

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA TALLEDO MARIEDUARDA		MARIEDUARDA	31	05	2007	17 años, 8 meses, 21 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351578602	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	AVENIDA MARCOS ARAY Y DUEÑAS y	096-747-0326 /
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	1351578602	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Odontología	2025	02	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

TERCEROS MOLARES MANDIBULARES EN ETAPA DE ERUPCIÓN,PIEZA 38 y 48 CON MOLESTIAS AL MOMENTO DE LA MASTICACIÓN.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE FEMENINO DE 17 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA ODONTOLOGICA POR PRESENTAR MOLESTIAS RELACIONADAS CON LA ERUPCIÓN DE TERCEROS MOLARES MANDIBULARES , SE EMITE REFERENCIA PARA VALORACION CON ESPECIALIDAD CIRUGÍA ORAL E IMPLANTOLOGIA. CONTACTO TELEFÓNICO DEL PACIENTE: 0967470326
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DIENTES IMPACTADOS	K011	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-21	14:39	Odontología Rural	FATIMA CAROLINA OÑA RIVAS	2300558265	

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
2025-02-21	14:39	Odontología Rural	FATIMA CAROLINA OÑA RIVAS	2300558265	