

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GOVEA	ALCIVAR	JUAN DEL SOCORRO	22	11	1961	63 años, 3 meses, 20 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303566481	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	COLON y WASINTON	098-860-3358 /
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	1303566481	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología		2025	03	14
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

☐

HERPES
ZOS TER

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE MASCULINO DE 63 AÑOS DE EDAD. APP: DIABETES MELLITUS TRATADA CON METFORMINA 550 MG EN LA MAÑANA Y METFORMINA 850 MG UNA VEZ EN LA NOCHE. PACIENTE ACUDE A CENTRO DE SALUD CON CUADRO CLINICO DE 3 DIAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR LESIONES DERMATOLOGICAS CARACTERIZADAS POR PAPULAS PRURIGINOSAS Y AMPOLLAS EN FORMA DE RACIMO A NIVEL DE CUELLO QUE SE EXTIENDEN HASTA EL HOMBRO IZQUIERDO. PACIENTE REFIERE ALZA TERMICA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE REFIERE A ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-14	15:01	Medicina Rural	VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJJE	1313436931	

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
2025-03-14	15:01	Medicina Rural	VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJJE	1313436931	