



FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACION, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		FECHA DE NACIMIENTO			EDAD	SEXO
CUNALATA		IZA		LUIS PATRICIO		15	8	1970	51	M
						día	mes	año	N°	M-F
NACIONALIDAD	PAIS	CEDULA DE CIUDADANIA O PASAPORTE	LUGAR DE RESIDENCIA		DIRECCION DOMICILIO			N° TELEFONICO		
ECUATORIANO	ECUADOR	*0501811517	SANGOLQUI		BARRIO LA CAROLINA			*0981312365		
VEHICULO	PLACA	CATEGORIA	TIPO	CLASE	CATEGORIA			CONVENIO		

II. REFERENCIA: 1 ☒ DERIVACION: 2 ☐

1. DATOS INSTITUCIONALES

ENTIDAD DEL SISTEMA	HISTORIA CLINICA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPO	DISTRITO/AREA		
IESS	622409	SANGOLQUI	2	2		
REFIERE O DERIVA A:				FECHA		
ENTIDAD DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD	día	mes	año

2. MOTIVO DE LA REFERENCIA O DERIVACION:

Limitada capacidad resolutoria

Ausencia temporal del profesional

Falta del profesional

<input checked="" type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3

Saturación de la capacidad instalada

Otros / Especifique

4	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>

3. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

PACIENTE REFIERE QUE DESDE HACE 6 MESES PRESENTA CUADRO DE DOLOR TIPO INTERMITENTE DE GRAN INTENSIDAD A NIVEL DE EPIGASTRIO, SE ACOMPAÑA DE DISTENSION ABDOMINAL, METEORISMO, LLENURA Y SACIEDAD PRECOZ

4. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

EDA PARTICULAR 26/11/2021: CANCER GASTRICO AVANZADO BORRMANN III

HISTOPATOLOGICO: ADENOCARCINOMA POBREMENTE DIFERENCIADO CON CELULAS EN ANILLO DE SELLO INFILTRANTE.

5. DIAGNOSTICO		CIE-10	PRE	DEF
1	TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO	C169		X
2				

III. CONTRAREFERENCIA:

3

REFERENCIA INVERSA:

4

1. DATOS INSTITUCIONALES

ENTIDAD DEL SISTEMA	HISTORIA CLINICA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPO	SERVICIO	ESPECIALIDAD DEL SERVICIO
CONTRAREFERENTE O REFERENCIA INVERSA A:					FECHA
ENTIDAD DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPO	DISTRITO/AREA	día	mes
					año

2. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

3. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

4. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

5. DIAGNOSTICO		CIE-10	PRE	DEF
1				
2				

6. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE MENOR NIVEL DE COMPLEJIDAD

NOMBRE DEL PROFESIONAL ESPECIALISTA:

DRA. VERÓNICA CADRERA

CODIGO MSP: 0603574401

FIRMA:

7. REFERENCIA JUSTIFICADA