

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PIN	RIVAS	PAMELA ANNABEL	11	09	1991	33 años, 2 meses, 23 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313133017	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SN y	099-822-9325 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1313133017	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Odontología	2024	12	04
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☐	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☒		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINO DE 33 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA POR PRESNETAR MOLESTIAS RELACIONADAS CON LA ERUPCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR DERECHO, DOLOR MODERADO Y PERSISTENTE, REQUIERE VALORACION PARA CIRUGIA MAXILOFACIAL. CONTACTO TELEFONICO DEL PACIENTE: 0998229325-0984875644 SOLO WHATSAPP
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE FEMENINO DE 33 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA POR PRESNETAR MOLESTIAS RELACIONADAS CON LA ERUPCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR DERECHO, DOLOR MODERADO Y PERSISTENTE, REQUIERE VALORACION PARA CIRUGIA MAXILOFACIAL.
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DIENTES INCLUIDOS	K010		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-04	10:51	Odontología	ROSARIO ELIZABETH CEDEÑO QUIROZ	1312485574	

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 clinico

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
2024-12-04	10:51	Odontología	ROSARIO ELIZABETH CEDEÑO QUIROZ	1312485574	