

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA
DATOS DEL USUARIO / USUARIA

332157

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres		Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SALAZAR	HERRERA	ANDREA	IVONNE	13-07-1985			37	F
				día	mes	año	d-m-a	M / F
Nacionalidad	País	Cédula	Lugar de residencia actual			Dirección Domicilio		Teléfono
		1715436877				BATAN		988063801
Ver Instructivo	Declarar País	Cédula diez dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria		Convencional Celular

I. REFERENCIA: 1 ☐ DERIVACIÓN: 2 ☒

1. Datos Institucionales:						
Entidad del Sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud		Tipo	Distrito / Área	
Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS	1584757	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CARLOS ANDRADE MARIN		3	CZS-9	
Refiere o Deriva a:					Fecha	
		Consulta Externa	CIRUGIA ONCOLOGICA (CE)	09-02-2023		
Entidad del Sistema	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la Referencia o Derivación:
Otros / Especifique SATURACION DE CAPACIDAD INSTALADA

3. Resumen del cuadro clínico:
PACIENTE CON ANTECEDENTE QUIRURGICO DESCRITO AL MOMENTO CON PERSISTENCIA BIOQUIMICA Y ESTRUCTURAL CON REPORTE DE GANGLIO METASTASICO EN CADENA CERVICAL DERECHA, AMERITA DISECCION CERVICAL DERECHA. SE EXPLICA DE MANERA CLARA A PACIENTE Y FAMILIAR SOBRE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO, RIESGOS Y POSIBLES COMPLICACIONES. AL MOMENTO CON LIMITADA CAPACIDAD RESOLUTIVA. POR LO QUE SE DECIDE INICIAR TRAMITE DE DERIVACIÓN.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos:
REPORTE DE HISTOPATOLOGIA:
CARCINOMA PAPILAR PATRON CLASICO 30%, FOLICULAR 30% Y ONCOCITICO 40%
MODERADAMENTE DIFERENCIADO
LOBULO DERECHO: 1.5 X 3 CMS
LOB MICROCARCINOMA 0,2 CMS
GANGLIOS NIVEL VI
8 GANGLIOS DE LOS CUALES 7 SON POSITIVOS. MIDEN ENTRE 1 Y 1.2 CMS. CON EXTENSION EXTRACAPSULAR
PTIB N1 M0
PAAF DE GANGLIO DERECHO 06/02/2023 METASTASIS DE CARCINOMA PAPILAR (SOLCA QUITO)

5. Diagnóstico:
TUMOR MALIGNO DE LA GLANDULA TIROIDES

Nombre del profesional: JARAMILLO CALVAS OSCAR ISRAEL Cédula: 1104166218 Firma Sello: Dr. Oscar Jaramillo C.

II. CONTRAREFERENCIA: 3 ☐ REFERENCIA INVERSA: 4 ☒

1. Datos Institucionales:						
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	día	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 ONCOLOGICO INTEGRAL

Observaciones: