

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BENALCAZAR	PALMA	VICTOR MANUEL	17	06	2006	19 años, 2 meses, 19 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1250446687	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	VIA GUAYAS y	/
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	1250446687	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Odontología	2025	09	05
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 ACUDE A CONSULTA POR REQUERIR TRATAMIENTO ORTODONTICO POR LO CUAL SE EMITE REFERENCIA PARA VALORACION CON ORTODONCISTA...0980003578

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE PRESENTA MALOCCLUSION POR ALTERACION DEL TAMAÑO DE LOS MAXILARES EN SU RELACION ENTRE SI. SE EMITE REFERENCIA PARA SU TRATAMIENTO CON ESPECIALISTA EN ORTODONCIA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ANOMALIAS EVIDENTES DEL TAMAÑO DE LOS MAXILARES	K070		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-05	14:14	Odontología	ROSARIO ELIZABETH CEDENO 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 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 le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-05	14:14	Odontología	ROSARIO ELIZABETH CEDENO QUIROZ	1312485574	