

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MONTALVO	ALCIVAR	MIA GUADALUPE	30	09	2017	7 años, 10 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1758327348	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	10 DE DICIEMBRE y CHILLANES	099-381-6847 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1758327348	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	CENTRO ESPECIALIZADO EN REHABILITACION INTEGRAL N° 3 PORTOVIEJO		Consulta externa	Odontología	2025	07	31
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 FEMENINA DE 7 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO DE AUTISMO INFANTIL ASISTE A CONSULTA EN COMPAÑIA DEL PADRE PARA REFERENCIA A ESPECIALIDAD DE ODONTOPEDIATRIA POR CONDUCTA POCO COLABORATIVA POR LO QUE SE ENVIA A ESPECIALISTA PARA EXODONCIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE FEMENINA DE 7 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO DE AUTISMO INFANTIL ASISTE A CONSULTA EN COMPAÑIA DEL PADRE PARA REFERENCIA A ESPECIALIDAD DE ODONTOPEDIATRIA POR CONDUCTA POCO COLABORATIVA POR LO QUE SE ENVIA A ESPECIALISTA PARA EXODONCIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PULPITIS	K040	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-31	14:15	Odontología	KATIUSCA ARACELY SALTOS ARTEAGA	1306496124	

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