

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR									
FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA									
<b>I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA</b>									
Apellido paterno		Apellido materno		Nombres		Fecha de Nacimiento		Edad	Sexo
COFO		TOURIZ		MAGALI LORRAINE		1 12 1962		60	2
						dia mes año		1=H / 2=M	
Nacionalidad	País	Cédula de ciudadanía ó pasaporte		Lugar de residencia actual		Dirección Domiciliaria		N° Telefonico	
1	1	0908455852		17		PUENTE 2		958614051	
1=Ecu / 2=Ex		Provincia		Canton		Parroquia			
<b>II. REFERENCIA:</b> <input type="checkbox"/> <b>DERIVACIÓN:</b> 2 <input type="checkbox"/>									
<b>1.- Datos Institucionales</b>									
Entidad del sistema		Hist. Clínica No.		Establecimiento de Salud		Tipo		Distrito/Área	
PRIVADA		293046		SOLCA				2	
Refiere o Deriva a:									
		ATENCIÓN INTEGRAL POR ESPECIALIDAD		CIRUGIA		3		8 2022	
Entidad del sistema		Establecimiento de Salud		Servicio		Especialidad		Fecha	
								dia mes año	
<b>2.- Motivo de la referencia o Derivación</b>									
limitada capacidad resolutive				1 <input type="checkbox"/>		Saturación de capacidad instalada			
Ausencia temporal de profesión				2 <input type="checkbox"/>		Otros/Especifique			
Falta de profesional				3 <input type="checkbox"/>		5 X			
TRATAMIENTO INTEGRAL ONCOLÓGICO									
<b>3.- Resumen del cuadro clínico</b>									
PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE CANCER DE MAMA EC IV (A CONFIRMAR) SOMETIDA A CORE BIOPSIA QUE CONFIRMA DIAGNOSTICO.									
<b>4.- Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos</b>									
19/07/2022: PROCEDIMIENTO: BIOPSIA CORE DE MAMA, LATERALIDAD: IZQUIERDA, SITIO DEL TUMOR: CUADRANTE SUPERO EXTERNO, TIPO HISTOLOGICO: CARCINOMA DUCTAL INFLTRANTE CON CELULAS EN ANILLO DE SELLO. GRADO HISTOLOGICO: NOTTINGHAM.									
<b>5.- Diagnóstico</b>									
		CIE-10		PRE		DEF			
1		CANCER DE MAMA				C 50		X	
2									
<b>5 Plan de tratamiento</b>									
TRATAMIENTO ONCOLÓGICO INTEGRAL									
		DR. PATRICIO PERALTA		Código MSP		Firma:		Dr. Patricio Peralta	
<b>III. CONTRAREFERENCIA:</b> 3 <input type="checkbox"/> <b>REFERENCIA INVERSA:</b> 4 <input type="checkbox"/>									
<b>1.- Datos Institucionales</b>									
Entidad del sistema		Hist. Clínica Nro		Establecimiento de Salud		Tipo		Servicio	
Contrarefiere o Referencia inversa a:									
								Fecha	
								dia mes año	
<b>2.- Resumen del cuadro clínico</b>									
<b>3.- Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos</b>									
ADADAD									
<b>4.- Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados</b>									
<b>5.- Diagnóstico de la Contrareferencia o Referencia Inversa</b>									
		CIE-10		PRE		DEF			
1									
2									
<b>6.- Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menos nivel de complejidad</b>									
Nombre del profesional		Codigo MSP		Firma					
SNS-MSP HCU-form 053/2014									
7 FJ <input type="checkbox"/>		R.CJ <input type="checkbox"/>		Describir código		Describir código			