

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MANZABA	SOLORZANO	MARLON JOEL	07	03	2011	15 años, 0 meses, 11 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350020622	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CAMARETA y SN	098-554-8261 /
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	1350020622	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Odontología	2026	03	18
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 ADOLESCENTE DE 15 AÑOS DE EDAD MASCULINO ACUDE A CONSULTA ODONTOLÓGICA ACOMPAÑADO DE SU MADRE QUIEN MANIFIESTA QUE SU HIJO FUE OPERADO DE LABIO LEPORINO A LOS SEIS MESES DE EDAD, QUIEN ACTUALMENTE REQUIERE UNA NUEVA VALORACIÓN, ADEMÁS PRESENTA MALPOSICIÓN DENTAL EN AMBOS ARCOS POR APIÑAMIENTO LEVE, MADRE SOLICITA VALORACIÓN CON ESPECIALISTA EN ORTODONCIA Y ORTOPEDIA, ADEMÁS REFIERE DIFICULTAD PARA RESPIRAR PERO HA ESTADO EN CONTROL CON OTORRINO. CONTACTO TELEFÓNICO: 0985548261- 0959752908.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE REALIZA EXAMEN ODONTOLÓGICO, ODONTOGRAMA, PROFILAXIS Y FLUORIZACIÓN, SE EMITE REFERENCIA PARA VALORACIÓN CON ESPECIALISTA EN ORTODONCIA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
ANOMALIAS DE LA POSICION DEL DIENTE		K073		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-18	10:30	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
2026-03-18	10:30	Odontología	ROSARIO ELIZABETH CEDEÑO QUIROZ	1312485574	