

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres     | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                    | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------|---------------------|-----|------|-------------------------|---------|
| BUMBILA          | FLECHER          | DYLAN SMITH | 01                  | 02  | 2021 | 5 años, 4 meses, 8 días | Hombre  |
|                  |                  |             | día                 | mes | año  | a-m-d                   | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1353558123        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | VICTORIA y                   | 098-029-1083 /       |
| 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                 | 1353558123      | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA |  | 13D07 / ZONA 4 |  |  |

| Refiere o Deriva a: |                                          |  |  |            | Fecha        |      |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--|--|------------|--------------|------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  |  | Emergencia | Odontología  | 2026 | 06  | 09  |
| 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 acude a consulta por una caída de bicicleta al examen clínico podemos observar sangrado y que el diente esta intruido"

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

Paciente acude a consulta por motivo de emergencia al examen clínico, observamos traumáticos dentoalveolares intruido de la pieza 61, refiere dolor el paciente 10/10.

5. Diagnóstico

| Diagnóstico          | CIE-10 | PRE | DEF |
|----------------------|--------|-----|-----|
| RAIZ DENTAL RETENIDA | K083   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD      | NOMBRE DEL PROFESIONAL         | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|-------------------|--------------------------------|------------|-------|
| 2026-06-09 | 14:28 | Odontología Rural | JOHAN ALBERTO VELASQUEZ MACIAS | 1315694305 |       |

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 |
|------------|-------|-------------------|--------------------------------|------------|-------|
| 2026-06-09 | 14:28 | Odontología Rural | JOHAN ALBERTO VELASQUEZ MACIAS | 1315694305 |       |