

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO / USUARIA

373611

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres		Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo
CERON	ESPINOZA	STEFAN	MAURICIO	03-06-1999	23	M
				día	mes	año
				d-m-a	M/F	
Nacionalidad	País	Cédula	Lugar de residencia actual		Dirección Domicilio	
239 - ECUATORIANA	ECUADOR	1726613928	PICHINCHA	DISTRITO METROPO LIT. DE QUITO	SAN JUAN	
Ver instructivo	Describir País	Cédula diez dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	
			Calle Principal y Secundaria			Convencional / Celular
			MANUEL SALCEDO Y MONTEVIDEO			987740382

II. REFERENCIA:

DERIVACIÓN:

2 X

1. Datos Institucionales:

Entidad del Sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito / Área
Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS	1943978	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CARLOS ANDRADE MARIN	3	CZS-9
Refiere o Deriva a:				Fecha
				19-05-2023
Entidad del Sistema	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad	día mes año
		Consulta Externa	TRAUMATOLOGIA ORTOPEdia (CE)	

2. Motivo de la Referencia o Derivación:

Falta de Especialista

3. Resumen del cuadro clínico:

PACIENTE REFIERE QUE HACE 2 MESES SUFRE DOLOR DE MUSLO IZQ QUE ES TRATADA POR DESGARRO MUSCULAR INDICA AHORA INDICA PRESENCIA DE MASA EN TERCIO SUPERIOR Y ANTERIOR DOLOROSA A LA PALPACION. AL EXAMEN FISICO: PIERNA IZQ EN TERCIO MEDIA CARA MEDIAL PRSENCIA DE MASA DOLOROSA A LA PALPACION.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos:

RX DE FEMUR IZQ.  
NO REACCION PERIOSTICA NO LESIONES LITICAS.  
RESONANCIA MAGNETICA DE FEMUR IZQ.  
IMAGEN HIPERINTENSA EN TERCIO MEDIA CARA INTERNA DE APROX 20 CM COMPATIBLE CON SARCOMA.  
HISTOPATOLOGICO PARTICULAR.  
RABDOMIOSARCOMA ALVEOLAR  
IDG.  
RABDOMIOSARCOMA ALVEOLAR

5. Diagnóstico:

TUMOR MALIGNO DE LOS HUESOS LARGOS DEL MIEMBRO INFERIOR

Nombre del profesional: HERNANDEZ BLANQUICET HENRY

Cédula: 1714937487

Firma Sello: G.G./RM. No. 79620602

III. CONTRAREFERENCIA:

REFERENCIA INVERSA:

1. Datos Institucionales:

Entidad del Sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud	Tipo	Especialidad del servicio
Contrarefiere o Referencia inversa a:				Fecha
Entidad del Sistema	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito / Área	día mes año

2. Resumen del cuadro clínico:

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos:

4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados:

5. Diagnóstico:

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

Nombre del profesional:

Cédula:

Firma Sello:

Servicio	Sub-Servicio	Nivel	Código	Procedimiento
Otros	Otros	Otros		TRATAMIENTO INTEGRAL ONCOLOGICO

Observaciones: