

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 ALLAUCA		Apellido materno ABARCA		Nombres JENNY		Fecha de Nacimiento 5/3/1986 día mes año		EDAD 36,5 años		SEXO M F	
Nacionalidad ECUATORIANA	País ECUADOR	Cédula de Ciudadanía Pasaporte 1717251886	Lugar de residencia actual CHILLAGALLO			Dirección Domicilio AVENIDA MARISCAL SUCRE Y FCO LOPEZ			N° Telefónico 989885029		
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 IESS	Hist. Clínica No. 405794	Establecimiento de Salud CMFIED MARISCAL	Tipo II	Distrito/Área QUITO/ZONA 9		
Refiere o Deriva a:						
0		0		CONSULTA EXTERNA		ONCOLOGIA
Entidad del sistema		Establecimiento de Salud		Servicio		Especialidad
						Fecha 7/9/2022 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 type="checkbox"/> NO	Otros /Especifique:	<input type="checkbox"/> 0
Falta de profesional	<input type="checkbox"/> NO	TRATAMIENTO ONCOLOGICO INTEGRAL	

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA, DE 36 AÑOS DE EDAD, CON NODULO DE TIROIDE EN LOBULO DERECHO, QUE TIENE REALIZADA CITOLOGIA (PAAF TIROIDEA), QUE INFORMA POSITIVA DE MALIGNIDAD, PRESUNTO CARCINOMA PAPILAR, POR LO QUE SE REFIERE PARA TRATAMIENTO ONCOLOGICO 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
0	0	0	0
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 MIRELKIS. CED:1756767958 Código MSP: 1328072 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: \_\_\_\_\_