

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PEÑARRIETA	GARCIA	RAQUEL ESTHEFANIA	24	09	1998	26 años, 10 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314785484	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	30 DE MARZO y	099-546-1881 /
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	1314785484	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Odontología		2025	08	21
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

PACIENTE FEMENINO DE 26 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA ODONTOLÓGICA POR PRESENTAR DOLOR, DESDE HACE UN DÍA ATRÁS UBICADO EN REGIÓN RETROMOLAR INFERIOR IZQUIERDA, CON LA MASTICACIÓN SE INTENSIFICA, LIMITADA APERTURA BUCAL, HA TOMADO IBUPROFENO UNA Y DOS PARACETAMOL Y NO CEDE EL DOLOR POR COMPLETO, AL MOMENTO DE LA ANAMNESIS SINTOMÁTICO..0995461881

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TERCER MOLAR INFERIOR IZQUIERDO EN ETAPA ERUPTIVA CLINICAMENTE NO SE EVIDENCIA LA CORONA COMPLETAMENTE, INFLAMACION DE TEJIDOS BLANDOS, DOLOR CON LA APERTURA BUCAL, SE REALIZA REFERENCIA PARA VALORACION CON ESPECIALISTA EN CIRUGIA ORAL E IMPLANTOLOGIA..

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DIENTES INCLUIDOS	K010		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-21	09:01	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
2025-08-21	09:01	Odontología	ROSARIO ELIZABETH CEDEÑO QUIROZ	1312485574	