

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
QUIROZ	MAJOJO	ANA MARIA	03	08	1978	47 años, 2 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307822450	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	VIA CHONE QUITO y NO TIENE	098-592-6898 / (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	1307822450	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Odontología	2025	10	21
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 POSTERIOR A "EXODONCIA" DE PREMOLAR SUPERIOR DERECHO, YA EN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y TRAE RESULTADO DE IMAGEN RADIOGRÁFICA EN LA QUE SE APRECIA RESTO RADICULAR DE PIEZA DENTAL 14 LO CUAL REQUIERE SER EXTRAÍDA EN SU TOTALIDAD. CONTACTO TELEFÓNICO: 0967051615
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE EMITE LA PRESENTE REFERENCIA PARA VALORACION POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ORAL E IMPLANTOLOGIA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
RAIZ DENTAL RETENIDA	K083		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-21	09:38	Odontología	ROSARIO ELIZABETH CEDENO QUIROZ	1312485574	

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 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
2025-10-21	09:38	Odontología	ROSARIO ELIZABETH CEDENO QUIROZ	1312485574	