

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres            | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|--------------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| MOLINA           | SALAZAR          | RAFFAELA VALENTINA | 09                  | 08  | 2016 | 8 años, 6 meses, 15 días | Mujer   |
|                  |                  |                    | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |             | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1352423212        | MANABI              | CHONE  | SAN ANTONIO | AV ELOY ALFARO y             | /                    |
| 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                 | 1352423212      | 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  | 24  |
| 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 PEDIÁTRICO DE 8 AÑOS DE EDAD FEMENINO ACUDE EN COMPAÑÍA DE SU MAMA POR PRESENTAR DOLOR EN VARIAS PIEZAS DENTALES POR CARIES DE INICIO TEMPRANO, ADEMÁS PRESENTA MALOCCLUSION POR USO DE CHUPÓN DESDE SUS PRIMEROS MESES DE VIDA HASTA LOS DOS AÑOS, ACTUALMENTE PRESENTA APIÑAMIENTO SEVERO Y MALPOSICION DENTAL EN ARCO INFERIOR Y SUPERIOR... CONTACTO TELEFONICO: 0979672820-0959132518

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE REQUIERE VALORACION CON ESPECIALISTA EN REHABILITACION ORAL Y ORTOPEDIA...

5. Diagnóstico

| Diagnóstico          | CIE-10 | PRE | DEF |
|----------------------|--------|-----|-----|
| CARIES DE LA DENTINA | K021   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|--------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-02-24 | 12:23 | 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 |
|------------|-------|--------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-02-24 | 12:23 | Odontología  | ROSARIO ELIZABETH CEDEÑO QUIROZ | 1312485574 |       |