

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GARCIA	BARRE	JUDITH MARIA	21	05	2005	19 años, 3 meses, 22 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350623615	MANABI	CHONE	BOYACA	DESPUÉS DE LA ESCUELA y	0982688447 /
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	1350623615	BOYACA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Odontología		2024	09	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

Paciente femenino de 19 años de edad se realizó 1: Consulta Odontológica General: anamnesis del paciente, examen extraoral, examen intraoral, educación y motivación sobre la dieta e higiene, y diagnóstico estableciendo que presenta luxación en la articulación temporomaxilar, con dolor al abrir la boca, presentando una desviación en la mandíbula inferior.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

Paciente femenino de 19 años presenta luxación en la articulación temporomaxilar, con dolor al abrir la boca, presentando una desviación en la mandíbula inferior.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNOS DE LA ARTICULACION TEMPOROMAXILAR	K076	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-12	15:08	Odontología Rural	AMY MADELAINE CEDEÑO VILLACRES	1316513595	

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
2024-09-12	15:08	Odontología Rural	AMY MADELAINE CEDEÑO VILLACRES	1316513595	