

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno		Apellido materno		Nombres		Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
Perez		Chicaiza		Hermione Arlet		13	02	2016	6	M
						día	mes	año	d-m-a	H/M
Nacionalidad	País	Cédula de Ciudadanía ó Pasaporte	Lugar de residencia actual		Dirección Domicilio			N° Telefónico		
593	Ecuador	0550836860	Guapaxi	Latacunga	Mabiz. El Salto			0986380791		
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	652419	Hospital General IESS Latacunga	II	05 Do 1.		
Refiere o Deriva a:				Fecha		
Entidad del sistema	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año
			Oncología	08	12	2022

2. Motivo de la Referencia o Derivación:

- Limitada capacidad resolutive 1 ☒ Saturación de capacidad instalada 4 ☐
Ausencia temporal del profesio 2 ☐ Otros /Especifique: 5 ☐
Falta de profesional 3 ☐ No se dispone de oncología.

3. Resumen del cuadro clínico

Paciente que hace más o menos 8 días previos a su ingreso, presenta adenopatias cervicales de gran tamaño, alza tímica, palidez generalizada, AT EF: adenopatias cervicales axilares e inguinales con Hb de 5.1 que requirió concentrado de glóbulos rojos en 2 ocasiones.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

Exatís de sangre: Serie blanca segmentados 17%; rayados: 31%; Metamielocitos: 2%; Placas blancas: 21%; linfocitos: 39%; Monocitos: 1%; Células de característica blastica: 36%.

5. Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
1 Leucemia, no especificada	C959		X
2 Linfadenopatias - Adenomegalia, no especificada	R599		X

Nombre del profesional:

Gissela Cardenas

Código

MSP:

020198846 Firma

III. CONTRAREFERENCIA: 3 ☐ REFERENCIA INVERSA: 4 ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica Nro.	Establecimiento de Salud	Tipo	Servicio	Especialidad del 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 Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad

Nombre del profesional especialista:

Código
MSP:

Firma: