

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno		Apellido materno		Nombres		Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
IZA		ZAPATA		MILTON RAMON		26	5	60	59	M
						dia	mes	año	d-m-a	M
Nacionalidad	País	Cédula de Ciudadanía ó Pasaporte	Lugar de residencia actual			Dirección Domicilio			N° Telefónico	
EC	ECU	1707376511	PICHINCHA	QUITO	QUITUMBE				0992538477	
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 No.	Establecimiento de Salud		Tipo	Distrito/Área		
IESS	990784	CENTRO ESPECIALIDADES SUR OCCIDENTAL			LA MAGDALENA		
Refiere o Deriva a:							
IESS	ONCOLOGIA				7	09	2019
Entidad del sistema	Establecimiento de Salud		Servicio	Especialidad	dia	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 profesio	2 <input type="checkbox"/>	Otros /Especifique:	5 <input checked="" type="checkbox"/>
Falta de profesional	3 <input checked="" type="checkbox"/>	ONCOLOGIA DIGESTIVA	

3. Resumen del cuadro clínico

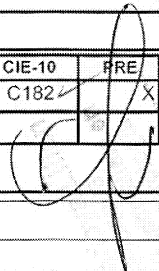
PCTE CON CUADROS DISPEPTICOS MANTENIDOS SANGRADO RECTAL POSTERIOR A LA DEFECACION, SE REALIZO COLONOSOCPIA RECIENTEMENTE CUYO RESULTADO ARROJA T DE TIPO POLIPOIDEO DE CIEGO ADC BIEN DIFERENCIADO INFILTRANTE

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

LO CITADO.
* COLONOSOCPIA : T DE CIEGO POLIPOIDEA DE 5 CM ADV BIEN DIFERENCIADO

5. Diagnóstico

1	TUMOR DE COLON	CIE-10	PRE	DEF
2		C182	X	

Nombre del profesional: Dra.L Saez Bedoya 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	
Contrarefiere o Referencia inversa a:							
Fecha							
Entidad del Sistema	Establecimiento de Salud		Tipo	Distrito/Área		dia	mes

2. Resumen del cuadro clínico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados

No se realiza

5. Diagnóstico

1		CIE-10	PRE	DEF
2				

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

Nombre del profesional especialista: Código MSP: Firma: