

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	SALTOS	MARIEL DEL CARMEN	16	07	2019	6 años, 10 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353182312	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	POR LA CURVA y	096-907-9491 /
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	1353182312	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	05	27
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 PEDIATRICA DE 6 AÑOS CON 10 MESES DE EDAD ACUDE A CONSULTA ODONTOLOGICA POR PRESENTAR ALTERACIONES EN EL DESARROLLO FACIAL Y BUCAL Y ERUPCION DE PIEZAS DENTALES PERMANENTES. ADEMAS MADRE REFIERE QUE SU HIJA PRESENTO ERUPCIONES EN LA CAVIDAD BUCAL TIPO ULCERAS ACOMPAÑADO DE ALZA TERMICA NO CUANTIFICADA HACE UNA SEMANA ATRAS, ACTUALMENTE EN RECUPERACION. CONTACTO TELEFONICO: 0969079491

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXAMEN ODONTOLOGICO, SE REALIZA ODONTOGRAMA Y SE REALIZA LA PRESENTE REFERENCIA PARA VALORACION CON ESPECIALIDAD DE ORTODONCIA POR ALTERACIONES EN EL DESARROLLO DEL PALADAR Y SU RESPECTIVO TRATAMIENTO..

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNOS DEL DESARROLLO DE LOS MAXILARES	K100		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-27	08:34	Odontología	ROSARIO ELIZABETH CEDENO 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
2026-05-27	08:34	Odontología	ROSARIO ELIZABETH CEDENO QUIROZ	1312485574	