

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 | |
| PADILLA | | CARDENAS | | ROSA | | 9/5/1975 | | | 47,6 | <input type="radio"/> M | <input type="radio"/> F |
| | | | | | | día mes año | | | d-m-a | X | F |
| Nacionalidad | País | Cédula de Ciudadanía | Lugar de residencia actual | | Dirección Domicilio | | | N° Telefónico | | | |
| ECUATORIANO | ECUADOR | 1714368154 | COMITÉ DEL PUEBLO | | COMITÉ DEL PUEBLO | | | 963676432 | | | |
| Ver instructivo | describir país | cédula diez dígitos | Provincia | Cantón | Parroquia | Calle Principal y Secundaria | | | Convencional/Celular | | |

II. REFERENCIA: 1 ☐ DERIVACIÓN: 2 ☒

1. Datos Institucionales

| | | | | | | |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------|---------------|-----|-----|
| Entidad del sistema | Hist. Clínica No. | Establecimiento de Salud | Tipo | Distrito/Área | | |
| IESS | 1714368154 | CMFIED MARISCAL | II | QUITO/ZONA 9 | | |
| Refiere o Deriva a: | | Fecha | | | | |
| 0 | | 19/12/2022 | | | | |
| Entidad del sistema | Establecimiento de Salud | Servicio | Especialidad | día | mes | año |

2. Motivo de la Referencia o Derivación

| | | | |
|-----------------------------------|--|-----------------------------------|-----------------------------|
| Limitada capacidad resolutive | <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"/> NO |
| Falta de profesional | <input type="checkbox"/> NO | TRATAMIENTO ONCOLOGICO INTEGRAL | |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE CON ADENOPATIA CERVICAL DERECHA DE 2 CM DONDE SUGIEREN PAAF. DE APROX 3 MESES DE EVOLUCION, AFEBRIL, NO SUDORACION, NO PERDIDA DE PESO, EN ECOGRAFIA: TIROIDES NORMAL, GLANDULAS SUBMAXILARES Y PAROTIDAS DE CARACTERISTICAS NORMALES. A NIVEL DEL ANGULO DE LA MANDIBULA DEL LADO DERECHO SE ENCUENTRA UNA IMAGEN NODULAR, HIPOECOGENICA DE TEJIDO SOLIDO QUE MIDE 2.2 X 1.4 CM, AVASCULAR. ADYACENTE A ESTA IMAGEN SE ENCUENTRAN TRES ADENOMEGALIAS DE ASPECTO REACTIVO QUE MIDEN 11.8, 4.9 Y 5.6 MM EN SENTIDO TRANS-VERSO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PAAF DE GANGLIO SUBMAXILAR DERECHO CLINICA DAME 28/11/2022
TUMOR DE WARTIN
NOTA: NO SE DESCARTA CARCINOMA MUCOEPIDERMIDE DE BAJO GRADO, SE RECOMIENDA EXERESIS TOTAL DEL GANGLIO PARA HISTOLOGIA E INMUNOHISTOQUIMICA PARA CONFIRMAR DIAGNOSTICO

| 5. Diagnóstico | CIE-10 | PRE | DEF |
|-----------------------------------|--------|-----|-----|
| TUMOR BENIGNO DE GLANDULA SALIVAL | D119 | 0 | X |
| 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. SUSANA FARRE Código MSP: 1756427157 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 | | | | |
| 0 | | 0 | | | | |
| 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:

Dra. Susana M. Farré Rosales
Esp. Medicina Interna
1756427157