

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

|                  |                  |                |                     |     |      |                          |         |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
| SOLORZANO        | ZAMBRANO         | YANDRY MATHIAS | 15                  | 10  | 2012 | 13 años, 0 meses, 6 días | Hombre  |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

|                 |                |                   |                     |        |                |                              |                      |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|----------------------|
| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico        |
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1350386726        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | NARANJOS y                   | 099-579-0601 /       |
| 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                 | 1350386726      | SANTA MARTHA             | CENTRO DE SALUD TIPO A |  | 13D07 / ZONA 4 |  |  |

|                     |                                          |  |                  |              |       |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--|------------------|--------------|-------|-----|-----|
| Refiere o Deriva a: |                                          |  |                  |              | Fecha |     |     |
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  | Consulta externa | Odontología  | 2025  | 10  | 21  |
| 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 PRESENTA MAL OCLUSION EVIDENTE

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

MAL OCLUSION

5. Diagnóstico

|                                     |        |     |     |
|-------------------------------------|--------|-----|-----|
| Diagnóstico                         | CIE-10 | PRE | DEF |
| MALOCLUSION DE TIPO NO ESPECIFICADO | K074   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|--------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-10-21 | 11:02 | Odontología  | KATIUSCA ARACELY SALTOS ARTEAGA | 1306496124 |       |

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