

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GARCIA	PIN	JOSE CRISTO	31	01	2005	20 años, 1 meses, 9 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1725382996	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SALUSTIO GILER y ITALO COLAMARCO	093-957-5230 /
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	1725382996	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	12
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 20 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA ODONTOLOGICA POR PRESENTAR MOLESTIAS RELACIONADAS CON ERUPCIÓN DE TERCEROS MOLARES INFERIORES, ESPONTANEO,IRRADIA HACIA LAS DEMÁS PIEZAS DENTALES, HA TOMADO PARACETAMOL Y NO CEDE LE DOLOR, DURANTE LA ANAMNESIS PRESENTA DOLOR MODERADO... NÚMEROS DE TELÉFONO DEL PACIENTE: 0963717698 0939575230

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN RADIOGRAFÍA PANORÁMICA SE OBSERVA MOLARES 38 Y 48 EN ETAPA DE ERUPCION CON INCLINACION MESIAL IMPACTANDO LOS SEGUNDOS MOLARES INFERIORES, CLINICAMENTE EXISTE LIMITADA APERTURA BUCAL, DOLOR CON LA PALPACION Y SENSIBILIDAD EN OIDO IZQUIERDO. SE ENVIA ANTINFLAMATORIO (IBUPROFENO POR TRES DIAS) Y SE EMITE REFERENCIA PARA VALORACION CON ESPECIALIDAD DE CIRUGIA ORAL E IMPLANTOLOGIA...

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DIENTES IMPACTADOS	K011		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-12	10:44	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
2025-03-12	10:44	Odontología	ROSARIO ELIZABETH CEDEÑO QUIROZ	1312485574	

