	Hospital del IESS Quito Sur	INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL HOSPITAL IESS QUITO SUR	Código: IESSHQ5-GD-RG-REF-005 Versión: 01 Elaborado: 07/12/2017 Vigencia: 07/12/2021
	FORMULARIO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA 053		
	I. DASTOS DEL USUARIO/USUARIA		

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres	Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo
VINUEZA	PONCE	GISELA JAQUELINE	17 / 9 / 1977	45	FEMENINO
Nacionalidad	Pais	Cédula de ciudadanía o pasaporte	Lugar de residencia actual	Dirección Domiciliaria	N° Telefonico
1	1	1713902466	QUITO	CUMBAYA	0981536343
1= Ecu. 2= Ext.		Provincia	Canton	Parroquia	

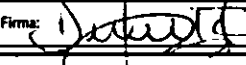
II. REFERENCIA: 1 ☐ DERIVACIÓN: 2 ☒

1.- Datos Institucionales					
Entidad del sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área	
IESS	535672	IESS QUITO SUR	II	17	
Refiere o Deriva a:					
		CONSULTA EXTERNA	ONCOLOGIA	10 / 2 / 2023	
Entidad del sistema	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad	dia	mes

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

3.- Resumen del cuadro clínico					
P. ARNOF. 58Y. 100%. ECOGRAFIJA MAMARIA BRADS NC. ECOGRAFIJA AXILAR IZQUIERDA OSTEOSCLEROTICAS - 07/01/2023. BRADS NC. BIOPSIM CORE DE MAMA IZQUIERDA - BIOMED - 30/01/2023 CARCINOMA MEDULAR INVASION VASCULAR Y PERINEURAL NO IDENTIFICADA NO SE REALIZA INMUNOHISTOQUIMICA. PUNCIÓN DE ADENOPATIA AXILAR IZQUIERDA - BIOMED - 21/01/2023 COMPATIBLE CON CARCINOMA METASTASICO POR LO QUE SE REQUIERE DERIVACION A TERCER NIVEL PARA TRATAMIENTO ONCOLOGICO INTEGRAL					

4.- Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos					
PACIENTE ESTABLE REQUIERE DERIVACION A TERCER NIVEL PARA TRATAMIENTO ONCOLOGICO INTEGRAL					

5.- Diagnóstico					
CIE-10	PRE	DEF			
1 TUMOR MALIGNO DE LA MAMA	IC509				X
2					
Nombre del profesional		DRA. DIANA CARRION		Código MSP	Firma: 

III. CONTRAREFERENCIA: ☐ REFERENCIA INVERSA: ☐

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	dia	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	

SAS-MSP/ICU-form 053/2013

7 RJ ☐

Descollar código

8 CJ ☐

Descollar código

Dra. Diana Carrion F.
 GINECOLOGO - OBSTETRA
 MASTÓLOGA
 REG. SENFCYT N° 724115927