

A.DATOS DE ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO/PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA

MSP

UNICÓDIGO

1246

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

C. STOSAGUA

TIPOLOGIA

TIPOC

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA

1312302779

NÚMERO DE ARCHIVO

1312302779

PRIMER APELLIDO

VELASQUEZ

SEGUNDO APELLIDO

DELGADO

PRIMER NOMBRE

JESSENIA

SEGUNDO NOMBRE

DAYANARA

SEXO

F

FECHA DE NACIMIENTO

09/08/95

EDAD

29

CONDICIÓN DE DAD (MARCAR)

H

D

M

A

No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)

987002296

TIPO DE COBERTURA

NO

REFERENCIA

☒

DERIVACIÓN

☐

MOTIVO

6. Problemas de abastecimiento.

7. Insuficiencia de profesionales.

8. Inadecuada capacidad resolutive

9. Ausencia de la prestación en la Cartera de servicios

1. Accesibilidad geográfica.

2. Falta de espacio físico.

3. Falta de equipamiento.

4. Equipos en mal estado.

5. Problemas de infraestructura.

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL

PROVINCIA

MANABI

CANTÓN

TOSAGUA

PARROQUIA

TOSAGUA

B.DATOS DE ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA

MSP

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

HOSP. NAPOLEON DAVILA

SERVICIO

CONSULTA EXTERNA

ESPECIALIDAD

implantología

C.RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE REFIERE MOLESTIA DE TERCEROS MOLARES, PARA POSTERIOR TRATAMIENTO. REQUIERE DE DIAGNOSTICO POR PARTE DE UN ESPECIALISTA.

D.HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

NOPRESENTARX.

E.DIAGNÓSTICO

PRE-PRESUNTIVO

DEF. DEFINITIVO

CIE

PRE

DEF

1.

ANOMALIA DE LA POSICION

K073

☒

4.

2.

5.

F.DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)

2025/02/27

HORA (hh:mm)

13:30:00

PRIMER NOMBRE

VANESSA

PRIMER APELLIDO

CEVALLOS

SEGUNDO APELLIDO

VILLAMAR

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

1313723023

FIRMA



SELLO

O.D.O.N.T.OLOGA

MARIA VANESSA CEVALLOS VILLAMAR

G.EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA/DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA

☐

SI

☐

NO

DERIVACIÓN JUSTIFICADA

☐

SI

☐

NO

CONTRAREFERENCIA

☐

REFERENCIA INVERSA

☐

A.DATOS DE ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA

UNICÓDIGO

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

TIPOLOGIA

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA

NÚMERO DE ARCHIVO

B.DATOS DE ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

DISTRITO

FECHA (aaaa-mm-dd)

C.RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D.HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E.TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F.DIAGNÓSTICO

PRE-PRESUNTIVO

DEF. DEFINITIVO

CIE

PRE

DEF

1.

4.

2.

5.

3.

6.

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

H.DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)

HORA (hh:mm)

PRIMER NOMBRE

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

FIRMA

SELLO

SNS-MSP/HCU-form.053/2021

REFERENCIA- DERIVACIÓN- CONTRAREFERENCIA-REFERENCIA INVERSA