

MSP	UNICODIGO 1415	ESTABLECIMIENTO DE SALUD HOSPITAL GENERAL MIGUEL H. ALCIVAR	TIPOLOGIA II	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA 1315162022	NÚMERO DE ARCHIVO 1315162022		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
CHICA	MONTES	LUIS	DAVID	MASC	3/7/1997	28	H D M A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN			
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.		MOTIVO 6. Problemas de abastecimiento 7. Insuficiencia de profesionales 8. Inadecuada capacidad resolutiva 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios			
PROVINCIA MANABÍ	CANTÓN SUCRE	PARROQUIA LEONIDAS PLAZA					

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA TSP	ESTABLECIMIENTO DE SALUD HOSPITAL NAPOLEÓN DAVILA	SERVICIO CONSULTA EXTERNA	ESPECIALIDAD ODONTOLOGIA/IMPLANTOLOGIA
--------------------------------	--	------------------------------	---

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE CON ANTECEDENTES DE BUENA SALUD ANTERIOR QUE ACUDE A CONSULTA REFIRIENDO DOLOR EN ZONA DE MOLARES INFERIORES. AL EXAMEN ORAL SE CONSTATA BROTE PARCIAL DE LA CORONA CON EDEMA GINGIVAL PERICORONARIO

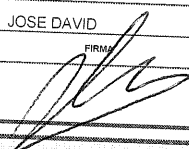
D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

RADIOGRAFIA PANORAMICA QUE CONFIRMA EL DIAGNOSTICO CLINICO

E. DIAGNÓSTICO

PRE-PRESUNTIVO	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) 11.02.2025	HORA (hh:mm) 16.00 H	PRIMER NOMBRE JOSE DAVID	PRIMER APELLIDO ALEMAN	SEGUNDO APELLIDO OROZCO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 1756571012		FIRMA 	SELLO 	

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	UNICODIGO	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	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	