

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CUSME	VILLAMAR	MARIA VICTORIA	07	12	1996	28 años, 8 meses, 25 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315260677	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LAS GARZAS y	000-000-0000 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1315260677	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	09	01
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 28 AÑOS DE EDAD CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL, ACUDE A CONSULTA ODONTOLOGICA EN COMPAÑIA DE SU HERMANA POR PRESENTAR MOLESTIAS RELACIONADAS CON LA ERUPCION DE TERCEROS MOLARES SUPERIORES E INFERIORES.. AL MOMENTO DE LA ANAMNESIS CON SINTOMAS LEVES PERO MANIFIERTA MOLESTIAS AL ALIMENTARSE, AL ABRIR LA BOCA Y EN OCASIONES DOLOR ESPONTANEO..0979932231-0962084358

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TERCEROS MOLARES EN ETAPA ERUPTIVA, DOLOR CON LA PALPACION, REQUIERE VALORACION DE CIRUGIA ORAL...

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DIENTES INCLUIDOS	K010		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-01	12:02	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
2025-09-01	12:02	Odontología	ROSARIO ELIZABETH CEDEÑO QUIROZ	1312485574	