

ALTAVISION

NOMBRE DEL P	BASURTO PARRAGA AMIDIO BECIDILIO	FECHA DE INC	23/04/2019	FECHA DE EG	30/04/2019
GARANTE	INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL	TIPO	CAMPESINO	EDAD	67
DIAGNOSTICO	PSEUDOFAQUIA CORRECTA Z961	SEXO	M	FECHA NACIM	17/02/1952
CEDULA IDENTI	1301833628	HISTORIA CLIN	1301833628	Liquidacion No.	

PROCEDIMIENTOS

Fecha	Codigo	Descripción	Cantidad	Costo por unida	IVA	Total
23/04/2019	67028	Inyeccion de agente farmacologico dentro del vitreo.	1	\$ 135.83		\$ 135.83
23/04/2019	68200	Inyeccion subconjuntival.	1	\$ 17.64		\$ 8.82
30/04/2019	67028	Inyeccion de agente farmacologico dentro del vitreo.	1	\$ 135.83		\$ 135.83
30/04/2019	68200	Inyeccion subconjuntival.	1	\$ 17.64		\$ 8.82
Sub-total Honorarios medicos por procedimiento						\$ 289.30

ANESTESIA

Fecha	Codigo	Descripción	Cantidad	Costo por unida	IVA	Total
23/04/2019	67028	Inyeccion de agente farmacologico dentro del vitreo.	1	\$ 80.04		\$ 80.04
23/04/2019	67028	VALOR POR TIEMPO DE ANESTESIA	2	\$ 13.34		\$ 26.68
30/04/2019	67028	Inyeccion de agente farmacologico dentro del vitreo.	1	\$ 80.04		\$ 80.04
30/04/2019	67028	VALOR POR TIEMPO DE ANESTESIA	2	\$ 13.34		\$ 26.68
Sub-total por anestesia						\$ 213.44

DERECHO DE SALA

Fecha	Codigo	Descripción	Cantidad	Costo por unida	IVA	Total
23/04/2019	394211	DESDE 16 MIN. HASTA30MIN. INSTITUCIONES DE	1	\$ 76.65		\$ 76.65
23/04/2019	395281	DERECHO DE SALA DE RECUPERACION SALA DE	1	\$ 40.20		\$ 40.20
30/04/2019	394211	DESDE 16 MIN. HASTA30MIN. INSTITUCIONES DE	1	\$ 76.65		\$ 76.65
30/04/2019	395281	DERECHO DE SALA DE RECUPERACION SALA DE	1	\$ 40.20		\$ 40.20
Sub-total por derecho de sala						\$ 233.70

MATERIAL FUNGIBLE

Fecha	Codigo	Descripción	Cantidad	Costo por unida	IVA	Total
23/04/2019	396221	DESDE 16 MIN. HASTA30MIN. INSTITUCIONES TER	1	\$ 20.84		\$ 20.84
30/04/2019	396221	DESDE 16 MIN. HASTA30MIN. INSTITUCIONES TER	1	\$ 20.84		\$ 20.84
Sub-total por material fungible						\$ 41.68

FARMACIA

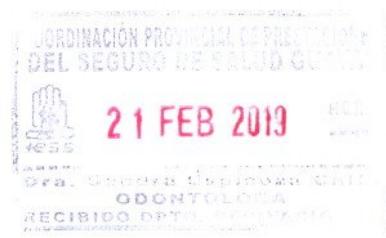
Fecha	Codigo	Descripción	Cantidad	Costo por unida	IVA	Total
23/04/2019		XILOCAINA SIN EPINEFRINA 2	1	\$ 2.46		\$ 2.46
23/04/2019		BUPIVACAINA 05	1	\$ 4.20		\$ 4.20
23/04/2019		DEXAMETASONA AMPOLLA	1	\$ 0.71		\$ 0.71
23/04/2019		GENTAMICINA AMPOLLA	1	\$ 0.66		\$ 0.66
23/04/2019		CLORURO DE SODIO 09 500CC	1	\$ 1.44		\$ 1.44
23/04/2019		BEVACIZUMAB	1	\$ 400.00		\$ 400.00
23/04/2019		TOBRAMICINA GOTERO	1	\$ 6.23		\$ 6.23
23/04/2019		FENTANILO AMPOLLA	1	\$ 4.31		\$ 4.31
23/04/2019		MIDAZOLAN AMPOLLA	1	\$ 3.67		\$ 3.67
30/04/2019		XILOCAINA SIN EPINEFRINA 2	1	\$ 2.46		\$ 2.46
30/04/2019		BUPIVACAINA 05	1	\$ 4.20		\$ 4.20
30/04/2019		DEXAMETASONA AMPOLLA	1	\$ 0.71		\$ 0.71
30/04/2019		GENTAMICINA AMPOLLA	1	\$ 0.66		\$ 0.66
30/04/2019		CLORURO DE SODIO 09 500CC	1	\$ 1.44		\$ 1.44
30/04/2019		BEVACIZUMAB	1	\$ 400.00		\$ 400.00
30/04/2019		TOBRAMICINA GOTERO	1	\$ 6.23		\$ 6.23
30/04/2019		FENTANILO AMPOLLA	1	\$ 4.31		\$ 4.31
30/04/2019		MIDAZOLAN AMPOLLA	1	\$ 3.67		\$ 3.67
Sub-total farmacia						\$ 847.36

EQUIPOS ESPECIALES

Fecha	Codigo	Descripción	Cantidad	Costo por unida	IVA	Total
23/04/2019	800014	EQUIPOS DE MUY ALTA COMPLEJIDAD USO MICR	1	\$ 100.50		\$ 100.50
30/04/2019	800014	EQUIPOS DE MUY ALTA COMPLEJIDAD USO MICR	1	\$ 100.50		\$ 100.50
Sub-total equipos especiales						\$ 201.00
TOTAL						\$ 1,826.48

Michaela Palm Rodriguez
Coordinadora de Facturación

Michaela Palm R.
0910419183
COORDINADORA DE FACTURACION



Guayaquil, 27 de Diciembre del 2018

Señor Doctor

EDWIN VERA GARIJO

COORDINADOR PROVINCIAL DE PRESTACIONES DEL SEGURO DE SALUD GUAYAS

Cuidad. -

De mis consideraciones:

Por medio de la presente comunico que mantenemos el siguiente expediente del paciente **Basurto Parraga Amidio Becidilio CON C.I. 1301833628, CON SEGURO IESS Social Campesino**, Paciente que necesita: **Inyección de agente farmacológico en cavidad vítreo (67028), 4ta dosis Ambos Ojos.**
Solicitamos su respectiva aprobación para dicho acto quirúrgico.

Por la atención otorgada a la presente le manifiesto mi agradecimiento y compromiso permanente por la atención con celeridad, calidad esmerada y eficiente a los afiliados del IESS.

Dra. Zulvy Bedon Lagos
CIRUJANO OFTALMOLOGO
RETINA Y VITREO
REG. 86218718P

Dra. Zulvy Bedon Lagos

Cirujano en Vítreo y Retina

Centro Oftalmológico AltaVisión

Guayaquil - Ecuador



FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACION CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA

I. DATOS DEL USUARIO

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES			Fecha de Nacimiento	EDAD	SEXO	
Basurto	Parraga	Amidio Becidilio			17	02	1952	66 H
					Día	Mes	Año	H/M
NACIONALIDAD	PAIS	CEDULA O PASAPORTE			LUGAR DE RESIDENCIA		DIRECCION DE DOMICILIO	
ECUATORIANA	ECUADOR	1301833628						
					Prov.	Canton	Parroq.	
E-MAIL:		TELEFONO: 0967427081			FECHA:			

II. REFERENCIA 1

DERIVACION 2

1 DATOS INSTITUCIONALES

ENTIDAD DEL SISTEMA	HISTORIA CLINICA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD			TIPO	DISTRITO / AREA	
IESS		ALTAVISION					
		REFIERE O DERIVA A:				FECHA	
IESS		ALTAVISION	AMBULATORIO	OFTALMOLOGIA	07	02	2019
Entidad del Sistema		Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad	Dia	Mes	Año

2. MOTIVO DE LA REFERENCIA O DERIVACION

LIMITADA CAPACIDAD RESOLUTIVA	1	SATURACION DE CAPACIDAD INSTALADA	4
AUSENCIA DEL PROFESIONAL	2	OTROS ESPECIFIQUE	5
FALTA DEL PROFESIONAL	3	CONTINUAR TRATAMIENTO	X

3. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

Visión borrosa en AO hace 10años.

4. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

OD: cd 50cm, OI: 20/150, OD: 16, OI: 16. Luego de realizar examen físico oftalmológico y fondo de ojo con oftalmoscopia indirecta con lupa de 20 Dioptrias bajo dilatacion con gotas de tropicamida y fenilefrina a la Biomicroscopia se observa: OD: Cristalino pseudofaquia, OI: Cristalino pseudofaquia, Al fondo de ojo: OD: Mácula edema macular clínicamente significativo+exudacion severa, Periferia exudacion con abundantes neovasos,
OI: Mácula edema macular clínicamente significativo+exudacion severa, Periferia exudacion con abundantes neovasos,

5. DIAGNOSTICO

		CIE- 10	PRE	DEF
Pseudofaquia correcta.		Z96.1		X
Edema macular cistoide después de una cirugía de cataratas, bilateral.		H59.033		X
Retinopatía diabética (E10-E14 + con cuarto carácter Común 0.3).		H360		X

6. EXAMENES / PROCEDIMIENTOS SOLICITADOS

Inyección de agente farmacológico en cavidad vitrea AO 4ta dosis

Dra. Zulvy Bedon Lagos
CIRUJANO OFTALMOLOGO
RETINA Y VITREO
REG. 862187188 COD. MSP. PROF.

Dr. Mario Pólit Macías
CIRUJANO OFTALMOLOGO
REG. MED. 5547
LIBRO 642 DIRECTOR MEDICO

Dra. Zulvy Bedon Lagos
CIRUJANO OFTALMOLOGO
REG. 862187188
RE MEDICO VERIFICADOR

1. DATOS INSTITUCIONALES

III. CONTRAREFERENCIA 3		REFERENCIA INVERSA 4					
ENTIDAD DEL SISTEMA	HIST. CLINICA #	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPO	SERVICIO	ESPECIALIDAD	
III. CONTRAREFERENCIA 3		REFERENCIA INVERSA 4				FECHA	
Entidad del Sistema		Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Area	Dia	Mes	Año

2. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

Afamia -

3. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

**COORDINACION PROVINCIAL DE PRESTACIONES
DEL SEGURO DE SALUD GUAYAS**

4. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

25 MAR 2019
Joyas

5. DIAGNOSTICO

Dra. Lam Layva CIE-10 YONG MEYO JIPER
AUTORIZADO
MEDICO DERIVADOR

6. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE MENOR NIVEL DE COMPLEJIDAD

CPPSG - 25-03-2019 RRE-LULJ-85

ACTA DE ENTREGA RECEPCION DE SERVICIOS



PRESTADOR	ALTAVISION
PERSONA DE CONTACTO	LUCRECIA SAA
TELEFONO: 2286080	E-MAIL: visilas@hotmail.com
MES Y AÑO DE PRESTACION	ABRIL 2019 CODIGO CIE 10 H360
NUMERO DE HISTORIA CLINICA:	1301833628
SERVICIO ENTREGADO	AMBULATORIO

OBSERVACIONES:**ACUSE ENTREGA DEL SERVICIO**

- Como prestador de la RPIS, conozco el cumplimiento obligatorio del TPSNS y sus procedimientos que están regulados en la normativa legal vigente.
- Además tengo conocimiento el acápite que refiere a la Coordinación de pagos y tarifas que indica textualmente:

"En caso de procedimientos observados que no fueren justificados y produzcan débitos definitivos, la unidad de salud no podrá requerir por ningún motivo el pago al paciente o familiares de los valores objetados". Por lo que me comprometo a entregar la documentación según la norma.

Visión Laser S. A. Visilas
RUC: 0992422440001
LUCRECIA SAA ESTEVEZ
C.I. 0912481595

ACUSE ENTREGA DEL SERVICIO

Guayaquil, a los 30 días del mes de abril Del año 2019
Yo Amidio Basurto Parraga con C.I. 1301833628 certifico haber recibido conforme los servicios de forma gratuita, correspondiente a:

- Exámenes Oftalmológicos diagnósticos
Consultas Oftalmológicas
Tratamientos Clínicos
Tratamientos Quirúrgicos
Insumos y medicamentos

En Alta Visión desde 23-4 del 2019, hasta el 30-4 del 2019



Firma del Beneficiario

Observaciones: Yo, Amidio Basurto Parraga, En mi calidad de hija, y/o representante o acompañante, del paciente
Amidio Basurto Parraga, Certifico que el mencionado usuario/paciente recibió el servicio registrado en la presente acta


Firma del Representante o Acompañante

EN MI CALIDAD DE PRESTADOR DE SERVICIOS, CERTIFICO QUE LAS FIRMAS CONSTANTES EN EL PRESENTE DOCUMENTO, CORRESPONDEN A LA FIRMA DEL PACIENTE O SU REPRESENTANTE DE SER EL CASO, MISMA QUE FUE RECEPΤADA EN ESTA INSTITUCION, POR LO TANTO ME RESPONSABILIZO POR EL CONTENIDO DE DICHO CERTIFICADO, ASUMIENDO TODA LA RESPONSABILIDAD TANTO ADMINISTRATIVA, CIVIL O PENAL POR LA VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN ENTREGADA.

Visión Laser S. A. Visilas
RUC: 0992422440001
LUCRECIA SAA ESTEVEZ
C.I. 0912481595

CONSULTA DE COBERTURA DE SALUD (IESS, ISSFA, ISSPOL)

Ingrese los datos solicitados

Número de documento de Identificación:

1301833628

Fecha de Cobertura de Seguro de Salud:

23-04-2019

Consultar



BASURTO PARRAGA AMIDIO BECIDILIO

Fecha de consulta: 09-05-2019 15:06

Fecha Nacimiento: 17/02/1952

Edad: 67

Registro de Cobertura de Atención de Salud

Seguro	Tipo de seguro	Mensaje	Registro de Cobertura de Atención de Salud
IESS	Afiliado seguro Campesino	Cédula registrada con derecho	Si registra cobertura
ISSFA	No registra cobertura	CEDULA O PASAPORTE NO REGISTRADO	No registra cobertura
ISSPOL	No registra cobertura. Ciudadano no encontrado	NO	No registra cobertura

* La información Histórica reflejada corresponde a datos desde Junio 2010

Enlaces Oficiales de consulta de cobertura de salud: IESS (<http://www.ies.s.gob.ec/calificacion-web/pages/public/calificacionAtencion.jsf>) ISSFA (<https://ias.issfa.mil.ec/consultaRPIS/Consulta.jsf>) ISSPOL (<http://www.isspol.org.ec:2307/>)

[Imprimir](#)

[PDF](#)



Derechos reservados 2014-2016
Ministerio de Salud Pública del Ecuador

CONSULTA DE BENEFICIARIOS DE MEDICINA PREPAGADA Y SEGUROS DE ASISTENCIA MÉDICA



DATOS DEL BENEFICIARIO

Número de Documento: *

1301833628

Ingrese el valor mostrado en la imagen:

vVWgsH

DOLE3C

Buscar

RUC de empresa	Nombre del Financiador	Identificación del Beneficiario	Nombres del Beneficiario	Apellidos del Beneficiario
No existen registros				

#ProtegemosLaSalud

@calidadesaludec

@Acess_Ec

Acess calidad salud

CONSULTA DE COBERTURA DE SALUD (IESS, ISSFA, ISSPOL)

Ingrese los datos solicitados

Número de documento de Identificación:

1301833628

Fecha de Cobertura de Seguro de Salud:

30-04-2019

 Consultar**BASURTO PARRAGA AMIDIO BECIDILIO****Fecha de consulta: 09-05-2019 15:06****Fecha Nacimiento: 17/02/1952****Edad: 67****Registro de Cobertura de Atención de Salud**

Seguro	Tipo de seguro	Mensaje	Registro de Cobertura de Atención de Salud
IESS	Afiliado seguro Campesino	Cédula registrada con derecho	Si registra cobertura
ISSFA	No registra cobertura	CEDULA O PASAPORTE NO REGISTRADO	No registra cobertura
ISSPOL	No registra cobertura. Ciudadano no encontrado	NO	No registra cobertura

* La información Histórica reflejada corresponde a datos desde Junio 2010

Enlaces Oficiales de consulta de cobertura de salud: IESS (<http://www.ies.org.ec/calificacion-web/pages/public/calificacionAtencion.jsf>) ISSFA (<https://ias.issfa.mil.ec/consultaRPIS/Consulta.jsf>) ISSPOL (<http://www.isspol.org.ec:2307/>)

 Imprimir PDF

Derechos reservados 2014-2016
Ministerio de Salud Pública del Ecuador

CONSULTA DE BENEFICIARIOS DE MEDICINA PREPAGADA Y SEGUROS DE ASISTENCIA MÉDICA



DATOS DEL BENEFICIARIO

Número de Documento: *

1301833628

Ingrese el valor mostrado en la imagen:

vVWgsH

DOLE3C

Buscar

RUC de empresa	Nombre del Financiador	Identificación del Beneficiario	Nombres del Beneficiario	Apellidos del Beneficiario
No existen registros				

#ProtegemosLaSalud

@calidadesaludec

@Acess_Ec

Acess calidad salud



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
IESS SEGURO SOCIAL CAMPESINO
COMPROBANTE DE PAGO

1. Aportes \$ 266x1
2. Organización Asociación Agrícola - Loma Seca
3. Afiliado Basurto Parraga Amidio
(Apellidos y Nombres)
4. Encuesta N°: 2387836
5. Mes que Paga: Junio COMITE DE DESARROLLO Y PROGRESO
"LOMA SECA"
6. Fecha de Pago: 03-06-2018 Código: 430217700000
ESS DISPENSARIA SARAMPION
7. Recaudador: José Mejía Z. N° _____





IESS	UNIDAD OPERATIVA ALTA VISION	COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA 1301833628	
			PARROQUIA TARQUI	CANTÓN GUAYAQUIL	PROVINCIA GUAYAS		
APPELLIDO PATERNO Basurto	APPELLIDO MATERNO Parraga	NOMBRES Amidio Becidilio	SERVICIO	SALA	CAMA	FECHA 23-4-19	
						MARCAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPONDA	
1 AUTORIZACIÓN PARA CIRUGÍA, TRATAMIENTO CLÍNICO O PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO							
AUTORIZO AL PROFESIONAL TRATANTE DE ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD PARA REALIZAR LAS OPERACIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS CLÍNICOS PROPUESTOS PARA EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD							
NOMBRE DEL PACIENTE Amidio Becidilio Basurto Parraga		TELÉFONO 0967427081	CÉDULA DE CIUDADANÍA 1301833628				
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O TESTIGO 		PARENTESCO 	TELÉFONO 	CÉDULA DE CIUDADANÍA 			
						MARCAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPONDA	
2 EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR ABORTO							
DECLARO QUE NINGÚN PROFESIONAL O FUNCIONARIO DE ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD HA REALIZADO PROCEDIMIENTOS PARA PROVOCAR ESTE ABORTO Y QUE INGRESO LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE PARA RECIBIR EL TRATAMIENTO NECESARIO PARA MI ENFERMEDAD							
NOMBRE DEL PACIENTE 		TELÉFONO 	CÉDULA DE CIUDADANÍA 			FIRMA 	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O TESTIGO 		PARENTESCO 	TELÉFONO 	CÉDULA DE CIUDADANÍA 			FIRMA
						MARCAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPONDA	
3 EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR ABANDONO DE HOSPITAL SIN AUTORIZACIÓN MÉDICA							
DECLARO QUE ME RETIRO VOLUNTARIAMENTE DE ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y EXONERO AL PROFESIONAL TRATANTE Y AL PERSONAL ADMINISTRATIVO POR LOS RIESGOS A LA SALUD, QUE ME HAN ADVERTIDO CLARAMENTE							
NOMBRE DEL PACIENTE 		TELÉFONO 	CÉDULA DE CIUDADANÍA 			FIRMA 	
NOMBRE DEL TESTIGO 		PARENTESCO 	TELÉFONO 	CÉDULA DE CIUDADANÍA 			FIRMA
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD 		TELÉFONO 	CÉDULA DE CIUDADANÍA 			FIRMA 	
						MARCAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPONDA	
4 RETIRO DE MENOR DE EDAD O PERSONA INCAPACITADA							
DECLARO QUÉ RETIRO AL PACIENTE DE ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD, BAJO MI RESPONSABILIDAD DEBIDAMENTE CERTIFICADA, CON LA AUTORIZACIÓN MÉDICA CORRESPONDIENTE							
DECLARO QUÉ RETIRO AL PACIENTE DE ESTE ESTABLECIMIENTO, BAJO MI RESPONSABILIDAD Y SIN LA AUTORIZACIÓN DEL PROFESIONAL TRATANTE HE SIDO ADVERTIDO DE LAS CONSECUENCIAS DE ESTE ACTO NO AUTORIZADO Y ASUMO TODA LA RESPONSABILIDAD POR LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS							
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL 		PARENTESCO 	TELÉFONO 	CÉDULA DE CIUDADANÍA 			FIRMA
NOMBRE DEL TESTIGO 		PARENTESCO 	TELÉFONO 	CÉDULA DE CIUDADANÍA 			FIRMA
NOMBRE DEL MEDICO 		TELÉFONO 	CÉDULA DE CIUDADANÍA 			FIRMA 	
						MARCAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPONDA	
5 AUTORIZACIÓN DE EXTRACCIÓN DE ÓRGANOS PARA DONACIÓN Y/O TRASPLANTE							
AUTORIZO AL PERSONAL DE SALUD DE ESTE ESTABLECIMIENTO PARA QUE EN VIDA SE ME EXTRAIGA EL O LOS ÓRGANOS CONVENIDOS, DONADOS PARA EL TRASPLANTE EN EL RECEPTOR SEÑALADO							
AUTORIZO PARA QUE, UNA VEZ TRANSCURRIDAS 48 HORAS DE MI MUERTE CEREBRAL, MIS ÓRGANOS SEAN EXTRAÍDOS PARA TRASPLANTE							
ÓRGANOS DONADOS 	NOMBRE DE LOS RECEPTORES 	TELÉFONO 	CÉDULA DE CIUDADANÍA 			FIRMA 	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL 	PARENTESCO 	TELÉFONO 	CÉDULA DE CIUDADANÍA 			FIRMA 	
NOMBRE DEL TESTIGO 	PARENTESCO 	TELÉFONO 	CÉDULA DE CIUDADANÍA 			FIRMA 	
NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE 	TELÉFONO 	CÉDULA DE CIUDADANÍA 			FIRMA 		
						MARCAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPONDA	
6 AUTORIZACIÓN PARA NECROPSIA							
AUTORIZO AL MÉDICO AUTORIZADO DE ESTE HOSPITAL PARA QUE PRACTIQUE LA NECROPSIA AL CADÁVER DEL FALLECIDO							
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL 	PARENTESCO 	TELÉFONO 	CÉDULA DE CIUDADANÍA 			FIRMA 	
NOMBRE DEL TESTIGO 	PARENTESCO 	TELÉFONO 	CÉDULA DE CIUDADANÍA 			FIRMA 	
NOMBRE DEL MEDICO 	TELÉFONO 	CÉDULA DE CIUDADANÍA 			FIRMA 		

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA
IESS	ALTA VISION		PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	1301833628
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	SERVICIO	SALA	CAMA	FECHA
Basurto	Parraga	Amidio Becidilio				23-4-19
TODA LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES AL PACIENTE SE HARÁ EN EL ÁMBITO DE LA CONFIDENCIALIDAD						
1 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO						
PROPÓSITOS			TERAPIA Y PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS			
RESULTADOS ESPERADOS			RIESGOS DE COMPLICACIONES CLÍNICAS			
NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE		ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA	
2 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL CIRUJANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA						
PROPÓSITOS			INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROPUESTAS			
Disminuir Edema			Inyección de agente farmacológico en el vitreo Bevacizumab, , Ojo Derecho			
RESULTADOS ESPERADOS			RIESGO DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS			
Satisfactorio			Asociados al procedimiento			
NOMBRE DEL CIRUJANO		ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA	
Dra. Zulvy Bedon Lagos		OFTALMOLOGO	2286080	862187188	CIRUJANO OFTALMOLOGO RETINA Y VITREO REG 62187188	
3 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIÓLOGO SOBRE LA ANESTESIA						
PROPÓSITOS			ANESTESIA PROPUESTA			
ANALGESIA+ANESTESIA			REGIONAL			
RESULTADOS ESPERADOS			RIESGOS DE COMPLICACIONES ANESTÉSICAS			
SATISFACTORIO			MODERADO			
NOMBRE DEL ANESTESIÓLOGO		ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA	
DR. JAVIER RODRIGUEZ		ANESTESIOLOGO	2286080	062187188	ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA C I 1751374796 M S P 066991759	
4 CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE						
A	EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO SATISFACTORIAMENTE ACERCA DE LOS MOTIVOS Y PROPÓSITOS DEL TRATAMIENTO PLANIFICADO PARA MI ENFERMEDAD					
B	EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA EXPLICADO ADECUADAMENTE LAS ACTIVIDADES ESENCIALES QUE SE REALIZARÁN DURANTE EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD					
C	CONSENTO A QUE SE REALICEN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS NECESARIOS PARA MI ENFERMEDAD					
D	CONSENTO A QUE ME ADMINISTREN LA ANESTESIA PROPUESTA					
E	HE ENTENDIDO BIEN QUE EXISTE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LOS MEDIOS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO, PERO NO ACERCA DE LOS RESULTADOS					
F	HE COMPRENDIDO PLENAMENTE LOS BENEFICIOS Y LOS RIESGOS DE COMPLICACIONES DERIVADAS DEL TRATAMIENTO					
G	EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO QUE EXISTE GARANTÍA DE RESPETO A MI INTIMIDAD, A MIS CREENCIAS RELIGIOSAS Y A LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN (INCLUSIVO EN EL CASO DE VIH/SIDA)					
H	HE COMPRENDIDO QUE TENGO EL DERECHO DE ANULAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MOMENTO QUE YO LO CONSIDERE NECESARIO.					
I	DECLARO QUE HE ENTREGADO AL PROFESIONAL TRATANTE INFORMACIÓN COMPLETA Y FIDEIDNA SOBRE LOS ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DE MI ESTADO DE SALUD. ESTOY CONCIENTE DE QUE MIS OMISIONES O DISTORSIONES DELIBERADAS DE LOS HECHOS PUEDEN AFECTAR LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO					
5 CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE LEGAL						
COMO RESPONSABLE LEGAL DEL PACIENTE, QUE HA SIDO CONSIDERADO POR AHORA IMPOSIBILITADO PARA DECIDIR EN FORMA AUTÓNOMA SU CONSENTIMIENTO, AUTORIZO LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO SEGUN LA INFORMACION ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN ESTE DOCUMENTO.						
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL		PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA	
SNS-MSP / HCU-form.024 / 2008						
CONSENTIMIENTO INFORMADO						

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES		Nº HISTORIA CLÍNICA
Basurto	Parraga	Amidio		1301833628
SERVICIO		SALA		CAMA No.
CIRUGIA		SALA DE OFTALMOLOGIA		
DIAGNOSTICO				OPERACION
PRE-OPERATORIO:		POYECTADA:		
Degeneración de mácula y polo posterior Ojo Derecho		Inyección de agente farmacológico en el vítreo Bevacizumab + Ojo Derecho		
		ELECTIVA	EMERGENCIA	PALEATIVA
POST-OPERATORIO:		REALIZADA:		67028/68200/
Degeneración de mácula y polo posterior Ojo Derecho		Inyección de agente farmacológico en el vítreo Bevacizumab + Ojo Derecho		
EQUIPO QUIRURGICO				
CIRUJANO 1:	Dra. Zulvy Bedon Lagos		INSTRUMENTISTA:	
CIRUJANO 2:			CIRCULANTE:	Kelly Mora
PRIMER AYUDANTE:			ANESTESIOLOGO:	Dr. Javier Rodriguez
SEGUNDO AYUDANTE:			AYUDANTE:	
FECHA DE OPERACION		HORA DE INICIO	HORA DE TERMINACION	TIPO DE ANESTESIA
DIA	MES			
23	04	2019	12:00	12:30
TIPO DE ANESTESIA				
REGIONAL				
DIÉRESIS:				
Punción a nivel de pars plana,				
EXPOSICIÓN:				
Cavidad Vítreo,				
EXPLORACION Y HALLAZGOS QUIRÚRGICOS:				
DEGENERACION DE LA MACULA Y DEL POLO POSTERIOR				
PROCEDIMIENTO OPERATORIO:				
ASEPSIA Y ANTISEPSIA				
COLOCACION DE CAMPOS, BLEFARO Y LAVADO				
INSTILACIÓN DE SOLUCION OFTALMICA DE TOBRAMICINA Y DEXAMETASONA AL 0.3%				
INYECCION DE Xilocaina Subconjuntival				
INYECCIÓN INTRAVITREA& DE 0.05ML DE BEVACIZUMAB A 4 MM DEL LIMBO EN EL CUADRANTE INFERO TEMPORAL CON AGUJA DE 30 GAUGE				
CON ISOPO ESTERIL SE CONFIRMA HERMITICIDAD DE LA PUNCIÓN				
SE CONFIRMA QUE EL TONO ESTE POR DEBAJO DE 25 mmHg				
INSTILACIÓN DE TOBRAMICINA Y DEXAMETASONA AL 0.3%				
RETIRO DE BLEFARO				

SINTESIS

COMPLICACIONES DEL ACTO OPERATORIO

NINGUNA

EXAMEN HISTOPATOLOGICO

SI NO X

HISTOPATOLOGICO DIAGNOSTICO

DICTADA POR:	Dra. Zulvy Bedon Lagos	
FECHA DEL DICTADO:		
DIA	MES	AÑO
23	04	2019
ESCRITA POR:	Lucrecia Saa Estevez	

Dra. Zulvy Bedon Lagos
CIRUJANO OFTALMOLOGO
RETINA Y VITREO
REC 062187100

Dra. Zulvy Bedon Lagos

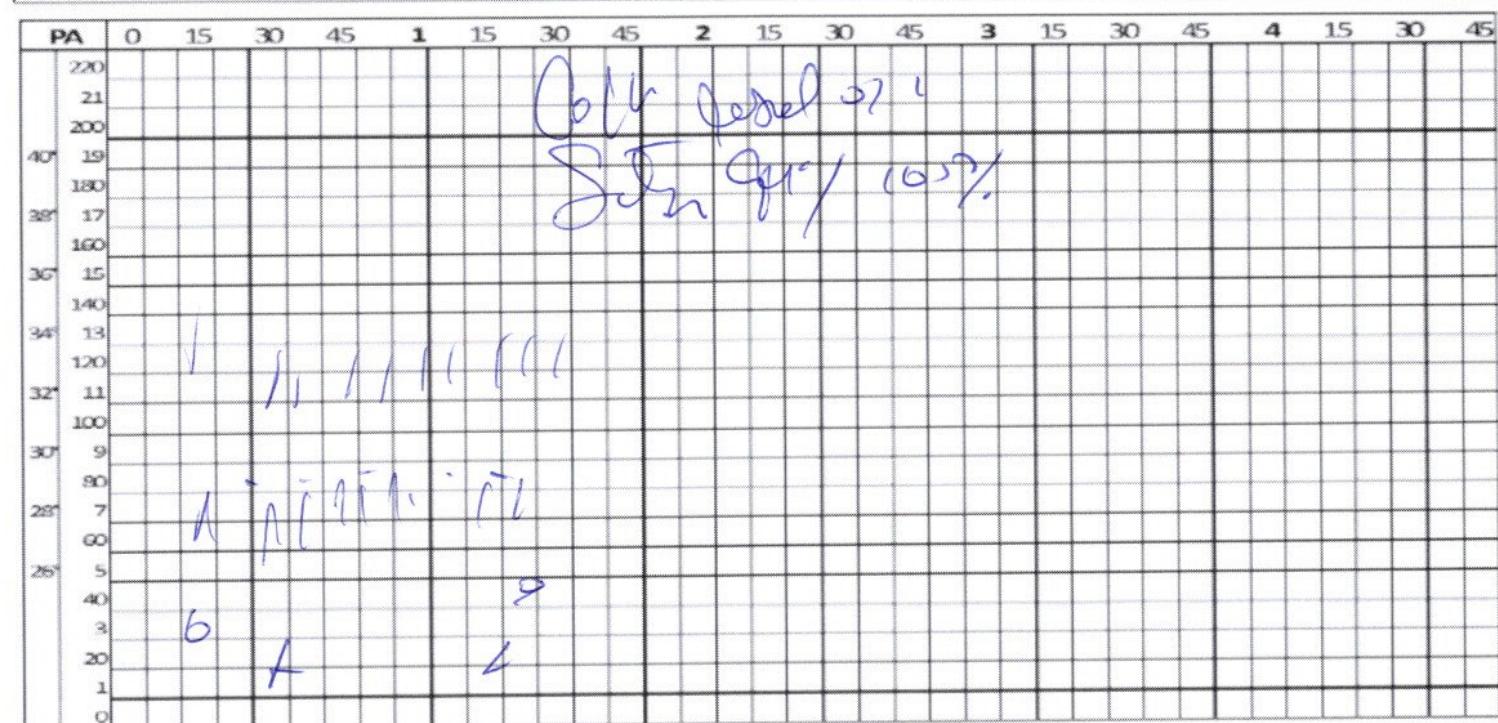
RECORD DE ANESTESIA

HC: 1301833628

Alta
Visión

Apellido Paterno:	Basurto	Materno:	Parraga	Nombre:	Amidio
Fecha:	23-4-19	Edad:	67	Sexo:	Masculino
Diagnóstico Preoperatorio:	Fractura polvo 00				
Diagnóstico Postoperatorio:	Fractura polvo 00				
Operación Propuesta:	Twee 2 pieza 33				
Operación realizada:	Twee 2 pieza 30				
Médico Cirujano:	Dra. Zulvy Bedon Lagos	2do. Cirujano:		Circulante:	Kelly Mora +
Anestesiólogo:	Dr. Javier Rodriguez	Instrumentista:	Dr. Jorge Luis de Vera		

Signología: P.A.=▼▲ Anestesia=○ Fin Anestesia=Ø Respiración Espontánea=○ Respiración Controlada=●
 Pulsos=● Inicio Operación=x Fin Operación=⊗ Respiración Asistida=□ Saturación Oxígeno= %



Líquidos: Solución Salina	U6		
Posición Pte.:			
Ag. Inhalado: O2			
Saturación Oxígeno: 100%			
1. Midazolam 2mg	6	11	Duración Anestesia
2. Fentanilo 25 mcg	7	12	Hrs. Min.
3. Xilocaina s/ep 20 mg	8	13	Duración Operación
4. Bupivacaina 0.5% s/ep 16mg	9	14	Hrs. Min.
5	10	15	

Técnicas	Infusiones	Complicaciones	
Neuroaxiales	Cloruro de Sodio 0.9% cc.	Hipotensión Arritmias	
Asepsia con: Alcohol	Osmolar cc.	Depresión Respiratoria	
Habón: si no		Náuseas	
Técnica:	PCTE. SALE DEL QUIRÓFANO A:	Conductiva Insuficiente	
Retrobulbar	<i>Rec. Dr</i>	Paro cardíaco	
Peribulbar		Cambio de Técnica	
Tópica		Ninguna Complicación	
Técnicas	Supervisado por:	Otros:	
Cárrula de oxígeno	<i>Rec. Dr</i>	Monitoreo Especial-Comentarios	
	Hora:	<i>Rec. Dr</i>	Dr. Javier Rodriguez
			Firma del Anestesiólogo: ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA
			C I 1757374796
			M S P 066991759

Rec. Dr

1. *What is the primary purpose of the following sentence?*

a) To give information
b) To ask a question
c) To make a statement
d) To give a command

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M-F)	Nº HOJA	Nº HISTORIA CLINICA
ALTAVISION	Amidio Becidilio	Basurto Parraga	M		1301833628

2 PRESCRIPCIONES	FIRMAR AL PIE DE CADA PRESCRIPCION
FARMACOTERAPIA E INDICACIONES	ADMINISTR.
(PARA ENFERMERIA Y OTRO PERSONAL)	FARMACOS
MEDIDAS GENERALES	INSUM.
CONTROL DE SIGNOS VITALES	
CUIDADOS DE ENFERMERIA	
TERMINAR VIA PERIFERICA Y RETIRAR	

IESS	UNIDAD OPERATIVA ALTA VISION	COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN PARROQUIA CANTÓN PROVINCIA TARQUI GUAYAQUIL GUAYAS			NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA 1301833628
APELLIDO PATERNO Basurto	APELLIDO MATERNO Parraga	NOMBRES Amidio Becidilio	SERVICIO	SALA	CAMA	FECHA 30-4-19
						MARCAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPONDA
1 AUTORIZACIÓN PARA CIRUGÍA, TRATAMIENTO CLÍNICO O PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO						
AUTORIZO AL PROFESIONAL TRATANTE DE ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD PARA REALIZAR LAS OPERACIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS CLÍNICOS PROPOSTOS PARA EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD						
NOMBRE DEL PACIENTE Amidio Becidilio Basurto Parraga		TELÉFONO 0967427081		CÉDULA DE CIUDADANÍA 1301833628		
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O TESTIGO		PARENTESCO		TELÉFONO		
				CÉDULA DE CIUDADANÍA		
						MARCAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPONDA
2 EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR ABORTO						
DECLARO QUE NINGÚN PROFESIONAL O FUNCIONARIO DE ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD HA REALIZADO PROCEDIMIENTOS PARA PROVOCAR ESTE ABORTO Y QUE INGRESO LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE PARA RECIBIR EL TRATAMIENTO NECESARIO PARA MI ENFERMEDAD						
NOMBRE DEL PACIENTE		TELÉFONO		CÉDULA DE CIUDADANÍA		
				FIRMA		
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O TESTIGO		PARENTESCO		TELÉFONO		
				CÉDULA DE CIUDADANÍA		
						MARCAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPONDA
3 EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR ABANDONO DE HOSPITAL SIN AUTORIZACIÓN MÉDICA						
DECLARO QUE ME RETIRO VOLUNTARIAMENTE DE ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y EXONERO AL PROFESIONAL TRATANTE Y AL PERSONAL ADMINISTRATIVO POR LOS RIESGOS A LA SALUD, QUE ME HAN ADVERTIDO CLARAMENTE						
NOMBRE DEL PACIENTE		TELÉFONO		CÉDULA DE CIUDADANÍA		
				FIRMA		
NOMBRE DEL TESTIGO		PARENTESCO		TELÉFONO		
				CÉDULA DE CIUDADANÍA		
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD		TELÉFONO		CÉDULA DE CIUDADANÍA		
				FIRMA		
						MARCAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPONDA
4 RETIRO DE MENOR DE EDAD O PERSONA INCAPACITADA						
DECLARO QUE RETIRO AL PACIENTE DE ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD, BAJO MI RESPONSABILIDAD DEBIDAMENTE CERTIFICADA, CON LA AUTORIZACIÓN MÉDICA CORRESPONDIENTE						
DECLARO QUE RETIRO AL PACIENTE DE ESTE ESTABLECIMIENTO, BAJO MI RESPONSABILIDAD Y SIN LA AUTORIZACIÓN DEL PROFESIONAL TRATANTE HE SIDO ADVERTIDO DE LAS CONSECUENCIAS DE ESTE ACTO NO AUTORIZADO Y ASUMO TODA LA RESPONSABILIDAD POR LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS						
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL		PARENTESCO		TELÉFONO		CÉDULA DE CIUDADANÍA
						FIRMA
NOMBRE DEL TESTIGO		PARENTESCO		TELÉFONO		CÉDULA DE CIUDADANÍA
						FIRMA
NOMBRE DEL MEDICO		TELÉFONO		CÉDULA DE CIUDADANÍA		FIRMA
						MARCAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPONDA
5 AUTORIZACIÓN DE EXTRACCIÓN DE ÓRGANOS PARA DONACIÓN Y/O TRASPLANTE						
AUTORIZO AL PERSONAL DE SALUD DE ESTE ESTABLECIMIENTO PARA QUE EN VIDA SE ME EXTRAIGA EL O LOS ÓRGANOS CONVENIDOS, DONADOS PARA EL TRASPLANTE EN EL RECEPTOR SEÑALADO						
AUTORIZO PARA QUE, UNA VEZ TRANSCURRIDAS 48 HORAS DE MI MUERTE CEREBRAL, MIS ÓRGANOS SEAN EXTRAÍDOS PARA TRASPLANTE						
ÓRGANOS DONADOS	NOMBRE DE LOS RECEPTORES					
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL		PARENTESCO		TELÉFONO		CÉDULA DE CIUDADANÍA
						FIRMA
NOMBRE DEL TESTIGO		PARENTESCO		TELÉFONO		CÉDULA DE CIUDADANÍA
						FIRMA
NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE		TELÉFONO		CÉDULA DE CIUDADANÍA		FIRMA
						MARCAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPONDA
6 AUTORIZACIÓN PARA NECROPSIA						
AUTORIZO AL MÉDICO AUTORIZADO DE ESTE HOSPITAL PARA QUE PRACTIQUE LA NECROPSIA AL CADÁVER DEL FALLECIDO						
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL		PARENTESCO		TELÉFONO		CÉDULA DE CIUDADANÍA
						FIRMA
NOMBRE DEL TESTIGO		PARENTESCO		TELÉFONO		CÉDULA DE CIUDADANÍA
						FIRMA
NOMBRE DEL MEDICO		TELÉFONO		CÉDULA DE CIUDADANÍA		FIRMA
						MARCAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPONDA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA
			PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	
IESS	ALTA VISION		TARQUI	GYE	GUAYAS	1301833628

APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES	SERVICIO	SALA	CAMA	FECHA	HORA
Basurto	Parraga	Amidio Becidilio				30-4-19	

TODA LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES AL PACIENTE SE HARÁ EN EL ÁMBITO DE LA CONFIDENCIALIDAD

1 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO

PROPÓSITOS	TERAPIA Y PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS
RESULTADOS ESPERADOS	RIESGOS DE COMPLICACIONES CLÍNICAS

NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA
---------------------------------	--------------	----------	--------	-------

2 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL CIRUJANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

PROPÓSITOS	INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROPUESTAS			
Disminuir Edema	Inyección de agente farmacológico en el vitreo Bevacizumab, .			
	Ojo Izquierdo			
RESULTADOS ESPERADOS	RIESGO DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS			
Satisfactorio	Asociados al procedimiento			
NOMBRE DEL CIRUJANO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA
Dra. Zulvy Bedon Lagos	OFTALMOLOGO	2286080	862187188	Dra. Zulvy Bedon Lagos CIRUJANO OFTALMOLOGO RETINA Y VITREO RESECCIONES

3 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIÓLOGO SOBRE LA ANESTESIA

PROPÓSITOS	ANESTESIA PROPUESTA			
ANALGESIA+ANESTESIA	REGIONAL			
RESULTADOS ESPERADOS	RIESGOS DE COMPLICACIONES ANESTÉSICAS			
SATISFACTORIO	MODERADO			
NOMBRE DEL ANESTESIÓLOGO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA
DR. JAVIER RODRIGUEZ	ANESTESIOLOGO	2286080	DR. JAVIER RODRIGUEZ 1757374796 M S P 066991759	Dr. Javier Rodriguez ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA

4 CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

- A EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO SATISFACTORIAMENTE ACERCA DE LOS MOTIVOS Y PROPÓSITOS DEL TRATAMIENTO PLANIFICADO PARA MI ENFERMEDAD
- B EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA EXPLICADO ADECUADAMENTE LAS ACTIVIDADES ESENCIALES QUE SE REALIZARÁN DURANTE EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD
- C CONSIGO A QUE SE REALICEN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS NECESARIOS PARA MI ENFERMEDAD
- D CONSIGO A QUE ME ADMINISTREN LA ANESTESIA PROPUESTA
- E HE ENTENDIDO BIEN QUE EXISTE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LOS MEDIOS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO, PERO NO ACERCA DE LOS RESULTADOS
- F HE COMPRENDIDO PLENAMENTE LOS BENEFICIOS Y LOS RIESGOS DE COMPLICACIONES DERIVADAS DEL TRATAMIENTO
- G EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO QUE EXISTE GARANTÍA DE RESPETO A MI INTIMIDAD, A MIS CREENCIAS RELIGIOSAS Y A LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN (INCLUSIVO EN EL CASO DE VIH/SIDA)
- H HE COMPRENDIDO QUE TENGO EL DERECHO DE ANULAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MOMENTO QUE YO LO considere NECESARIO.
- I DECLARO QUE HE ENTREGADO AL PROFESIONAL TRATANTE INFORMACIÓN COMPLETA Y FIDEIDIGNA SOBRE LOS ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DE MI ESTADO DE SALUD. ESTOY CONCIENTE DE QUE MIS OMISIONES O DISTORSIONES DELIBERADAS DE LOS HECHOS PUEDEN AFECTAR LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO



5 CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE LEGAL

COMO RESPONSABLE LEGAL DEL PACIENTE, QUE HA SIDO CONSIDERADO POR AHORA IMPOSIBILITADO PARA DECIDIR EN FORMA AUTÓNOMA SU CONSENTIMIENTO, AUTORIZO LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO SEGÚN LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN ESTE DOCUMENTO.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		Nº HISTORIA CLÍNICA	
Basurto		Parraga		Amidio		1301833628	
SERVICIO		SALA			CAMA No.		
CIRUGIA		SALA DE OFTALMOLOGIA					
DIAGNOSTICO				OPERACION			
PRE-OPERATORIO:				POYECTADA:			
Degeneración de mácula y polo posterior		Ojo Izquierdo		Inyección de agente farmacológico en el vítreo Bevacizumab +		Ojo Izquierdo	
				ELECTIVA	EMERGENCIA	PALEATIVA	
POST-OPERATORIO:				REALIZADA:		67028/68200/	
Degeneración de mácula y polo posterior		Ojo Izquierdo		Inyección de agente farmacológico en el vítreo Bevacizumab +		Ojo Izquierdo	
EQUIPO QUIRURGICO							
CIRUJANO 1:	Dra. Zulvy Bedon Lagos		INSTRUMENTISTA:				
CIRUJANO 2:			CIRCULANTE:		Kelly Mora		
PRIMER AYUDANTE:			ANESTESIOLOGO:		Dr. Javier Rodriguez		
SEGUNDO AYUDANTE:			AYUDANTE:				
FECHA DE OPERACION		HORA DE INICIO		HORA DE TERMINACION		TIPO DE ANESTESIA	
DIA	MES			AÑO	11:00	11:30	REGIONAL
DIÉRESIS:							
Punción a nivel de pars plana,							
EXPOSICIÓN:							
Cavidad Vítreo,							
EXPLORACION Y HALLAZGOS QUIRÚRGICOS:							
DEGENERACION DE LA MACULA Y DEL POLO POSTERIOR							
PROCEDIMIENTO OPERATORIO:							
ASEPSIA Y ANTISEPSIA COLOCACION DE CAMPOS, BLEFARO Y LAVADO INSTILACIÓN DE SOLUCION OFTALMICA DE TOBRAMICINA Y DEXAMETASONA AL 0.3% INYECCION DE XILOCAINA SUBCONJUNTIVAL INYECCIÓN INTRAVITREA& DE 0.05ML DE BEVACIZUMAB A 4 MM DEL LIMBO EN EL CUADRANTE INFERO TEMPORAL CON AGUJA DE 30 GAUGE CON ISOPA ESTERIL SE CONFIRMA HERMITICIDAD DE LA PUNCIÓN SE CONFIRMA QUE EL TONO ESTE POR DEBAJO DE 25 mmHg INSTILACIÓN DE TOBRAMICINA Y DEXAMETASONA AL 0.3% RETIRO DE BLEFARO							

SINTESIS

COMPLICACIONES DEL ACTO OPERATORIO

NINGUNA

EXAMEN HISTOPATOLOGICO

SI NO X

HISTOPATOLOGICO DIAGNOSTICO

DICTADA POR:	Dra. Zulvy Bedon Lagos	
FECHA DEL DICTADO:		
DIA	MES	AÑO

DIA	MES	AÑO
30	04	2019

ESCRITA POR:	Lucrecia Saa Estevez	
--------------	----------------------	--

Dra. Zulvy Bedon Lagos

CIRUGIAS OFTALMOLOGICAS

RETINA Y VITREO

REG. 802167182

Dra. Zulvy Bedon Lagos

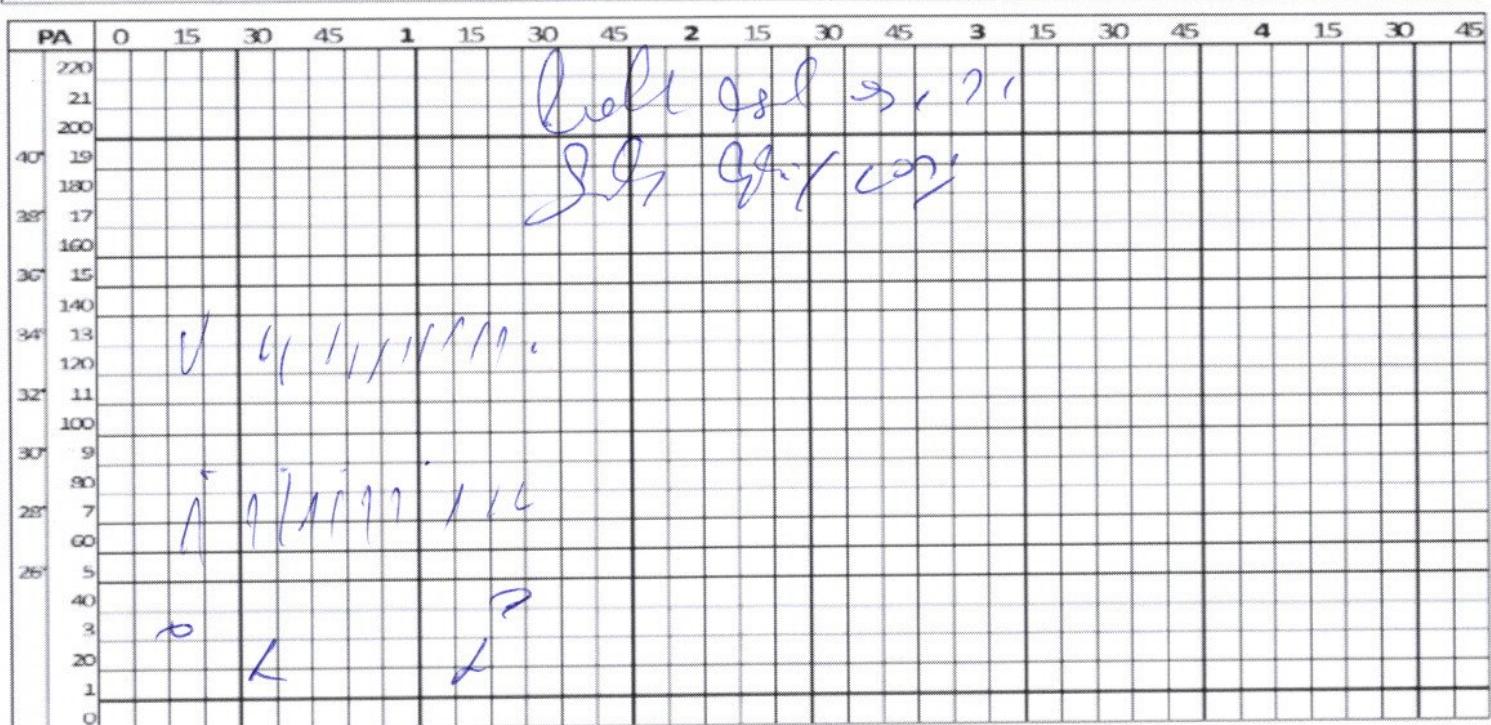
RECORD DE ANESTESIA

HC: 1301833628

ALTA
VISION

Apellido Paterno:	Basurto	Materno:	Parraga	Nombre:	Amidio
Fecha:	30-4-19	Edad:	67	Sexo:	Masculino
Diagnóstico Preoperatorio:	Piel bl. 02				
Diagnóstico Postoperatorio:	Dolor bl. 05				
Operación Propuesta:	Tiux L 05				
Operación realizada:	Tiux L 05				
Médico Cirujano:	Dra. Zulvy Bedon Lagos	2do. Cirujano:		Circulante:	Kelly Mora
Anestesiólogo:	Dr. Javier Rodriguez	Instrumentista:	Dr. Jorge Luis de Vera		

Signología: P.A.=▼▲ Anestesia=○ Fin Anestesia=Ø Respiración Espontánea=○ Respiración Controlada=●
Pulso=● Inicio Operación=X Fin Operación=⊗ Respiración Asistida=○ Saturación Oxígeno= %



Liquidos: Solución Salina			
Posición Pde.:			
Ag. Inhalado: O2			
Saturación Oxígeno: 100%			
1. Midazolam 2mg	6	11	Duración Anestesia
2. Fentanilo 25 mcg	7	12	Hrs. Min.
3. Xilocaina s/ep 20 mg	8	13	Duración Operación
4. Bupivacaína 0.5% s/ep 16mg	9	14	Hrs. Min.
5	10	15	30

Técnicas	Infusiones	Complicaciones
Neuroaxiales	Cloruro de Sodio 0.9% cc.	Hipotensión Arritmias
Asepsia con: Alcohol	Osmorin cc.	Depresión Respiratoria
Habón: si no		Náuseas
Técnica:	PCTE SALE DEL QUIRÓFANO A:	Conductiva Insuficiente
Retrobulbar	Dever	Paro cardiaco
Peribulbar		Cambio de Técnica
Tópica		Ninguna Complicación
Técnicas	Supervisado por:	Otros:
Cáñula de oxígeno	Hora:	Monitoreo Especial-Comentarios
		Dr. Javier Rodriguez
		ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA
		Firma del Anestesiólogo: C I 1757374796
		M S P 066991759

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M-F)	Nº HOJA	Nº HISTORIA CLINICA
ALTAVISION	Amidio Becidilio	Basurto Parraga	M		1301833628

1 EVOLUCION		2 PRESCRIPCIONES	FIRMAR AL PIE DE CADA PRESCRIPCION
FECHA (DIA/MES/AÑO)	HORA	NOTAS DE EVOLUCION	
30/04/2019	11:30	POSTOPERATORIO QUE INGRESA A LA SALA DE RECUPERACION POSTERIOR A INYECCIÓN DE AGENTE FARMACOLÓGICO EN EL VITREO BEVACIZUMAB, OJO IZQUIERDO AL MOMENTO PACIENTE AFEBRIL, HIDRATADO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE CON PARCHE OCULAR.	<p>FARMACOTERAPIA E INDICACIONES (PARA ENFERMERÍA Y OTRO PERSONAL)</p> <p>MEDIDAS GENERALES</p> <p>CONTROL DE SIGNOS VITALES CUIDADOS DE ENFERMERIA TERMINAR VIA PERIFERICA Y RETIRAR</p> <p>Dra. Zulma Bedon Lagos CIRUJANA OFTALMOLOGO REG. 8623-7448</p>

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA			UNIDAD OPERATIVA					COD. UO			COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA
IESS			ALTA VISION						PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA			
APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO			PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE			CÉDULA DE CIUDADANÍA		
Basurto		Parraga			Amidio			Becidilio			1301833628			
FECHA DE REFERENCIA	HORA	EDAD	GENERO M	SOL	CAS	DIV	ESTADO CIVIL VIU	U-L	INSTRUCCIÓN ULTIMO AÑO APROBADO	EMPRESA DONDE TRABAJA	SEGURO DE SALUD			
30/04/2019		67	X	X					PRIMARIA		Social Campesino			

ESTABLECIMIENTO AL QUE SE ENVÍA LA CONTRARREFERENCIA	Hospital IESS Portoviejo	SERVICIO QUE CONTRAREFIERE	OFTALMOLOGIA				
------------------------------------------------------	--------------------------	----------------------------	--------------	--	--	--	--

1 RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente de 67 años con diagnostico de Otras retinopatias proliferativas derivado para Inyección de agente farmacológico en cavidad vitrea ambos ojos 4ta dosis por no tener poder resolutivo en hospital derivador.

2 HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

3 TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

INYECCION DE AGENTE FARMACOLÓGICO EN EL VITREO BEVACIZUMAB OJO DERECHO/INYECCION DE AGENTE FARMACOLÓGICO EN EL VITREO BEVACIZUMAB OJO IZQUIERDO 4TA. DOSIS

4 DIAGNÓSTICOS		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1	Pseudofaquia correcta.	Z96.1.		X	4			
2	Edema macular cistoide después de una cirugía de cataratas, bilateral.	H59.033		X	5			
3	Retinopatía diabética (E10-E14 + con cuarto carácter Común 0.3).	H360.		X	6			

5 PLAN DE TRATAMIENTO RECOMENDADO

Paciente debe continuar controles periódicos en hospital derivador.

Dra. Zulvy Bedon Lagos
CIRUJANO OFTALMOLOGO
RETINA Y VITREO
REG. 862187188

SALA		CAMA		PROFESIONAL	Dra. Zulvy Bedon Lagos	862187188	FIRMA
------	--	------	--	-------------	------------------------	-----------	-------

R#1453
SILC

**SANDRA LORENA
CACERES LASCANO**
R.U.C. 0913468948001

Cdla. Bellavista • Mz. 6 • Solar 3
Telefax: 042207871 • Guayaquil - Ecuador

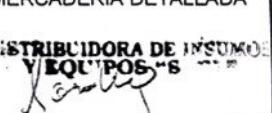
FACTURA
SERIE 001-001-
000000337

AUT. S.R.I. # 1123936073

FECHA: GUAYAQUIL, 30 ABRIL DEL 2019CLIENTE: VISION LASERR.U.C.: 0992422440001TELEFONO: 2-286080DIRECCION: CALLE 7MA. # 120 Y AV. SAN JORGE

CANT.	DESCRIPCION	V. UNITARIO	V. TOTAL
15	FIBRA DE LASER	221,76	3326,40
9	PACK DE INYECCION DE ACEITE	70,56	635,04
18	PINZA END GRASPPING	179,20	3225,60
31	SET DE TROCARES	56,00	1736,00
18	PUNTA DE VITRECTOMIA	196,00	3528,00
18	PUNTA DE ENDOLUZ DESCARTABLE	112,00	2016,00
9	ACEITE DE SILICON	162,40	1461,60
9	GAS SF6	168,00	1512,00
16	CONSTELLATION COMBINED PAK 25	558,60	8937,60
8	CUCHILLETE CRECENT	15,68	125,44
2	BANDA 240	105,00	210,00
25	AVASTIN	400,00	10000,00
9	PERFLUORCARBONATO	162,40	1461,60

FORMA DE PAGO:

Efectivo		Tarjeta de Crédito		Sub-Total	38175,28
Dinero Electrónico		Otros	X	Base Imp. Tarifa 0%	38175,28
Son: TREINTA Y OCHO MIL CIENTO SETENTA Y CINCO 28/100 DOLARES				Base Imp. Tarifa 12%	0,00
FAVOR REALIZAR PAGO A CUENTA DE AHORRO # 4901635600 DEL BANCO PICHINCHA A NOMBRE DE SANDRA CACERES LASCANO O GIRAR CHEQUE CRUZADO	ENTREGUE CONFORME LA MERCADERIA DETALLADA	RECIBI CONFORME LA MERCADERIA DETALLADA		Importe IVA 12%	
	DISTRIBUIDORA DE INSUMOS Y EQUIPOS "S"			TOTAL USD \$	38175,28
	Sandra Lorena Caceres Lascano	CLIENTE			

LUIS EDUARDO GUTIERREZ ARTEAGA - Imprenta GUTI-ARTE - RUC 0916782832001 - Aut.: 13739 - 50x3 N° 301-350 - F. Imp. 10/Diciembre/2018 - Caduca: 10/Diciembre/2019
Documento Categorizado: NO

ORIGINAL: ADQUIRIENTE - 1º COPIA: EMISOR - 2º COPIA: SIN VALOR TRIBUTARIO

