



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL  
CENTRO CLINICO QUIRURGICO HOSPITAL DEL DIA DE SANGOLQUI

I. DATOS DEL USUARIO FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACION, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		FECHA DE NACIMIENTO			EDAD	SEXO
MORA		ROMERO		EMILIO SEBASTIAN		10	9	2021	1A	M
						día	mes	año	N°	M-F
NACIONALIDAD	PAIS	CEDULA DE CIUDADANIA O PASAPORTE		LUGAR DE RESIDENCIA		DIRECCION DOMICILIO			N° TELEFONICO	
ECUATORIANO	ECUADOR	1760875284		CHINCHA RUMIÑAHÍ SANGOLQUI		SANGOLQUI				
VER INSTRUCTIVO	DESCRIBIR PAIS	CEDULA 10 DÍGITOS		PROVIN	CANTON	PARROQUIA	CALLE PRINCIPAL Y SECUNDARIA			CONVENC/CELULAR

II. REFERENCIA: 1 ☐ DERIVACION: 2 ☒

1. DATOS INSTITUCIONALES					
ENTIDAD DEL SISTEMA	HISTORIA CLINICA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPO	DISTRITO/AREA
IESS	890402	SANGOLQUI		2	2
REFIERE O DERIVA A:					FECHA
IESS		ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA	PEDIATRIA	22	9
ENTIDAD DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD	día	mes

2. MOTIVO DE LA REFERENCIA O DERIVACION:

Limitada capacidad resolutive	<input checked="" type="checkbox"/> 1	Saturacion 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

MC: VALORACION POR ESPECIALIDAD	
EA: PACIENTE CON HISTORIA DE AUMENTO DE TAMAÑO ABDOMINAL DESDE LOS 6 MESES DE EDAD. SOLICITADO ECOGRAFIA ABDOMINAL QUE REPORTA PRESENCIA DE MASA, CON TOMOGRAFIA CONFIRMATORIA DE MASA RETROPERITONIEAL, CATECOLAMINAS EN ORINA POSITIVAS.	

4. HALLASGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

ADEMAS MASAS EN REGION PARAVERTEBRAL. EL 10 DE SEP SE REALIZA LAMINECTOMIA DESCOMPRESIVA DE L1 A L3 MAS EXCERESIS DE TUMOR RAQUIDEO GAMMAGRAFIA OSEA NEGATIVA- ES VALORADO POR ONCOLOGÍA EN HOSPITAL METROPOLITANO QUIEN CATALOGA COMO NEUROBLASTOMA RIESGO INTERMEDIO	
--	--

5. DIAGNOSTICO		CIE-10	PRE	DEF
1	TUMOR MALIGNO DE LA GLÁNDULA SUPRARRENAL, PARTE NO ESPECIFICADA	C74.9	X	
2				

III. CONTRAREFERENCIA 3 ☐ REFERENCIA INVERSA: 4 ☐

1. DATOS INSTITUCIONALES					
ENTIDAD DEL SISTEMA	RIA CLINICA	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 CLINICO


3. HALLASGOS 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 PROFECIONAL ESPECIALISTA: DRA MELO

CODIGO MSP: 919312348

FIRMA:

7.	REFERENCIA JUSTIFICADA
----	------------------------

Dra. Karen Melo  
PEDIATRA  
R.E.: 0919312348