

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GUADAMUD	CHAVEZ	AUSTIN GAELE	12	12	2017	8 años, 4 meses, 3 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352758443	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LAS MANGAS y	097-975-5386 /
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	1352758443	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

PACIENTE PEDIÁTRICO DE 8 AÑOS DE EDAD ACUDE EN COMPAÑÍA DE SU PADRE POR PROFILAXIS DENTAL, EL PACIENTE PRESENTA MALOCCLUSION DE TIPO CLASE III POR LO CUAL REQUIERE VALORACION POR ESPECIALISTA EN ORTODONCIA Y ORTOPEDIA. CONTACTO TELEFONICO: 0979755386-0979456805

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE REALIZA CONSULTA ODONTOLÓGICA, PROFILAXIS Y FLUORIZACIÓN. SE EMITE REFERENCIA PARA ESPECIALIDAD ORTODONCIA Y ORTOPEDIA.

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	14:49	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	14:49	Odontología	ROSARIO ELIZABETH CEDEÑO QUIROZ	1312485574	