

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
CENTRO MEDICO FAMILIAR INTEGRAL Y ESPECIALIDADES,
DIALISIS LA MARISCAL - CMFIEDM



FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA									
Apellido paterno		Apellido materno		Nombres		Fecha de nacimiento		EDAD	SEXO
SAMPAZ		CORREA		ESTEFANIA		19/07/1966		34.6	M
						día mes año		CM-B	II
Nacionalidad	País	Cédula de Ciudadanía Pasaporte	Lugar de residencia actual			Dirección Domicilio		N° Telefónico	
ECUATORIANA	ECUADOR	1719102410	TUNGUAJO			2 DE AGOSTO E INTERVALLES		217471000987251825	
Ver instructivo	describir país	cédula diez dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria		Convencional/Celular	

II. REFERENCIA: 1 ☐ NO DERIVACIÓN: 2 ☒ SI

1. Datos Institucionales						
Entidad del sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud		Tipo	Distrito/Área	
IESS	45251	CMFIED MARISCAL		II	QUITO/ZONA 9	
Refiere o Deriva a:						
0	0	CONSULTA EXTERNA		ONCOLOGIA	Fecha 15/3/2021	
Entidad del sistema	Establecimiento de Salud	Servicio		Especialidad	día	mes año

2. Motivo de la Referencia o Derivación

Limitada capacidad resolutoria	<input checked="" type="checkbox"/> SI	Saturación de capacidad instalada	<input type="checkbox"/> NO
Ausencia temporal del profesional	<input checked="" type="checkbox"/> NO	Otros (Especifique):	<input type="checkbox"/> 0
Falta de profesional	<input checked="" type="checkbox"/> NO	TRATAMIENTO ONCOLÓGICO INTEGRAL	

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA, DE 34 AÑOS DE EDAD, CON HISTORIA POSITIVA DE MALIGNCIA, PRESUNTO CARCINOMA PAPILAR POR LO QUE SE REFIERE PARA TRATAMIENTO ONCOLÓGICO INTEGRAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDE (TUMOR MALIGNO DE GLANDULA TIROIDE)	C73	NO	SI
HIPOTIROIDISMO	E038	NO	SI
0	0	0	0
0	0	0	0

6. Exámenes/ procedimientos requeridos	Código Tarifario
0	0
0	0
0	0

Nombre del profesional: DRA. BUSTAMANTE TEJIDO MIRELIS. CED:1756767956 Código MSP: 1326072 Firma:

III. CONTRAREFERENCIA: ☐ REFERENCIA INVERSA: ☐

1. Datos Institucionales						
Entidad del sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud		Tipo	Servicio	Especialidad de 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	CIE-10	PRE	DEF
1			
2			

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

Nombre del profesional especialista: Código MSP: Firma: