



HOSPITAL
GENERAL
IBARRA

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL IESS GENERAL IBARRA

Versión: 01

FORMULARIO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA 053

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido paterno | Apellido materno | Nombre | Fecha de nacimiento | | | Edad | Sexo |
|------------------|------------------|----------------------------------|----------------------------|----------|-----------|---|-------------|
| AGUIRRE | ENRIQUEZ | DIEGO ARMANDO | 16 | 4 | 2012 | 10 | 1 |
| | | | da | mes | año | años / 24 | |
| Nacionalidad | País | Cédula de ciudadanía o pasaporte | Lugar de residencia actual | | | Dirección | Nº Teléfono |
| 1 | ECUADOR | 1005903841 | CARCHI | MONTUFAR | MONTUFAR | LA PAZ CALLE 28 DE OCTUBRE Y PASADISMA 1000 | 962970266 |
| TrEsp / 2º Esp | | | Provincia | Cantón | Parroquia | | |

II. REFERENCIA: 1 ☒ DERIVACIÓN: 2 ☐

| 1.- Datos Institucionales | | Relata o Deriva a: | | Fecha | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------|--------------|-----|
| Entidad del sistema | Hist. Clínica No. | Establecimiento de Salud | Tipo | Distributivo | |
| IESS | 895854 | HOSPITAL GENERAL IBARRA | II | 10001 | |
| RPC | CONVENIO | ONCOLOGIA | ONCOLOGIA | 26 | 10 |
| Entidad del sistema | Establecimiento de Salud | Servicio | Especialidad | da | mes |
| | | | | año | |

| 2.- Motivo de la referencia o Derivación | | Saturación de capacidad instalada | |
|--|---------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutoria | 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 4 | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal de profesión | 2 <input type="checkbox"/> | 5 | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional | 3 <input type="checkbox"/> | | |

3.- Resumen del cuadro clínico

PACIENTE MASCULINO DE 16 AÑOS, QUE ACUDE CON MADRE REFIERE QUE HACE PRESENTA DOLOR A NIVEL DE RODILLA DERECHA DESDE HACE 45 DIAS SIN CAUSA AFERENTE AL MOMENTO ACUDE CON DOLOR Y DIFICULTAD PARA LA DEAMBULACION ACUDIÓ A HOSPITAL, DONDE PRESCRIBIERON DIOLORENACID CON LO QUE NO CEDE, AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA DOLOR EN RODILLA DERECHA O SE INTENSIFICA AL CAMINAR (REGION MEDIAL), EDEMA ++++ MOVILIDAD CONSERVADA. A LA CORRELACION CON IMAGENES DIAGNOSTICAS SE EVIDENCIA, A NIVEL DE TIBIA PROXIMAL DERECHA, LESION OSTEOITICA QUE EROSIONA LA CORTICAL, DANDO LA IMPRESION DIAGNOSTICA DE UNA LESION CIECA PATOLOGICA EN TIBIA PROXIMAL DERECHA, CON APARENTE REACCION PERIOSTAL EN ESPIRULAS. TRAS LA EVALUACION DEL CASO CON SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA CON MEDICO TRATANTE DR. HECTOR FLORES, SE DA INDICACIONES DE INGRESO A HOSPITALIZACION DE PEDIATRIA Y SE SOLICITA RESONANCIA MAGNETICA DE RODILLA DERECHA EL CUAL REPORTA UNA LESION COMPATIBLE CON SARCOMA POR LO CUAL REQUERIMOS TRATAMIENTO INTEGRAL ONCOLOGICO.

4.- Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

13100602 PCR CUANTITATIVO ULTRASONIS: 16.59 TP: 13.0 INR: 1.18 TIEMPO DE TROMBOPLASTINA (TTP): 31.5 Leucocitos: 9.31 Hematocrito: 42.0 Hemoglobina: 14.3 Plaquetas: 515 Segmentos %: 57.8 Linfocitos %: 25.5 GLUCOSA: 83.0 NITROGENO UREICO (BUN): 25.36 CREATININA: 0.55
RX: TIBIA PROXIMAL DERECHA SE EVIDENCIA LESION OSTEOITICA O EROSIONA CORTICAL, APARENTE REACCION PERIOSTAL EN ESPIRULAS.
RMN DE RODILLA DERECHA REPORTA LESION COMPATIBLE CON SARCOMA.

5.- Diagnóstico

| 1 | | CIE-10 PRE DEF | |
|---|--|---------------------------|---|
| TUMOR MALIGNO DE HUESO LARGO DEL MIEMBRO INFERIOR | | C402 | X |
| Nombre del profesional | | Firma | |
| DRA. ASCAZUBI | | Dra. Yvonne Ascázu S. | |
| Codigo MSP | | Especialidad del servicio | |
| | | IESS ID: 0534-11 | |

II. CONTRAREFERENCIA: ☐ REFERENCIA INVERSA: 1 ☐ 4

| 1.- Datos Institucionales | | Relata o Deriva a: | | Fecha | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------|--------------|-----|
| Entidad del sistema | Hist. Clínica No. | Establecimiento de Salud | Tipo | Distributivo | |
| | | | | | |
| Entidad del sistema | Establecimiento de Salud | Tipo | Distributivo | da | 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 DEF | |
|---|--|----------------|--|
| 1 | | | |
| 2 | | | |

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

| | | Firma | |
|--|--|-------|--|
| | | | |



INFORMACION
ADICIONAL

ISS-MSP/001-Rev-05/2013

7.04

Describe código

8.04

Describe código