

ALTAVISION

NOMBRE DEL P	BURGOS AURA AMADA	FECHA DE INC	24/04/2019	FECHA DE EG	24/04/2019
GARANTE	INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL	TIPO	JUBILADO	EDAD	76
DIAGNOSTICO	DEGENERACION DE MACULA H353	SEXO	F	FECHA NACIM	14/10/1942
CEDULA IDENTI	0907784979	HISTORIA CLIN	0907784979	LIQUIDACION No.	
PROGEDIMIENTOS					
Fecha	Codigo	Descripción	Cantidad	Costo por unida	IVA
24/04/2019	67028	Inyeccion de agente farmacologico dentro del vitreo.	1	\$ 135.83	\$ 135.83
24/04/2019	68200	Inyeccion subconjuntival.	1	\$ 17.64	\$ 8.82
Sub-total Honorarios medicos por procedimiento \$ 144.65					
ANESTESIA					
Fecha	Codigo	Descripción	Cantidad	Costo por unida	IVA
24/04/2019	67028	Inyeccion de agente farmacologico dentro del vitreo.	1	\$ 80.04	\$ 80.04
24/04/2019	67028	VALOR POR TIEMPO DE ANESTESIA	2	\$ 13.34	\$ 26.68
Sub-total por anestesia \$ 106.72					
DERECHO DE SALA					
Fecha	Codigo	Descripción	Cantidad	Costo por unida	IVA
24/04/2019	394211	DESDE 16 MIN. HASTA30MIN. INSTITUCIONES DE	1	\$ 76.65	\$ 76.65
24/04/2019	395281	DERECHO DE SALA DE RECUPERACION SALA DE	1	\$ 40.20	\$ 40.20
Sub-total por derecho de sala \$ 116.85					
MATERIAL FUNGIBLE					
Fecha	Codigo	Descripción	Cantidad	Costo por unida	IVA
24/04/2019	396221	DESDE 16 MIN. HASTA30MIN. INSTITUCIONES TER	1	\$ 20.84	\$ 20.84
Sub-total por material fungible \$ 20.84					
FARMACIA					
Fecha	Codigo	Descripción	Cantidad	Costo por unida	IVA
24/04/2019		XILOCAINA SIN EPINEFRINA 2	1	\$ 2.46	\$ 2.46
24/04/2019		BUPIVACAINA 05	1	\$ 4.20	\$ 4.20
24/04/2019		DEXAMETASONA AMPOLLA	1	\$ 0.71	\$ 0.71
24/04/2019		GENTAMICINA AMPOLLA	1	\$ 0.66	\$ 0.66
24/04/2019		CLORURO DE SODIO 09 500CC	1	\$ 1.44	\$ 1.44
24/04/2019		BEVACIZUMAB	1	\$ 400.00	\$ 400.00
24/04/2019		TOBRAMICINA GOTERO	1	\$ 6.23	\$ 6.23
24/04/2019		FENTANILO AMPOLLA	1	\$ 4.31	\$ 4.31
24/04/2019		MIDAZOLAN AMPOLLA	1	\$ 3.67	\$ 3.67
Sub-total farmacia \$ 423.68					
EQUIPOS ESPECIALES					
Fecha	Codigo	Descripción	Cantidad	Costo por unida	IVA
24/04/2019	800014	EQUIPOS DE MUY ALTA COMPLEJIDAD USO MICR	1	\$ 100.50	\$ 100.50
Sub-total equipos especiales \$ 100.50					
TOTAL \$ 913.24					

Michaela Palm Rodriguez
Coordinadora de Facturación

Michaela Palm R.
0910419183
COORDINADORA DE FACTURACION



Guayaquil, 19 de Marzo del 2019

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 **Burgos Aura Amada CON C.I. 0907784979, CON SEGURO IESS Jubilado**, Paciente que necesita: **Inyección de agente farmacológico en cavidad vítreo (67028), 1era dosis Ojo Izquierdo.**
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.

Dr. Manuel Gárces Palacios
Dr. Manuel Gárces Palacios
MEDICO OFTALMOLOGO
RETINA-VITREO
RECUPERACIONES 070230392
Dr. Manuel Gárces Palacios
Cirujano en Vítreo y Retina
Centro Oftalmológico AltaVisión
Guayaquil - Ecuador



FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACION CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA

I. DATOS DEL USUARIO

APELLIDO PATERNO	APELLO MATERNO	NOMBRES			Fecha de Nacimiento			EDAD	SEXO
Burgos		Aura Amada			14	10	1942	76	M
					Dia	Mes	Año	H/M	
NACIONALIDAD	PAIS	CEDULA O PASAPORTE			LUGAR DE RESIDENCIA			DIRECCION DE DOMICILIO	
ECUATORIANA	ECUADOR	0907784979							
					Prov.	Canton	Parroq.		
E-MAIL:		TELEFONO:			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	19	03	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

Paciente femenina de 76 años de edad, con diagnóstico de degeneración de mácula y polo posterior + presencia de lentes intraoculares + otros trastornos especificados de la retina, derivado para interconsulta
 a. por no tener poder resolutivo en el hospital.
 Al momento paciente presenta Visión opaca

4. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

OD: m/m, Ol: 20/70, OD: 13, Ol: 12, Luego de realizar examen fisico oftalmológico y fondo de ojo con oftalmoscopia indirecta con lupa de 20 Dioptrías bajo dilatacion con gotas de tropicamida y fenilefrina a la Biomicroscopia se observa: OD: Córnea opaca, Cámara Anterior vh3, Cristalino lente intraocular, Iris normal, Ol: Córnea transparente, Cámara Anterior vh4, Cristalino lente intraocular, Iris normal, Al fondo de ojo: OD: Mácula No se observan detalles por opacidad, Ol: Copia 0.4, Mácula alteraciones atróficas maculares con presencia de drusas reticulares, Vasos adelgazados, Periferia sin lesiones,

5. DIAGNOSTICO

Degeneración de mácula y polo posterior.	H35.3	X
Pseudofaquía correcta.	Z96.1	X
Otros trastornos de la retina especificados.	H35.8	X
queratopatía bullosa, ojo derecho.	H18.11	X

6. EXAMENES / PROCEDIMIENTOS SOLICITADOS

Inyección de agente farmacológico en cavidad vitrea Ol 1era dosis	CODIGO TARIFARIO
	67028

 NOMBRE	Dr. Manuel Gárces Palacios MEDICO OFTALMOLOGO RETINA VITREO REG. MED. 5547 COD. MSP. PROF. 070230392	Dr. Mario Pérez Palacios CIRUJANO OFTALMOLOGO REG. MED. 5547 DIRECTOR MEDICO LIBRO 042 FOLIO 042	Dr. Manuel Gárces Palacios MEDICO OFTALMOLOGO VERIFICADOR REG. PROF. 070230392
---	--	--	---

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

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

3. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

 04 ABR 2010				
---	--	--	--	--

4. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

Dra. Luis Layhyong Lugo Jezo AUTORIZADO MEDICO DERIVADOR				
--	--	--	--	--

5. DIAGNOSTICO

CIE- 10 PRE DEF CPSSG - 04-04-2010 TRPC-LLJ-67				
---	--	--	--	--

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

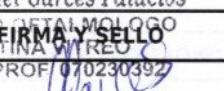
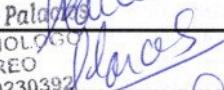
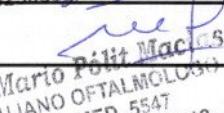
--	--	--	--	--

Centro Oftalmológico ALTAVISION	
Servicio de Vítreo y Retina	Fecha de Elaboración: 19/03/2019
INFORME TÉCNICO-MÉDICO PARA LA JUSTIFICACIÓN DE PRESTACIONES ADICIONALES A LAS AUTORIZADAS	Área-Proceso: CONVENIO

DATOS GENERALES					
NOMBRES Y APELLIDOS DE PACIENTE:	Aura Amada Burgos				
CÉDULA DE IDENTIDAD:	907784979				
CÓDIGO DE VALIDACIÓN QUE AUTORIZÓ PRESTACIÓN:					
FECHA DE INGRESO DEL PACIENTE:	26/02/2019				
MÉDICO SOLICITANTE: (QUIEN REALIZA EL INFORME)	Dr. Manuel Gárces Palacios				
ESPECIALIDAD / SUBESPECIALIDAD:	Cirujano en Vítreo y Retina				
DIAGNÓSTICOS (CIE-10):					
DIAGNÓSTICO(S) QUE JUSTIFICARON EL CÓDIGO DE VALIDACIÓN:	CIE10:H35.3;ICD10:Z96.1;ICD10:H35.8				
DIGANÓSTICOS ACTUALES QUE JUSTIFICARÁN LA PRESTACIÓN ADICIONAL:	CIE10:H35.3 CIE10:H18.11 CIE10:H35.8 CIE10:Z96.1				
CUADRO CLÍNICO DEL PACIENTE QUE JUSTIFICARÁ PRESTACIÓN ADICIONAL					
AVSC OD: m/mOl: 20/70 PIO OD: 13Ol: 12 Luego de realizar examen fisico oftalmologico 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: Córnea opaca Cámara Anterior vh3 Cristalino lente intraocular Iris normal Ol: Córnea transparente Cámara Anterior vh4 Cristalino lente intraocular Iris normal Al fondo de ojo: OD: Mácula No se observan detalles por opacidad Ol: Copa 0.4 Mácula alteraciones atróficas maculares con presencia de drusas reticulares Vasos adelgazados Periferia sin lesiones					
PROTOCOLOS UTILIZADOS QUE JUSTIFICAN LA PRESTACIÓN ADICIONAL REALIZADA:					
NO.	PROTOCOLOS	TIPO			OBSERVACIONES
		NAC.	INTERN.	MBE	
1	The Royal College of Ophthalmologists, Vascular Occlusion Guidelines		X		https://www.rcophth.ac.uk/wp-content/uploads/2015/07/Retinal-Vein-Occlusion-RVO-Guidelines-July-2015.pdf
2	The Royal College of Ophthalmologists, Vascular Occlusion Guidelines		X		https://www.rcophth.ac.uk/wp-content/uploads/2015/07/Retinal-Vein-Occlusion-RVO-Guidelines-July-2015.pdf

Centro Oftalmológico ALTAVISION			
Servicio de Vítreo y Retina		Fecha de Elaboración:	19/03/2019
		Área-Proceso:	CONVENIO
INFORME TÉCNICO-MÉDICO PARA LA JUSTIFICACIÓN DE PRESTACIONES ADICIONALES A LAS AUTORIZADAS			Página: 2
PROCEDIMIENTOS ADICIONALES AL AUTORIZADO QUE SERÁN JUSTIFICADOS CON ESTE INFORME:			
NO.	COD. TARIFARIO	DESCRIPCIÓN	
1	67028	Inyección de agente farmacológico en cavidad vítreo Ol 1era dosis	

Nota: Este informe no justifica la prescripción de medicamentos fuera del Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos sin la autorización debida según la normativa legal vigente para el caso, Homologaciones de procedimientos y/o laboratorios no autorizadas por el Ministerio de Salud Pública, facturación indebida de acuerdo al Tarifario de Prestaciones de Salud pertinente y otras situaciones de igual similitud.

		NOMBRE	CARGO/ESPECIALIDAD	Dr. Manuel Gárces Palacios MEDICO OFTALMOLOGO RETINA VITREO	FIRMA Y SELLO
Elaborado por:	Dr. Manuel Gárces Palacios	Cirujano en Vítreo y Retina		REG PROF 010230392	
Revisado por:	Dr. Manuel Gárces Palacios	Cirujano en Vítreo y Retina	Dr. Manuel Gárces Palacios MEDICO OFTALMOLOGO RETINA VITREO	REG PROF 010230392	
Aprobado por:	Dr. Mario Pólit Macias	Cirujano en Vítreo y Retina		REG PROF 010230392	 Dr. Mario Pólit Macias CIRUJANO OFTALMOLOGO REG. MED. 5547 LIBRO 042 FOLIO 042

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	CODIGO CIE 10 H35.3
NUMERO DE HISTORIA CLINICA: 0907784979	
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 fueron 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.

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

----- FIRMA AUTORIZADA -----

ACUSE ENTREGA DEL SERVICIO

Guayaquil, a los 24 días del mes de Abril del año 2019
Yo Aura Burgos con C.I. 0907784979 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 24/04 del 2019, hasta el 24/04 del 2019

Aura Burgos
Firma del Beneficiario

Observaciones: Yo..... En mi calidad de y/o representante o acompañante, del paciente
..... 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 RECEPTEADA 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.

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

----- FIRMA AUTORIZADA -----

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

Ingrese los datos solicitados

Número de documento de Identificación:

0907784979

Fecha de Cobertura de Seguro de Salud:

24-04-2019

 Consultar



BURGOS AURA AMADA

Fecha de consulta: 09-05-2019 14:54

Fecha Nacimiento: 14/10/1942

Edad: 76

Registro de Cobertura de Atención de Salud

Seguro	Tipo de seguro	Mensaje	Registro de Cobertura de Atención de Salud
IESS	Jubilado sistema de pensiones	Jubilado sistema de pensiones	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
[\(<http://www.ies.s.gob.ec/calificacion-web/pages/public/calificacionAtencion.jsf>\)](http://www.ies.s.gob.ec/calificacion-web/pages/public/calificacionAtencion.jsf) ISSFA
[\(<https://ias.issfa.mil.ec/consultaRPIS/Consulta.jsf>\)](https://ias.issfa.mil.ec/consultaRPIS/Consulta.jsf) ISSPOL
[\(<http://www.isspol.org.ec:2307/>\)](http://www.isspol.org.ec:2307/)

[Imprimir](#)

[PDF](#)



Derechos reservados 2014-2016
 Ministerio de Salud Pública del Ecuador



No existen Registros

Medi Prep

Consulta de
prepagada
médica

Consulta de datos

DATOS DEL BENEFICIARIO

Número de Documento: *

0907784979

Ingrese el valor mostrado en la imagen:

tBKjE1

jCAjeA

 Buscar

RUC de empresa

Nombre del Financiador

Identificación del Beneficiario

Nombres del Beneficiario

Apellidos del Beneficiario

No existen registros

 @calidadsaludec

 @Acess_Ec

 Acess calidad salud

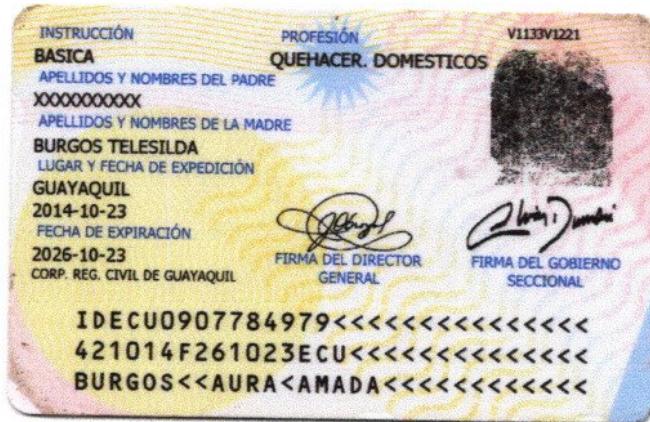
CATÁLOGO OFICIAL

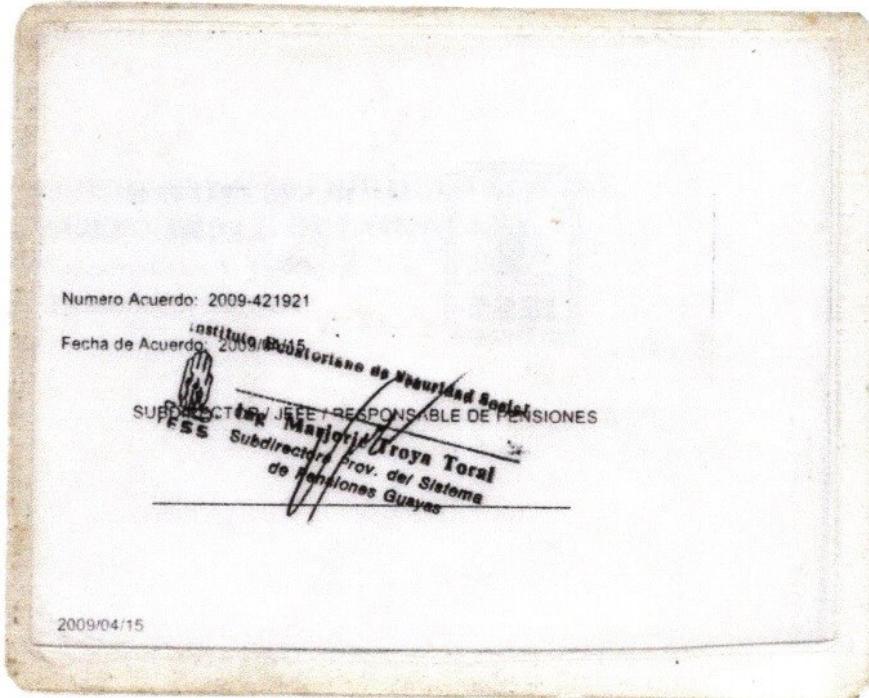
PROFESIONALES DE ESTABLECIMIENTOS
SALUD REGISTRADOS CON PERMISO VIGENTE

Haz click aquí

Servicios en línea:







INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA	
IESS	ALTA VISION		PARROQUIA TARQUI	CANTÓN GYE	PROVINCIA GUAYAS	0907784979	
APELLIDO PATERNO Burgos	APELLIDO MATERNO Aura Amada	NOMBRES	SERVICIO	SALA	CAMA	FECHA 24/4/19	HORA
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			
Preservar visión				Asociados al procedimiento			
NOMBRE DEL CIRUJANO		ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO		FIRMA	
Dr. Manuel Gárces Palacios		OFTALMOLOGO	2286080	070230392		Dr. Manuel Gárces Palacios FIRMA DICO OFICIAL MOP CO RETINA PROF. 070230392 <i>Manuel Gárces Palacios</i>	
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	06941158		Dr. Javier Rodriguez Especialista en Anestesiología C.I. 1757374796 M.S.P. 066991759 <i>Javier Rodriguez</i>	
4 CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE							
FIRMAS 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. ESTO CONCIENTE DE QUE MIS OMISIÓNES 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	
CONSENTIMIENTO INFORMADO							

IESS	UNIDAD OPERATIVA ALTA VISION	COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA 0907784979	
			PARROQUIA TARQUI	CANTÓN GUAYAQUIL	PROVINCIA GUAYAS		
APELLIDO PATERNO Burgos	APELLIDO MATERNO Aura Amada	NOMBRES	SERVICIO	SALA	CAMA	FECHA	HORA
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 Y NECESARIOS PARA EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD							
NOMBRE DEL PACIENTE Aura Amada Burgos		TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA		FIRMA		
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O TESTIGO 		PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA		FIRMA	
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 EXONO 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 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		

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		Nº HISTORIA CLÍNICA	
Burgos				Aura		0907784979	
SERVICIO		SALA		CAMA No.			
CIRUGIA		SALA DE OFTALMOLOGIA					
DIAGNOSTICO				OPERACION			
PRE-OPERATORIO:				POYECTADA:			
Degeneración de mácula y polo posterior				Inyección de agente farmacológico en el vítreo Bevacizumab +			
Ojo Izquierdo				Ojo Izquierdo			
				ELECTIVA	EMERGENCIA	PALEATIVA	
POST-OPERATORIO:				REALIZADA:		67028/68200/	
Degeneración de mácula y polo posterior				Inyección de agente farmacológico en el vítreo Bevacizumab +			
Ojo Izquierdo				Ojo Izquierdo			
EQUIPO QUIRURGICO							
CIRUJANO 1:	Dr. Manuel Gárces Palacios		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					
24	04	2019	09:00		09:30		REGIONAL
DIÉRESIS:							
Punción a nivel de pars plana,							
EXPOSICIÓN:							
Cavidad Vítreo,							
EXPLORACION Y HALLAZGOS QUIRÚRGICOS:							
Edema macular cistoide							
PROCEDIMIENTO OPERATORIO:							
INSTILACION DE CLORHIDRATO DE PROXIMETACAINA AL 0,5%							
ASEPSIA Y ANTISEPSIA							
COLOCACION DE CAMPOS, BLEFARO Y LAVADO							
INSTILACION 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							
INSTILACION 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: Dr. Manuel Gárces Palacios

FECHA DEL DICTADO:

DIA	MES	AÑO
24	04	2019

ESCRITA POR: Michaela Palm

Dr. Manuel Gárces Palacios

MÉDICO OFTALMOLOGO

RETINA VITREO

REC. 070230392

Dr. Manuel Gárces Palacios

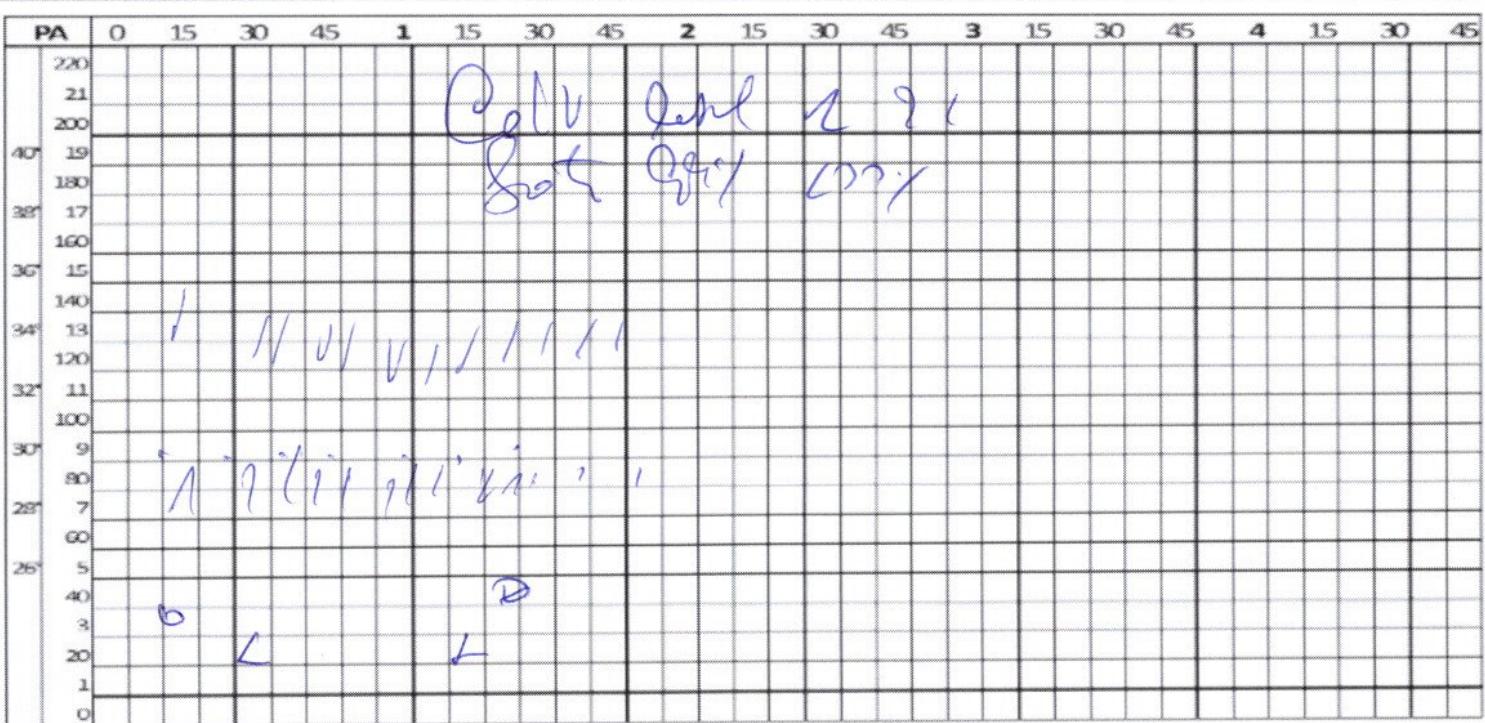
RECORD DE ANESTESIA

HC: 0907784979

Alta
Visión

Apellido Paterno:	Burgos	Materno:		Nombre:	Aura
Fecha:	24/4/19	Edad:	77	Sexo:	Femenino
Diagnóstico Preoperatorio:	Pielitis, RI				
Diagnóstico Postoperatorio:	Pielitis, RE				
Operación Propuesta:	Tuber 1 fext. OR				
Operación realizada:	Tuber 2 fext. OF				
Médico Cirujano:	Dr. Manuel Gárces Palacios	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=✗ Fin Operación=⊗ Respiración Asistida=○ Saturación Oxígeno= %



Liquidos: Solución Salina			
Posición Pte.:			
Ag. Inhalado: O2			
Saturación Oxígeno: 100%			
1. Midazolam 2mg	6	11	Duración Anestesia
2. Fentanilo 25 mcg	7	12	Hrs. Min.
3. Xilocalina 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	<i>MUJ</i>	Paro cardiaco
Peribulbar		Cambio de Técnica
Tópica		Ninguna Complicación
Técnicas	Supervisado por:	Otros:
Cáñula de oxígeno	<i>MJR</i>	Monitoreo Especial-Comentarios <i>En jefe de</i>
	Horas:	Firma del Anestesiólogo:
<p style="text-align: center;">Dr. Javier Rodriguez Especialista en Anestesiología C.I. 1757374796</p>		

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA			UNIDAD OPERATIVA				COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA
IESS			ALTA VISION					PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	
APELLO PATERNO		APELLO MATERNO		PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE			CÉDULA DE CIUDADANÍA	
Burgos				Aura			Amada			0907784979	
FECHA DE REFERENCIA	HORA	EDAD	GENERO M F	SOL	CAS	DIV	VIU	U-L	INSTRUCCIÓN ULTIMO AÑO APROBADO	EMPRESA DONDE TRABAJA	SEGURO DE SALUD
24/04/2019		77	X								Jubilado

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

1 RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente femenina de 76 años de edad derivada para Inyección de agente farmacológico en cavidad vítreo(Bevacizumab) ojo izquierdo 1era dosis

2 HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Luego de realizar examen fisico oftalmologico 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: Al fondo de ojo: OD: Mácula No se observan detalles por opacidad, OI: Copa 0.4, Mácula alteraciones atróficas maculares con presencia de drusas reticulares, Vasos adelgazados, Periferia sin lesiones,

3 TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

Inyección de agente farmacológico en cavidad vítreo(Bevacizumab) ojo izquierdo 1era dosis

4 DIAGNÓSTICOS	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE			PRE			DEF		
					1	2	3	4	5	6	7	8	9
1 Degeneración de mácula y polo posterior.		H35.3.		X	4	queratopatía bullosa, ojo derecho.					H18.11.		X
2 Pseudofaquia correcta.		Z96.1.		X	5								
3 Otros trastornos de la retina especificados.		H35.8.		X	6								

5 PLAN DE TRATAMIENTO RECOMENDADO

Se sugiere segunda dosis de inyección de agente farmacológico en cavidad vítreo ojo izquierdo

SALA		CAMA		PROFESIONAL	Dr. Manuel Gárces Palacios			070230392	FIRMA	Dr. Manuel Gárces Palacios
										MÉDICO O OTRO PROFESIONAL RETINA VITREO REG PROF 070230392

SNS-MSP / HCU-form.053 / 2008

CONTRAREFERENCIA

R#145.3
SL
CL

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

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

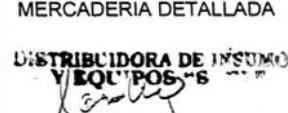
FACTURA
SERIE 001-001-
000000337

AUT. S.R.I. # 1123936073

FECHA: GUAYAQUIL, 30 ABRIL DEL 2019CLIENTE: VISION LASERR.U.C.: 0992422440001 TELEFONO: 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	CONSTELLATTION 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.A.			TOTAL USD \$	38175,28
	Sandra Lórena Cacerés Lascano	CLIENTE			