

# MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

## I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno <b>CARRANCO</b>		Apellido materno <b>OBANDO</b>		Nombres <b>ARMANDO REMIGIO</b>		Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
						25	11	1958	63	H
						Día	mes	año	d-m	H/M
Nacionalidad	País	Cédula de Ciudadanía Pasaporte	Lugar de residencia actual		Dirección Domicilio			N° Telefónico		
ECUATORIANA	ECUADOR	1705324075	PICHINCHA	QUITO	ALANGASI	ARRAYANES OE12-209 Y PUMAMAQUIS EL TIANGO			022851187	
Ver Instructivo	Describe País	Cédula diez dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria			Convencional/Celular	

II. REFERENCIA: 1 ☐ DERIVACION: 2 ☐

### 1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud		Tipo	Distrito/Área		
MSP	1705324075	HOSPITAL EUGENIO ESPEJO		HES	170 049		
Refiere o Deriva a:							
Código diez dígitos							
17 12 2021							
Entidad del sistema	Establecimiento de Salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

### 2. Motivo de la Referencia o Derivación:

Limitada capacidad resolutoria ☐ Saturación de capacidad instalada 4 ☐  
Ausencia temporal del profesional 2 ☐ Otros /Especifique: 5 ☒  
Falta de profesional 3 ☐ TRANSFERENCIA PARA TRATAMIENTO QUIRÚRGICO POR LO QUE SE REQUIERE DE INSTRUCCIONES

PACIENTE VARONIL INGRESADO ACTUALMENTE POR VARIANTE EN RÍEN DERECHO CON HALLAZGOS UNIFORMES DE SIGNOS A TÁMBE SUGESTIVOS DE INFLAMACIÓN EN LA HANALIA AERIAL IPSILATERAL Y LESIÓN SUPRARRENAL DERECHA SIN PRESENTAR SINTOMATOLOGÍA DE DEFICIENCIA DE GLANDULAS SUPRARENAL. VISTO POR PRIMERA VEZ POR SERVICIO DE UROLOGÍA QUE LE INGRESA PARA RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA LE ENVIAMOS A SERVICIO DE CIRUGÍA ONCOLÓGICA QUE LE TOMA A CARGO A PACIENTE, AL NO DISPONER AL MOMENTO DE INGRESO AL SERVICIO ALTA MÉDICA PACIENTE REQUIERE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO, POR LO QUE DEBE SER TRANSFERIDO PARA dicho tratamiento

5. Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
1	CANCER RENAL	C64	X	
2				

N. CONTRAREFERENCIA

REFERENCIA INVERSA

Firma:

### 1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica Nro.	Establecimiento de Salud		Tipo	Servicio		
					ONCOLOGIA		
Contrarefiere o Referencia Inversa a:					MSP Libro 1E Folio 6 No. 16		
					INH. 17-08-0391-8 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. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados

Dr. A. [Firma]  
ONCOLOGIA  
MSP Libro 1E Folio 6 No. 16  
INH. 17-08-0391-8

5. Diagnóstico		CIE-10
1		
2		
6. Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad		

Nombre del profesional especialista:		Código MSP:	Firma:

--	--