



Ministerio
de Salud Pública

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
CENTRO CLÍNICO QUIRÚRGICO AMBULATORIO HOSPITAL DEL DÍA COTOCOLLAO



FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENA	RUANO	GRACIELA ESPERANZA	30	6	1960	62	F
			dia	mes	año	1=H / 2=M	
Nacionalidad	País	Cédula de ciudadanía o pasaporte	Lugar de residencia actual			Dirección Domiciliaria	TELÉFONO
1	ECUADOR	1706811245	IMBABURA	IBARRA	IBARRA	990111035	
1=Ecu / 2=Ext			Provincia	Cantón	Parroquia		

II. REFERENCIA: 1 ☐ DERIVACIÓN: 2 ☒

1.- Datos Institucionales		Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área	
Entidad del sistema	IESS	105689	C.C.Q.A.H.D. Cotacollao	II	17D05 / 09	
Refiere o Deriva a :						
Entidad del sistema	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad	dia	mes	año
2.- Motivo de la referencia o Derivación						
limitada capacidad resolutive		1 <input checked="" type="checkbox"/>	Saturación de capacidad instalada		4 <input type="checkbox"/>	
Ausencia temporal de profesión		2 <input type="checkbox"/>	Otros/Especifique		5 <input checked="" type="checkbox"/>	
Falta de profesional		3 <input type="checkbox"/>	AMERITA TRATAMIENTO ONCOLOGICO INTEGRAL			
3.- Resumen del cuadro clínico						
BIOPSIA DE MAMA: CARCINOMA INFILTRANTE DUCTAL, LA PCTE AMERITA TRATAMIENTO ONCOLOGICO INTEGRAL						
5.- Diagnóstico						
1	CANCER DE MAMA		CIE-10	PRE	DEF	
2			C509			
Nombre del profesional	DRA. MERCEDES LEON		Código MSP	0602042855		
			Firma:	Dra. Leon		

III. CONTRAREFERENCIA: 3 ☐ REFERENCIA INVERSA: 4 ☐

1.- Datos Institucionales		Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud	Tipo	Servicio	Especialidad del servicio
Entidad del sistema						
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		