

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICODIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NUMERO DE HISTORIA CLINICA UNICA		NUMERO DE ARCHIVO						
MSP		1415	HOSPITAL GENERAL MIGUEL H. ALCÁVAR		II	1316248754		1316248754						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
MENDOZA		ENDARA		SEBASTIAN		ISMAEL		MASC	22/6/1999	25	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		X		DERIVACIÓN						
995886935				LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica		MOTIVO		6. Problemas de abastecimiento				
PROVINCIA				CANTÓN		PARROQUIA		X		7. Insuficiencia de profesionales				
MAHABÍ				SUCRE		BAHIA				8. Inadecuada capacidad resolutive				
										9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios				

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA							
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
IASP		HOSPITAL "MARCOS" DAVILA		CONSULTA EXTERNA		ODONTOLOGIA/IMPLANTOLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO	
PACIENTE QUE REFIERE HACE UN MES VIENE PRESENTANDO DOLOR EN ZONA DE MOLARES INFERIORES POR LO QUE ES REFERIDO A NOSOTROS.	
AL EXAMEN ORAL HAY AUSENCIA CLINICA DE LOS TERCEROS SUPERIORES Y TEJIDO DENTARIO PARCIALMENTE BROTAO A NIVEL DE ESPACIOS RETROMOLARES CON EDEMA GINGIVAL PERICORONARIO	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	
RX PANORAMICA QUE CONFIRMA EL DIAGNOSTICO CLINICO	

E. DIAGNOSTICO								
PRE* PRESUNTIVO	DEF* DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	DIENTES IMPACTADOS	K011	X	4.				
2.				5.				
3.				6.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
07.02.2025	9.30 H	JOSE DAVID	ALEMAN	OROZCO
NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1756571012			CIRUJANO MAXILOFACIAL DR. 1756571012	

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACION					
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
CONTRAREFERENCIA			REFERENCIA INVERSA		

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICODIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NUMERO DE HISTORIA CLINICA UNICA	NUMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS	

F. DIAGNOSTICO								
PRE* PRESUNTIVO	DEF* DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.				4.				
2.				5.				
3.				6.				

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE	

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION		FIRMA	SELLO	