

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRAVO	FLECHER	ELSA MARGARITA	13	07	1959	66 años, 0 meses, 24 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia		Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304945155	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SITIO SAN JACINTO y 098-559-6355 / (99)-999-9999
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	1304945155	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	IMPLANTOLOGIA	2025	08	06
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 ☐

valoración por
especialista

3. Resumen del cuadro clínico

dolor leve, espontaneo, intermitente, minutos de duración, pulsatil de una semana de evolución EN MAXILAR INFERIOR, HEMIARCADA DERECHA EN ZONA DE MOLARES. PIEZA #47 presenta cavidad profunda con aparente comunicación pulpar

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

se necesita valoración por IMPLANTOLOGIA. NUMERO DE CELULAR DE PACIENTE PARA LLAMADA 0985596355. NUMERO DE CELULAR CON WHATS PP 0996866845

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ABSCESO PERIAPICAL SIN FISTULA	K047		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-06	13:12	Odontología	JAIRO EDUARDO PIZA YENCON	1310374655	



Firmado electrónicamente por:
JAIRO EDUARDO PIZA YENCON
Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-08-06	13:12	Odontología	JAIRO EDUARDO PIZA YENCON	1310374655	