

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ARTEAGA	CUSME	ALISSON SAYOA	25	12	2010	14 años, 9 meses, 5 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350013601	MANABI	CHONE	BOYACA	DACA DOS y	098-116-7529 /
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	1350013601	BOYACA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía General		2025	09	30
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 14 AÑOS DE EDAD, ACUDE EN COMPAÑIA DE SU MADRE TRAS MANIFESTAR ABSCESO EN ZONA AXILAR DE LADO DERECHO DE VARIOS MESES DE EVOLUCION, MANIFIESTA QUE ESTADO EN CONSTANTE DRENADO ESPONTANEO EN CASA CUANDO SE LLENA MUCHO. AL EXAMEN FISICO PRESENCIA MASA BLANDA EN AXILA DERECHA, DOLOR A LA PALPACION, PACIENTE REIFERE EN OCACIONES HIPEREMIA Y SIN SUDORACION AL EJERCICIO FISICO, SENSIBILIDAD A CIERTOS PRODUCTOS DE HIGIENE (DESODORANTE) QUE POSTERIOR LE GENERA IRRITACION EN ZONA AFECTADA, DICHA MASA DE APROXIMADAMENTE 4X4CM, LESION EVERTIDO CICATRIZADO DE DRENADO. TELEFONO: 0989453444 TIA - 0993846550 ABUELA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TELEFONO: 0989453444 TIA - 0993846550 ABUELA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIDRADENITIS SUPURATIVA	L732	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-30	12:02	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
2025-09-30	12:02	Medicina Rural	GEOVANNA KAROLINA CERCADO CEDEÑO	1315109510	