

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO / USUARIA

137607

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres		Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo
ARAUJO	ESPIN	SEGUNDO	ELICIO	05-07-1959	62	M
				dia	mes	año
				d-m-a	M/F	
Pais	Cédula	Lugar de residencia actual		Dirección Domicilio		Teléfono
234 - ECUATORIANA	ECUADOR	1801439611	PICHINCHA	DISTRITO METROPO LIT. DE QUITO	QUITO	SECTOR SUR CALLE SUSANA LECTOR Y CALLE DOS.
Provincia		Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria		Consentimiento

II. REFERENCIA: 1 DERIVACIÓN: 2 X

Entidad del Sistema		Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud		Tipo	Distrito / Área
Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS		1811345	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CARLOS ANDRADE MARIN		3	CZS-9
Refiere o Deriva a:				Fecha		
Consulta Externa				ONCOLOGIA (CE)		
				22-07-2021		
Entidad del Sistema		Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad	dia	mes
						año
Problemas de abastecimiento específico						
Resumen del cuadro clínico:						
DG: CA DE COLON DERECHO EC IIC (P14A PN2B MX) TRATADO CON CIRUGIA Y QUIMIOTERAPIA ADYUVANTE. ACTUALMENTE CON SEGUNDO PRIMARIO CA RECTO T3B2M1 (GANGLIOS ILIACOS EXTERNOS E INTERNOS IZQUIERDAS). REQUIERE TRATAMIENTO INTEGRAL ONCOLÓGICO. AL MOMENTO HAY PROBLEMA DE ABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS EN EL HOSPITAL: LEUCOVORIN, OXALIPLATINO, FILGRASTIM						
Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos:						
DG: CA DE COLON DERECHO EC IIC (P14A PN2B MX) TRATADO CON CIRUGIA Y QUIMIOTERAPIA ADYUVANTE. ACTUALMENTE CON SEGUNDO PRIMARIO CA RECTO T3B2M1 (GANGLIOS ILIACOS EXTERNOS E INTERNOS IZQUIERDAS). REQUIERE TRATAMIENTO INTEGRAL ONCOLÓGICO. AL MOMENTO HAY PROBLEMA DE ABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS EN EL HOSPITAL: LEUCOVORIN, OXALIPLATINO, FILGRASTIM						
Diagnóstico:				CIE-10	PRE	DEF
TUMOR MALIGNO DEL RECTO				C20		X
Nombre del profesional:		Cédula:	Firma		Sello:	
ZAMBRANO MENDOZA MARIA ELIZABETH		1309072963				

III. CONTRAREFERENCIA: 3 REFERENCIA INVERSA: 4

Entidad del Sistema		Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud		Tipo	Especialidad del servicio
Contrarefiere o Referencia inversa a:				Fecha		
Entidad del Sistema		Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito / Área	dia	mes
						año
2. Resumen del cuadro clínico:						
3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos:						
4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados:						
5. Diagnóstico:						
6. Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad:						
Nombre del profesional:		Cédula:	Firma		Sello:	
Servicio	Sub-Servicio	Nivel	Código	Procedimiento		
Otros	Otros	Otros		TRATAMIENTO ONCOLÓGICO INTEGRAL		