
 <b>MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA</b>  <b>Hospital del IESS Quito Sur</b>	<b>FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA 053</b>	Código: IESSHQ-SGD-RG-REF-005
		Versión: 02
		Elaborado: 23/05/2018
		Vigencia: 23/05/2020

**I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA**

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
Guarcasa	Sluyta	José Antonio	23	11	1979	43	2
			día	mes	año	1=H / 2=M	
Nacionalidad	País	Cédula de ciudadanía ó pasaporte	Lugar de residencia actual			Dirección Domiciliaria	N° Telefónico
1		D603299603	Píscos				
1=Ecu / 2=Ext			Provincia	Cantón	Parroquia		

**II. REFERENCIA:** 1 ☐ **DERIVACIÓN:** 2 ☒
**1.-Datos Institucionales**

Entidad del sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área		
	520443	MOS	II			
Refiere o Deriva a:				Fecha		
Oncología				2	2	2023
Entidad del sistema	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

**2.-Motivo de la referencia o Derivación**

limitada capacidad resolutive 1 ☐  
 Ausencia temporal de profesión 2 ☐  
 Falta de profesional 3 ☒

Saturación de capacidad instalada 4 ☐  
 Otros/Especifique 5 ☐

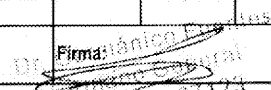
**3.- Resumen del cuadro clínico**

Paciente con tumor agudo en plexo de color T4N2M0  
 a una Tronecto y grupo Integral por oncología

**4.- Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos**

Adenocarcinoma mucoso de plexo.

**5.-Diagnóstico**

1	Tumor Agudo plexo de color	CIE-10	PRE	DEF
2				C185
Nombre del profesional	Guillermo Rentería	Código MSP	Firma:  MSP: 07669123	

**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.- Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados**
**5.-Diagnóstico de la Contrareferencia o Referencia Inversa**

1		CIE-10	PRE	DEF
2				

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

Nombre del profesional	Código MSP	Firma
------------------------	------------	-------