



FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACION, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| | | | | | | | | | | |
|------------------|---------|----------------------------------|---------------------|---------------|---------------------|---------------------|-------|---------------|-------------|------|
| APELLIDO PATERNO | | APELLIDO MATERNO | | NOMBRES | | FECHA DE NACIMIENTO | | | EDAD | SEXO |
| CUNALATA | | IZA | | LUIS PATRICIO | | 15 | 8 | 1970 | 51 | M |
| | | | | | | día | mes | año | N° | M-F |
| NACIONALIDAD | PAIS | CEDULA DE CIUDADANIA O PASAPORTE | LUGAR DE RESIDENCIA | | DIRECCION DOMICILIO | | | N° TELEFONICO | | |
| ECUATORIANO | ECUADOR | *0501811517 | SANGOLQUI | | BARRIO LA CAROLINA | | | *0981312365 | | |
| VEHICULO | PLACA | CATEGORIA | TIPO | ANIO | VALOR | PRECIO | VALOR | PRECIO | CONVENIENTE | |

II. REFERENCIA: 1 ☒ DERIVACION: 2 ☐

1. DATOS INSTITUCIONALES

| | | | | | |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------|---------------|-----|
| ENTIDAD DEL SISTEMA | HISTORIA CLINICA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPO | DISTRITO/AREA | |
| IESS | 622409 | SANGOLQUI | 2 | 2 | |
| REFIERE O DERIVA A: | | | | FECHA | |
| | | | | | |
| ENTIDAD DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | SERVICIO | ESPECIALIDAD | día | mes |
| | | | | año | |

2. MOTIVO DE LA REFERENCIA O DERIVACION:

Limitada capacidad resolutoria

Ausencia temporal del profesional

Falta del profesional

| | |
|-------------------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | 1 |
| <input type="checkbox"/> | 2 |
| <input type="checkbox"/> | 3 |

Saturación de la capacidad instalada

Otros / Especifique

| | |
|---|----------------------|
| 4 | <input type="text"/> |
| 5 | <input type="text"/> |

3. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

PACIENTE REFIERE QUE DESDE HACE 6 MESES PRESENTA CUADRO DE DOLOR TIPO INTERMITENTE DE GRAN INTENSIDAD A NIVEL DE EPIGASTRIO, SE ACOMPAÑA DE DISTENSION ABDOMINAL, METEORISMO, LLENURA Y SACIEDAD PRECOZ

4. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

EDA PARTICULAR 26/11/2021: CANCER GASTRICO AVANZADO BORRMANN III

HISTOPATOLOGICO: ADENOCARCINOMA POBREMENTE DIFERENCIADO CON CELULAS EN ANILLO DE SELLO INFILTRANTE.

| | | | | |
|----------------|----------------------------|--------|-----|-----|
| 5. DIAGNOSTICO | | CIE-10 | PRE | DEF |
| 1 | TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO | C169 | | X |
| 2 | | | | |

III. CONTRAREFERENCIA:

3

REFERENCIA INVERSA:

4

1. DATOS INSTITUCIONALES

| | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|---------------|----------|---------------------------|
| ENTIDAD DEL SISTEMA | HISTORIA CLINICA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPO | SERVICIO | ESPECIALIDAD DEL SERVICIO |
| | | | | | |
| CONTRAREFERENTE O REFERENCIA INVERSA A: | | | | | FECHA |
| | | | | | |
| ENTIDAD DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPO | DISTRITO/AREA | día | mes |
| | | | | año | |

2. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

3. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

4. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

| | | | | |
|----------------|--|--------|-----|-----|
| 5. DIAGNOSTICO | | CIE-10 | PRE | DEF |
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |

6. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE MENOR NIVEL DE COMPLEJIDAD

NOMBRE DEL PROFESIONAL ESPECIALISTA:

DRA. VERÓNICA CADRERA

CODIGO MSP: 0603574401

FIRMA:

7. REFERENCIA JUSTIFICADA