Hospital		INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL HOSPITAL IESS QUITO SUR					Código: IESSHQS-GD-RG-REF-009 Versión: 01 Elaborado: 07/12/2017 Vigencia: 07/12/2021			
FORMULARIO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA 053										
. DASTOS DEL	USUARIO/USU	JARIA								_
Apellido paterno Apellido materno			Nombres Fecha de Nacin			iento	Edad	Sexo	•	
ESTACIO		CUABU		DAYSI LILIANA	23 dia	11 mes	1972 ano	50	FEMENINO 1=H / 2=M	
Nacionalidad	Pais Cédula de ciu pasapo			Lugar de resider	ncia actual		Dirección Domiciliaria		N" Taletónico	1
1 1=ECu / 2= Ext		1714942271		PICHINCHA QUITO MCA Provincia Canton Parroqu		MCA Parroquia	INCA		O990095875	1
II. REFERENC	IA: 1	DE	RIVACION:	2 X	Canton	Рапоциа				J
1Datos Institu Entidad d	ucionales el sistema	Hist. Cli	nica No.	Establecimiento de Sa	slud	11	ро	(Distrito/Área]
	SS	510189		IESS QUITO SUR			i j		17	1
_	Refiere o		Refiere o Deriva	wa a :			Fecha]
				IMAGENOLOGIA			19			
	el sistema	Establecimie	nto de Salud	Servicio	Espe	cialidad	dia	mes	año	1
2Motivo de la				. 🗖					_	Į.
limitada capacidad resolutiva			1 Ljk Saturación de capa 2 Otros/Especifiqu							
	Ausencia temporal de profesión Falta de profesional			2 3 🗀	Oliosic	specifique	•		5	
3 Resumen del cuadro ctinico			٠,۵					1		
RREGULAR BORDES LI ZOUNERDA: 1. CARCII GE OBSERVA 3. INNIK	OBULADOS, PRESENCI NOMA DUCTAL SHFILT UNOHISTOQUINICA (N	A DE INCROCALCIFICAC RANTE (NOS) POBREN 10 SE REALIZA). SE RE	IONES ESCASAS EN S ENTE DIFERENCIAD QUIERE DERVAR PAI	EN CSE DE MAMA IZQUIERDA. ECO MAMAS SI. ESPESOR, VASCULARIZADO QUE MIDE O: SBR 8/9 GRADO.3. 2. CARCINOMA DU RA TRATAMIENTO ONCOLÓGICO INTEGR	24.1 X 19.2 X 21.3 CTAL Y LOBULS	MM. VOLUMEN (E 5.18 CC. BI	RADS 4C. BIOP	SIA CORE DE MAMA	
4 Hallazgos r	elevantes de e	xámenes y pro	cedimientos d	liagnósticos						
BORDES LOBO DUCTAL INFIL	JLADOS, VAŠCI TRANTE GRADO	JLARIZADO QUE D:3. 2. CARCINON	MIDE 24.1 X 19	2022). MAMA IZQUIERDA EN H .2 X 21.3 MM. VOLUMEN DE 5. OBULILLAR IN SITU: NO SE OB	18 CC. BI-RA	ADS 4C. BIC	PSIA CO	RE DE MAI	MA IZQUIERDA: 1. 0	ARCINOMA
5Diagnóstic	OQUIMICA (NO S	E REALIZA).		<u> </u>			CIE	.10 DE	RE DEF	돌중요
								X DEF	, <u>5</u> 2 8	
2	1011101111111		a i i E di O i E i i e	<u> </u>			10000	 - 	^	
Nombre del profesional	D	DRA. CARRION DIANA		Código MSP		_	Firma:	Au	wet	B Dra, Diana K. Carrión F. Ginecogla y obstetrich Reg, senescyt: 1027-2017-182999
III. CONTRARE	FERENCIA:		REFERE	NCIA INVERSA:	•		1	~~~		110 A
1Datos Institu	cionales								-	Scy Sign
Entidad del sistema		Hist. Clinica Nro	Esta	blecimiento de Salud	Tipo	Sen	ricio	Especia	sidad del servicio	Dra, Diana I Ginecogia y Senescyt: 103
		Contraref	ere o Referencia	a inversa a :				Fec	ha	
Entidad del sistema Establecimiento de Salud		to de Sakid	Tipo	Dieto	lo/Area	dia	mes	año	—•# EE	
2 Resumen de			NO GC CONG	iibo	Distri	IUMEA	ula	liles	ano	
7,000,000										
3 Haliazgos r	relevantes de d	xámenes y pro	cedimientos d	 Jiagnósticos			_	_	_	1
_		-			-				· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	1
4 Tratamiento	y procedimle	ntos terapéutic	os realizados							1
5Diagnóstico de la Contrareferencia o R		eferencia o Ref	eferencia Inversa			CIE-10		PRE	DEF	1
1 2										l
6 Tratamiento	recomendado	a seguir en Es	tablecimiento	de Saud de menos nivel d	le compleii	dad	1	<u>L</u>	<u> </u>	ł
										_

Código MSP

7.RJ

SNS-MSP/HCU-form 053/2013

Firma

8.CJ Describir código