

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MACIAS	VERA	MIGUEL ANGEL	30	07	2010	14 años, 5 meses, 29 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350664676	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	C y	0983755665
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	1350664676	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA				13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:						Fecha			
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA			Consulta externa	Rehabilitacion Oral	2025	01	28	
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud			Servicio	Especialidad	día	mes	año	

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

asintomatico

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

paciente presenta piezas dentales con fractura coronaria requiere atencion del especialista REHABILITACION ORAL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FRACTURA DE LOS DIENTES	S025		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	
2025-01-28	12:10	Odontología	CRISTINA ISABEL AVELLAN BRIONES	1310365604	

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