

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

COORDINACIÓN ZONAL 4

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA									
MSP		1246	C. S TOSAGUA		TIPO C	1352791840		1352791840							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
TORRES		MARCILLO		NATASHA		STEFANIA		M	2018/01/31	8	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN									
0999930308-0969294643		NO		X		0									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.											
PROVINCIA				CANTÓN				PARROQUIA				2. Falta de espacio físico.			
MANABI				TOSAGUA				TOSAGUA				3. Falta de equipamiento.			
												4. Equipos en mal estado.			
												5. Problemas de infraestructura.			
												6. Problemas de abastecimiento.			
												7. Insuficiencia de profesionales.			
												8. Inadecuada capacidad resolutive			
												9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios			

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		HOSPITAL NAPOLEON DAVILA		CONSULTA EXTERNA		ODONT-ORTODONCIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE ACUDE A LA CONSULTA POR CONTROL , MAMÁ REFIERE QUE LA PACIENTE PADECE DE ARTRITIS DESDE HACE 2 AÑOS. CLINICAMENTE SE OBSERVA PIEZAS DENTALES ANTERO-SUPERIOR CON APIÑAMIENTO, SE HAN REALIZADOS EXTRACCIONES DE MOLARES TEMPORALES, POR CARIES EXTENSAS QUE AFECTABA TODA LA CORONA DENTAL Y QUE COMPROMETIA NERVIOS PULPARES, REQUIERE SER VALORADA PARA QUE PUEDA MANTENER LOS ESPACIOS DENTALES O CORRECCION DE PIEZAS DENTALES DEFINITIVAS. REQUIERE VALORACION ESPECIALIZADA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

NO HAY RX

	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
ANOMALIAS DENTOFACIALES (MALOCCLUSION)	K07	X		4.			
2.				5.			

OD. VANESSA CEVALLOS
1313723023

G.EVALUACIÓNDELAREFERENCIA/DERIVACIÓN

REFERENCIAJUSTIFICADA	SI	NO		DERIVACIÓNJUSTIFICADA	SI	NO	
-----------------------	----	----	--	-----------------------	----	----	--

CONTRAREFERENCIA REFERENCIA INVERSA

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.						4.			
2.						5.			
3.						6.			

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				FIRMA		SELLO	