

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEVALLOS	OCHOA	ROMINA GUADALUPE	23	12	2011	14 años, 1 meses, 13 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351661549	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	RAYISTAS y	098-596-9618 /
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	1351661549	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	02	05
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

PACIENTE ADOLESCENTE DE 14 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA ODONTOLÓGICA POR PRESENTAR DOLOR DE TIPO LOCALIZADO DE VARIAS SEMANAS DE EVOLUCION EN REGION MOLAR INFERIOR IZQUIERDA, PULSATIL LEVE, CON LA MASTICACION, NO HA TOMADO NINGUN MEDICAMENTO, EN EL MOMENTO DE LA ANAMNESIS NO MANIFIESTA DOLOR. CONTACTO TELEFONICO: 0979926113-0985561459

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE REALIZA EXAMEN ODONTOLÓGICO, DIAGNOSTICO Y REFERENCIA PARA VALORACION CON ESPECIALISTA EN ORTODONCIA Y ORTOPEDIA POR MAL POSICIÓN DENTAL.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ANOMALIAS DE LA POSICION DEL DIENTE	K073		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-05	08:39	Odontología	ROSARIO ELIZABETH CEDENO 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 clínico

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
2026-02-05	08:39	Odontología	ROSARIO ELIZABETH CEDENO QUIROZ	1312485574	