

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MEDINA	MIRANDA	ANGELA PIEDAD	04	01	1990	34 años, 8 meses, 12 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1724507643	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	EL CERRO y	0978719341 /
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. Clínica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Área		
MSP	1724507643	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13007 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Odontología	2024	09	16
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 DESDE HACE VARIAS SEMANAS ATRAS ASOCIADO A ERUPCION Y CRIES EN TERCEROS MOLARES SUPERIORES E INFERIORES, DOLOR MODERADO, EN CIERTAS OCASIONES FUERTE, HA TOMADO NAPROXENO E IBUPROFENO AUTOMEDICADO, DURANTE LA ANAMNESIS SINTOMATICO...

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE REQUIERE VALORACION PARA EXODONCIAS DE TERCEROS MOLARES, DE NO EXISTIR EL SERVICIO SE EMITE ESTA REFERENCIA PARA DERIVACION DONDE EXISTA EL SERVICIO ANTES MENCIONADO.

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DIENTES INCLUIDOS	K010		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-16	10:09	Odonkología	ROSARIO ELIZABETH CEDEÑO QUIROZ	1312485574	 DIRECCIÓN DISTRITAL 13DOZ CHONE - FLAVIO ALFARO - SALAS ODONTOLÓGICA CS. SAN ANTONIO 1312485574 1060-13-1216084

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
2024-09-16	10:09	Odontología	ROSARIO ELIZABETH CEDEÑO QUIROZ	1312485574	