

A.DATOS DE ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO/PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA								
MSP		1246	C. STOSAGUA	TIPOC	1351039845		1351039845						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN (MARCAR)			
LAAZ		SALVATIERRA		DAYANA		RAFAELA	M	19/03/00	25	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO					
0988425171-0994296244		NO		X				6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad de resolución. 9. Ausencia de la prestación en la Cartera de Servicios					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.					
MANABI		TOSAGUA		TOSAGUA				X					

B.DATOS DE ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		HOSP. NAPOLEON DAVILA CORDOVA		CONSULTA EXTERNA		ODONTOLOGIA-IMPLANTOLOGIA	

C.RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE ACUDE A LA CONSULTA POR PRESENTAR MOLESTIA AL CERRAR LA BOCA. CLINICAMENTE SE OBSERVA PIEZA DENTAL 13 ERUPCIONAR POR PALATINO, PRESENTA AUN LA PIEZA TEMPORAL 53, REQUIERE REVISIÓN POR ALGUN ESPECIALISTA DADO A QUE LA PIEZA DENTAL QUE ESTA ERUPCIONANDO ES UN CANINO 13. Y REQUIERE SER DIRECCIONADO.

D.HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

RADIOGRÁFICAMENTE SE OBSERVA LA PIEZA DENTAL PERMANENTE COMPLETA Y UN TERCIO RADICULAR DE LA PIEZA TEMPORAL REQUIERE SER VALORADA POR UN ESPECIALISTA

	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
ANOMALIAS DENTOFACIALES	K07	X		4.			
2.				5.			

F.DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025/09/15	11:40:00	VANESSA	CEVALLOS	VILLAMAR
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1313723023			ODONTOLOGA	

G.EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
------------------------	----	----	------------------------	----	----

CONTRAREFERENCIA

REFERENCIA INVERSA

A.DATOS DE ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
-------------------------	-----------	--------------------------	-----------	----------------------------------	-------------------

B.DATOS DE ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

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

C.RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D.HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E.TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

	PRE-PRESUNTIVO	DEFERIDO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.					4.			
2.					5.			
3.					6.			

G.TRATAMIENTO RECOMENDADO O 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	