

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| ALCIVAR          | PARRAGA          | JENNE MAYANNE | 20                  | 10  | 1977 | 47 años, 3 meses, 15 días | Mujer   |
|                  |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1309476529        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | LA MATUTINA y LA MATUTINA    | 098-172-0091 /       |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón | Parroquia      | Calle Principal y Secundaria | Convencional/Celular |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No.           | Establecimiento de salud | Tipo                                                 |               |      |       | Distrito/Area  |
|---------------------|---------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------|---------------|------|-------|----------------|
| MSP                 | 1309476529                | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA |               |      |       | 13D07 / ZONA 4 |
|                     |                           |                          |                                                      |               |      |       |                |
| Refiere o Deriva a: |                           |                          |                                                      |               |      | Fecha |                |
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL DE CHONE |                          | Consulta externa                                     | Implantologia | 2025 | 02    | 04             |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud  |                          | Servicio                                             | Especialidad  | día  | mes   | año            |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clinico

|                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE SE PRESENTA A LA CONSULTA MANIFESTANDO DOLOR LATENTE E INFLAMACION A NIVEL DE MAXILAR INFERIOR, PZA #48 TAMBIEN PRESENTA DOLOR PULSATIL EN PIEZAS SUPERIORES #18, 28, SE LE MANDA A REALIZAR RX PANORAMICA. REQUIERE SER ATENDIDA POR ESPECIALISTA 0993195512 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|                                  |
|----------------------------------|
| DOLOR E INFLAMACION EN MAXILARES |
|----------------------------------|

5. Diagnóstico

| Diagnóstico        | CIE-10 | PRE | DEF |
|--------------------|--------|-----|-----|
| DIENTES IMPACTADOS | K011   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     |                                                                                                                                                                        |
|------------|-------|--------------|---------------------------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2025-02-04 | 10:11 | Odontología  | JULIANA TERESA GONZALEZ ALARCON | 1310748874 |  <div>Juliana Teresa Gonzalez Alarcon<br/>JULIANA TERESA<br/>GONZALEZ ALARCON</div> |

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 |
|-------|------|--------------|------------------------|--------|-------|
|       |      |              |                        |        |       |