

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres     | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| VELIZ            | CHAVEZ           | SONIA MARIA | 15                  | 04  | 1977 | 48 años, 6 meses, 6 días | Mujer   |
|                  |                  |             | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |            | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|------------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1310117252        | MANABI              | CHONE  | SANTA RITA | CALLE 10 DE AGOSTO y         | 0964048220/         |
| 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                 | 1310117252      | SANTA RITA               | 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<br>resolutiva     | <input type="checkbox"/> | Saturación<br>capacidad<br>instalada | <input type="checkbox"/>            |
| Ausencia temporal<br>del profesional | <input type="checkbox"/> | Otros/especifique:                   | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Falta de profesional                 | <input type="checkbox"/> | SE REFIERE A<br>ESPECIALISTA         |                                     |

3. Resumen del cuadro clinico

PLACA DENTAL CARIES DENTAL PIEZAS DENTALES EN MALA POSICION

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PIEZAS DENTALES EN MALA POSICION DOLOR AL CERRAR O MASTICAR ALIMENTOS

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD | NOMBRE DEL PROFESIONAL         | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|--------------|--------------------------------|------------|-------|
| 2025-10-21 | 14:49 | Odontología  | MARIA LOURDES MEJIA TOROMORENO | 1312485392 |       |

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 |
|------------|-------|--------------|--------------------------------|------------|-------|
| 2025-10-21 | 14:49 | Odontología  | MARIA LOURDES MEJIA TOROMORENO | 1312485392 |       |

