

FORMULARIO DE REFERENCIA, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno		Apellido materno		Nombres			Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PIN		PERALTA		JEREMIAS LEONEL			27	5	2012	7 AÑOS	1
							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	1753463114	PICHINCHA	RUMIÑAHUI	SANGOLQUI	BARRIO INCHALILLO, TURUCUCHO			999807280		
ver Instructivo	describir país	cédula diez dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle principal y secundaria			Convencional/Celular		

II. REFERENCIA: 1 ☐ DERIVACION: 2 ☒

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Historia clínica No.	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Area		
PRIVADA	251428	SOLCA QUITO	HE	17D03		
Refiere o Deriva a:						Fecha
						12 6 2019
Entidad del sistema	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la Referencia o Derivación

Limitada capacidad resolutiva 1 ☐ Saturación de capacidad instalada 4 ☐
 Ausencia temporal del profesional 2 ☐ Otros/Especifique 5 ☐
 Falta de Profesional 3 ☐

3. Resumen del cuadro clínico.

PACIENTE MASCULINO DE 7 AÑOS, INGRESADA EN ESTA CASA DE SALUD DESDE EL 18/07/2019, CON DG PRESUNTIVO DE SD. MIELOPROLIFERATIVO EN ESTUDIO. SE REALIZA VALORACION POR ONCOPEDIATRIA Y CON LABORATORIO SE CONFIRMA DG DE: LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA PRE-COMUN POR LO QUE INICIA QUIMIOTERAPIA CON PROTOCOLO TOTAL XV EL 22-07-2019. PACIENTE REQUIERE TRATAMIENTO ONCOLOGICO INTEGRAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

19-07-2019: ASPIRADO DE MÉDULA ÓSEA MAS CITOMETRIA DE FLUJO QUE REPORTO LLA-PreB COMUN CON EXPRESIÓN ABERRANTE DE CD33.

5. Diagnóstico

1	LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA	CIE-10	PRE	DEF
2		C91.0		X

Nombre del profesional: DRA. ERIKA VILLANUEVA Código MSP: 8298 Firma:

III. CONTRAREFERENCIA: 3 ☐ REFERENCIA INVERSA: 4 ☐

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

5. Diagnóstico

1		CIE-10	PRE	DEF
2				

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

Nombre del profesional: Código MSP: Firma: