



## FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACION, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

## I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		FECHA DE NACIMIENTO			EDAD	SEXO
DOMINGUEZ		ESTACIO		BELLA RAMONA		25 6 1966			55	F
						día mes año			N°	M-F
NACIONALIDAD	PAIS	CEDULA DE CIUDADANIA O PASAPORTE	LUGAR DE RESIDENCIA		DIRECCION DOMICILIO			N° TELEFONICO		
ECUATORIANO	ECUADOR	1710146893	PICHINCHA RUMIÑA SANGOLQUI		SANGOLQUI			0983155211		
PROVIN	CANTON	PARRAJA	CANTON		CANTON			CANTON		

II. REFERENCIA: 1 ☒ DERIVACION: 2 ☐

## 1. DATOS INSTITUCIONALES

ENTIDAD DEL SISTEMA	HISTORIA CLINICA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPO	DISTRITO/AREA	
IESS	456544	SANGOLQUI		2	2	
CONTRAREFERENCIA O REFERENCIA INVERSA A:						
ENTIDAD DEL SISTEMA						
ESTABLECIMIENTO DE SALUD						
TIPO						
DISTRITO/AREA						
FECHA						

## 2. MOTIVO DE LA REFERENCIA O DERIVACION:

Limitada capacidad resolutoria	<input checked="" type="checkbox"/> 1	Saturacion de la capacidad instalada	4 <input type="checkbox"/>
Ausencia temporal del profesional	<input type="checkbox"/> 2	Otros / Especifique	5 <input checked="" type="checkbox"/>
Falta del profesional	<input type="checkbox"/> 3	PRECISA TRATAMIENTO ONCOLOGICO INTEGRAL	

## 3. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

DOLOR ABDOMINAL EN ESTUDIO. DURANTE EDA SE DETERMINA LESION NEOPLASICA DE TIPO DIFUSO ULCERADA

## 4. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

CARCINOMA CON CELULAS EN ANILLO DE SELLO INFILTRANTE

## 5. DIAGNOSTICO

1	TUMOR MALIGNO DE ESTOMAGO	CE-10	PRE	DEF
2				

III. CONTRAREFERENCIA: 3 ☐REFERENCIA INVERSA: 4 ☐

## 1. DATOS INSTITUCIONALES

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

## 2. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

## 3. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

## 4. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

## 5. DIAGNOSTICO

1		CE-10	PRE	DEF
2				

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

NOMBRE DEL PROFESIONAL ESPECIALISTA: DR ANDRES YEPEZ CARPIO

CODIGO MSP: 1711933570

FIRMA:

7. REFERENCIA JUSTIFICADA