

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PADILLA	RIVAS	SUSANA JOSEFA	30	11	1991	33 años, 11 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	1317039582	MANABI	CHONE	BOYACA	PLATANALES y	096-975-5423 /
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	1317039582	BOYACA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Dermatología		2025	11	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 FEMENINO DE 33 AÑOS ACUDE A CONSULTA PORQUE REFIERE APARICIÓN PROGRESIVA DE LESIONES TIPO HEMATOMAS EN EXTREMIDADES INFERIORES Y REGION GLUTEA, SIN ANTECEDENTE CLARO DE TRAUMATISMO, DE APROXIMADAMENTE 4 MESES DE EVOLUCIÓN. LAS LESIONES SON DE COLORACIÓN VIOLÁCEA, DE DISTINTOS TAMAÑOS Y EN APARENTE AUMENTO EN NÚMERO. ASIMISMO, PRESENTA LESIONES TIPO SARPULLIDO PÁPULAS ERITEMATOSAS LOCALIZADAS EN EXTREMIDADES, CON TENDENCIA A INCREMENTAR EN TAMAÑO Y EXTENSIÓN, ASOCIADAS A PRURITO Y DOLOR EN OCASIONES. NO REFIERE USO RECIENTE DE MEDICAMENTOS NUEVOS NI EXPOSICIÓN A SUSTANCIAS IRRITANTES

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

0990235738 - PACIENTE

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DERMATITIS ATOPICA, NO ESPECIFICADA	L209	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-28	10:27	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
2025-11-28	10:27	Medicina Rural	JOHAN ALEJANDRO MENDOZA CORNEJO	1313058438	