

MSP	UNICODIGO 1415	ESTABLECIMIENTO DE SALUD HOSPITAL GENERAL MIGUEL H. ALCIVAR	TIPOLOGIA II	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA 1312587486	NÚMERO DE ARCHIVO 1312587486		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICION EDAD (MARCAR)
CEDENO	VERA	VERONICA	ALEXANDRA	FEM	11/2 1965	36	H D M A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA X		DERIVACIÓN			
960202025							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		MOTIVO			
PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA	2. Falta de espacio físico.	6. Problemas de abastecimiento.			
MANABI	SUCRE	LEONIDAS PLAZA	3. Falta de equipamiento.	7. Insuficiencia de profesionales.			
			4. Equipos en mal estado.	8. Inadecuada capacidad resolutiva.			
			5. Problemas de infraestructura.	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.			

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
11SP	HOSPITAL "MARLEON" CAPULA	CONSULTA EXTERNA	ODONTOLOGIA/IMPLANTOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA CON ANTECEDENTES DE SALUD ANTERIOR QUE REFIERE HACE 2 AÑOS VIENE PRESENTANDO DOLOR EN ZONA DE MOLARES INFERIOR DERECHA QUE LE PROVOCA CEFALEA MIGRANOSA. AL EXAMEN ORAL SE CONSTATA EL 48 PARCIALMENTE BROTADO CON EDEMA GINGIVAL PERICORONARIO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

RADIOGRAFIA PANORAMICA QUE CONFIRMA EL DIAGNOSTICO CLINICO

E. DIAGNOSTICO

PRE* PRESUNTIVO	DEF* DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1. DIENTES IMPACTADOS		K011	X		4.		
2.					5.		
3.					6.		

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
17.01.2025	11.30 H	JOSE DAVID	ALEMAN	OROZCO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1756571012				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
CONTRAREFERENCIA	☐		REFERENCIA INVERSA	☐	

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

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICODIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
-------------------------	-----------	--------------------------	-----------	----------------------------------	-------------------

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA 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. DIAGNOSTICO

PRE* PRESUNTIVO	DEF* DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.					4.		
2.					5.		
3.					6.		

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO 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	