

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LUCAS	ZAMBRANO	DERECK EDUARDO	23	07	2014	11 años, 7 meses, 21 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351838725	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CALLE CHILE y	099-852-4760 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1351838725	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Odontología		2026	03	16
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad
resolutiva



Saturación capacidad
instalada



Ausencia temporal del
profesional



Otros/especifique:



Falta de profesional



3. Resumen del cuadro clínico

ADOLESCENTE MASCULINO DE 11 AÑOS DE EDAD CUYO PADRE MENCIONA QUE EL MENOR REQUIERE REFERENCIA PARA VALORACION CON ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y ORTODONCIA. CONTACTO TELEFONICO: 0998524760.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ADOLESCENTE MASCULINO DE 11 AÑOS DE EDAD CUYO PADRE MENCIONA QUE EL MENOR REQUIERE REFERENCIA PARA VALORACION CON ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y ORTODONCIA. CONTACTO TELEFÓNICO: 0998524760.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MALOCCLUSION DE TIPO NO ESPECIFICADO	K074		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-16	12:40	Odontología	ROSARIO ELIZABETH CEDENO QUIROZ	1312485574	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad

Contrarefiere o Referencia inversa a:				Fecha		
			/			
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. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-16	12:40	Odontología	ROSARIO ELIZABETH CEDENO QUIROZ	1312485574	