

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
AGUIRRE	LOZANO	MIRELLA SOLEDAD	16	04	1998	26 años, 9 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0605292184	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	AV 16 DE AGOSTO y AV 16 DE AGOSTO	098-376-7484 /
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	0605292184	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Maxilofacial		2025	01	17
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

DOLOR QUE AUMENTA DE LEVE A MODERADO POR EL DÍA. PACIENTE REFIERE QUE DOLOR AUMENTA POR LAS NOCHES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE REFIERE HABERSE ACERCADO A REALIZARSE EXODONCIA DE PIEZA 46 QUE RESULTÓ EN FRACTURA RADICULAR. PACIENTE REFIERE SENTIR DOLOR INTENSO POR LAS NOCHES. DOLOR INTENSO EN LA ZONA DE LA HEMIARCADA INFERIOR IZQUIERDA. PACIENTE REFIERE QUE EL DOLOR SE EXTIENDE ADEMÁS HACIA CUENCA OCULAR.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
RAIZ DENTAL RETENIDA	K083	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-17	14:18	Odontología Rural	VIVIAN VALENTINA SOLORZANO CEDEÑO	1313584805	

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
2025-01-17	14:18	Odontología Rural	VIVIAN VALENTINA SOLORZANO CEDEÑO	1313584805	