

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BURGOS	ESPINOZA	HECTOR IVAN	11	12	1980	43 años, 11 meses, 0 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310632276	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	LA PAPAYITA y LA PAPAYITA	/
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	1310632276	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Maxilofacial	2024	11	11
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 REFIERE MAL ALIENTO E INCOMODIDAD Y DOLOR INTENSO EN ZONA DONDE SE OBSERVA COMUNICACION BUCO MAXILAR

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE REFIERE HABERSE SOMETIDO A UNA CIRUGÍA LUEGO DE UN ACCIDENTE, DÍAS POSTERIOR A LA CIRUGÍA REFIERE QUE SE LE SALIÓ "UN TORNILLO" POR UN ORIFICIO QUE LE QUEDÓ COMO COMUNICACION BUAL. LUEGO, LA PLATINA QUE LE COLOCARON EMPEZÓ A INCOMODAR Y APARECER A TRAVÉS DE LA COMUNICACIÓN BUCO MAXILAR. SE OBSERVA LA PRESENCIA DE INFECCIÓN CON EXUDADO PURULENTO Y MARCADA HALITOSIS CRÓNICA POR LO QUE SE ENVÍA ANTIBIÓTICO Y SE ESPERA A UNA INTERVENCIÓN DE TIPO QUIRÚRGICA PARA EVITAR QUE PUEDA SURGIR UNA POSIBLE NECROSIS.
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD DE LOS MAXILARES, NO ESPECIFICADA	K109	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-11	13:23	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 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
2024-11-11	13:23	Odontología Rural	VIVIAN VALENTINA SOLORZANO CEDEÑO	1313584805	