

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

|                  |                  |               |                     |     |      |                           |         |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
| SALTOS           | COPPIANO         | CARLOS JULIAN | 06                  | 07  | 1956 | 69 años, 0 meses, 25 días | Hombre  |
|                  |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

|                 |                |                   |                     |        |                |                                         |                              |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|-----------------------------------------|------------------------------|
| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        | Dirección      | No Telefónico                           |                              |
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1301909451        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | CIUADAELA LOS CHOFERES y CALLEJON CIEGO | 098-082-6111 / (05)-248-4386 |
| 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                 | 1301909451      | SANTA MARTHA             | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

|                     |                                          |  |                  |              |      |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--|------------------|--------------|------|-----|-----|
| Refiere o Deriva a: |                                          |  |                  | Fecha        |      |     |     |
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  | Consulta externa | Odontología  | 2025 | 07  | 31  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |  | Servicio         | Especialidad | día  | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE ACUDE POR MOLESTIAS AL MORDER Y MASTICAR DEL LADO INFERIOR IZQUIERDO - TERCER MOLAR CON APARENTE PULPITIS

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TERCER MOLAR INFERIOR LADO IZQUIERDO CON CARIES PROFUNDA APARENTE COMUNICACION PULPAR

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                  |  | CIE-10 | PRE | DEF |
|----------------------------------------------|--|--------|-----|-----|
| TRASTORNOS DE LA ARTICULACION TEMPOROMAXILAR |  | K076   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|--------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-07-31 | 14:25 | Odontología  | KATIUSCA ARACELY SALTOS ARTEAGA | 1306496124 |       |

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 |
|-------|------|--------------|------------------------|--------|-------|
|       |      |              |                        |        |       |

