

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCION DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO		
MSP	1415	HOSPITAL GENERAL MIGUEL H. ALCÍVAR	II	1312713736	1312713736		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
ROMÁN	ZAMBRANO	CARMEN	MARILU	F	20/1/1987	38	H D M A
VELIZ		REFERENCIA		DERIVACIÓN			
958958114		1. Accesibilidad geográfica		MOTIVO			
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		2. Falta de espacio físico		6. Problemas de abastecimiento			
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento	7. Insuficiencia de profesionales			
MANABÍ	CHONE	CHONE	4. Equipos en mal estado	8. Inadecuada capacidad resolutoria			
		5. Problemas de infraestructura		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios			

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCION DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL IMPOLEON CHAVLA	CONSULTA EXTERNA	ODONTOLOGIA/IMPLANTOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 38 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE ARTROSIS BAJO TRATAMIENTO QUE REFIERE HACE UN MES VIENE PRESENTANDO DOLOR EN ZONA DE MOLARES INFERIOR IZQUIERDA. AL EXAMEN ORAL SE CONSTATA BROTE PARCIAL DE LA CORONA DEL 38, CON EDEMA GINGIVAL PERICORONARIO. EXAMENES RADIOGRAFICOS EVIDENCIAN EL 38 IMPACTADO.

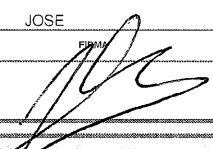
D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

RADIOGRAFIA PERIAPICAL QUE CONFIRMA EL DIAGNOSTICO CLINICO

E. DIAGNÓSTICO

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
2025.07.14	9.00 H	JOSE	ALEMAN	BOZCO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
1756571012				
		Dr. José D. Alemán Orozco CIRUJANO MAXILOFACIAL RP. 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

INSTITUCION DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	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

INSTITUCION DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO
-------------------------	--------------------------	----------

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	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