

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DOMINGUEZ	LUZARDO	ZHARICK NATASHA	07	05	2018	7 años, 6 meses, 19 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352864019	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SN y	098-320-6517 /
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	1352864019	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	11	26
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 PEDIATRICO FEMENINO DE 7 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA POR MALOCCLUSION COMO CONSECUENCIA DE RESPIRACION BUCAL DE LARGA DATA ADEMAS DE HABITO DE SUCCION DIGITAL DESDE EL NACIMIENTO, ANTECEDENTE QUIRURGICO DE EXTIRPACION DE AMIGDALAS Y ADENOIDES POR MOTIVO DE HIPERTROFIA, A CAUSA DE SU CONDICION CITADA PREVIAMENTE PRESENTA RASGOS FACIALES Y BUCALES TIPICOS A CONSIDERAR PARA VALORACION EN ESPECIALIDAD ORTOPEDIA Y ORTODONCIA.. CONTACTO TELEFONICO: 0983206517

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXAMEN ODONTOLOGICO PROFILAXIS DENTAL, SELLANTES EN PIEZAS 16 Y 26.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ANOMALIAS DENTOFACIALES FUNCIONALES	K075		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-26	10:29	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 clínico

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
2025-11-26	10:29	Odontología	ROSARIO ELIZABETH CEDEÑO QUIROZ	1312485574	