



| 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           | Chone                    | CS-C                                                    | 1314774785                       |                   |      |                         |   |   |   |  |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE            | SEGUNDO NOMBRE                                          | SEXO                             | FECHA NACIMIENTO  | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |  |
| Loor                                                        | Casanova         | Valeria                  | Anahis                                                  | M                                | 13-04-2006        | 18   | H                       | D | M | A |  |
|                                                             |                  |                          |                                                         |                                  |                   |      |                         |   |   | X |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                  |                          | REFERENCIA                                              | DERIVACIÓN MOTIVO                |                   |      |                         |   |   |   |  |
| 099-656-1758                                                |                  |                          | X                                                       |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |                  |                          | 1. Accesibilidad geográfica.                            |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  |                          | 2. Falta de espacio físico.                             |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  |                          | 3. Falta de equipamiento.                               |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  |                          | 4. Equipos en mal estado.                               |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  |                          | 5. Problemas de infraestructura.                        |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  |                          | 6. Problemas de abastecimiento.                         |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  |                          | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  |                          | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  |                          | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  |                          |                                                         |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
| PROVINCIA                                                   | CANTÓN           | PARROQUIA                |                                                         |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
| 13                                                          | 1303             | 130350                   |                                                         |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |

| 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                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DOLOR INTENS O PACIENTE SE PRESENTA A LA CONSULTA INDICANDO QUE PRESENTA DOLOR LATENTE- EN Z ONA DE 3EROS MOLARES S UP E INF- EN RX SE OBSERVA MOLARES RETENIDOS- LO QUE CAUSA DOLOR INTENSO- INFLAMACIÓN DE LA CARA- NECESITA SER ATENDIDA POR ESPECIALISTA. |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |
|-------------------------------------------------------------------|
| PIEZAS RETENIDAS- INFLAMACIÓN                                     |

| 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 |
| 2025-02-06                            | 09:37        | Andres        | Alcivar         | Rivero           |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        |               | SELLO           |                  |
| 1314783083                            |              |               |                 |                  |

| 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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| --                                    |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |