

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO		
MSP	1415	HOSPITAL GENERAL MIGUEL H. ALCIVAR	II	1718134800	1718134800		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
ESPINOZA	DELGADO	BERALTA	VALEPA	F	14/9/1993	37	H D M A
VELIZ		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN		
907864895		MOTIVO					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1 Accesibilidad geográfica					
PROVINCIA		2 Faltas de espacio físico					
CANTÓN		3 Falta de equipamiento		X			
PARROQUIA		4 Equipos en mal estado					
MANABI		5 Problemas de infraestructura					
SUCRE							
LEONIDAS PLAZA							

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
IGSP	HOSPITAL IMPOLEON CAYLA	CONSULTA EXTERNA	ODONTOLOGIA/IMPLANTOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

PACIENTE FEMENINA DE 37 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE BUENA SALUD ANTERIORQUE REFIERE HACE UN MES VIENE PRESENTANDO DOLOR EN ZONA DE MOLARES INFERIOR IZQUIERDA.AL EXAMEN ORAL SE CONSTATA BROTE PARCIAL DE LA CORONA DEL 38,CON EDEMA GINGIVAL PERICORONARIO. EXAMENES RADIOGRAFICOS EVIDENCIAN EL 38 Y 48 IMPACTADOS.

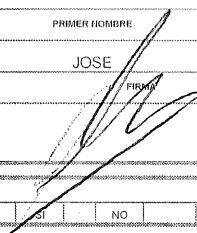
D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

RADIOGRAFIA PERIAPICAL QUE CONFIRMA EL DIAGNOSTICO CLINICO

E. DIAGNOSTICO

	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.			K011	X		4.			
2.						5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025.07.25	11.00 H	JOSE	ALEMAN	OROZCO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		SELLO		
1756571012				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
------------------------	----	----	------------------------	----	----

CONTRAREFERENCIA ☐

REFERENCIA INVERSA ☐

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
-------------------------	-----------	--------------------------	-----------	----------------------------------	-------------------

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
-------------------------	--------------------------	----------	--------------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNOSTICO

	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.						4.			
2.						5.			
3.						6.			

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO