

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BARCIA	MOLINA	JHONNY AGUSTIN	28	08	1990	35 años, 5 meses, 12 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316196987	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	VIA COLORADO y	999-999-9999 /
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	1316196987	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Odontología		2026	02	09
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

PX MASCULINO ADULTO, PRESENTA DOLOR CONSTANTE EN LA PIEZA DENTAL 37 LA CUAL PRESENTA CARIES PROFUNDA EN DENTINA. SE PROCEDE A REALIZAR REFERENCIA DEBIDO A FALTA DE INSTRUMENTAL ODONTOLÓGICO PARA REALIZAR LA CURACIÓN DE CARIES Y POSTERIOR RESTAURACIÓN (FALLA EN EL SILLON DENTAL)

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

LA PIEZA AUN ESTÁ SALVABLE, SE DEBE REALIZAR RX PERIAPICAL PARA VER QUE TAN AFETADA ESTÁ LA PIEZA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CARIES DE LA DENTINA	K021		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-09	10:54	Odontología Rural	WLADIMIR ANTONIO TELLO ZAMBRANO	1316329638	

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
2026-02-09	10:54	Odontología Rural	WLADIMIR ANTONIO TELLO ZAMBRANO	1316329638	