

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DELGADO	GOMEZ	CESAR JOSE	20	08	2018	7 años, 9 meses, 2 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352944100	MANABI	CHONE	SANTA RITA	AV CARLOS ALBERTO ARAY	0988886184
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	1352944100	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Odontología		2026	05	22
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	☐	SE REFIERE A ESPECIALISTA	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE PRESENTA LECION DE ENCIA Y LABIO SUPERIOR RADIOGRAFICAMENTE UN LIGERO DESPLAZAMIENTO AUNQUE NO SE OBSERVA FRACTURA INFLAMACION DEL LIGAMENTO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE PRESENTA LECION DE ENCIA DE LABIO SUPERIOR RADIOGRAFICAMENTE UN LIGERO DESPLAZAMIENTO AUNQUE NO SE OBSERVA FRACTURA INFLAMACION DEL LIGAMENTO DOLOR FUERTE A LA PALPACION Y AL MASTICAR

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
AFECCIONES INFLAMATORIAS DE LOS MAXILARES	K102		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-22	11:07	Odontología	MARIA LOURDES MEJIA TOROMORENO	1312485392	

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
2026-05-22	11:07	Odontología	MARIA LOURDES MEJIA TOROMORENO	1312485392	