

DIRECCION DISTRITAL 13D12 ROCAFUERTE-TOSAGUA

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GARCES		CALDERON		LUIS FRANCISCO		10	10	1954	69	H
						día	mes	año	años	
	Pais	Cédula de Ciudadanía o Pasaporte	Lugar de Residencia Actual			Dirección Domicilio			N° Telefónico	
ECUATORIANA	ECUADOR	0906544408	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	CALLE PADRE GAETANO BORTOLI			0968937736	
Ver Instructivo	Describir Pais	documento de identidad	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria				

II. REFERENCIA: 1 ☒ DERIVACION: 2 ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	Historia Clínica N°	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito / Area			
MSP	906544408	CENTRO DE SALUD "ARNALDO CALDERON" TOSAGUA	C	13D12			
Refiere o Deriva a:						Fecha	
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	MEDICINA INTERNA	17	05	2023	
Entidad del sistema	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año	

2. Motivo de la Referencia o Derivación:

Limitada capacidad resolutoria 1 ☒ Saturación de Capacidad Instalada 4 ☐
Ausencia Temporal del Profesional 2 ☐ Otros / Especifique 5 ☐
Falta de Profesional 3 ☒

3. Resumen del Cuadro Clínico

PACIENTE DE 69 AÑOS APP DE FUMADOR POR MAS DE 30 AÑOS, ACUDE POR PRESENTAR TUMORACION DE CONSISTENCIA DURA DOLOROSA A NIVEL DE CUELLO DE 4 MESES DE EVOLUCION, QUE SE ACOMPAÑA DE ODINOFAIA. A LA AUSCULTACION PULMONAR SIBILANCIAS EN AMBOS VERTICES, Y PERDIDA DE PESO CONSIDERABLE EN LOS ULTIMOS 3 MESES, SE SOLICITA VALORACION POR MEDICINA INTERNA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

	CIE-10	PRE	DEF
1 TUMOR MALIGNO DE LOS GANGLIOS LINFATICOS DE CABEZA CARA Y CUELLO	C770	X	
2			
3			
4			

Nombre del Profesional DR. FÉLIX HUMBERTO VÉLIZ GILER Código MSP: 1309637757 Firma:

III. CONTRAREFERENCIA:

REFERENCIA INVERSA: 4

ESP. MEDICINA FAMILIAR

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	Historia Clínica N°	Establecimiento de Salud	Tipo	Servicio	Especialidad del Servicio
MSP					
Contrarefiere o Referencia Inversa a:					Fecha
MSP					
Entidad del sistema	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito / Area		día mes año

2. Resumen del Cuadro Clínico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico de la Contrareferencia o Referencia Inversa

	CIE-10	PRE	DEF
1			
2			

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

Nombre del Profesional Código MSP: Firma: