

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BALDEON	VALENCIA	NELSON EDUARDO	13	05	1942	83 años, 2 meses, 18 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1701211326	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SITIO MOSQUITO y	096-018-3069 / (05)-225-8516
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	1701211326	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología		2025	07	31
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 MASCULINO DE 83 AÑOS DE EDAD CON APP DE DIABETES, HTA TRATADO DE ENALAPRIL DE 10 MG Y CA DE PROSTATA EN REMISION. PACIENTE REFIERE CUADRO HERPES ZOSTER DE UNA SEMANA DE EVOLUCION, SE EVIDENCIA LESIÓN VESICULAR EN REGION DORSAL DERECHA QUE SE EXTIENDE HASTA REGION ABDOMINAL DERECHA, SE ENCUENTRA EN SEGUNDA FASE, PACIENTE REFIERE DOLOR PUNZANTE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE EVIDENCIA LESIÓN VESICULAR EN REGION DORSAL DERECHA QUE SE EXTIENDE HASTA REGION ABDOMINAL DERECHA, SE ENCUENTRA EN SEGUNDA FASE, PACIENTE REFIERE DOLOR PUNZANTE

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HERPES ZOSTER CON OTRAS COMPLICACIONES	B028	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-31	11:26	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	

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
2025-07-31	11:26	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	