

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PAZMIÑO	ARTEAGA	SHEyla PAOLA	16	07	1973	52 años, 11 meses, 28 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	2026	07	14
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	☐	CONTROL Y SEGUIMIENTO	

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 52 AÑOS DE EDAD, APP: DIABETES MELLITUS TIPO 2 (DM2) DE LARGA DATA (10 AÑOS), CONTROLADA CON METFORMINA DE 850 MG BID, HIPOTIROIDISMO EN TRATAMIENTO CON LEVOTIROXINA 0.1MG, E HIPERTENSION ARTERIAL TRATADA CON LOSARTAN 100MG UNA DIARIA NIEGA ALERGIAS A MEDICAMENTOS. PACIENTE ACUDE A ESTA CASAS DE SALUD CON CONTRAREFERENCIA LA CUAL MENCIONA DOLOR OSTEOARTICULAR DE AMBAS MANOS Y PIES CON SENSACION DE PARESTESIAS DE MANOS DE MENOS DE 7 MESES DE EVOLUCION, SIN INFLAMACION, NI DEFORMIDADES, RX COLUMNA LUMBAR ESCOLIOSIS CONVEXIDAD DERECHA, PINZAMIENTO DE ESPACIOS POSTERIORES, LISTESIS L5-S1, RX DE RODILLA PINZAMIENTO DE ESPINAS TIBIALES, RX DE PELVIS PINZAMIENTO DE SACROILICA Y COXCOFEMORAL DERECHA, RX DE MANOS PINZAMINEOT ASIMETRICO DE INTEFALANGICAS PROXIMALES, QUISTE SUBCONDRA L TERCERA FALANGE DERECHA, CON DIAGNOSTICO DE ARTROSIS PRIMARIA GENERALIZADA, EN TRATAMIENTO DE VALCIO, VIT D3 EN CARGA MENSUAL, CITIDIN VO QD, RENOVAR REFERENCIA, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA. AL MOMENTO DE LA CONSULTA ASINTOMATICA, SOLO MENCIONA DIFICULTAD PARA SUBIR DE PESO. SIGNOS VITALES DENTRO DE RANGO ACEPTABLE, IMC DELGADEZ ACEPTABLE. TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
(OSTEO)ARTROSIS PRIMARIA GENERALIZADA	M150		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-14	10:01	Medicina Rural	HENRY FABRICIO ANDRADE LLORENTE	1315563245	

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
2026-07-14	10:01	Medicina Rural	HENRY FABRICIO ANDRADE LLORENTE	1315563245	