

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	CHILA	KELMY ISABEL	28	07	1971	53 años, 1 meses, 13 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M
Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305812214	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LA PAPAYA y	096-089-1675 /
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	1305812214	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Odontología	2024	09 10
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

DOLOR AL MASTICAR EN REGIÓN MOLAR SUPERIOR IZQUIERDA, PACIENTE REFIERE QUE PRESENTA RESTOS DE RAICES QUE DESEA EXTRAERSE PERO QUE LE RECOMENDARON SER EXTRAIDA POR CIRUJANO POR ANTECEDENTE DE HEMORRAGIAS AL EXTRAERSE

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE ENVIA TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Y SE REALIZA REFERENCIA PARA VALORACION CON ESPECIALISTA O DERIVAR A INSTITUCION DONDE REALIZAN CIRUGIAS.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
RAIZ DENTAL RETENIDA	K083		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	DIRECCIÓN DISTRITAL
2024-09-10	15:49	Odontología Rural	FATIMA CAROLINA OÑA RIVAS	2300558265	CHONE - FLAVIO ALVARO SALAS ROSARIO

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His. Clínica 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
2024-09-10	15:49	Odontología Rural	FATIMA CAROLINA OÑA RIVAS	2300558265	