

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CORREA	DEL PEZO	GENESIS ELAINE	20	10	1997	27 años, 5 meses, 13 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	2450582982	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CDLA HIDALGO	098-992-7514 / (09)-899-2751
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	2450582982	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Medicina Interna	2025	04	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 27 AÑOS DE EDAD. APP: DEPRESION. ALERGIAS: CAMARON, POLIESTER Y AGENTES QUIMICOS AMBIENTALES. APF: NO REFIERE. ACUDE EL DIA DE HOY POR PRESENTAR LESIONES HERPETICAS CON BASE ERITEMATOSA Y PRURIGINOSAS EN GRAN CANTIDAD ALDEREDOR DE LOS LABIOS DESDE HACE 7 DIAS, ADEMAS REFIERE DOLOR CON UNA INTENSIDAD 7/10. AL INTERROGATORIO REFIERE QUE LA PRIMERA VEZ QUE PRESENTO FUE HACE 2 AÑOS Y MEDIO Y A PARTIR DE AHI HA PRESENTADO EN UNA CANTIDAD DE MAS 6 EPISODIOS AL AÑO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO HAY EXAMENES.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INFECCION DEBIDA AL VIRUS DEL HERPES, NO ESPECIFICADA	B009		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-04-02	12:04	Medicina Rural	JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO	0927252106	

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
2025-04-02	12:04	Medicina Rural	JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO	0927252106	