

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres      | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|--------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| VILLAO           | AMBROSSI         | JESUS ADRIAN | 25                  | 05  | 2001 | 23 años, 8 meses, 5 días | Hombre  |
|                  |                  |              | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 2450587965        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | B y                          | 099-218-9587 /      |
| 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                 | 2450587965      | 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 | Implantología | 2025  | 01  | 30  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud  |  | Servicio         | Especialidad  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clinico

DOLOR LATENTE Paciente se presenta a la consulta indicando que presenta dolor latente, en zona de 3eros molares, en RX se observa molares impactados, lo que causa dolor intenso, necesita ser atendido por especialista 0992189587

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

dolor latente, dientes impactados

5. Diagnóstico

| Diagnóstico        | CIE-10 | PRE | DEF |
|--------------------|--------|-----|-----|
| DIENTES IMPACTADOS | K011   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA                                                                                                                                                      |
|------------|-------|--------------|---------------------------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2025-01-30 | 11:11 | Odontología  | JULIANA TERESA GONZALEZ ALARCON | 1310748874 | <br>Firmado electrónicamente por:<br>JULIANA TERESA<br>GONZALEZ ALARCON |

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 |
|-------|------|--------------|------------------------|--------|-------|
|       |      |              |                        |        |       |