

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres          | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|------------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| GUADAMUD         | CABALLERO        | DAYSY DEL CARMEN | 03                  | 10  | 1962 | 62 años, 4 meses, 8 días | Mujer   |
|                  |                  |                  | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |            | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1302289564        | MANABI              | CHONE  | SANTA RITA | BAYPAS y                     | 099-806-6792 /       |
| 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                 | 1302289564      | SANTA RITA               | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |  |                  |              | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--|------------------|--------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  | Consulta externa | Odontología  | 2025  | 02  | 11  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |  | Servicio         | Especialidad | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                          |                                                                                |                                     |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada                                                 | <input type="checkbox"/>            |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/> | Otros/especifique:                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/> | RESTO RADICULAR<br>INFLAMACION GINGIVAL<br>DOLOR A ESTIMULOS FRIOS O CALIENTES |                                     |

3. Resumen del cuadro clinico

PLACA DENTAL RESTO RADICULAR INFLAMACION GINGIVAL

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RESTO RADICULAR INFLAMACION GINGIVAL DOLOR A ESTIMULOS FRIOS O CALIENTES

5. Diagnóstico

| Diagnóstico | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------|--------|-----|-----|
| PULPITIS    | K040   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD | NOMBRE DEL PROFESIONAL         | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|--------------|--------------------------------|------------|-------|
| 2025-02-11 | 11:04 | Odontología  | MARIA LOURDES MEJIA TOROMORENO | 1312485392 |       |

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 |
|------------|-------|--------------|--------------------------------|------------|-------|
| 2025-02-11 | 11:04 | Odontología  | MARIA LOURDES MEJIA TOROMORENO | 1312485392 |       |