

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO / USUARIA

143020

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres		Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
JIMENEZ	GUALPA	CAMILA	JULIETH	27-02-2014			7	F
				día	mes	año	d-m-a	M/F
Nacionalidad	País	Cédula	Lugar de residencia actual			Dirección Domicilio		Teléfono
ECUATORIANA	ECUADOR	0550497580	COTOPAXI	SALCEDO	SAN MIGUEL	AV VELASCO IBARRA		983332250
Var. Instrucciones	Describe País	Cédula diez dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria		Convencional / Celular

II. REFERENCIA: 1 ☐ DERIVACIÓN: 2 ☒

1. Datos Institucionales:				
Entidad del Sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito / Área
Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS	1883450	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CARLOS ANDRADE MARIN	3	CZS-9
Refiere o Deriva a:				Fecha
				11-08-2021
Entidad del Sistema	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad	día mes año

2. Motivo de la Referencia o Derivación:

Otros / Especifique SATURACION DE CAPACIDAD INSTALADA POR EMERGENCIA SANITARIA

3. Resumen del cuadro clínico:

PCTE CON TENDENCIA A LA TAQUICARDIA, SATURACIONES LIMITROFES, FEBRICULAS E INDICA ANTITERMICO, SOPORTE DE HEMODERIVADO E INICIO DE APOYO DE OXIGENO POR CANULA PARA MEJORAR SATURACION Y PERFUSION PERVIA CONSULTA CON AREA DE HEMATOLOGIA HEMODINAMIA NO SOPORTE DE AMINAS.
FC 128-130 PERCENTIL 90TA 106/6780 SISTOLICA PERCENTIL 50-75 DIASTOLICA PERCENTIL 75 MEDIA PERCENTIL 50-75 PULSOS CENTRALES Y PERFERICOS PRESENTES LLENADO CAPILAR DE 2 SEGUNDOS VENTILATORIO TORAX EXPANSIBLE RUIDOS RESPIRATORIOS PRESENTES NO ESTERTORES NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA 23 EPRECNTIL 5 OSAT 91% ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE RUIDOS HIDROAREOS PRESENTES MEGALIAS Y ADESCRITAS, METABOLICO RENAL CUMPLIENDO HIPREHIDRATACIONA 3000X M2SC, ORINAS CLARAS FUNCION RENAL CONSERVADA, INFECCIOSO IL 6 12.15 PCTO. PCTE REQUIERE DE AREA DE TERAPIA INTENSIVA ONCO-HEMATOLOGICA PEDIATRICA, LA MISMA QUE AL MOMENTOS INDISPONIBILIDAD POR LO QUE SE INICIA TRAMITE DE DERIVACION POR SATURACION DE CAPACIDAD INSTALADA POR EMERGENCIA SANITARIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos:

2021/08/10 :COVID19 RT-PCR EN TIEMPO REAL: NEGATIVO FOSFATASA-ALKALINA: 263; GGT: 111; XAMEN: COOMBS DIRECTO- COMPONENTES SANGUINEOS DILUCIONES- NEGATIVO Grupo: ABH: POSITIVO BE -4.6
HCO3: 20.602 SAT 41.3 PCO2 37.9 PH: 7.352 PO2 25.4 TCO2 48.6 INTERLEUCINA (IL-6): 12.10 PROCALCITONINA LAB CLINICO: 0.16 INR: 1.52 TIEMPO DE PROTROMBINA (TP): 16.5 TIEMPO DE TROMBOPLASTINA (TTP): 33.4 FIBRINOGENO: 327.1 FERRITINA: 267.00 DIMERO-D: 0.61 Leucocitos (WBC): 393.15 Hemoglobina (HGB): 6.3 Hematocrito (HCT): 18.9 PLAQUETAS 20.000 Linfocitos % 63.1 Neutrofilos % 0.8 LDH 2746
ULTRASONIDO
HIGADO DE TAMAÑO NORMAL, CONTORNOS REGULARES, ECOGENICIDAD HOMOGENEA NO HAY DILATACION DE LAS VIAS BILIARES, CHCMIDI 2 MM, VESICULA BILIAR CON PARED DELGADA, SIN LESIONES INTRALUMINALES, RIÑONES NORMALES, BAZO DE TAMAÑO AUMENTADO, ECOGENICIDAD HOMOGENEA (ESPLENOEGALIA) PANCREAS Y RETROPERITONEO DE CARACTERISTICAS NORMALES

5. Diagnóstico:	CIE-10	PRE	DEF
LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA (LLA)	C910	X	

Nombre del profesional: HIDALGO PALMA MARIA CRISTINA Cédula: 0502951411 Firma: Sello:

III. CONTRAREFERENCIA: 3 ☐ REFERENCIA INVERSA:

1. Datos Institucionales:

Entidad del Sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud	Tipo	Especialidad del servicio
Contrarefiere o Referencia inversa a:				
Fecha				
día mes año				
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		MANEJO INTEGRAL

Observaciones: