

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MORALES	PONCE	FRANKLIN MATIAS	11	05	2011	15 años, 1 meses, 4 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1755190038	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	BADEAL y	096-360-9071 /
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	1755190038	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Odontología		2026	06	15
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

ADOLESCENTE DE QUINCE AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA ODONTOLOGIA CON SU MAMA POR PRESENTAR MOLESTIAS AL MASTICAR EN REGION MOLAR INFERIOR DERECHO, POR MOMENTOS FUERTE, HACE UNA SEMANA CON SIGNOS Y SINTOMAS DE TUMEFACCION., ADEMAS APIÑAMIENTO SEVERO EN MAXILAR INFERIOR, ANTECEDENTE DE RINITIS ALERGICA, RESPIRADOR BUCAL, PROYECCION VESTIBULAR DE PIEZAS DENTALES SUPERIORES ANTERIORES. CONTACTO TELEFONICO: 0963609071

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE REALIZA EXAMEN ODONTOLOGICO, EXODONCIA DE PIEZAS DENTALES: 83 POR FALTA DE RIZALISIS, 85 POR PULPITIS, NO ESTAN PRESENTES SEGUNDOS PREMOLARES INFERIORES POSIBLEMENTE POR AGENESIA POR LO QUE PERSISTE LA PIEZA DENTAL 75 EN BOCA. REQUIERE VALORACION RADIOGRAFICA Y POR PARTE DE ESPECIALIDAD ORTODONCIA Y ORTOPEDIA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ANOMALIAS DENTOFACIALES FUNCIONALES	K075		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-15	11:32	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
2026-06-15	11:32	Odontología	ROSARIO ELIZABETH CEDEÑO QUIROZ	1312485574	