

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PESANTES	CASTRO	EYLEEN ALEXA	03	05	1999	26 años, 4 meses, 29 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316282464	MANABI	CHONE	SANTA RITA	ÑAUSE y	095-902-8622 /
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	1316282464	NAUSE	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Odontología	2025	10	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 femenina de 26 años de edad, en consulta refiere pérdida hace dos años del primer molar inferior izquierdo n°36. Al examen físico intraoral se observa espacio edéntulo en región correspondiente, sin signos de inflamación gingival activa ni exudado, mucosa circundante en buen estado, sin dolor a la palpación ni sensibilidad en la zona. Se orienta sobre la importancia de reponer la pieza dental perdida para evitar alteraciones en la oclusión, desplazamiento dentario o sobrecarga en piezas adyacentes. Se recomienda interconsulta con odontología para valoración de opciones de rehabilitación protésica o implante según criterio especializado. Se indica mantener adecuada higiene oral y controles periódicos.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

perdida de primer molar N36

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PERDIDA DE DIENTES DEBIDA A ACCIDENTE, EXTRACCION O ENFERMEDAD PERIODONTAL LOCAL	K081		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-02	20:13	Medicina Rural	EYLEEN ALEXA PESANTES CASTRO	1316282464	

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
2025-10-02	20:13	Medicina Rural	EYLEEN ALEXA PESANTES CASTRO	1316282464	