

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno <i>Baracaz</i>		Apellido Materno <i>Lalajo</i>		Nombres <i>Gloria Cecilia</i>		Fecha de Nacimiento <i>03/03/1986</i>		Edad <i>28</i>	Sexo <i>M</i>
Nacionalidad <i>Ecuatoriana</i>	País <i>Ecuador</i>	Cédula de Ciudadanía o Pasaporte <i>1704525292</i>	Lugar de residencia actual <i>Barrio La Florida</i>		Dirección Domicilio <i>Tierras de Barro y E/ Dña</i>		N° Telefónico <i>4518930</i>		
Ver Instructivo	Describir 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	
Refiere o Deriva a:						
				Fecha		
Entidad del sistema	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año
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: <i>Tratamiento Integral</i>		5 <input type="checkbox"/>		
Falta de profesional 3 <input type="checkbox"/>						
3. Resumen del cuadro clínico						
<i>Enfermedad maligna de E.C. y Metastásis: DISEÑOS IV C. Carcinoma ductal infiltrante moderadamente diferenciado. Recidiva regional de E.C. y Metastásis: HEPAR, OVARIO, PULMÓN, RIÑÓN, etc.</i>						
4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos						
<i>TAC Corporal. Negativo. No detecta lesiones de 2.5 cm. Ni la con ganglios de un centímetro. T2 N1. E.C. II B.</i>						
5. Diagnóstico				CIE-10	PRE	DEF
1	<i>Cáncer de Mama Derecho E.C. II B.</i>			<i>C50.9</i>		
2						
Nombre del profesional: <i>Victor Jimenez</i>				Código MSP: <i>SOLCA NUCLEO DE QUITO Dr. Victor Jimenez I. CIRUJANO ONCOLOGO MSP:170305500</i>	Firma: <i>SOLCA NUCLEO DE QUITO Dr. Victor Jimenez I. CIRUJANO ONCOLOGO MSP:170305500</i>	

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:						
				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:	