

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SANTOS	SALTOS	MATHEUS ENRIQUE	25	08	2018	7 años, 6 meses, 19 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352947533	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SN y	099-489-6406 /
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	1352947533	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	03	16
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 DE 7 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA ODONTOLOGICA POR REQUERIR CONTROL: PROFILAXIS, RESTAURACION DE PIEZA DENTAL 75. APP DE HIPERTROFIA DE ADENOIDES Y RESPIRACION BUCAL. MADRE REFIERE QUE PRESENTA MOVILIDAD DE CANINO INFERIOR DERECHO DONDE SE APOYA EL MANTENEDOR DE ESPACIO COLOCADO HACE VARIOS AÑOS A RAÍZ DE UNA PERDIDA DENTAL PREMATURA DE UN MOLAR INFERIOR DERECHO, PRESENTA VARIAS CORONAS DE ACERO Y ACTUALMENTE MADRE MANIFIESTA INTERÉS EN ACUDIR CON SU HIJO A ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y ORTODONCIA PARA CORREGIR LA POSICIÓN DE LOS DIENTES. TELEFONO: 0983382357 (TIA)

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE REALIZA EXAMEN ODONTOLOGICO, PROFILAXIS Y FLUORIZACION, SE LIMPIA CAVIDAD VESTIBULAR DE PIEZA DENTAL 75 Y RESTAURA CON IONOMERO DE VIDRIO POR LA PROFUNDIDAD DE LA CARIES, SE EMITE LA PRESENTE REFERENCIA PARA VALORACION CON ESPECIALISTA EN ORTODONCIA Y ORTOPEdia.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ANOMALIAS DENTO FACIALES FUNCIONALES	K075	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-16	11:32	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
2026-03-16	11:32	Odontología	ROSARIO ELIZABETH CEDEÑO QUIROZ	1312485574	

