

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| COOX             | ZAMBRANO         | LUIS EZEQUIEL | 15                  | 05  | 2018 | 8 años, 2 meses, 12 días | Hombre  |
|                  |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1352869232        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | CDLA 30 MARZO y DIVINO NIÑO  | 098-221-3618 /      |
| 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                 | 1352869232      | SANTA MARTHA             | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                           |                  |              |  | Fecha |     |     |
|---------------------|---------------------------|------------------|--------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL DE CHONE | Consulta externa | Odontología  |  | 2026  | 07  | 27  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud  | Servicio         | Especialidad |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE PRESENTA ANOMALIAS DE LA POSICION DEL DIENTE

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ANOMALIAS DE LA POSICION DEL DIENTE

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD | NOMBRE DEL PROFESIONAL           | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|--------------|----------------------------------|------------|-------|
| 2026-07-27 | 14:35 | Odontología  | ANA BALVINA MONTESDEOCA ZAMBRANO | 1312769621 |       |

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 |
|------------|-------|--------------|----------------------------------|------------|-------|
| 2026-07-27 | 14:35 | Odontología  | ANA BALVINA MONTESDEOCA ZAMBRANO | 1312769621 |       |