



MINISTERIO
DE SALUD PÚBLICA



Hospital del IESS
Quito Sur

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA 053

Código: IESSHQ-S-GD-RG-REF-005

Versión: 02

Elaborado: 23/05/2018

Vigencia: 23/05/2020

I. DASTOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres	Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo
Cuyo	Semblantes	Digna Mercedes	04 / 07 / 1983	39	F.
Nacionalidad	País	Cédula de ciudadanía ó pasaporte	Lugar de residencia actual	Dirección Domiciliaria	N° Telefónico
1	Ecuador	0502850365	Quito - Pichincha		
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
IESS	513 2 29	Hospital IESS QUITO SUR		
Refiere o Deriva a:			Fecha	
Entidad del sistema	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad	día mes año
				2 / 10 / 2022

2.-Motivo de la referencia o Derivación

limitada capacidad resolutoria 1 ☒
Ausencia temporal de profesión 2 ☐
Falta de profesional 3 ☐
Saturación de capacidad instalada 4 ☐
Otros/Especifique 5 ☐

3.- Resumen del cuadro clínico

Paciente femenina de 39 años sin antecedentes patológicos Personales, acude por displasia con resultado de Eco de Tiroides y PAAF reporta III Carcinoma Papilar TSH 4.02 (valor normal) paciente requiere tratamiento Oncológico Integral y tratamiento quirúrgico (Tiroidectomía).

4.- Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

Eco de Tiroides 2022/10/18 Reporta TIROIDES S AITA sospecha de Ca de Tiroides por nódulo de 10mm hasta 8mm en LD e LI Bethesda III Carcinoma Papilar.

5.-Diagnóstico

1	Cáncer de Tiroides	CIE-10	PRE	DEF
2		C73	X	
Nombre del profesional	Dr. Ana L. Uzcátegui MSP	Firma	Dr. Ana L. Uzcátegui A.	Especialista Endocrinología

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 menor nivel de complejidad

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

SNS-MSP/HCU-form 053/2013

7.RJ ☐

Describe código

8.CJ ☐

Describe código