

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	
CAMPO		YANES		BLANCA DEL ROCIO		26/12/1971			4 VALOR		M	
						día mes año			d-m-a		M F	
Nacionalidad	País	Cédula de Ciudadanía	Lugar de residencia actual			Dirección Domicilio			N° Telefónico			
ECUATORIANO	ECUADOR	1710022921	SANGOLQUÍ						0995231188-0990206119			
Ver instructivo	describir país	cédula diez dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria			Convencional/Celular			

II. REFERENCIA: 1 ☒ SI DERIVACIÓN: 2 ☒ NO

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área		
IESS	392063	CMFIED MARISCAL	II	QUITO/ZONA 9		
Refiere o Deriva a:						
				Fecha		
				12/02/2021		
Entidad del sistema	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la Referencia o Derivación

Limitada capacidad resolutoria	<input checked="" type="checkbox"/> SI	Saturación de capacidad instalada	<input checked="" type="checkbox"/> NO
Ausencia temporal del profesional	<input checked="" type="checkbox"/> NO	Otros /Especifique:	<input checked="" type="checkbox"/> SI
Falta de profesional	<input checked="" type="checkbox"/> NO	REQUIERE TRATAMIENTO ONCOLOGICO INTEGRAL	

3. Resumen del cuadro clínico

REQUIERE TRATAMIENTO INTEGRAL EN ONCOLOGIA. RESULTADO DE BIOPSIA CORP. POSITIVO MALIGNIDAD CARCINOMA DUCTAL INFLUENTE MAMA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

BIOPSIA CORP. REPORTA POSITIVO MALIGNIDAD CARCINOMA DUCTAL INFLUENTE MAMA

5. Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TUMOR MALIGNO DE MAMA	C50	NO	SI
0	0	0	0
0	0	0	0
0	0	0	0

6. Exámenes/ procedimientos requeridos

Código Tarifario

Nombre del profesional: DRA MARIA FERNANDA POLANCO NICOLA Código MSP: 1712228988

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	
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

MSP/DNISCQ/tem. 053/dic/2013