

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DELGADO	ZAMBRANO	HAYDEER JAVIER	01	04	2015	11 años, 1 meses, 13 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352066482	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SANTA FE SAN ANTONIO y	099-474-4379 /
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	1352066482	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	05	14
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 11 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA ODONTOLÓGICA POR PROFILAXIS DENTAL Y POR LA PREOCUPACIÓN DE LA MADRE QUE PRESENTA FALTA DE ESPACIO EN SU BOCA PARA SUS DIENTES PERMANENTES, ADEMÁS DE LA AUSENCIA CLÍNICA DE INCISIVO LATERAL SUPERIOR DERECHO.. 0994744379

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AL EXAMEN ODONTOLÓGICO EL PACIENTE PRESENTA APIÑAMIENTO SEVERO EN AMBAS ARCADAS DENTALES, FALTA DE ERUPCIÓN DE PIEZA DENTAL 12 (CAUSA A DETERMINAR) Y PLACA BACTERIANA EN SUPERFICIE DE LOS DIENTES POR LO CUAL SE REALIZA PROFILAXIS, APLICACIÓN DE FLÚOR Y LA EMISIÓN DE LA PRESENTE REFERENCIA PARA VALORACIÓN POR PARTE DEL PROFESIONAL ESPECIALISTA EN ORTODONCIA Y ORTOPEDIA..

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-14	15:05	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
2026-05-14	15:05	Odontología	ROSARIO ELIZABETH CEDEÑO QUIROZ	1312485574	