

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CALDAS	CHALACAMA	IVANNA SARAHI	24	05	2014	12 años, 0 meses, 22 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351746787	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CHONE y	096-878-2717 /
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	1351746787	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	06	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

PACIENTE ADOLESCENTE DE 12 AÑOS FEMENINO ACUDE EN COMPAÑIA DE SU MADRE POR SOLICITUD DE REFERENCIA PARA VALORACION CON ESPECIALISTA EN ORTODONCIA POSTERIOR A CIRUGIA DE EXTIRPACION DE AMIGDALAS , RESPIRACION BUCAL, PALADAR OJIVAL. CONTACTO TELEFONICO: 0968782717

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE REALIZA EXAMEN ODONTOLOGICO, SE ESTABLECE DIAGNOSTICO POR PRESENTAR CARIES DENTAL, PALADAR OJIVAL, RESPIRACION BUCAL, APIÑAMIENTO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ANOMALIAS DENTOFACIALES FUNCIONALES	K075	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-15	09:57	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
2026-06-15	09:57	Odontología	ROSARIO ELIZABETH CEDEÑO QUIROZ	1312485574	