

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PAZMIÑO	ARTEAGA	SHEyla PAOLA	16	07	1973	52 años, 1 meses, 3 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307550341	MANABI	CHONE	SANTA RITA	9 DE OCTUBRE y	098-032-1060 /
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	1307550341	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Reumatología	2025	08	19
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 52 AÑOS DE EDAD, APP: DIABETES MELLITUS TIPO 2 (DM2) DE LARGA DATA (10 AÑOS), MAL CONTROLADA, HIPOTIROIDISMO EN TRATAMIENTO CON LEVOTIROXINA 100MG. PACIENTE REFIERE INICIO DE CUADRO CLÍNICO HACE APROXIMADAMENTE 7 MESES, CARACTERIZADO POR DOLOR CRÓNICO, URENTE Y LANCINANTE EN AMBAS EXTREMIDADES INFERIORES, PREDOMINANTEMENTE DISTAL, CON PREDOMINIO NOCTURNO. ASOCIA PARESTESIAS, DISPARESTESIAS Y ALODINIA EN LA MISMA DISTRIBUCIÓN. EL DOLOR INTERFIERE SIGNIFICATIVAMENTE CON EL SUEÑO Y LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, OCASIONANDO LIMITACIÓN FUNCIONAL Y DETERIORO DE LA CALIDAD DE VIDA POR EL CUAL SE REALIZA REFERENCIA A REUMATOLOGIA. REFIERE QUE LLEVA CONTROLES EN ENDOCRINOLOGIA (CITA PENDIENTE 03/10/25). PACIENTE ACTUALMENTE TOMA MEDICACION METFORMINA 500MG C/12H + GABAPENTINA 300MG 1C/12H. PACIENTE REFIERE QUE EN 8 MESES PRESENTO AMENORREA PERO EL MES PASADO TUVO CICLO REGULAR, NO REFIERE SOFOCOS. SE SOLICITA ECOGRAFIA TRANSVAGINAL. AL EXAMEN FISICO PACIENTE CONSCIENTE, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SE INDICAN SIGNOS DE ALARMA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ARTROPATIA NEUROPATICA	M146	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-19	15:37	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	

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
2025-08-19	15:37	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	

