HOSPITAL IESS
SANTO DOMINGO DE LOS TSACHILAS

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres	Fecha de Nacimiento (día mes año)	Edad	Sexo
Abaunza	Catucuango	Jean Miguel	14 03 1996	19	H

Nacionalidad	País	Cédula de Ciudadanía o Pasaporte	Lugar de residencia actual			Dirección de Domicilio	N° Teléfonos
1	Ecuador	0923547-1	Tungurahua	Shuaqo	Quero	Calle Yacuqay L235	0993929207

II. REFERENCIA: 1 [ ] DERIVACIÓN: 2 [X]

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área
IESS	162668	Hospital IESS Santo Domingo	II	23D02

Referre o Derive a:

Entidad del sistema	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad	Fecha día	mes	año
	Solca	Consulta Externa	Oncología	22	02	2016

2. Motivo de la Referencia o Derivación

- Limitada capacidad resolutiva 1 [X]
- Ausencia temporal del profesio 2 [ ]
- Falta de profesional 3 [ ]
- Saturación de capacidad instalada 4 [ ]
- Otros / Especifique 5 [ ]

3. Resumen del cuadro clínico

RE de 19 años de edad que acude con Diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Crónica hace 10 años que recibe tratamiento en Hospital IESS Santo Domingo, que no cuenta con la oncóloga para este tratamiento especializado en Tercer nivel debido a que requiere la referencia.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

Inmunofenotipaje: CD34, CD45/CD19 de muestra sangre tomada: Leucemia Linfoblástica Crónica Cel. Bandas: 2%, Neutrófilos: 1%, Linfocitos: 97%, Leucocitos: 100%, Hemoglobina: 12.5, Hematocrito: 37%, Plaquetas: 150.000

5. Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
1 Leucemia Linfoblástica Crónica	C911		X
2			

Nombre del profesional: Dra. Julia B. Andino R. Código MSP: Firma:

III. CONTRAREFERENCIA: 3 [ ] REFERENCIA INVERSA: 4 [ ]

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica Nro.	Establecimiento de Salud	Tipo	Servicio	Especialidad del servicio

Contrareferre 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

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: