



FORMULARIO DE REFERENCIA, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
YACELGA	DIAZ	LUIS ENRIQUE	20	7	2018	1 MES	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
ECUATORIANA	ECUADOR	1758905648	PICHINCHA	QUITO	ATACUCHO	CALLE Oe17 Y ZULEMA BLACIO	981488343
ver instructivo	describir país	cédula diez dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle principal y secundaria	Convencional/Ce lular

II. REFERENCIA: 1 ☒ DERIVACION: 2 ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Historia clínica No.	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Area		
MSP	1758905648	Hospital Pediátrico Baca Ortiz	HE	17D05		
Refiere o Deriva a:						Fecha
						10 9 2018
Entidad del sistema	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la Referencia o Derivación

Limitada capacidad resolutive 1 ☒ Saturación de capacidad instalada 4 ☐
Ausencia temporal del profesional 2 ☐ Otros/Especifique 5 ☒
Falta de Profesional 3 ☐ TRANSFERENCIA A OTRA CASA DE SALUD

3. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO.

PACIENTE DE 1 MES DE EDAD QUE PRESENTA ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES DE MAMA Y HERMANA PORTADORA DE RETINOBLASTOMA BILATERAL ACTUALMENTE HERMANA DE 4 AÑOS EN TRATAMIENTO EN SOLCA (ENUCLEACION BILATERAL) POR DICHO DIAGNOSTICO. PACIENTE REFERIDO DEL HOSPITAL METROPOLITANO CON DIAGNOSTICO DE RETINOBLASTOMA BILATERAL QUE FUE EVALUADO POR OFTALMOLOGIA PEDIATRICA QUIEN CERTIFICA AQUEL DIAGNOSTICO CORROBORADO AL EXAMEN FISICO EVIDENCIANDOSE EN EL FONDO DE OJO: OJO DERECHO LESION PEQUEÑA PERIFERICA, OJO IZQUIERDO 3 LESIONES, LAS DOS QUE COMPROMETEN RETINA NASAL PROXIMA AL NERVIÓ OPTICO Y LA OTRA EN ARCADA TEMPORAL INFERIOR; SEGUN REFIERE LA MADRE HA ESTADO RECIBIENDO TRATAMIENTO CON LASER TERAPIA EN HOSPITAL METROPOLITANO. POSTERIOR A TRANSFERENCIA SE SOLICITO NUEVA VALORACION OFTALMOLOGICA EN ESTA INSTITUCION DONDE SE CONFIRMA EL DIAGNOSTICO YA MENCIONADO, ADEMAS POR SER UNA LESION PEQUEÑA Y TENER CRITERIO DE CONSERVACION DE LA VISION DE AMBOS OJOS VA A REQUERIR TRATAMIENTO CON LASERTERAPIA Y SEGUIMIENTO CON RETINOLOGO PEDIATRA CON EXPERIENCIA EN TRATAMIENTO EN ELLO, Y VALORACIONES MULTIDISCIPLINARIAS COMPRENDIDOS ENTRE OFTALMOLOGOS CLINICOS, ONCOLOGOS PEDIATRAS Y RETINOLOGOS ESTOS ULTIMOS NO CONSTAMOS EN ESTA INSTITUCION Y SE SOLICITA TRANSFERENCIA A OTRA CASA DE SALUD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

6-8-2018 FONDO DE OJO: OJO DERECHO : SIN LESIONES
OJO IZQUIERDO: 3 LESIONES LAS DOS QUE COMPROMETEN RETINA NASAL PROXIMA AL NERVIÓ OPTICO Y LA OTRA EN ARCADA TEMPORAL INFERIOR

5. Diagnóstico

1	RETINOBLASTOMA BILATERAL	CIE-10	PRE	DEF
		C69.2		X

Nombre del profesional: DRA. YARENNYS HERRERA

Código
MSP:

Firma:

Dra. Yarennys Herrera
Esp: Oncología Pediátrica
R: 1411322

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/Area		
			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: