

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	1415	HOSPITAL GENERAL MIGUEL H. ALCÍVAR	II	0750224107	0750224107		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
QUIROLA	QUEENCA	DAYELI	DEL CISNE	F	29/12/2002	22	H D M A
VELIZ		REFERENCIA		X			
987397358		DERIVACIÓN					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		MOTIVO					
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	1. Accesibilidad geográfica.				
MAHABÍ	SAN VICENTE	SAN VICENTE	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 resolutoria				
			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios				

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
113F	HOSPITAL TIPOLECCIÓN DAVILA	CONSULTA EXTERNA	ODONTOLOGIA/IMPLANTOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 22 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE BUENA SALUD ANTERIORQUE REFIERE HACE UN MES VIENE PRESENTANDO DOLOR EN ZONA DE MOLARES INFERIOR IZQUIERDA.AL EXAMEN ORAL SE CONSTATA BROTE PARCIAL DE LA CORONA DEL 38,CON EDEMA GINGIVAL PERICORONARIO . EXAMENES RADIOGRAFICOS EVIDENCIAN EL 38 Y 48 IMPACTADOS.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

RADIOGRAFIA PERIAPICAL QUE CONFIRMA EL DIAGNOSTICO CLINICO

E. DIAGNOSTICO

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
2025.07.25	9.00 H	JOSE	ALEMAN	OROZCO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				
1756571012				

CIRUJANO MAXILOFACIAL
RP. 1756571012

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. DIAGNOSTICO

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		