

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SANTANA	ALCIVAR	RAUL ALFONSO	26	02	1965	59 años, 11 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	1304729583	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	ELPUEBLITO y	099-216-8353 /
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	1304729583	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Odontología		2025	02	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 PRESENTA PIEZA ENDODONCIADA CON FRACTURA CORONAL. PACIENTE REFIERE QUE LA PLACA QUE TIENE LE ESTÁ LASTIMANDO LA MUCOSA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE NO FUNCIONAL DEBIDO A QUE NECESITA EXTRACCIONES Y LA CONFECCIÓN DE UNA NUEVA PROTESIS. PACIENTE MENCIONA QUE LA PROTESIS EN OCASIONES LE CAUSA MALESTAR YA QUE LE LASTIMA LA MUCOSA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
RAIZ DENTAL RETENIDA	K083	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-05	09:35	Odontología Rural	VIVIAN VALENTINA SOLORZANO CEDEÑO	1313584805	

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
2025-02-05	09:35	Odontología Rural	VIVIAN VALENTINA SOLORZANO CEDEÑO	1313584805	