

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA											
Apellido paterno		Apellido materno		Nombres			Fecha de Nacimiento		Edad	Sexo	
CASTILLO		HERNANDEZ		SAHORI MAYBETH			19	10	2018	7 años	2
							día	mes	año	d-m-a	1=H 2=M
Nacionalidad	País	Cédula de Ciudadanía o Pasaporte	Lugar de residencia actual			Dirección Domiciliaria		Teléfono			
ECUATORIANO	ECUADOR	1050847555	ESMERALDAS	ESMERALDAS	SAN LORENZO	ESMERALDAS SAN LORENZO		0997763377 (MÓVIL)			
ver instructivo	describir país	cédula diez dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle principal y secundaria		Conventional Celular			

II. REFERENCIA: 1	
-------------------	--

DERIVACION: 2

1. Datos Institucionales

1. Datos Institucionales									
Entidad del sistema	Historia clínica No.	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área					
MSP	1050847555	HOSPITAL BACA ORTIZ							
Refiere o Deriva a:								Fecha	
		HOSPITALIZACION	PEDIATRIA	9		8		2021	
Entidad del sistema	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad	día		mes		año	

Entidad del Sistema	
2. Motivo de la Referencia o Derivación	

- Limitada capacidad resolutoria
Ausencia temporal del profesional
Falta de Profesional

Saturación de capacidad instalada
Otros/Especifique
TRATAMIENTO ONCOLOGICO INTEGRAL

3. Resumen del cuadro clínico.

3. Resumen del cuadro clínico.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

	CIE-10	PRE	DEF
5. Diagnóstico			
INFECCION POR COVID 19	U07.		X
TELCEVIA LINFOBLASTICA FN DEBUT	C910		X

Nombre del profesional: DR. FERNANDO CRUZ

Código
MSP:

III. CONTRAREFERENCIA:

REFERENCIA INVERSA:

1. Datos Institucionales

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/Area	día	mes año

2. Resumen del cuadro clínico.

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

		CIE-10	PRE	DEF
5. Diagnóstico				
1				
2				

2	6. Tratamiento recomendado a seguir en el establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad
---	---

Nombre del profesional:

Código MSP:

Firma:

7. Referencia Justificada