

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	BERMEO	GRETTY YOLANDA	10	12	1983	40 años, 9 meses, 23 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310626278	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	AVENIDA SAN JACINTO y SN	099-902-4537 /
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	1310626278	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Odontología		2024	10	03
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

PACIENTE FEMENINA DE 40 AÑOS DE EDAD REFIERE HABER SUFRIDO CEFALEAS Y PRESENTA CHASQUIDO EN ATM.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON MAL POSICIÓN DENTAL REQUIERE CORRECCIÓN DE OCLUSIÓN, YA QUE LA DESARMONÍA EN LA OCLUSIÓN ESTÁ PROVOCANDO REPERCUSIÓN A NIVEL DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR, PROVOCANDO CHASQUIDO EN LA ATM Y DOLORS DE CABEZA RECURRENTES Y OCACIONALES MAREOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ANOMALIAS EVIDENTES DEL TAMAÑO DE LOS MAXILARES	K070	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-03	13:27	Odontología Rural	VIVIAN VALENTINA SOLORZANO CEDEÑO	1313584805	

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
2024-10-03	13:27	Odontología Rural	VIVIAN VALENTINA SOLORZANO CEDEÑO	1313584805	