

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	QUIROZ	ARIANNA VICTORIA	01	11	2018	7 años, 2 meses, 8 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352997603	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SABANA NUEVA y	098-848-4074 /
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	1352997603	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	01	09
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 FEMENINO DE 7 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA ODONTOLOGICA CON SU MADRE POR PROFILAXIS DENTAL Y POR ANOMALIAS EN LA POSICION DE PIEZAS DENTALES PERMANENTES (PROYECCION VESTIBULAR DE INCISIVOS SUPERIORES) CONTACTO TELEFONICO: 0984840742-0987568312

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

INCISIVOS CENTRALES Y LATERALES CON PROYECCION VESTIBULAR, PALADAR ANTERIOR PROFUNDO, SE EMITE REFERENCIA CON ESPECIALISTA EN ORTODONCIA Y ORTOPEdia DENTAL PARA SU RESPECTIVA VALORACION..

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ANOMALIAS DENTOFACIALES FUNCIONALES	K075		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-09	11:00	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
2026-01-09	11:00	Odontología	ROSARIO ELIZABETH CEDEÑO QUIROZ	1312485574	