

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PEREZ	CEDEÑO	SASKIA PAULETTE	14	07	2018	7 años, 8 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0962621090	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CALLE 23 y CALLE S Y R	097-479-7979 /
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.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	0962621090	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Odontología		2026	03	31
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 PEDIÁTRICA DE 7 AÑOS DE EDAD FEMENINO ACUDE A CONSULTA ODONTOLOGICA POR ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN: PROFILAXIS Y FLUORIZACION. PERO PRESENTA ANOMALIAS EN LA RELACIÓN ENTRE LOS ARCOS DENTALES, REQUIERE VALORACION POR ESPECIALISTA EN ORTODONCIA Y ORTOPEDIA. CONTACTO TELEFÓNICO DEL PACIENTE: 0939617017-0980671382

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE REALIZA EXAMEN ODONTOLOGICO, PROFILAXIS Y FLUORIZACION, PACIENTE PRESENTA CLASE 3 DE ANGLE LO CUAL REQUIERE VALORACION Y TRATAMIENTO POR PARTE DE ESPECIALIDAD ORTODONCIA U ORTOPEDIA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ANOMALIAS DE LA RELACION ENTRE LOS ARCOS DENTARIOS	K072		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-31	10:51	Odontología	ROSARIO ELIZABETH CEDEÑO QUIROZ	1312485574	

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
2026-03-31	10:51	Odontología	ROSARIO ELIZABETH CEDEÑO QUIROZ	1312485574	