

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELEZ	ZAMBRANO	PAOLA STEFANIA	25	05	1995	29 años, 6 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314967884	MANABI	CHONE	RICAURTE	SESME y VIA LA ISLA	099-887-0447 / (00)-000-0000
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	1314967884	SESME	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Maxilofacial	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

Mediante en analisis clinico se pudo detectar tercer molar superior derecho fracturado, lo que produce un dolor severo, existe contacto con la camara pulpar. Por lo cual se requiere realizar una extracción de tercero molar superior derecho de la pieza 18, con cirugía de mayor nivel.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

Mediante el examen clinico, por percusión y prueba de frio y calor, presencia de contacto pulpar, relacionada con una pulpitis irreversible sintomatica y una fractura corono radicular complicada.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
EXAMEN ODONTOLOGICO	Z012		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-04	11:22	Odontología Rural	TONY ELIAN ZAMBRANO PALMA	1314003318	

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	11:22	Odontología Rural	TONY ELIAN ZAMBRANO PALMA	1314003318	