

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
JIMPIKIT	KUNCHIKIAI	GEMMA JUDITH	27	09	1985	39 años, 11 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1721611927	MANABI	CHONE	RICAU RTE	COMUNA BARRAGAN y	098-755-6094 / (99)-999-9999
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1721611927	RICAU RTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2025	08	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 FEMENINA DE 39 AÑOS DE EDAD, APF: MADRE FALLECIDA CON DM TIPO II. APP: DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN TRATAMIENTO CON METFORMINA 500MG. BARTOLINITIS, AGO: G5. C3. P0. A2. NACIDOS VIVOS: 3. FIN DE ULTIMA GESTACION: 10/08/2022. AL MOMENTO AFEBRIL, ACTIVA, ELECTIVA, ORIENTAA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, ACUDE REFIRIENDO CEFALEA OCCIPITAL DE 4 DIAS DE EVOLUCION PRESENTACION ESPORADICA, DE LEVE A MODERADA INTENSIDAD, REFIERE ANTECEDENTE QUIRURGICO DE EXTIRPACION DE MASA ABDOMINAL, LOCALIZADA EN OVARIO DERECHO, REFIERE OFORECTOMIA UNILATERAL HACE 3 MESES, ENVIAN A REALIZARSE MARCADORES TUMORALES QUE NO ESPECIFICA CON RESULTADOS NEGATIVOS PARA MALIGNIDAD Y REALIZAN PROCEDIMIENTO. AL MOMENTO REFIERE DOLOR PELVICO, AL EXAMEN FISICO DOLOR A LA PALPACION SUPERFICIAL DE MODERADA INTENSIDAD, SE ENVIA A REALIZAR ECOGRAFIA EL 22-01-2024 13:30PM PARA CONTROL SUBSECUENTE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

XX

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL OVARIO	D391		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-28	09:53	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

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
2025-08-28	09:53	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

