



Hospital del IESS
Quito Sur

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL IESS QUITO SUR

Código: IESSHQ-GD-RG-REF-005

Versión: 01

Elaborado: 07/12/2017

Vigencia: 07/12/2021

FORMULARIO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA 053

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SALAZAR	MORAN	FANNY ESTHER	26	5	1965	57	FEMENINO
			dia	mes	año	1=H / 2=M	
Nacionalidad	País	Cédula de ciudadanía ó pasaporte	Lugar de residencia actual			Dirección Domiciliaria	N° Telefónico
1	1	1708744774	QUITO			PICHINCHA	0984866738
1=Ecu / 2=Ext			Provincia	Cantón	Parroquia		

II. REFERENCIA: 1 ☐ DERIVACIÓN: 2 ☒

1.-Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área		
IESS	138333	IESS QUITO SUR	II	17		
Refiere o Deriva a:				Fecha		
		IMAGENOLOGIA		2	5	2023
				dia	mes	año

2.-Motivo de la referencia o Derivación

limitada capacidad resolutive 1 ☒ Saturación de capacidad instalada 4 ☐
Ausencia temporal de profesión 2 Otros/Especifique 5 X
Falta de profesional 3 ☐

3.- Resumen del cuadro clínico

KARNOFKY 100% MAMOGRAFIA BRADS IVA SE REALIZA FOCALIZACION DE MAMA IZQUIERDA SE IDENTIFICAN MICROCALCIFICACIONES AGRUPADAS SEGMENTARIAS, AMORFAS, INDISTINTAS Y HETEROGENEAS GROSERAS, BORDES MAL DEFINIDOS, IRREGULARES, IMPRESIONAN UBICARSE EN CUADRANTE SUPERIOREXTERNO DE MAMA IZQUIERDA, DE MEDIANA Y ALTA DENSIDAD, CON SOSPECHA INTERMEDIA. NO SE DISPONEN DE ESTUDIOS ANTERIORES PARA LOS FINES COMPARATIVOS.
CONCLUSION: BRADS 4B. POR LO QUE REQUIERE DERIVACION PARA REALIZAR BIOPSIA ESTEREOTAXICA DE MAMA IZQUIERDA.

4.- Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE ESTABLE REQUIERE DERIVACION PARA REALIZAR BIOPSIA ESTEREOTAXICA DE MAMA IZQUIERDA.

5.-Diagnóstico

	CIE-10	PRE	DEF
1 TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO DE MAMA	D486		X
2			
Nombre del profesional	DRA. DIANA CARRION	Código MSP	Firma:

III. CONTRAREFERENCIA: ☐ REFERENCIA INVERSA: ☐

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	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

SNS-MSP/HCU-form 053/2013

7.RJ ☐

Describir código

8.CJ ☐

Describir código

Dra. Diana Carrion F
Médico/a - Ginecología y Obstetricia
Mastóloga
0911 777 777 777