

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VITE	BARRE	MANUEL ALEXANDER	23	12	1999	26 años, 6 meses, 21 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315564482	MANABI	CHONE	SANTA RITA	TABLADA DE SANCHEZ y TABLADA DE SANCHEZ	000-000-0000 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1315564482	NAUSE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Odontología		2026	07	14
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	☐	APIÑAMIENTO	

3. Resumen del cuadro clínico

Paciente acude a consulta. Al examen clínico intraoral se evidencia malposición dentaria con apiñamiento dental severo en ambas arcadas, rotaciones dentarias y alteración de la oclusión, compatible con maloclusión. La condición compromete la adecuada higiene oral y la función masticatoria, con riesgo de enfermedad periodontal, caries y desgaste dental. Se considera necesaria valoración especializada por Ortodoncia para diagnóstico integral y planificación del tratamiento correctivo.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

APIÑAMIENTO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
EXAMEN ODONTOLÓGICO	Z012		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-14	18:42	Odontología Rural	LADY TATIANA CEDEÑO VALENCIA	1312714445	

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 clínico

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
2026-07-14	18:42	Odontología Rural	LADY TATIANA CEDEÑO VALENCIA	1312714445	