

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GONZALEZ	SALAZAR	MARIA ANDREA	27	04	1995	29 años, 9 meses, 10 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M
Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	Nº Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314646157	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN ANTONIO y	098-130-9986 / (99)-999-9999
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional y Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	Hls. Clínica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Área
MSP	1314646157	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	130607 / ZONA 4
Refiere o Deriva a:				
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Odontología
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	Fecha
				2025 02 06
				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

PACIENTE FEMENINO DE 29 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA POR QUE PRESENTA DOLOR EN EL MAXILAR INFERIOR CON 7 DIAS DE EVOLUCION. TELF: 0985512867/0999610652.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

REQUIERE VALORACION DE ESPECIALISTA EN EN CIRUGÍA ORAL E IMPLANTOLOGIA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DIENTES IMPACTADOS	K011		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-06	08:40	Odontología Rural	FATIMA CAROLINA OÑA RIVAS	2300558265	 FATIMA CAROLINA OÑA RIVAS

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His. Clínica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad	
Contrarefiere o Referencia Inversa a:					Fecha	
					/	
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Área	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
2025-02-06	08:40	Odontología Rural	FATIMA CAROLINA OÑA RIVAS	2300558265	