

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MORALES	BRAVO	ANDERSON JOEL	30	10	2002	21 años, 10 meses, 10 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M
Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0850208216	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	HORCONCITO VIA SAN VICENTE Y	096-863-1261 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His. Clínica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area		
MSP	0850208216	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Odontología	2024	09 09
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

- Limitada capacidad resolutive ☐ Saturación capacidad instalada ☐
- Ausencia temporal del profesional ☐ Otros/especifique: ☐
- Falta de profesional ☒

3. Resumen del cuadro clínico

dolor en molar superior izquierdo

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

molar superior izquierdo con dolor al masticar tipo punzaciones, incisivo central superior con endodoncia indicada.

5. Diagnóstico

Diagnóstico

CIE-10

PRE

DEF

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-09	09:11	Odontología Rural	FATIMA CAROLINA OÑA RIVAS	2300558265	 DIRECCIÓN DISTRITAL 13DO CHONE - FLAVIO ALFARO - SALUD Rosario Cedeño O ODONTOLÓGICA SAN ANTONIO 14/09/2024

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/Área	día	mes año

2. Resumen del cuadro clínico

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 el establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-09	09:11	Odontología Rural	FATIMA CAROLINA OÑA RIVAS	2300558265	