

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| QUIROZ           | FIGUEROA         | ARELYS DAYANA | 14                  | 03  | 2014 | 12 años, 1 meses, 1 días | Mujer   |
|                  |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |             | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1351629694        | MANABI              | CHONE  | SAN ANTONIO | LOS HORCONCITOS y            | 099-760-7615 /       |
| 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                 | 1351629694      | SAN ANTONIO              | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |  |                  |              | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--|------------------|--------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  | Consulta externa | Odontología  | 2026  | 04  | 15  |
| 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

ADOLESCENTE DE 12 AÑOS DE EDAD PRESENTA PROYECCION VESTIBULAR DE PIEZAS DENTALES ANTEROSUPERIORES, DIFICULTAD PARA REALIZAR CIERRE LABIAL, PERSISTENCIA DE PIEZAS DENTALES INFANTILES: 55,65 Y 85(CAUSA A DETERMINAR) NECESITA VALORACION CON ESPECIALISTA EN ORTODONCIA. TELEFONO: 0997607615

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE REALIZA: EXAMEN ODONTOLOGICO, PROFILAXIS Y FLUORIZACION, PRESENTA CARIES EN CARA VESTIBULAR DE PIEZA DENTAL 46. SE EVIDENCIA MALOCCLUSION POR LO QUE REQUIERE TRATAMIENTO ORTOPEDICO.

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                        | CIE-10 | PRE | DEF |
|----------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| ANOMALIAS DE LA RELACION ENTRE LOS ARCOS DENTARIOS | K072   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|--------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2026-04-15 | 12:40 | Odontología  | ROSARIO ELIZABETH CEDEÑO QUIROZ | 1312485574 |       |

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 |
|------------|-------|--------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2026-04-15 | 12:40 | Odontología  | ROSARIO ELIZABETH CEDEÑO QUIROZ | 1312485574 |       |