

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| | | | | | | | | | |
|--|------------------------|---|---|-----------------------------------|---|--|---------------------------|------------------------------|------------------|
| Apellido paterno terrin | | Apellido materno Vergara | | Nombres Manyuri Daniela | | Fecha de Nacimiento 08 03 97 | | Edad 20 | Sexo M |
| Nacionalidad Ecuador | País Ecuador | Cédula de Ciudadanía o Pasaporte 1351881352 | Lugar de residencia actual 08 03 50 | | Dirección Domicilio Plan Piloto | | N° Telefónico - | | |
| Vía Institucional Describir País | | Cédula diez dígitos 08 03 50 | Provincia 08 | Cantón 03 | Parroquia 50 | Calle principal y Secundaria Plan Piloto | | Comercial/Ciudad - | |

II. REFERENCIA: 1 ☒ DERIVACIÓN: 2 ☐

1. Datos Institucionales

| | | | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|---|------------------|---------------------------------|--|--------------------------|
| Entidad del sistema MSP | Hist. Clínica N° 9326 | Establecimiento de Salud C.S. Plan Piloto | Tipo A | Distrito/Área 23 D 03 | | |
| Refiere o Deriva a: | | | | | | |
| Entidad del sistema MSP | | H. Dr. Guit. Dom. Juan | | M. Interna | | Fecha 19 10 17 |
| Establecimiento de Salud | | Servicio | | Especialidad | | día mes año |

2. Motivo de la Referencia o Derivación:

| | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|
| Limitada capacidad resolutoria | 1 <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación de capacidad instalada | 4 <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | 2 <input type="checkbox"/> | Otros /Especifique: | 5 <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional | 3 <input checked="" type="checkbox"/> | | |

3. Resumen del cuadro clínico

Paciente femenina de 20 años de edad, con 13 días post gesta gemelar con pruebas rápidas para VIH (+) 12/07/2017, 18/07/2017 y Western blot (+) 21/7/17. Sin embargo se mantiene sospecha VIH.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

Prueba rápida VIH (+) 13/7/17 // 12/07/2017 // Western blot (+) 21/7/17
α 110/12

| | | | |
|--|--------|-----|-------------------------------------|
| 5. Diagnóstico | CIE-10 | PRE | DEF |
| 1 Observación por sospecha de otros en ferreditor (VIH) y alteraciones | Z03.3 | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2 | | | |

| | | | | |
|-------------------------|---|-------------|-------------------------|--------|
| Nombre del profesional: | Francisco Jacome Medico Cirujano General | Código MSP: | Medico Cirujano General | Firma: |
| | CC: 1717525115 | | | |

III. CONTRAREFERENCIA: 3 ☐ REFERENCIA INVERSA: 4 ☐

1. Datos Institucionales

| | | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|-------------|---------------------------|
| Entidad del sistema | Hist. Clínica N° | 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. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
| | | | | | |

| | | | |
|----------------|--------|-----|-----|
| 5. Diagnóstico | CIE-10 | PRE | DEF |
| 1 | | | |
| 2 | | | |

6. Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|