



Hospital del IESS
Quito Sur

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL IESS QUITO SUR

Código: IESSHQSGD-RG-REF-005

Versión: 01

Elaborado: 07/12/2017

Vigencia: 07/12/2019

FORMULARIO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA 053

I. DASTOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
OJEDA	MOREIRA	MILENA ALEJANDRA	2	1	2000	23	2
			día	mes	año	1=H / 2=M	
Nacionalidad	País	Cédula de ciudadanía ó pasaporte	Lugar de residencia actual			Dirección Domiciliaria	N° Telefónico
1	1	1751275650	17 QUITO SAN BARTOLO				022629966
1=Ecu / 2=Ext			Provincia		Cantón	Parroquia	

II. REFERENCIA:

DERIVACIÓN:

1.-Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área		
IESS	41747	IESS QUITO SUR	II	17		
Refiere o Deriva a :		Fecha				
IESS	CONSULTA EXTERNA		ONCOLOGIA	9	3	2023
Entidad del sistema	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2.-Motivo de la referencia o Derivación

limitada capacidad resolutive 1 ☒
Ausencia temporal de profesión 2 ☐
Falta de profesional 3 ☐

Saturación de capacidad instalada 4 ☐
Otros/Especifique 5 ☐

3.- Resumen del cuadro clínico

Paciente con antecedente familiar de cancer de colon en padre y abuelo paterno, con 7 estudios colonoscopicos positivos para poliposis, con persistencia de displasia de bajo grado. En quien por grupo etario se solicita manejo integral oncologico.

4.- Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

Trae resultados de estudios particulares: Colonoscopia (particular) 19/02/2022. Poliposis adenomatosa multiple en todo el colon. Biopsia de recto. Adenoma tubular con displasia epitelial de bajo grado superficial.

5.-Diagnóstico

		CIE-10	PRE	DEF
1	POLIPOSIS FAMILIAR	K635		Sexo
2				
Nombre del profesional	DRA. LORENA CACUANGO	Código MSP	Firma:	

III. CONTRAREFERENCIA:

3

REFERENCIA INVERSA:

A: 4

1.-Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica Nro	Establecimiento de Salud	Tipo	Servicio	Especialidad del servicio	
MSP						
Contrarefiere o Referencia inversa a :					Fecha	
MSP						
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.- Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5.-Diagnóstico de la Contrareferencia o Referencia Inversa

		CIE-10	PRE
1			
2			

6.- Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Saud de menos nivel de complejidad

Nombre del profesional	Código MSP	Firma
------------------------	------------	-------

SNS-MSP/HCU-form 053/2013

7.RJ ☐

Describir código

8.CJ ☐

Describir código