

	<b>FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA 053</b>	Código: IESSHQ5-GD-RG-REF-005
		Versión: 02
		Elaborado: 23/05/2018
		Vigencia: 23/05/2020

**I. DASTOS DEL USUARIO/USUARIA**

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ANDRAGO	MUNOZ	SEGUNDA JUAN	21	03	52	70	M
			día	mes	año	1=H / 2=M	
Nacionalidad	País	Cédula de ciudadanía ó pasaporte	Lugar de residencia actual			Dirección Domiciliaria	N° Telefónico
Ecuatoriana	Ecuador	0500817077	Pichincha	Quito	Quito		
1=Ecu / 2=Ext			Provincia	Cantón	Parroquia		

**II. REFERENCIA:** 1 ☐ **DERIVACIÓN:** 2 ☐

<b>1.-Datos Institucionales</b>							
Entidad del sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud		Tipo	Distrito/Área		
IESS	461797						
Refiere o Deriva a:				Fecha			
				22 08 2022			
Entidad del sistema	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año	
<b>2.-Motivo de la referencia o Derivación</b>							
limitada capacidad resolutive		1	<input checked="" type="checkbox"/>	Saturación de capacidad instalada		4	<input type="checkbox"/>
Ausencia temporal de profesión		2	<input type="checkbox"/>	Otros/Especifique		5	<input type="checkbox"/>
Falta de profesional		3	<input type="checkbox"/>				
<b>3.- Resumen del cuadro clínico</b>							
Paciente de 70 años, de Generalidad Guayaquil, A.T.A. (25-07-22) Fp. tumor subcutáneo de Aspitoma maligno en la base del cuello (Burbuja del cuello positivo por malignidad a favor de Carcinoma papilar de diferenciación - Células 5.							
<b>4.- Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos</b>							
<b>5.-Diagnóstico</b>							
		CIE-10	PRE	DEF			
1		tumor maligno de Estómago	C169	<input checked="" type="checkbox"/>			
2							
Nombre del profesional		Código MSP	Firma:				
Dra. Mariana Concha Meléndez		151827	Dr. Roberto Hernández Concha Jefe de Servicio de Oncología IESS MSP B1187				

**III. CONTRAREFERENCIA:** 3 ☐ **REFERENCIA INVERSA:** 4 ☐

<b>1.-Datos Institucionales</b>							
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	día	mes	año	
<b>2.- Resumen del cuadro clínico</b>							
<b>3.- Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos</b>							
<b>4.- Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados</b>							
<b>5.-Diagnóstico de la Contrareferencia o Referencia Inversa</b>							
		CIE-10	PRE	DEF			
1							
2							
<b>6.- Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menos nivel de complejidad</b>							
Nombre del profesional		Código MSP	Firma				

SNS-MSP/HCU-form 053/2013

 7.RJ ☐

Describir código

 8.CJ ☐

Describir código