

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

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA							
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		HOSPITAL INFANTE DAVILA		CONSULTA EXTERNA		ODONTOLOGIA/IMPLANTOLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO	
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 EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
RADIOGRAFIA PANORAMICA QUE CONFIRMA EL DIAGNOSTICO CLINICO	

E. DIAGNOSTICO							
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
11.02.2025	16.00 H	JOSE DAVID	ALEMAN	OROZCO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		SELO		
1756571012		Dr. José D. Aleman Orozco CIRUJANO MAXILOFACIAL		

G. EVALUACION 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 CLINICO	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS	

F. DIAGNOSTICO							
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		SELO