

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	VELAZQUE	GEMA JAZMIN	23	02	1997	28 años, 5 meses, 27 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314339084	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CIUDADELA LA VICTORIA y SN	098-883-3043 / (99)-999-9999
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1314339084	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Implantologia	2025	08	19
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

PACIENTE SINTOMATICO, PRESENTA TERCEROS MOLARES IMPACTADOS Y CON CARIES DENTAL

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN LA EVALUACIÓN CLINICA SE EVIDENCIAN TERCEROS MOLARES INFERIORES Y SUPERIORES PARCIALMENTE ERUPCIONADOS, CON AGULACION MESIOINCLINICA, TAMBIEN SE EVIDENCIA PERDIDA DEL ESMALTE COMPATIBLE CONA CARIES DENTAL... REQUIERE EXTRACCION DENTAL PARA LA EXTRACCION DEL 38, 48, 18 Y 28... REQUIERE TRATAMIENTO DE IMPLATOLOGIA, NUMERO DE CELULAR DE LA PACIENTE 0988833043

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DIENTES IMPACTADOS	K011		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-19	09:04	Odontología Rural	JULIETTE STEFANIA MERO DELGADO	1313745950	 Firmado electrónicamente por: JULIETTE STEFANIA MERO DELGADO Validar únicamente con FirmaEC

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 clinico

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
2025-08-19	09:04	Odontología Rural	JULIETTE STEFANIA MERO DELGADO	1313745950	