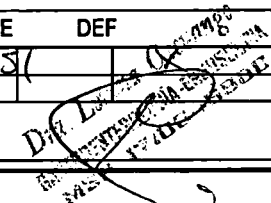
	FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA 053		Código: IESSHQ5-GD-RG-REF-005
			Versión: 02
			Elaborado: 23/05/2018
			Vigencia: 23/05/2020

I. DASTOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres	Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo
Romero	Rodriguez	Blanca Odette	30 09 1954	68	F
			día mes año	1=H / 2=M	
Nacionalidad	País	Cédula de ciudadanía ó pasaporte	Lugar de residencia actual	Dirección Domiciliaria	N° Telefónico
E	ECU	0601205599	Quito	Quito 19 / 15 de febrero	0986942929
			Provincia Cantón Parroquia		

II. REFERENCIA: 1 ☐ DERIVACIÓN: 2 ☒

1.-Datos Institucionales					
Entidad del sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área	
IESS	524670	HQ58			
Refiere o Deriva a :			Fecha		
			09 12 2027		
Entidad del sistema	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad	día	mes año
		Oncología		09	12 2027
2.-Motivo de la referencia o Derivación					
limitada capacidad resolutive		1 <input checked="" type="checkbox"/>	Saturación de capacidad instalada		4 <input type="checkbox"/>
Ausencia temporal de profesión		2 <input type="checkbox"/>	Otros/Especifique		5 <input type="checkbox"/>
Falta de profesional		3 <input type="checkbox"/>			
3.- Resumen del cuadro clínico					
Debilidad generalizada desde hace 3 semanas, desde hace 15 días dolor abdominal, distensión abdominal, náuseas que llegan al vómito. Al realizar exámenes se observan: lesión de aspecto tumoral ulcerada en cuerpo gástrico					
4.- Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos con reporte histopatológico de linfoma difuso de células grandes B, tomografía con ganglios y axilas.					
5.-Diagnóstico					
		CIE-10	PRE	DEF	
1	linfoma gástrico de células B		C85/		
2					
Nombre del profesional	Dra. Caceres	Código MSP	17106464	Firma: 	

III. CONTRAREFERENCIA: 3 ☐ REFERENCIA INVERSA: 4 ☐

1.-Datos Institucionales					
Entidad del sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud	Tipo	Servicio	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.- Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados					
5.-Diagnóstico de la Contrareferencia o Referencia Inversa					
		CIE-10	PRE	DEF	
1					
2					
6.- Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menos nivel de complejidad					
Nombre del profesional		Código MSP	Firma		

SNS-MSP/HCU-form 053/2013

7.RJ ☐

Describir código

8.CJ ☐

Describir código