

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno Ramirez		Apellido materno Jaramillo		Nombres Carlos Rafael		Fecha de Nacimiento 08 09 1963			Edad 57	Sexo H	
Nacionalidad Ecuador		País Ecuador		Cédula de Ciudadanía ó Pasaporte 1001495233		Lugar de residencia actual Ibarra		Dirección Domicilio San Antonio San Miguel Arango s/n.			N° Telefónico 0979026542
Código de Verificación 0979026542		Código de País 0979026542		Código de Ciudad 0979026542		Código de Calle 0979026542		Código de Sector 0979026542		Código de Verificación 0979026542	

II. REFERENCIA: 1 ☐ DERIVACIÓN: 2 ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema IESS	Hist. Clínica No. 494606	Establecimiento de Salud Hospital General Ibarra	Tipo II	Distrito/Área 10001		
Refiere o Deriva a: RPC				Fecha 25 08 2021		
Entidad del sistema RPC	Establecimiento de Salud Consejo	Servicio Oncología	Especialidad Oncología	Fecha 25 08 2021		

2. Motivo de la Referencia o Derivación:

- Limitada capacidad resolutoria 1 ☐ Saturación de capacidad instalada 4 ☐
 Ausencia temporal del profesio 2 ☐ Otros /Especifique: 5 ☐
 Falta de profesional 3 ☒

3. Resumen del cuadro clínico

Paciente con antecedentes de CA de Tiroides que presenta lesiones infiltradas, quísticas, nodulares con papulas en la superficie, de union mayor de conductos, requieren realizar pruebas por parte de Oncología revisión de tumores + inmunohistoquímica

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

Biopsia: Dermatitis de fusa y granulomatosa con proliferación monoclonal atípica requiere inmunohistoquímica.

5. Diagnóstico

1	Otros Dermatitis	CIE-10 L308	PRE	DEF X
2				

Nombre del profesional: **Dra. Victoria Landázuri**

Código MSP: **1002855672**

Firma

III. CONTRAREFERENCIA: 3 ☐ REFERENCIA INVERSA: 4 ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica Nro.	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área		
Contrarefiere o Referencia inversa a:				Fecha		
Entidad del Sistema	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área		Fecha	

2. Resumen del cuadro clínico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

1		CIE-10	PRE	DEF
2				

6. Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad

Nombre del profesional especialista:

Código MSP:

Firma: