	MULARIO DE REFER	ENCIA, CONTR	ARREFEREN	CIA Y REFER	ENCIA INVE	RSA	
I. DATOS DEL USUARIO		<u> </u>	No. 1. As es xous	-174	de Nacimiento	Eded	Sexo
Apellido paterno	Apellido materno CHANATASIG	1, 3, 44	Nombres O ALEJANDRO	4	1 2020		1
DEFASS	CHANATASIG	ndania il	<del></del>	- dia	mes año	<del></del>	1=H 2=M
Nacionalidad P	ais Pasaport	:: Lugar o	residencia ac	tual Direce	ión Domicilia	ria Telé	fono is
ECUATORIANO ECU	ADOR 55113881		LATACUNGA LATA	CUNGA B	ARRIO ISIMBA	9878	74145
ver instructivo descr	ribir pais cédula diez diç	itos Provincia	Cantón Parr	oquia Calle pri	ncipal y secun	daria Convencio	onel/Celular
II. REFERENCIA: 1 DERIVACION: 2							
1. Datos Institucionales							
Entidad del sistema				ecimiento de Salud Tipo		Distrito/Area	
PRIVADA	257060		QUITO	HE	Activities of Miles and	17D03	<del></del>
and the sales of t	Reflere	o Deriva a:	13 h 13 t 14 t 1	The Control of the Co	5-3-3-1	Fecha 1	2020
· Entidad del sistema	Establecimiento de S	alud 3 Ser	vicio Na le la	Especialida			año 2
2. Motivo de la Referencia		**************************************		Control of the same of the sam			
Limitada capacidad resolutiva 1 Saturación de capacidad instalada 4							
Ausencia temporal del profesional 2 Otros/Especifique 5 X							
3. Resumen del cuadro clínico.							
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE BRULO EX	TRAÑO EN OJO IZQUIERDO. POR LO C	UAL FUE VALORADO POR C	FTALMOLOGA, QUIEN R	EFIERE PROBABLE RETII	NOBLASTOMA EN OJO	IZQUIERDO A DESCARTAI	EN OJO
DERECHO POR LO OLIF SUF INGRESADO A E	STE MOSPITAL EL 16 DE ABRIL, SE REA	LIZARON ESTUDIOS DE DIA	SNOSTICO QUE REPORTA	ARON: RMN DE CEREBR	O Y ORBITAS 23/4/20 I	<u>esión intraocular de</u>	L SEGMENTO
POSTERIOR DEL OJO IZQUIERDO CON APARENTE EXTENSIÓN LEVE A LA GRASA INTRACONAL, SUGIERE EN PRIMER TÉRMINO RETINOBLASTOMA + RMN CEREBRO DENTRO DE PARAMETROS NORMALES, POR LO CUAL SE INICIO MANEJO ONCOLOGICO ACTIVO CON QUIMIOTERAPIA. EL PACIENTE REQUIERE AMPLIACION DE CONVENIO PARA TRATAMIENTO INTEGRAL.							
						···	
4. Hallazgos relevantes de	exámenes y procedim	ientos diagnóstic	:08		<u> </u>		<del></del> -
							1
f Diagnéstica			100	03/4	CIE-10	. PRE ≥	DEF
Diagnóstico     RETINOBLASTOMA	milleton marchet herital district		1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	312	C69.2		X
2		i	77 77 77 77 17 19 19 19 19 19 19 19 19 19 19 19 19 19	re A		\ \ \ \	
Nombre del profesional:	DRA JARAMILLO / M	D ESCUBAR	qigo C <sup>(S)</sup> C <sub>2</sub> .	Firma:	The . To	Led L	
		M					
III. CONTRAREFERENCI	IA: 3 🔝	REFERE	NCIA INVERS	SA: 4		~	
1. Datos Institucionales	Itaa Olfataa Naa Eas	ablecimiento de S	Salūd Tipo	Servicio	Ferr	cialidad del Se	rvicio
Entidad del sistema H	list. Clínica Nro. Esta	ibieciúliento de :	Salud, Tipo	Servicio,	2012	outhand del Ge	
	Contrarefiere o l	Referencia Inve	sa a:			Fecha	36   No. 4   1 "148 te
							5.62.19
Entidad del sistema	Establecimiento d	e Salud   T	ipo	Distrito/Area	día	mes	año "
2. Resumen del cuadro cli	nico.	***************************************	e difference of	4-114 - 11 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	Land of Marie	a state of the same of the same of	<u> </u>
						<u></u>	
3. Hailazgos relevantes de	exámenes y procedim	ientos diagnósti	08 12	A POST	1000年代的		
4. Tratamiento y procedim	Inntan terministe	livadas inica A	-19605E	Company of the Control	THE SHE		
4. I ratamiento y procedim	entos terapeuticos rea	meands 'my	120 (27)	A Copper at	LICK ELLIPSTICATION	WENT STATE OF THE SERVICE OF THE SE	
		enter of the second of the		<b>्रम्</b>	CIE-10	( a PRE %)	T DEF
		ELEXANDER OF	tion of weather make ye	المحدد كالمدام	CIG-10	FRE	
2	·					<del>                                     </del>	
6. Tratamiento recomendado a seguir en el establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o compejidad							
Nombre del profesional:			digo SP:	Firma:			
*			ia Justificada	$\overline{}$		<del></del> -	