



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
NAVARRETE	PEÑAFIEL	MARTHA VIOLETA	12	12	1944	77	2
			dia	mes	año	1=H / 2=M	
Nacionalidad	País	Cédula de ciudadanía ó pasaporte	Lugar de residencia actual			Dirección Domiciliaria	N° Telefónico
1	ECUADOR	1700019399	PICHINCHA	QUITO	COTOCOLLAO		
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	968789	C.C.Q.A.H.D.Cotocollao	II	17D05 / 09
Refiere o Deriva a:			Fecha	
Entidad del sistema	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad	dia mes año

2.- Motivo de la referencia o Derivación

limitada capacidad resolutoria
Ausencia temporal de profesión
Falta de profesional

1 ☒
2 ☒
3 ☐

Saturación de capacidad instalada
Otros/Especifique

4 ☐
5 ☐

TRATAMIENTO ONCOLOGICA INTEGRAL

3.- Resumen del cuadro clínico

PACIENTE CON CA DE RECTO, MAS NODULOS SOLIDOS EN PULMON MAS GANGLIOS PERIRECTALES Y ADENOPATIA CERVICALES Y RETROPERITONEALES

4.- Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5.- Diagnóstico

1	TUMOR MALIGNO DEL RECTO	CIE-10	PRE	DEF
2		C20		
Nombre del profesional	DRA. FIGUEROA	Código MSP	1103615637	Firma:

III. CONTRAREFERENCIA: 3 ☐ REFERENCIA INVERSA: 4 ☐

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

1		CIE-10	PRE	DEF
2				

6.- Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menos nivel de complejidad

Nombre del profesional	Código MSP	Firma
------------------------	------------	-------