

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GAVILANES	MALDONADO	MIGUEL ALEJANDRO	21	01	2005	20 años, 9 meses, 10 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316397940	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CHONE 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	1316397940	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	10	31
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 20 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR MOLESTIAS EN ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR, LIMITA APERTURA Y CERRADO DE LA BOCA, HA TENIDO EPISODIOS DE CHASQUIDOS, DOLOR Y SENSACION DE DESVIACION MANDIBULAR, TODO ESTO HA EVOLUCIONADO DURANTE UN AÑO APROXIMADAMENTE. NO HA TOMADO MEDICAMENTOS, AFECTA A TEJIDOS BLANDOS DEL CUELLO DEL LADO DERECHO.TRAE RADIOGRAFIA PANORAMICA EN LA QUE SE OBSERVA CORONAS DE TERCEROS MOLARES SUPERIORES DE AMBOS LADOS CUYA DISPOSICION Y CERCANIA CON LA RAMA MANDIBULAR AFECTA EN GRAN MEDIDA LA FUNCION DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR... CONTACTO TELEFONICO: 0987905010---0967309639

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

REFERENCIA A CONSULTA EXTERNA ODONTOLOGIA PARA SU RESPECTIVA DERIVACION A ESPECIALIDAD CIRUGIA MAXILOFACIAL...

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DIENTES INCLUIDOS	K010		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-31	09:33	Odontología	ROSARIO ELIZABETH CEDEÑO 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
2025-10-31	09:33	Odontología	ROSARIO ELIZABETH CEDEÑO QUIROZ	1312485574	