

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                       | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|----------------------------|---------|
| NAVARRETE        | PLAZA            | EDDY EMMANUEL | 31                  | 03  | 2013 | 12 años, 11 meses, 23 días | Hombre  |
|                  |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                      | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |            | Dirección                      | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|------------|--------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1350709356        | MANABI              | CHONE  | SANTA RITA | CALLE 7 DE AGOSTO y 5 DE JUNIO | 099-351-6973 /      |
| 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                 | 1350709356      | SANTA RITA               | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Odontología  |  | 2026  | 03  | 26  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                          |                                    |                                     |
|-----------------------------------|--------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada     | <input type="checkbox"/>            |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/> | Otros/especifique:                 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/> | REQUIERE TRATAMIENTO DE ORTODONCIA |                                     |

3. Resumen del cuadro clinico

paciente presenta mal posicion dentaria en ambos arcos- dientes anterosuperiore vestibularizados, presuntamente clase II.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

Mal posicion dentaria en ambos arcos- dientes anterosuperiore vestibularizados, clase II. Incompetencia labial por maloclusión

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD      | NOMBRE DEL PROFESIONAL    | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|-------------------|---------------------------|------------|-------|
| 2026-03-26 | 07:57 | Odontología Rural | ANGIE DANIELA LOOR TUAREZ | 1351487259 |       |

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 |
|------------|-------|-------------------|---------------------------|------------|-------|
| 2026-03-26 | 07:57 | Odontología Rural | ANGIE DANIELA LOOR TUAREZ | 1351487259 |       |