

IDENTIFICACION

055 Quibor 27 de julio del 2001

NOMBRE DEL PACIENTE

EDAD

M

SR. WILSON LOJANO

SEXO

I

LOCALIZACION DEL CALCULO

- (1) Región Pélvica y Calix ☐
- (2) Ureter Superior ☒
- (3) Ureter Medio ☐
- (4) Ureter Inferior ☐

TAMANO DEL CALCULO

- (1) Menor de 1cm.
- (2) >1cm. y < 2cm.
- (3) >2cm. y < 3cm.
- (4) > 3cm.

Lado de aplicación del tratamiento

Izquierdo ☒

Derecho ☒

Composición del Calculo

- (1) Oxalato Calcio _____
- (2) Mono Hydrato _____
- (3) Dihidrato _____
- (4) Fosfato Calcico _____

- (5) Struvita/Apatita
- (6) Cystina
- (7) Acido Urico

Fecha del Tratamiento _____

Tipo de Reflector

Mediano ☐

Grande ☐

Numero de Disparos aplicados _____

Evaluación final del tratamiento _____

Seguimiento:

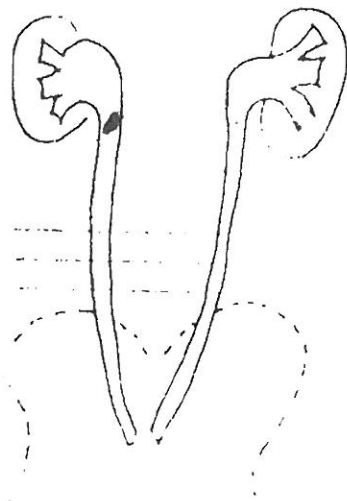
A un mes _____

A tres meses _____

Fecha de Retratamiento _____

Complicaciones:

- 0) Ninguna _____
- 1) Fiebre _____
- 2) Cólico Renal _____
- 3) Petequias de Piel _____
- 4) Hematoma de Riñon _____
- 5) Otros _____



Tiempo de Rx fluoroscopia _____

Intensidad de Máquina _____



**INSTITUTO
MEDICO
DE UROLOGIA**

AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO

Luego de haber sido debidamente explicado el tratamiento quirúrgico al cual seré sometido, sus ventajas y complicaciones, por este medio autorizo expresamente al personal Médico del INSTITUTO MEDICO DE UROLOGIA, a fin de que proceda a tratar mi dolencia, como la mejor alternativa, asumiendo personalmente el riesgo que implica el tratamiento y libero de toda responsabilidad legal presente y futura a su efecto, si surgen complicaciones como resultado del procedimiento seguido.

El costo de mi litiasis renal del lado.....izquierdo.....tiene un costo de:
S/.....\$ 700,00.....
y cada sesion adicional cuesta S/.....\$ 240,00.....

Para constancia y, en pleno uso de mis facultades, firmo solidariamente con:

Cuyo parentesco es: SRA. LUCIA ROJAS
MI ESPOSA

*Quito, 27 de 07 del 2000.*¹

PACIENTE

Lucia Rojas

FAMILIAR



INSTITUTO MEDICO DE UROLOGIA

LITOTRICIA EXTRACORPOREA

CASO

FECHA

NOMBRE DEL PACIENTE

EDAD

C.I

DIRECCIÓN DOMICILIO

TELEFONO

055 / 063 /
Quito, 27 de julio del 2001
WILSON LOJANO
BAÑOS
010384000-5
BAÑOS
862695

REPRESENTANTE

PARENTESCO

TELEFONO

DIRECCIÓN

SRA. LUCIA ROJAS
ESPOSA
LOS MISMOS
LA MISMA

MEDICO TRATANTE

MEDICO QUE REMITE

FORMA DE PAGO

DR. SANTIAGO VALLEJO
CONTADO

TRA FECTO DE LITIASIS RI

6-6-01 DE USUA DATA NO HEMATURIA

NO HEMATURIA

SE RESULTA I TIEMPO

28-7-01 PULSO A CONTAR HEMATURIA

PULSO RX AP EN 15 DIAS

29-8-01 SE RESULTA II TIEMPO

ACTO SIN EMPLICACIONES

5-000510000

PRELIMINAR