

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
madri?	García	Dubraska Maria	19	04	1986	36	M
			día	mes	año	d-m-a	H/M
Nacionalidad	País	Cédula de Ciudadanía o Pasaporte	Lugar de residencia actual			Dirección Domicilio	
Venezolana	Venezuela	1757614563	Richard	Quito	Comuna	La Comuna	
Var instructivo	Describir País	Cédula diez dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle principal y secundaria	
						N° Telefónico	
						098787733	
						Convencional/Celular	

II. REFERENCIA: 1 ☐ DERIVACIÓN 2 ☐

1. Datos Institucionales	
Entidad del sistema	Hist. Clínica No.
Ministerio Salud Pública	633266
Establecimiento de Salud	Tipo
Fabio Arturo Suarez	II
Distrito/Área	
1700319	
Refiere o Deriva a:	
Fecha	
15 06 2022	
Entidad del Sistema	Establecimiento de Salud
Servicio	Especialidad
2. Motivo de la Referencia o Derivación:	
Limitada capacidad resolutive 1 <input type="checkbox"/>	Saturación de capacidad instalada 4 <input type="checkbox"/>
Ausencia temporal del profesional 2 <input type="checkbox"/>	Otros /Especifique: 5 <input checked="" type="checkbox"/>
Falta de profesional 3 <input type="checkbox"/>	Requiere tratamiento oncológico integral
3. Resumen del cuadro clínico	
Paciente con cuadro de disnea, astenia, hiporexia, petequias, en paradiagnosica se evidencia pancitopenia, sangre periferica 7% de blastos, sin necesidad transfusional.	
4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos	
31/05/2022: Médula ósea 72.9% blastos de estirpe Linfocida.	
Citometria de flujo: Presencia 80% blastos tipo L1	
5. Diagnóstico	
CIE-10	PRE
DEF	
1	Leucemia Linfoblástica aguda
2	
Nombre del profesional: Dr. Carranza	
Código MSP:	Firma:
1310491939	Dr. Jhonny Carranza

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. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados	
5. Diagnóstico	
CIE-10	PRE
DEF	
1	
2	
6. Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad	
Nombre del profesional especialista:	
Código MSP:	Firma: