firma: [Redacted]

DRA. MARIA S. [Redacted]

III. CONTRAREFERENCIA: 3 ☐ REFERENCIA INVERSA: 4 ☐

1.- Datos Institucionales	Entidad del sistema	Hos. Clínico No.	Establecimiento de Salud	Tipo	Servicio	Especialidad del servicio
Contrareferencia o Referencia Inversa a:						
Entidad del sistema	Establecimiento de Salud	Tipo	Destino/Area	Fecha		
				da mes año		

2.- Resumen del cuadro clínico

[Redacted]

3.- Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

[Redacted]

4.- Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

[Redacted]

5.- Diagnóstico de la Contrareferencia o Referencia Inversa	CIE-10	PRE	DEF

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

[Redacted]

Nombre del profesional	Código MSP	Firma



IMPRESA ALICANTO: SWS-481043-000-000004

7.50

0.00

Derivaciones i Favor urgente!