



A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE																		
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA			NÚMERO DE ARCHIVO									
MSP		001414	Hospital General Miguel Alcivar		HG	1316248754												
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)							
Mendoza		Endara		Sebastian		Ismael		H	22-05-1999	25	H	D	M	A				
															X			
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		X		DERIVACIÓN MOTIVO										
0995886935				1. Accesibilidad geográfica.				6. Problemas de abastecimiento.										
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				2. Falta de espacio físico.				7. Insuficiencia de profesionales.										
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		3. Falta de equipamiento.				8. Inadecuada capacidad resolutive							X	
13		1314		131401		4. Equipos en mal estado.				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios								
						5. Problemas de infraestructura.												

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA										
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD			SERVICIO			ESPECIALIDAD		
MSP		Hospital General Napoleon Davila Cordova			Consulta Externa			Odontologia - Implantologia		

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO									
PACIENTE QUE REFIERE HACE UN MES VIENE PRESNTANDO DOLOR EN ZONA DE MOLARES INFERIORES POR LO QUE ES REFERIDO A NOSOTROS.AL EXAMEN ORAL HAY AUSENCIA CLINICA DE LOS TERCEROS SUPERIORES Y TEJIDO DENTARIO PARCIALMENTE BROTADO A NIVEL DE ESPACIOSRETROMOLARES .. CON_EDEMA.GINGIVAL PERICORONARIO									

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS									
ACIENTE QUE REFIERE HACE UN MES VIENE PRESNTANDO DOLOR EN ZONA DE MOLARES INFERIORES POR LO QUE ES REFERIDO A NOSOTROS.AL EXAMEN ORAL HAY AUSENCIA CLINICA DE LOS TERCEROS SUPERIORES Y TEJIDO DENTARIO PARCIALMENTE BROTADO A NIVEL DE ESPACIOSRETROMOLARES .. CON_EDEMA.GINGIVAL PERICORONARIO									

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Dientes Impactados		K011	X		4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-02-10	04:25	Eliana		Arturo	Alava
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	
1309239653					

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN													
REFERENCIA JUSTIFICADA			SI		NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA			SI		NO	

CONTRAREFERENCIA ☐

REFERENCIA INVERSA ☐

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA					
---	--	--	--	--	--

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
			//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.					4.				
2.					5.				
3.					6.				

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
--				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	