

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GARCIA	DIAZ	NORLY PAMELA	14	02	2004	21 años, 7 meses, 23 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313174227	MANABI	CHONE	BOYACA	AV MARCOS ARAY DUEÑAS y	098-586-3165 /
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	1313174227	BOYACA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología		2025	10	07
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 FEMENINO DE 21 AÑOS DE EDAD, ACUDE AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE 6 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR ACNÉ VULGAR EN ZONAS DE ROSTRO CON EXTENSION EN PECHO. ACTUALMENTE REFIERE NO CUIDARSE CON NINGUN METODO ANTICONCEPTIVO, NO USA SUPLEMENTOS DE ENTRAMIENTO. AL EXAMEN FISICO, ACNE NODULOQUISTICAS INFLAMATORIAS DE PREDOMINIO EN MEJILLAS, ZONA DE PECHO ERITEMATOSO Y SENSIBLE AL TACTO, MANIFIESTA EXACERBACION DE CUADRO EN AMBIENTES CALIDOS Y EXPOSICION DIRECTA AL SOL. PACIENTE REFEIRE QUE HA ESTADO CON PRODUCTOS TOPICOS PARA EL ACNE CON FALLO DE TRATAMIENTO. SE SOLICITA VALORACION POR PARTE DE DERMATOLOGIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TELEFONO: 0958747202

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ACNE TROPICAL	L703		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-07	14:21	Medicina Rural	GEOVANNA KAROLINA CERCADO CEDEÑO	1315109510	

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
2025-10-07	14:21	Medicina Rural	GEOVANNA KAROLINA CERCADO CEDEÑO	1315109510	