



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD  
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL  
HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN



FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACION, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres		Fecha de Nacimiento			EDAD	SEXO
Lema		Lema		Juan Sebastian		14	10	2015	13	H
Nacionalidad		País		Cédula de Ciudadanía o pasaporte		Lugar de nacimiento		Dirección de Domicilio		No. Teléfono
Ecuatoriano		Ecuador		1757052699		Ecuador				
Verificación		Pasaporte		Cédula de ciudadanía		Pasaporte		Cédula principal y secundaria		Convencional / celular

II. REFERENCIA: 1 ☐ DERIVACIÓN: 2 ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema		Hist. Clínica No		Establecimiento de Salud		Tipo		Distrito / Área	
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL		1762978		HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN		HES		QUITO - ZONA 9	
Refiere o Deriva a:								Fecha	
Entidad del Sistema		Establecimiento de Salud		Servicio		Especialidad		día mes año	

2. Motivo de la Referencia o Derivación:

Limitada capacidad resolutiva

Ausencia temporal del profesional

Falta de profesional

3. Resumen del cuadro clínico

Paciente que ingresa por presentar lo que manifiesta secuelas, alzo remite de cirugía de cadera y conjuntiva

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

Exámenes: 2.58 Hemoglobina 9.5 Hematocrito 33.4 Plaquetas 40.000, frotis en sangre periférica se aprecian blastos y en aspiración de médula ósea se observa infiltración de blastos

5. Diagnóstico

1	Leucemia mieloide aguda	CIE-10 PRE	DEF
2		C94.0	L

Nombre del Profesional

Md. Denisse Flores

Código MSP:

Md. Denisse Granda Flores

Firma:

Md. Denisse Granda Flores

III. CONTRAREFERENCIA:

3

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema		Hist. Clínica No		Establecimiento de Salud		Tipo		Servicio		Especialidad del Servicio	
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL				HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN		HES					
Contrareferencia 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. Tratamientos y Procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

1		CIE-10 PRE	DEF
2			

6. Tratamiento recomendado a seguir en el establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o de complejidad

Nombre del Profesional especialista

Código MSP:

Firma:

MSP/DINUSC/foorm.053/dic/2013

7. Notificación Justificada

AUTORIZADO POR DIRECTOR MEDICO O DELEGADO QUE PUEDE SER COORDINADOR GENERAL O JEFE DE GUARDIA

Nombre del Profesional especialista

Código

Firma:

MSP: