

|                            |  |                  |                                    |                                  |           |                                  |  |                                                         |                  |      |                         |   |   |   |
|----------------------------|--|------------------|------------------------------------|----------------------------------|-----------|----------------------------------|--|---------------------------------------------------------|------------------|------|-------------------------|---|---|---|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA    |  | UNICÓDIGO        | ESTABLECIMIENTO DE SALUD           |                                  | TIPOLOGIA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA |  | NÚMERO DE ARCHIVO                                       |                  |      |                         |   |   |   |
| MSP                        |  | 1415             | HOSPITAL GENERAL MIGUEL H. ALCÍVAR |                                  | II        | 1315130177                       |  | 1315130177                                              |                  |      |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO            |  | SEGUNDO APELLIDO |                                    | PRIMER NOMBRE                    |           | SEGUNDO NOMBRE                   |  | SEXO                                                    | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| VERA                       |  | ZAMBRANO         |                                    | JOSUE                            |           | ISACC                            |  | F                                                       | 2/10/2002        | 22   | H                       | D | M | A |
| VELIZ                      |  |                  |                                    | REFERENCIA                       |           | X                                |  | DERIVACIÓN                                              |                  |      |                         |   |   |   |
| 998360800                  |  |                  |                                    | 1. Accesibilidad geográfica.     |           |                                  |  | MOTIVO                                                  |                  |      |                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL |  |                  |                                    | 2. Falta de espacio físico.      |           |                                  |  | 6. Problemas de abastecimiento.                         |                  |      |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                  |  |                  |                                    | 3. Falta de equipamiento         |           | X                                |  | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |                  |      |                         |   |   |   |
| CANTÓN                     |  |                  |                                    | 4. Equipos en mal estado.        |           |                                  |  | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                  |      |                         |   |   |   |
| PARROQUIA                  |  |                  |                                    | 5. Problemas de infraestructura. |           |                                  |  | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                  |      |                         |   |   |   |
| MANABÍ                     |  |                  |                                    | BAHIA                            |           |                                  |  |                                                         |                  |      |                         |   |   |   |
| SUCRE                      |  |                  |                                    |                                  |           |                                  |  |                                                         |                  |      |                         |   |   |   |

|                                                         |  |                              |  |                  |  |                           |  |
|---------------------------------------------------------|--|------------------------------|--|------------------|--|---------------------------|--|
| B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA |  |                              |  |                  |  |                           |  |
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                 |  | ESTABLECIMIENTO DE SALUD     |  | SERVICIO         |  | ESPECIALIDAD              |  |
| HSP                                                     |  | HOSPITAL "MIGUEL H. ALCÍVAR" |  | CONSULTA EXTERNA |  | ODONTOLOGIA/IMPLANTOLOGIA |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| PACIENTE MASCULINO DE 24 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE BUENA SALUD ANTERIOR QUE REFIERE HACE UN AÑO VIENE PRESENTANDO DOLOR EN ZONA DE MOLARES. AL EXAMEN ORAL SE CONSTATA AUSENCIA CLÍNICA DE LOS TERCEROS MOLARES EXAMENES RADIOGRÁFICOS EVIDENCIAN IMPACTADOS LOS INFERIORES |  |

|                                                                   |  |
|-------------------------------------------------------------------|--|
| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |  |
| RADIOGRAFIA PERIAPICAL QUE CONFIRMA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO        |  |

|                |                    |                 |                 |      |     |     |     |     |     |
|----------------|--------------------|-----------------|-----------------|------|-----|-----|-----|-----|-----|
| E. DIAGNÓSTICO |                    | PRE= PRESUNTIVO | DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF | CIE | PRE | DEF |
| 1.             | DIENTES IMPACTADOS |                 |                 | K011 | X   | 4.  |     |     |     |
| 2.             |                    |                 |                 |      |     | 5.  |     |     |     |
| 3.             |                    |                 |                 |      |     | 6.  |     |     |     |

|                                       |              |                                                                      |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------|------------------|
| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |                                                                      |                 |                  |
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE                                                        | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2025.08.08                            | 11.00 H      | JOSE                                                                 | ALEMAN          | OROZCO           |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA                                                                |                 |                  |
| 1756571012                            |              | Dr. José P. Aleman Orozco<br>CIRUJANO MAXILOFACIAL<br>RP. 1756571012 |                 |                  |

|                                             |  |    |    |                        |  |    |    |
|---------------------------------------------|--|----|----|------------------------|--|----|----|
| G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN |  |    |    |                        |  |    |    |
| REFERENCIA JUSTIFICADA                      |  | SI | NO | DERIVACIÓN JUSTIFICADA |  | SI | NO |
| CONTRAREFERENCIA                            |  |    |    | REFERENCIA INVERSA     |  |    |    |

|                                                                                |  |           |                          |  |           |                                  |                   |
|--------------------------------------------------------------------------------|--|-----------|--------------------------|--|-----------|----------------------------------|-------------------|
| A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA |  |           |                          |  |           |                                  |                   |
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                                        |  | UNICÓDIGO | ESTABLECIMIENTO DE SALUD |  | TIPOLOGIA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA | NÚMERO DE ARCHIVO |

|                                                                                       |  |                          |  |          |                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------|--|----------|--------------------|
| B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA |  |                          |  |          |                    |
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                                               |  | ESTABLECIMIENTO DE SALUD |  | DISTRITO | FECHA (aaaa-mm-dd) |

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO |  |
|-------------------------------|--|

|                                                                   |  |
|-------------------------------------------------------------------|--|
| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |  |
|-------------------------------------------------------------------|--|

|                                                          |  |
|----------------------------------------------------------|--|
| E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS |  |
|----------------------------------------------------------|--|

|                |  |                 |                 |     |     |     |     |     |     |
|----------------|--|-----------------|-----------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| F. DIAGNÓSTICO |  | PRE= PRESUNTIVO | DEF= DEFINITIVO | CIE | PRE | DEF | CIE | PRE | DEF |
| 1.             |  |                 |                 |     |     | 4.  |     |     |     |
| 2.             |  |                 |                 |     |     | 5.  |     |     |     |
| 3.             |  |                 |                 |     |     | 6.  |     |     |     |

|                                                                                         |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|
| G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|

|                                       |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |                 |                  |
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA         |                 | SELLO            |