

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
MSP	1314	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES	II	131082019-4	0991275066

PRIMER APELLIDO: Antago, SEGUNDO APELLIDO: Pozzini, PRIMER NOMBRE: Edulim, SEGUNDO NOMBRE: Romón, SEXO: [], FECHA NACIMIENTO: 02-08-96, EDAD: 28, CONDICIÓN EDAD (MARCAR): []

No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL): 0991275066

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL: PROVINCIA: MANABI, CANTÓN: Florencia Alhara, PARROQUIA: Florencia Alhara

REFERENCIA: [], DERIVACIÓN: []

MOTIVO: 1. Accesibilidad geográfica, 2. Falta de espacio físico, 3. Falta de equipamiento, 4. Equipos en mal estado, 5. Problemas de infraestructura, 6. Problemas de abastecimiento, 7. Insuficiencia de profesionales, 8. Inadecuada capacidad resolutoria, 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	H BNOpticon D.	C. Externo	Otorrinolaringología

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente de Sexo Masculino 28 Años. Mago con dolor postquirúrgico (Aguda) Maxilar inferior Zona Anterior, Requiere valoración por otología en endodoncia.

HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Paciente Manifiesta que hace 6 meses se realiza endodoncia piezo # 41

DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
Enfermedad de la boca y de los tejidos periorales	101		-	4.			
				5.			
				6.			

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
23/07/25	11:22	Glison	Zambrano	Savio

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 1303231219, FIRMA: [Firma], SELLO: [Sello]

EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO

CONTRAREFERENCIA: [], REFERENCIA INVERSA: []

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
-------------------------	-----------	--------------------------	-----------	----------------------------------	-------------------

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
-------------------------	--------------------------	----------	--------------------

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
				4.			
				5.			
				6.			

TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: [], FIRMA: [Firma], SELLO: [Sello]