

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
IBARRA	CASTRO	LUZMILA PAOLA	18	06	2001	23 años, 6 meses, 22 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314476449	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	LOS NARANJOS y	098-541-6263 /
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	1314476449	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Maxilofacial		2025	01	09
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

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

3. Resumen del cuadro clínico

DOLOR A LA PERCUSIÓN. PACIENTE MENCIONA QUE LLEVA VARIAS SEMANAS CON DOLOR AGUDO EN ZONA DE MOLARES ASÍ COMMO EN ATM
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN LA REVISIÓN SE OBSERVA CARIES EN PIEZA 28. MISMA QUE PROVOCA FUERTE DOLOR TANTO A LA MASTICACIÓN COMO A LA PERCUSIÓN. EL DOLOR SE HA EXTENDIDO POR SEMANAS PROVOcando OCASIONALES MAREOS Y CEFALEA ACOMPAÑADO DE DOLOR CERCA DE LA ZONA DEL OÍDO IZQUIERDO. PACIENTE PRESENTA GIROVERSIÓN EN VARIAS PIEZAS CON APIÑAMIENTO QUE LE PROVOCAN UNA OCLUSIÓN DESFAVORABLE.
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PULPITIS	K040	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-09	12:35	Odontología Rural	VIVIAN VALENTINA SOLORZANO CEDEÑO	1313584805	

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 clínico

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
2025-01-09	12:35	Odontología Rural	VIVIAN VALENTINA SOLORZANO CEDEÑO	1313584805	