

FORMULARIO DE REFERENCIA, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres			Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
HERNANDEZ	OBANDO	YAHIR VICENTE			14	7	2007	12	1
					día	mes	año	d-m-a	1=H 2=M
Nacionalidad	País	Cédula de Ciudadanía o Pasaporte	Lugar de residencia actual			Dirección Domiciliaria		Teléfono	
ECUATORIANO	ECUADOR	1050167707	IMBABURA	OTAVALO	OTAVALO	OTAVALO		989905255	
ver instructivo	describir país	cédula diez dígitos	Provincia	Cantón		Calle principal y secundaria		Convencional/Celular	

II. REFERENCIA: 1 ☐ DERIVACION: 2 ☒

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Historia clínica No.	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área		
PRIVADA	252710	SOLCA QUITO	HE	17D03		
Refiere o Deriva a:				Fecha		
Entidad del sistema	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad	10	9	2019
				día	mes	año

2. Motivo de la Referencia o Derivación

Limitada capacidad resolutoria	1 <input type="checkbox"/>	Saturación de capacidad instalada	4 <input type="checkbox"/>
Ausencia temporal del profesional	2 <input type="checkbox"/>	Otros/Especifique	5 <input type="checkbox"/>
Falta de Profesional	3 <input type="checkbox"/>		

3. Resumen del cuadro clínico.

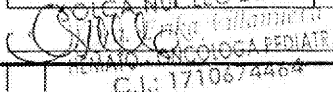
PACIENTE MASCULINO DE 12 AÑOS DE EDAD, INGRESADO A ESTA CASA DE SALUD DESDE EL 09/09/2019, CON DIAGNOSTICO DE LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA. INGRESA PARA RECIBIR QUIMIOTERAPIA DE INDUCCION Y MANEJO ONCOLOGICO INTEGRAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

09/09/2019 LEUCOS 35.300 NAB: 10.272 HB: 11.8 HCTO: 34.3% POTS: 42000 TP: 11.45 INR: 1 CREA: 0.55 AC: URICO: 4.9 NA: 142, K: 3.6 CL: 105, P: 4.25

5. Diagnóstico

1	LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA	CIE-10	PRE	DEF
2		C91.0		X

Nombre del profesional: DRA VILLANUEVA Código MSP: 9298 Firma:  C.I.: 1710674464

III. CONTRAREFERENCIA: 3 ☐ REFERENCIA INVERSA: 4 ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica Nro.	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

1		CIE-10	PRE	DEF
2				

6. Tratamiento recomendado a seguir en el establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

Nombre del profesional: Código MSP: Firma: