



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			
Tipo de Usuario		Profesión	Categoría	Prestación	

II. REFERENCIA: 1 ☐ DERIVACIÓN: 2 ☒

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

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

3.- Resumen del cuadro clínico

ANTECEDENTES: Hipertensión arterial, Diabetes mellitus tipo 2, Dislipidemia, Obesidad.

INTERCONSULTA: Ginecología, Oncología.

DIAGNÓSTICO: CARCINOMA DE CERVIX.

TRATAMIENTO: QUIMIOTERAPIA.

4.- Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5.- Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CANCER DE CERVIX	C53.0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

6.- Plan de tratamiento

DERIVACIÓN PARA TRATAMIENTO DE ESPECIALIDAD ONCOLÓGICA.

Nombre del profesional: DRA. MARIA S. CARRASCO

Código MSP: 10000000000000000000

Fecha: 10/05/2017

III. CONTRAREFERENCIA: 3 ☐ REFERENCIA INVERSA: 4 ☐

1.- Datos Institucionales	Entidad del sistema	Hos. Clínico No.	Establecimiento de Salud	Tipo	Servicio	Especialidad del servicio
Carácter de la Referencia Inversa a:		Fecha				
Entidad del sistema	Establecimiento de Salud	Tipo	Distribución	da	mes	año

2.- Resumen del cuadro clínico

3.- Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4.- Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5.- Diagnóstico de la Contrareferencia o Referencia Inversa	CIE-10	PRE	DEF
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Nombre del profesional

Código MSP

Fecha



IMPRESA AUTOMÁTICA: SRS-481043-00000000000000000000

7.50

8.00

Derivaciones i Favor urgente!