

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento		Edad	Sexo
SALTOS	SALTOS	JAIME HILARIO	13 día	05 mes	1991 año	Hombre
					a-m-d	1-H 2-M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia		Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315860526	CHONE	SAN ANTONIO	MENSIPENSADO Y	097-882-7390 /
Ver Instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	Hls.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area		
MSP	1315860526	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13007 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:						
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Odontología	2024	12	02
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 MASCULINO DE 33 AÑOS PRESENTA DOLOR CON 8 DÍAS DE EVOLUCIÓN EN EL MAXILAR SUPERIOR EN EL LADO DERECHO E IZQUIERDO.
CONTACTO TELEFONICO: 0978827390.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TERCEROS MOLARES EN ETAPA DE ERUPCION. PROVOCANDO MOLESTIAS COMO DOLOR, TUMEFACCION Y DIFICULTAD PARA MASTICAR Y LA APERTURA BUCAL. REQUIERE VALORACION DE ESPECIALISTA EN CIRUGIA ORAL.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DIENTES INCLUIDOS	K010		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-02	08:48	Odontología Rural	FATIMA CAROLINA OÑA RIVAS	2300558265	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	Hls.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
2024-12-02	08:48	Odontología Rural	FATIMA CAROLINA OÑA RIVAS	2300558265	