

FORMULARIO DE REFERENCIA, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DEFASS	CHANATASIG	MATEO ALEJANDRO	4	1	2020	4M	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	551138811	COTOPAXI	LATAACUNGA	LATAACUNGA	BARRIO ISIMBA	987874145
ver instructivo	describir país	cédula diez dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	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	257060	SOLCA QUITO	HE	17D03		
Refiere o Deriva a:				Fecha		
				13	1	2020
				día	mes	año
Entidad del sistema	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad			

2. Motivo de la Referencia o Derivación

Limitada capacidad resolutoria 1 ☐
 Ausencia temporal del profesional 2 ☐
 Falta de Profesional 3 ☐

Saturación de capacidad instalada 4 ☐
 Otros/Especifique 5 ☒
 TRATAMIENTO INTEGRAL

3. Resumen del cuadro clínico.

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE BRILLO EXTRAÑO EN OJO IZQUIERDO, POR LO CUAL FUE VALORADO POR OFTALMOLOGA, QUIEN REFIERE PROBABLE RETINOBLASTOMA EN OJO IZQUIERDO A DESCARTAR EN OJO DERECHO, POR LO QUE FUE INGRESADO A ESTE HOSPITAL EL 16 DE ABRIL, SE REALIZARON ESTUDIOS DE DIAGNOSTICO QUE REPORTARON: RMN DE CEREBRO Y ORBITAS 23/4/20 LESIÓN INTRAOCULAR DEL SEGMENTO POSTERIOR DEL OJO IZQUIERDO CON APARENTE EXTENSIÓN LEVE A LA GRASA INTRAOCULAR, SUGIERE EN PRIMER TÉRMINO RETINOBLASTOMA + RMN CEREBRO DENTRO DE PARAMETROS NORMALES, POR LO CUAL SE INICIO MANEJO ONCOLÓGICO ACTIVO CON QUIMIOTERAPIA. EL PACIENTE REQUIERE AMPLIACIÓN DE CONVENIO PARA TRATAMIENTO INTEGRAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
1	RETINOBLASTOMA	C69.2		X
2				
Nombre del profesional: DRA JARAMILLO / MD ESCOBAR		Código MSP: C.I.: 1720071966	Firma: <i>[Firma]</i>	

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		CIE-10	PRE	DEF
1				
2				

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

Nombre del profesional: _____ Código MSP: _____ Firma: _____