



# 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	PARTE	PRECIO	VALOR	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	Saturación de la capacidad instalada	4 <input type="checkbox"/>
Ausencia temporal del profesional	<input type="checkbox"/> 2	Otros / Especifique	5 <input type="checkbox"/>
Falta del profesional	<input type="checkbox"/> 3		

### 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. ADNOCARCINOMA 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
CONTRAREFERE O REFERENCIA INVERSA A:					FECHA
ENTIDAD DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPO	DISTRITO/AREA	día	mes

### 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