

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VEGA	BAREN	PABLO ENRIQUE	11	10	1938	86 años, 1 meses, 10 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1709619421	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	VIA CHIPE y VIA VALENCIA	098-025-0887 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1709619421	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Odontología	2024	11	21	
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 MASCULINO DE 86 AÑOS DE EDAD HIPERTENSO, REFIERE ESTAR CONTROLADO CON MEDICAMENTOS, ACUDE A CONSULTA ODONTOLOGICA POR PRESENTAR RESTO DE PIEZA DENTAL 23, EL CUAL NO SE PUEDE REALIZAR EN ESTE ESTABLECIMIENTO POR LA COMPLEJIDAD DEL CASO Y POR NO CONTAR CON EQUIPOS EN BUEN ESTADO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

REQUIERE VALORACION DE ESPECIALISTA EN CIRUGIA BUCAL---NUMEROS DE CONTACTO DEL PACIENTE: 0995345879----0992140140

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
RAIZ DENTAL RETENIDA	K083		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-21	11:57	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 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
2024-11-21	11:57	Odontología	ROSARIO ELIZABETH CEDENO QUIROZ	1312485574	