



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
Dirección Distrital 13D07 Chone - Flavio Alfaro Salud

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

|                   |  |                  |  |                                  |  |                            |  |                              |      |                      |
|-------------------|--|------------------|--|----------------------------------|--|----------------------------|--|------------------------------|------|----------------------|
| Apellido paterno  |  | Apellido materno |  | Nombres                          |  | Fecha de Nacimiento        |  | Edad                         | Sexo |                      |
| Ilor              |  | Vera             |  | María Alejandra                  |  | 27 12 2000                 |  | 23                           | M    |                      |
| Nacionalidad      |  | País             |  | Cédula de Ciudadanía o Pasaporte |  | Lugar de residencia actual |  | Dirección Domicilio          |      | Nº Telefónico        |
| Ecuatoriana       |  | Ecuador          |  | 1317044939                       |  | Manabí Chone Boyaca        |  | Platanales                   |      | 0979678199           |
| Ver Instrucciones |  | Describir País   |  | Cédula diez dígitos              |  | Provincia Cantón Parroquia |  | Calle Principal y Secundaria |      | Convencional/Celular |

II. REFERENCIA: 1 ☒ DERIVACIÓN: 2 ☐

1. Datos Institucionales

|                     |                                  |                          |              |                |     |     |
|---------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------|----------------|-----|-----|
| Entidad del sistema | Hist. Clínica No.                | Establecimiento de Salud | Tipo         | Distrito/Área  |     |     |
| MSP                 | 1317044939                       | Boyaca                   | A            | 13007 / Zona 4 |     |     |
| Refiere o Deriva a: |                                  |                          |              |                |     |     |
| MSP                 | Hospital Napoleon Davila Corbala | Consulta externa         | Odontología  | Fecha          |     |     |
| Entidad del sistema | Establecimiento de Salud         | Servicio                 | Especialidad | día            | mes | año |
|                     |                                  |                          |              |                |     | 06  |

2. Motivo de la Referencia o Derivación:

- Limitada capacidad resolutive 1 ☒ Saturación de capacidad instalada 4 ☐  
Ausencia temporal del profesio 2 ☐ Otros /Especifique: 5 ☐  
Falta de profesional 3 ☐

3. Resumen del cuadro clínico

Paciente de 23 años, asiste a la atención odontológica con fuerte dolor dental, en el diagnóstico se establece que presenta Absceso Agudo en la pieza #17 con extrema, dolor intenso Hinchazón, dificultad para tragar, dolor, sensibilidad y entorpecimiento de la cara.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

Paciente presenta dolor intenso en la pieza #17, calor e hinchazón de la piel, Sensibilidad en la cara y cuello y dificultad para abrir la boca y tragar.

5. Diagnóstico

|   |               |        |     |     |
|---|---------------|--------|-----|-----|
| 1 | Absceso Agudo | CIE-10 | PRE | DEF |
| 2 |               | K047   | X   |     |

Nombre del profesional:

Amy Madelaine Cedeño Villacorta

Código MSP:

Amy Cedeño V.  
ODONTÓLOGA  
C.I. 1316513595  
Firma

III. CONTRAREFERENCIA: 3 ☐

REFERENCIA INVERSA: 4 ☐

1. Datos Institucionales

|                                       |                    |                          |      |          |                           |
|---------------------------------------|--------------------|--------------------------|------|----------|---------------------------|
| Entidad del sistema                   | Hist. Clínica Nro. | Establecimiento de Salud | Tipo | Servicio | Especialidad del servicio |
| Contrarefiere o Referencia inversa a: |                    |                          |      |          |                           |
|                                       |                    |                          |      |          | Fecha                     |
|                                       |                    |                          |      |          | día mes año               |

2. Resumen del cuadro clínico

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

5. Diagnóstico

|   |  |        |     |     |
|---|--|--------|-----|-----|
| 1 |  | CIE-10 | PRE | DEF |
| 2 |  |        |     |     |

6. Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Nombre del profesional especialista:

Código MSP:

Firma: