

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
QUIROZ	ZAMBRANO	YAIRA MARIUXI	06	04	1978	48 años, 0 meses, 22 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308971835	MANABI	CHONE	BOYACA	TACHEVE y	098-758-9173 /
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	1308971835	BOYACA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología	2026	04	28	
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 femenina de 48 años sin antecedentes patológicos de relevancia, acude a consulta por presentar lesion nodular en zona escapular derecha con aumento progresivo de tamaño de bordes irregulares que no esta adherido a planos profundos que se acompaña de dolor intenso en la zona en escala de Eva 8/10. Al momento de la atención, paciente afebril - normotensa - hemodinámicamente estable. CONTACTO 0991942560

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

En región escapular de la espalda alta de lado derecho, a la inspección se evidencia nódulo subcutáneo de aproximadamente tamaño 3 cm de diámetro de forma irregular, sin signos flogísticos. A la palpación presenta consistencia firme, con bordes poco definidos, no adherida a planos profundos. Dolorosa a la palpación profunda

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
TUMEFACCION, MASA O PROMINENCIA LOCALIZADA EN EL TRONCO		R222	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-28	14:21	Medicina Rural	KENIA JULEXY ANDRADE ZAMBRANO	1314644665	

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
2026-04-28	14:21	Medicina Rural	KENIA JULEXY ANDRADE ZAMBRANO	1314644665	