

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ROSADO	QUIROZ	JAVIER FLORENTINO	20	05	1989	35 años, 9 meses, 21 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1722905021	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	BARQUERO y	098-955-0283 /
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	1722905021	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	03	13
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 EN TERCER MOLAR SUPERIOR DERECHO, FUERTE INTENSO,NO CEDE CON ANTINFLAMATORIOS . DURATEN LA ANAMNESIS SINTOMATICO. CONTACTO TELEFONICO DEL PACIENTE: 0968395227.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN IMAGEN RADIOGRAFICA SE OBSERVA CARIES INTERPROXIMAL EN PIEZA DENTAL 18, SE ENVIA TRATAMIENTO FARMACOLOGICO: ANTIBIOTICO Y ANTINFLAMATORIO ORAL E INTRAMUSCULAR, SE EMITE LA PRESENTE REFERENCIA PARA VALORACION POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA ORAL E IMPLANTOLOGIA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PULPITIS	K040		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-13	12:14	Odontología	ROSARIO ELIZABETH CEDEÑO 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
2025-03-13	12:14	Odontología	ROSARIO ELIZABETH CEDEÑO QUIROZ	1312485574	