

| A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE |         |                  |                          |               |           |                                  |  |                   |                  |
|-------------------------------------------------------------|---------|------------------|--------------------------|---------------|-----------|----------------------------------|--|-------------------|------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                     |         | UNICÓDIGO        | ESTABLECIMIENTO DE SALUD |               | TIPOLOGÍA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA |  | NÚMERO DE ARCHIVO |                  |
| MSP                                                         |         | 1410             | HBAGA                    |               | B         | 1302368914                       |  | 1507368914        |                  |
| PRIMER APELLIDO                                             |         | SEGUNDO APELLIDO |                          | PRIMER NOMBRE |           | SEGUNDO NOMBRE                   |  | SEXO              | FECHA NACIMIENTO |
| CHILAN                                                      |         | PINARGOTE        |                          | ANGEL         |           | WILFRIDO                         |  | M                 | 07/05/2025       |
| JESUS                                                       |         |                  |                          | REFERENCIA    |           | DERIVACIÓN                       |  |                   |                  |
| 099 7810621 / 0988977561                                    |         |                  |                          | X             |           |                                  |  |                   |                  |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |         |                  |                          |               |           |                                  |  |                   |                  |
| PROVINCIA                                                   | CANTÓN  | PARROQUIA        |                          |               |           |                                  |  |                   |                  |
| MANABI                                                      | BOLIVAR | CALCETA          |                          |               |           |                                  |  |                   |                  |
|                                                             |         |                  |                          |               |           |                                  |  |                   |                  |

| B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA |                          |                  |              |
|---------------------------------------------------------|--------------------------|------------------|--------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                 | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | SERVICIO         | ESPECIALIDAD |
| MSP                                                     | HOSPITAL NAPOLEON DAVILA | CONSULTA EXTERNA | DERMATOLOGIA |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p>ADULTO MAYOR DE 67 AÑOS DE EDAD APP: PM HACE 8 AÑOS HTA EN TTO CON LOSARTAN 50MG VO QD AM. ASS 100MG VO QD 12PM. SIMVASTATINA 20MG VO QD PM. HIPERTROFIA PROSTATICA EN TRATAMIENTO CON DOXAZOSINA + FINATERIDA (DUOMO HP). VERRUGAS GENITALES Y NEURALGIA POST HERPETICA EN JULIO DE 2024. AQX: CATETERISMO CARDIACO EN 2 OCASIONES ULTIMA VEZ EN 2018-2019. ALERGIAS: PENICILINAS. APF: NO REFIERE. QUE ACUDE POR CONTROL + RETIRO DE MEDICACION Y REVISION DE EXAMENES DE LABORATORIO. REFIERE CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE TRES DIAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR RINORREA HILIANA. TOS NO PRODUCTIVA Y MALESTAR GENERAL. NO REFIERE OTRA SINTOMATOLOGIA. REFIERE ADEMAS LESIONES DERMICAS QUE SE PRESENTAN EN REGION DE MIEMBROS INFERIORES DESDE HACE VARIOS MESES DE EVOLUCION LAS LESIONES APARECEN DE MANERA ESPORADICA. NO REFIERE OTRA SINTOMATOLOGIA. PACIENTE CON ANTECEDENTES DE VERRUGAS GENITALES Y NEURALGIA POST HERPETICA DESDE HACE MAS DE UN AÑO, EL CUAL SE REALIZA EXAMEN DE CONTROL EL 19/05/2025 CON RESULTADO DE SIFILIS REACTIVO. SE REALIZA PRUEBA RAPIDA EN CENTRO DE SALUD CON RESULTADO POSTIVO SE SUBE A PREVENCIÓN COMBINADA</p> |  |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |  |
|-------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                   |  |

| E. DIAGNÓSTICO                 |                                     |
|--------------------------------|-------------------------------------|
| 1. NEURALGIA POSTHERPES ZOSTER | PRE + PRESENTACIÓN DEF + DEFINITIVO |
| 2.                             |                                     |
| 3.                             |                                     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |                  |
|---------------------------------------|------------------|
| FECHA (AAAA-MM-DD)                    | HORA (HH:MM)     |
| 2025-09-09                            | 10:00 a.m.       |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | PRIMER NOMBRE    |
| 1311550667                            | MARCO            |
|                                       | PRIMER APELLIDO  |
|                                       | SEGUNDO APELLIDO |
|                                       | SELLA            |

| G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN |       |
|---------------------------------------------|-------|
| REFERENCIA JUSTIFICADA                      | SI NO |
| CONTRAREFERENCIA                            | SI NO |
| REFERENCIA INVERSA                          | SI NO |

| A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA |           |                          |           |                                  |                   |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|-----------|----------------------------------|-------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                                        | UNICÓDIGO | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPOLOGÍA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA | NÚMERO DE ARCHIVO |

| B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA |                          |          |                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------|--------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                                               | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | DISTRITO | FECHA (AAAA-MM-DD) |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO |  |
|-------------------------------|--|
|                               |  |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |  |
|-------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                   |  |

| E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS |  |
|----------------------------------------------------------|--|
|                                                          |  |

| F. DIAGNÓSTICO |                                     |
|----------------|-------------------------------------|
| 1.             | PRE + PRESENTACIÓN DEF + DEFINITIVO |
| 2.             |                                     |
| 3.             |                                     |

| G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                                         |  |

| H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |                  |
|---------------------------------------|------------------|
| FECHA (AAAA-MM-DD)                    | HORA (HH:MM)     |
|                                       |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | PRIMER NOMBRE    |
|                                       | PRIMER APELLIDO  |
|                                       | SEGUNDO APELLIDO |
|                                       | SELLA            |