

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SAMANIEGO	SOLORZANO	ELKYN SAMUEL	27	11	2005	19 años, 3 meses, 8 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315673853	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SEGUA y	096-770-7034 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1315673853	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	03	07
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

DOLOR, DESDE HACE CINCO DÍAS ATRÁS, UBICADO EN REGIÓN INFERIOR DERECHA, FUERTE, HA TOMADO PARACETAMOL PARA EL DOLOR, DURANTE LA ANAMNESIS SINTOMÁTICO... CONTACTO TELEFONICO DEL PACIENTE: 0967707034-0982778764

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

MOLAR 48 CON CARIES PROFUNDA QUE ABARCA CARAS OCLUSAL Y LINGUAL, DOLOR CON LA PALPACION Y PERCUSION, SE EMITE REFERENCIA PARA VALORACION CON ESPECIALISTA EN CIRUGIA ORAL E IMPLANTOLOGIA..

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PULPITIS	K040		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-07	10:48	Odontología	ROSARIO ELIZABETH CEDENO 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
2025-03-07	10:48	Odontología	ROSARIO ELIZABETH CEDENO QUIROZ	1312485574	