

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SERRANO	BAUTISTA	MARJORIE MARCELA	18	02	1982	42 años, 7 meses, 14 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0803509124	MANABI	CHONE	CANUTO	LAS PALMITAS 2 y X	098-961-0780 /
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	0803509124	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología		2024	10	02
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 42 AÑOS DE EDAD, CELULAR 0989610780, QUE ACUDE A ESTA UNIDAD OPERATIVA POR CONTROL MEDICO, APP: HERPES LABIAL HACE 1 AÑO APROXIMADAMENTE TRATADA CON ACICLOVIR 400 MG VO C8H, APF: NO REFIERE, REFIERE QUE NO HA RECIBIDO CONTROL POR DERMATOLOGIA POR HERPES DIAGNOSTICADA HACE 1 AÑO EN ESTABLECIMIENTO, REFIERE PRURITO, DOLOR DE MODERADA INTENSIDAD EN AMBOS LABIOS ACOMPAÑADA DE LESIONES HIPERPIGMENTADAS, AL MOMENTO ESTABLE, ACTIVA, COLABORA CON EL INTERROGATORIO. REQUIERE VALORACION CON DERMATOLOGIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

DOLOR DE MODERADA INTENSIDAD EN AMBOS LABIOS ACOMPAÑADA DE LESIONES HIPERPIGMENTADAS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HERPES ZOSTER SIN COMPLICACIONES	B029		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-02	11:35	Medicina Rural	JENIFFER YAMILEX MOREIRA ALCIVAR	1313631234	

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
2024-10-02	11:35	Medicina Rural	JENIFFER YAMILEX MOREIRA ALCIVAR	1313631234	