Hospital del IESS Quito Sur

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL IESS QUITO SUR

Código: IESSHQS-GD-RG-REF-005
Versión: 01
Elaborado: 07/12/2017
Vigencia: 07/12/2021

FORMULARIO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA 053

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LAZO	ESMERALDA	MARIA AMPARO	2	12	1991	31	FEMENINO
			día	mes	año		1=H / 2=M

Nacionalidad	País	Cédula de ciudadanía ó pasaporte	Lugar de residencia actual			Dirección Domiciliaria	N° Telefónico
1	1	1726371667	QUITO	PICHINCHA	CALDERON	CALDERON	0986569932
Zona/ Zona Ext.			Provincia	Cantón	Parroquia		0983365240

II. REFERENCIA: 1 [ ] **DERIVACIÓN:** 2 [X]

1.-Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica Nro.	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área
IESS	161534	IESS QUITO SUR	II	17

Refiere o Deriva a :				Fecha		
		CONSULTA EXTERNA	ONCOLOGIA	1	3	2023
Entidad del sistema	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2.-Motivo de la referencia o Derivación

- limitada capacidad resolutiva 1 [X]
- Ausencia temporal de profesion 2
- Falta de profesional 3 [ ]
- Saturación de capacidad instalada 4 [ ]
- Otros/Especifique 5 X

3.- Resumen del cuadro clínico

PACIENTE: [illegible] MAMA IZQUIERDA + [illegible] MAMA [illegible] ANALISIS DE BIOPSIA: [illegible] CARCINOMA DUCTAL INVASIVO PATRON ARQUITECTURAL SOLIDO, [illegible] HISTOQUIMICA RECEPTORES ESTROGENICOS NEGATIVO REACTIVO [illegible] ASOCIADO KIT POSITIVO EN 10% CASOS + POS. POSITIVO EN CELULAS INSPETELIALES, POR LO CUAL SE REQUIERE DERIVACION A TERCER NIVEL PARA TRATAMIENTO ONCOLOGICO INTEGRAL

4.- Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE ESTABLE REQUIERE DERIVACION A TERCER NIVEL PARA TRATAMIENTO ONCOLOGICO INTEGRAL

5.-Diagnóstico

		CIE-10	PRE	DEF
1	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA	C509		X
2				

Nombre del profesional	DRA. DIANA CARRION	Código MSP		Firma

III. CONTRAREFERENCIA: [ ] **REFERENCIA INVERSA:** [ ]

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/Área	día	mes	año

2.- Resumen del cuadro clínico

3.- Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4.- Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5.-Diagnóstico de la Contrareferencia o Referencia Inversa

		CIE-10	PRE	DEF
1				
2				

6.- Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Saud de menos nivel de complejidad

Nombre del profesional	Codigo MSP	Firma

SNS-MSP/HCU-form 053/2013 7.RJ [ ] 8.CJ [ ]
Describir codigo Describir codigo

Firmado electrónicamente por:
KARINA ELIZABETH
ZAMBRANO MEDINA
23/07/2024