

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	MORALES	SHANIK LARISSA	28	10	2011	13 años, 0 meses, 15 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350134944	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	ELOY ALAFARO y MANABI Y DIVINO NIÑO	0996847410 /
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	1350134944	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Odontología	2024	11	12
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

DOLOR INTENSO A LA PERCUSION Y MASTICACIÓN
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE REFIERE DOLOR INTENSO ESTIMULOS DE PERCUSIÓN ASI COMO TAMBIÉN DOLOR TANTO AL CALOR COMO EL FRÍO. EL PACIENTE MENCIONA QUE EL DOLOR A VECES LE RESULTA INCAPACITANTE Y NECESITA DE MEDICAMENTOS. EL PACIENTE MENCIONA HABER TOMADO MEDICAMENTO PARA CONTROLAR INFLAMACIÓN E INFECCIÓN.
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PULPITIS	K040	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-12	14:34	Odontología Rural	VIVIAN VALENTINA SOLORZANO CEDEÑO	1313584805	

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
2024-11-12	14:34	Odontología Rural	VIVIAN VALENTINA SOLORZANO CEDEÑO	1313584805	