

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ARAGUNDI	SOLORZANO	JOSELIN RAQUEL	14	01	2001	23 años, 11 meses, 12 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350103790	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	BARQUERO y	098-907-2467 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1350103790	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Odontología		2024	12	26
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 FEMENINO DE 23 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA POR URGENCIA ODONTOLOGICA POR PRESENTAR DOLOR Y TUMEFACCION A NIVEL RETROMOLAR INFERIOR IZQUIERDA, PULSATIL Y LANCINANTE, DIFICULTAD AL MAS TICAR, DEGLUTIR Y CON LA APERTURA BUCAL, HA TOMADO PARACETAMOL Y NO CEDE EL DOLOR, DURANTE LA ANAMNESIS SINTOMATICO... CONTACTO DEL PACIENTE: 0989072467--0985161309

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TERCEROS MOLARES EN ETAPA ERUPTIVA, ACOMPAÑADO DE SINTOMAS Y SIGNOS CARACTERISTICOS, SE EMITE REFERENCIA PARA VALORACION DE ESPECIALISTA EN CIRUGIA E IMPLANTOLOGIA. Y SE PRESCRIBE ANALGESICOS.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DIENTES INCLUIDOS	K010		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-26	08:46	Odontología	ROSARIO ELIZABETH CEDENO 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 clínico

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
2024-12-26	08:46	Odontología	ROSARIO ELIZABETH CEDENO QUIROZ	1312485574	