

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BASURTO	BARRE	ANGIE MAYERLY	24	03	2005	20 años, 5 meses, 29 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315862167	MANABI	CHONE	BOYACA	BRAVOS GRANDES y	099-157-9442 /
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	1315862167	BOYACA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología		2025	09	22
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 ACUDE EN COMPAÑIA DE SU MADRE POR MANIFESTAR CUADRO CLINICO DE 4 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO DES PIGMENTACION DE PIEL Y ACNE VULGARIS, EN ZONA DEL ROSTRO CON EXACERBACION EN FRENTE, MEJILLAS Y MENTON, REFIERE IRRITACION EN AMBIENTES DE CALOR Y A LA PRESENCIA DE CIERTOS COSMETICOS. PACIENTE CON ANTECEDENTE DE REALIZAR ACTIVIDAD FISICA EN GIMNASIO, REFIERE HABER TOMADO CREATINA EN 3 OCASIONES, EN EL CUAL MENCIONA QUE ANTES DE CONSUMIR DICHO SUPLEMENTO TODAVIA TENIA ESE PROBLEMA. NO TIENE ANTECEDENTE ANTICONCEPTIVO HORMONAL. EXAMEN FISICO, PIEL GRASA CON MULTIPLES MANCHAS EN ROSTRO, COMEDONES DE GRASA EN MEJILLAS. SE REALIZA REFERENCIA PARA DERMATOLOGIA PARA VALORACION Y POSTEIORR MANEJO. TELEFONO: 0991579442 PACIENTE - 0990654246 MAMÁ.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TELEFONO: 0991579442 PACIENTE - 0990654246 MAMÁ.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ACNE TROPICAL	L703		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-22	11:59	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
2025-09-22	11:59	Medicina Rural	GEOVANNA KAROLINA CERCADO CEDEÑO	1315109510	

