

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres		Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR		BARBE		PAZID GEBERTO		23	11	1950	67	M
Nacionalidad		Pais	Cédula de Ciudadanía o Pasaporte	Lugar de residencia actual		Dirección Domicilio			N° Telefónico	
Ecuatoriano		Ecuador	1301567340	Munubi Chone BOLINA		El recuerdo // Miguel Paria			0980993500	
Ver Instructivo	Describe país	Cédula (diez dígitos)	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria			Convencional/Celular	

II. REFERENCIA: 1 ☒ DERIVACIÓN: 2 ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica N°	Establecimiento de Salud		Tipo	Distrito / Área		
Salca	245224	Salca					
Refiere o Deriva a:							
Entidad del sistema		Establecimiento de Salud		Servicio	Especialidad	Fecha	
TESS				Oncología	Oncología	30	08
						día	mes
						año	18

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 checked="" type="checkbox"/>
Falta de profesional	3 <input type="checkbox"/>	Paciente Tiene Seguro Social	

3. Resumen del cuadro clínico

paciente que en chequeo oncologico se diagnostica de adenocarcinoma Gástrico moderadamente diferenciado

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

Anemia Hb 8.2 g/dl
Biopsia Gástrica Adenocarcinoma Moderadamente Diferenciado

5. Diagnóstico

	CIE-10	PRE	DEF
1 Tumor maligno de estomago	C16.9		X
2 Anemia	D91		X

Nombre del profesional: Dr. Robinson Peña Alvar
Código MSP: 16864117
Firma: Dr. Robinson Peña Alvar
MSP Reg: 16864117
DNI: 17-03-01169

III. CONTRAREFERENCIA: 3 ☐ REFERENCIA INVERSA: 4 ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica N°	Establecimiento de Salud		Tipo	Servicio	Especialidad del servicio	
Contrarefiere o Referencia Inversa a:							
Entidad del sistema		Establecimiento de Salud		Tipo	Distrito / Área		Fecha
							día mes año

2. Resumen del cuadro clínico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados

	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: