

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres     | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| BAZURTO          | LOOR             | SAMMY ANDRE | 21                  | 06  | 2007 | 17 años, 2 meses, 6 días | Hombre  |
|                  |                  |             | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico          |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1313774299        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | PUERTO ARTURO y CALLE LA PAZ | 0991780936 / 052360592 |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón | Parroquia      | Calle Principal y Secundaria | Convecional/Celular    |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No.           | Establecimiento de salud | Tipo                   |              | Distrito/Area  |     |     |
|---------------------|---------------------------|--------------------------|------------------------|--------------|----------------|-----|-----|
| MSP                 | 1313774299                | SANTA MARTHA             | CENTRO DE SALUD TIPO A |              | 13D07 / ZONA 4 |     |     |
|                     |                           |                          |                        |              |                |     |     |
| Refiere o Deriva a: |                           |                          |                        |              | Fecha          |     |     |
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL DE CHONE |                          | Consulta externa       | Odontología  | 2024           | 08  | 27  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud  |                          | Servicio               | Especialidad | día            | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clinico

|              |
|--------------|
| Asintomático |
|--------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------|
| Presencia de apiñamiento antero inferior y protrusión en el maxilar superior |
|------------------------------------------------------------------------------|

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                         | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------------------------------|--------|-----|-----|
| ANOMALIAS DE LA POSICION DEL DIENTE | K073   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD | NOMBRE DEL PROFESIONAL           | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|--------------|----------------------------------|------------|-------|
| 2024-08-27 | 12:02 | Odontología  | DAYCI ELIZABETH URRIOLA QUIÑONEZ | 0801754425 |       |

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 |
|------------|-------|--------------|----------------------------------|------------|-------|
| 2024-08-27 | 12:02 | Odontología  | DAYCI ELIZABETH URRIOLA QUIÑONEZ | 0801754425 |       |