

## A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

|                            |        |                  |                                    |                                 |           |                                  |  |                                                         |                  |      |                         |   |   |   |
|----------------------------|--------|------------------|------------------------------------|---------------------------------|-----------|----------------------------------|--|---------------------------------------------------------|------------------|------|-------------------------|---|---|---|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA    |        | UNICODIGO        | ESTABLECIMIENTO DE SALUD           |                                 | TIPOLOGIA | NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA |  | NÚMERO DE ARCHIVO                                       |                  |      |                         |   |   |   |
| MSP                        |        | 1415             | HOSPITAL GENERAL MIGUEL H. ALCIVAR |                                 | II        | 1350156517                       |  | 1350156517                                              |                  |      |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO            |        | SEGUNDO APELLIDO |                                    | PRIMER NOMBRE                   |           | SEGUNDO NOMBRE                   |  | SEXO                                                    | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| SOLORZANO                  |        | ALVIA            |                                    | UCETH                           |           | FISCHE                           |  | F                                                       | 2/10/2002        | 22   | H                       | D | M | A |
| VELIZ                      |        |                  |                                    |                                 |           |                                  |  |                                                         |                  |      |                         |   |   |   |
| 991153205                  |        |                  |                                    |                                 |           |                                  |  |                                                         |                  |      |                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL |        |                  |                                    |                                 |           |                                  |  |                                                         |                  |      |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                  | CANTÓN | PARROQUIA        |                                    |                                 |           |                                  |  |                                                         |                  |      |                         |   |   |   |
| MAHABÍ                     | SUCRE  | KILÓMETRO 3      |                                    |                                 |           |                                  |  |                                                         |                  |      |                         |   |   |   |
|                            |        |                  |                                    | REFERENCIA                      |           | X                                |  | DERIVACIÓN                                              |                  |      |                         |   |   |   |
|                            |        |                  |                                    | 1. Accesibilidad geográfica.    |           |                                  |  | MOTIVO                                                  |                  |      |                         |   |   |   |
|                            |        |                  |                                    | 2. Falta de espacio físico.     |           |                                  |  | 6. Problemas de abastecimiento                          |                  |      |                         |   |   |   |
|                            |        |                  |                                    | 3. Falta de equipamiento.       |           |                                  |  | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |                  |      |                         |   |   |   |
|                            |        |                  |                                    | 4. Equipos en mal estado.       |           |                                  |  | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                  |      |                         |   |   |   |
|                            |        |                  |                                    | 5. Problemas de infraestructura |           |                                  |  | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                  |      |                         |   |   |   |

## B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                         |  |                          |  |                  |  |                           |  |
|-------------------------|--|--------------------------|--|------------------|--|---------------------------|--|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA |  | ESTABLECIMIENTO DE SALUD |  | SERVICIO         |  | ESPECIALIDAD              |  |
| MSP                     |  | HOSPITAL HAROLD CHAVILA  |  | CONSULTA EXTERNA |  | ODONTOLOGIA/IMPLANTOLOGIA |  |

## C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

PACIENTE FEMENINA DE 22 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE BUENA SALUD ANTERIORQUE REFIERE HACE UN MES VIENE PRESENTANDO DOLOR EN ZONA DE MOLARES. AL EXAMEN ORAL SE CONSTATA BROTE PARCIAL DE LA CORONA DEL 38, CON EDEMA GINGIVAL PERICORONARIO. EXAMENES RADIOGRAFICOS EVIDENCIAN EL 38 Y 48 IMPACTADOS. SE REALIZÓ CIRUGIA DE 18 Y 28.

## D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

RADIOGRAFIA PERIAPICAL QUE CONFIRMA EL DIAGNOSTICO CLINICO

## E. DIAGNOSTICO

|    | PRE* PRESUNTIVO | DEF* DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |  | CIE | PRE | DEF |
|----|-----------------|-----------------|------|-----|-----|--|-----|-----|-----|
| 1. |                 |                 | K011 | X   | 4.  |  |     |     |     |
| 2. |                 |                 |      |     | 5.  |  |     |     |     |
| 3. |                 |                 |      |     | 6.  |  |     |     |     |

## F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |              |               |  |                 |  |                  |  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|--|-----------------|--|------------------|--|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO |  | SEGUNDO APELLIDO |  |
| 2025.08.04                            | 11.00 H      | JOSE          |  | ALEMAN          |  | OROZCO           |  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA         |  |                 |  |                  |  |
| 1756571012                            |              |               |  |                 |  |                  |  |

Dr. José D. Alemán Orozco  
CIRUJANO MAXILOFACIAL  
RP. 1756571012

## G. EVALUACION DE LA REFERENCIA / DERIVACION

|                        |  |                          |    |                        |  |                          |    |
|------------------------|--|--------------------------|----|------------------------|--|--------------------------|----|
| REFERENCIA JUSTIFICADA |  | SI                       | NO | DERIVACIÓN JUSTIFICADA |  | SI                       | NO |
| CONTRAREFERENCIA       |  | <input type="checkbox"/> |    | REFERENCIA INVERSA     |  | <input type="checkbox"/> |    |

## A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

|                         |  |           |                          |  |           |                                  |  |                   |  |
|-------------------------|--|-----------|--------------------------|--|-----------|----------------------------------|--|-------------------|--|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA |  | UNICODIGO | ESTABLECIMIENTO DE SALUD |  | TIPOLOGIA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA |  | NÚMERO DE ARCHIVO |  |
|-------------------------|--|-----------|--------------------------|--|-----------|----------------------------------|--|-------------------|--|

## B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

|                         |  |                          |  |          |                    |
|-------------------------|--|--------------------------|--|----------|--------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA |  | ESTABLECIMIENTO DE SALUD |  | DISTRITO | FECHA (aaaa-mm-dd) |
|-------------------------|--|--------------------------|--|----------|--------------------|

## C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

## D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

## E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

## F. DIAGNOSTICO

|    | PRE* PRESUNTIVO | DEF* DEFINITIVO | CIE | PRE | DEF |  | CIE | PRE | DEF |
|----|-----------------|-----------------|-----|-----|-----|--|-----|-----|-----|
| 1. |                 |                 |     |     | 4.  |  |     |     |     |
| 2. |                 |                 |     |     | 5.  |  |     |     |     |
| 3. |                 |                 |     |     | 6.  |  |     |     |     |

## G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

## H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |              |               |  |                 |  |                  |  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|--|-----------------|--|------------------|--|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO |  | SEGUNDO APELLIDO |  |
|                                       |              |               |  |                 |  |                  |  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA         |  | SELLO           |  |                  |  |
|                                       |              |               |  |                 |  |                  |  |