

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres           | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| CORNEJO          | CAICEDO          | YOLANDA YESSSENIA | 26                  | 06  | 1981 | 44 años, 1 meses, 27 días | Mujer   |
|                  |                  |                   | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                           | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|-------------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1308645306        | MANABI              | CHONE  | BOYACA    | PUERTO ARTURO y CALLEJÓN SIN NOMBRE | 096-899-0409 /      |
| 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                 | 1308645306      | BOYACA                   | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                           |                  |              |  | Fecha |     |     |
|---------------------|---------------------------|------------------|--------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL DE CHONE | Consulta externa | Dermatología |  | 2025  | 08  | 22  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud  | Servicio         | Especialidad |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                      |                                     |                                   |                          |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad<br>resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad<br>instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del<br>profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:                | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional                 | <input type="checkbox"/>            |                                   |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 44 AÑOS QUE CONSULTA POR LA APARICIÓN DE UNA LESIÓN CUTÁNEA PIGMENTADA DE COLOR MARRÓN/CAFÉ, LOCALIZADA EN EL ANTEBRAZO DERECHO DE APROXIMADAMENTE 1 CM DE DIÁMETRO. LA LESIÓN HA MOSTRADO CRECIMIENTO PROGRESIVO EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS. CLINICAMENTE SE DESCRIBE COMO UNA LESIÓN DE COLOR MARRÓN HOMOGÉNEO CON BORDES ELEVADOS, TIPO HABÓN, CON FORMA ASIMÉTRICA Y SUPERFICIE LISA NO DOLOROSA. NO SE HAN REPORTADO ANTECEDENTES DE TRAUMA, PICADURA O RASCADO PREVIO EN LA ZONA. NO HAY SANGRADO NI ULCERACIÓN ESPONTÁNEA, PERO PREOCUPA EL CRECIMIENTO PROGRESIVO. AL MOMENTO PACIENTE SE ENCUENTRA ANSIOSA POR EL CAMBIO EN LA LESIÓN Y REQUIERE VALORACIÓN OPORTUNA. NO HAY OTRAS LESIONES SIMILARES VISIBLES EN LA EXPLORACIÓN GENERAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                               | CIE-10 | PRE | DEF |
|-----------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DE LA PIEL | D485   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-08-22 | 09:09 | Medicina Rural | JOHAN ALEJANDRO MENDOZA CORNEJO | 1313058438 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-08-22 | 09:09 | Medicina Rural | JOHAN ALEJANDRO MENDOZA CORNEJO | 1313058438 |       |

