

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres      | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|--------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| CHAVEZ           | GUAMAN           | EITHAN JESUS | 26                  | 12  | 2021 | 4 años, 5 meses, 13 días | Hombre  |
|                  |                  |              | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1761014008        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | CAMARETA y                   | 096-773-8605 /       |
| 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                 | 1761014008      | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                           |                  |              |      | Fecha |     |  |
|---------------------|---------------------------|------------------|--------------|------|-------|-----|--|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL DE CHONE | Consulta externa | Odontología  | 2026 | 06    | 08  |  |
| 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 de 4 años de edad acude a la cita acompañado de la madre, en exámen clínico se observar caries en varias piezas dentales, manifiesta DOLOR LATENTE en pza #74 y se observa inflamación a nivel del ligamento, el paciente es poco colaborador.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ODONTOPEDIATRIA 0939807961

5. Diagnóstico

|             |        |     |     |
|-------------|--------|-----|-----|
| Diagnóstico | CIE-10 | PRE | DEF |
| PULPITIS    | K040   |     | X   |

|            |       |              |                                 |            |       |
|------------|-------|--------------|---------------------------------|------------|-------|
| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA |
| 2026-06-08 | 14:14 | Odontología  | JULIANA TERESA GONZALEZ ALARCON | 1310748874 |       |

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 |
| 2026-06-08 | 14:14 | Odontología  | JULIANA TERESA GONZALEZ ALARCON | 1310748874 |       |