

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
REZABALA	CEDEÑO	AMADA ESTHER	27	10	1979	45 años, 3 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1716399892	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	VIA BOLIVAR y	098-777-8646 /
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	1716399892	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Odontología		2025	01	28
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

DOLOR TIPO HIPERSENSIBILIDAD EN MOLAR SUPERIOR DERECHO, MODERADO PERO SE INTENSIFICA Y AUMENTA EN LAS NOCHES AL RECOSTARSE,AL TOMAR ALIMENTOS CON TEMPERATURAS EXTREMAS, AL CEPILLARSE, ETC; IRRADIA HACIA REGIÓN AURICULAR, TEMPORAL Y MANDIBULAR, PADECE MIGRAÑA DESDE HACE 20 AÑOS, DURANTE LA ANAMNESIS MANIFIESTA DOLOR.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE REALIZA EXAMEN ODONTOLOGICO Y SE DETERMINA QUE PIEZA DENTAL 16 PRESENTA RESTAURACION AMPLIA EN LA REGION CERVICAL, ADEMAS DE RESTAURACION OCLUSAL, DOLOR LEVE CON LA PERCUSION HORIZONTAL Y VERTICAL, REQUIERE VALORACION DE DICHA RESTAURACION PARA BUSCAR MEJORIA DEL CUADRO CLINICO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ABRASION DE LOS DIENTES	K031		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-28	09:13	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
2025-01-28	09:13	Odontología	ROSARIO ELIZABETH CEDENO QUIROZ	1312485574	