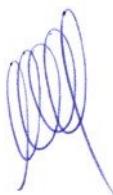


ALTAVISION

NOMBRE DEL P	BILE ARAUJO WALTHER THOMAS	FECHA DE ING	01/04/2019	FECHA DE EG	01/04/2019
GARANTE	INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL	TIPO	GENERAL	EDAD	67
DIAGNOSTICO	DESPRENDIMIENTO DE RETINA H33	SEXO	M	FECHA NACIM	01/01/1952
CEDULA IDENTI	1757318231	HISTORIA CLIN	1757318231	LIQUIDACION No.	
HONORARIOS MEDICOS					
01/04/2019	92002	SERVICIOS OFTALMOLOGICOS EXAMEN MEDICO	1	\$ 16.50	\$ 16.50
				Sub-total Honorarios medicos	\$ 16.50
PROCEDIMIENTOS					
Fecha	Codigo	Descripción	Cantidad	Costo por unida	IVA
01/04/2019	67036	Vitrectomia mecanica, via pars plana.	1	\$ 679.14	\$ 679.14
01/04/2019	67105	Fotocoagulación, con o sin drenaje de líquido subretinal	1	\$ 396.90	\$ 198.45
01/04/2019	67031	Liberación de bandas vitreas, adherencias, membranas	1	\$ 224.03	\$ 112.02
01/04/2019	67028	Inyeccion de agente farmacologico dentro del vitreo.	1	\$ 135.83	\$ 67.92
01/04/2019	68200	Inyeccion subconjuntival.	1	\$ 17.64	\$ 8.82
				Sub-total Honorarios medicos por procedimiento	\$ 1,066.34
AYUDANTE					
Fecha	Codigo	Descripción	Cantidad	Costo por unida	IVA
01/04/2019	67036	Vitrectomia mecanica, via pars plana.	1	\$ 135.83	\$ 135.83
01/04/2019	67105	Fotocoagulación, con o sin drenaje de líquido subretinal	1	\$ 396.90	\$ 39.69
01/04/2019	67031	Liberación de bandas vitreas, adherencias, membranas	1	\$ 224.03	\$ 22.40
01/04/2019	67028	Inyeccion de agente farmacologico dentro del vitreo.	1	\$ 135.83	\$ 13.58
01/04/2019	68200	Inyeccion subconjuntival.	1	\$ 17.64	\$ 1.76
				Sub-total Honorarios medicos por ayudante	\$ 213.27
ANESTESIA					
Fecha	Codigo	Descripción	Cantidad	Costo por unida	IVA
01/04/2019	67036	Vitrectomia mecanica, via pars plana.	1	\$ 80.04	\$ 80.04
01/04/2019		VALOR POR TIEMPO DE ANESTESIA	8	\$ 13.34	\$ 106.72
				Sub-total por anestesia	\$ 186.76
DERECHO DE SALA					
Fecha	Codigo	Descripción	Cantidad	Costo por unida	IVA
01/04/2019	394255	DESDE 91 MIN HASTA120 MIN 2 HORAS INSTITUCIO	1	\$ 245.09	\$ 245.09
01/04/2019	395281	DERECHO DE SALA DE RECUPERACION SALA DE	1	\$ 40.20	\$ 40.20
				Sub-total por derecho de sala	\$ 285.29
MATERIAL FUNGIBLE					
Fecha	Codigo	Descripción	Cantidad	Costo por unida	IVA
01/04/2019	396265	DESDE 91 MIN HASTA120 MIN 2 HORAS INSTITUCIO	1	\$ 26.60	\$ 26.60
				Sub-total por material fungible	\$ 26.60
FARMACIA					
Fecha	Codigo	Descripción	Cantidad	Costo por unida	IVA
01/04/2019		XILOCAINA SIN EPINEFRINA 2 4cc	1	\$ 2.46	\$ 2.46
01/04/2019		BUPIVACAINA 05	1	\$ 4.20	\$ 4.20
01/04/2019		VISCOELASTICO EYECoAT	1	\$ 28.00	\$ 28.00
01/04/2019		DEXAMETASONA AMPOLLA	1	\$ 0.71	\$ 0.71
01/04/2019		GENTAMICINA AMPOLLA	1	\$ 0.66	\$ 0.66
01/04/2019		CLORURO DE SODIO 09 500CC	1	\$ 1.44	\$ 1.44
01/04/2019		PERFLUOR CARBONO LIQUIDO FRASCO 5ML	1	\$ 162.40	\$ 162.40
01/04/2019		ACEITE DE SILICON	1	\$ 162.40	\$ 162.40
01/04/2019		TOBRAMICINA GOTERO	1	\$ 6.23	\$ 6.23
01/04/2019		FENTANIL AMPOLLA	1	\$ 4.31	\$ 4.31
01/04/2019		MIDAZOLAN AMPOLLA	1	\$ 3.67	\$ 3.67
				Sub-total farmacia	\$ 376.48
EQUIPOS ESPECIALES					
Fecha	Codigo	Descripción	Cantidad	Costo por unida	IVA
01/04/2019	800014	EQUIPOS DE MUY ALTA COMPLEJIDAD USO MICRO	1	\$ 100.50	\$ 100.50
01/04/2019	700027	SISTEMA DE VISUALIZACION	1	\$ 67.00	\$ 67.00
01/04/2019	800016	VITRECTOR	1	\$ 100.50	\$ 100.50
01/04/2019	700002	EQUIPOS DE MEDIANA COMPLEJIDAD BOMBA INYE	1	\$ 67.00	\$ 67.00
01/04/2019	800011	EQUIPOS DE MUY ALTA COMPLEJIDAD USO ENDO	1	\$ 100.50	\$ 100.50
				Sub-total equipos especiales	\$ 435.50
MATERIALES ESPECIALES					
Fecha	Codigo	Descripción	Cantidad	Costo por unida	IVA
01/04/2019		BSS 500ML	1	\$ 19.00	\$ 19.00
01/04/2019		SISTEMA DE TROCARES DE 25G DESCARTABLE	1	\$ 56.00	\$ 56.00
01/04/2019		PROBE ULTRAVIT ANT DESCARTABLE PUNTA DE V	1	\$ 196.00	\$ 196.00
01/04/2019		PUNTA DE ENDOLUZ DESCARTABLE	1	\$ 112.00	\$ 112.00
01/04/2019		FIBRA DE LASER DESCARTABLE	1	\$ 221.76	\$ 221.76
				Sub-total materiales especiales	\$ 604.76
				TOTAL	\$ 3,211.50

Michaela Palm Rodriguez
Coordinadora de Facturación



Michaela Palm R.
0910419183
COORDINADORA DE FACTURACION

COORDINACIÓN PROVINCIAL DE PRESTACIONES DEL SEGURO DE SALUD-AZUAY CPPSSA

Referencia Nro: 361-2019
Cuenca a, 14 de marzo del 2019

Magister
Edwin Eladio Vera Garujo
**COORDINACION PROVINCIAL DE PRESTACIONES
DEL SEGURO DE SALUD GUAYAS**
Guayaquil.-

De mi consideración:

Agradeceré a Usted efectuar y autorizar la transferencia al paciente que detallo a continuación, para que reciba atención médica, toda vez que las Unidades Médicas de nuestra Jurisdicción así como los Prestadores Externos Contratados no realizan el procedimiento.

PACIENTE:	BILE ARAUJO WALTHER THOMAS
CI:	1757318231
TIPO DE AFILIADO:	SEGURO GENERAL
EDAD:	67
AFILIADO:	
CI AFILIADO:	
MEDICO SOLICITANTE:	LUPE LUGO DIAZ
CIE10:	H335
DIAGNOSTICO:	OTROS DESPRENDIMIENTOS DE LA RETINA
CODIGO TARIFARIO:	67036
PROCEDIMIENTO SOLICITADO:	VITRECTOMIA MECANICA, VIA PARS PLANA OI
OBSERVACIONES:	

Para el efecto remito la documentación correspondiente.

Atentamente,
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Med. Johanna Chica Vega
COORDINADORA PROVINCIAL DE
PRESTACIONES DEL SEGURO DE SALUD-AZUAY
COORDINADORA PPSSA

APROBADO POR: Med. Johanna Chica Vega

ELABORADO POR: Trabajadora Social: Leda, Ines Lorena Peralta Narvaez

COORDINACIÓN PROVINCIAL DE PRESTACIONES DEL SEGURO DE SALUD-AZUAY CPPSSA

Referencia Nro: 361-2019
Cuenca a, 08 de marzo del 2019

Magister
Edwin Eladio Vera Garujo
**COORDINACION PROVINCIAL DE PRESTACIONES
DEL SEGURO DE SALUD GUAYAS**
Guayaquil.-

De mi consideración:

Agradeceré a Usted efectuar y autorizar la transferencia al paciente que detallo a continuación, para que reciba atención médica, toda vez que las Unidades Médicas de nuestra Jurisdicción así como los Prestadores Externos Contratados no realizan el procedimiento.

PACIENTE:	BILE ARAUJO WALTHER THOMAS
CI:	1757318231
TIPO DE AFILIADO:	SEGURO GENERAL
EDAD:	67
AFILIADO:	
CI AFILIADO:	
MEDICO SOLICITANTE:	LUPE LUGO DIAZ
CIE10:	H335
DIAGNOSTICO:	OTROS DESPRENDIMIENTOS DE LA RETINA
CODIGO TARIFARIO:	67036
PROCEDIMIENTO SOLICITADO:	VITRECTOMIA MECANICA, VIA PARS PLANA OI
OBSERVACIONES:	

Para el efecto remito la documentación correspondiente.

Atentamente
INSTITUTO COORDINADOR DE SEGURIDAD SOCIAL

Med. Johanna Chica Vega
COORDINADORA PROVINCIAL DE
PRESTACIONES DEL SEGURO DE SALUD-AZUAY
COORDINADORA PPSSA

APROBADO POR: Med. Johanna Chica Vega

ELABORADO POR: Trabajadora Social: Lcda. Ines Lorena Peralta Narvaez

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 H33.
NUMERO DE HISTORIA CLINICA: 1757318231	
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
LUCRECIA SAA ESTEVEZ FIRMA AUTORIZADA
C.I. 0912481595

ACUSE ENTREGA DEL SERVICIO

Guayaquil, a los 1.....días del mes de *abril* Del año *2019*
Yo Walther Bile Araujo con C.I. 1757318231 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 *1/04* del 2019, hasta el *1/04* del 2019

Walther Bile Araujo
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 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 INFORMACION ENTREGADA.

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



CONSULTA DE BENEFICIARIOS DE MEDICINA PREPAGADA Y SEGUROS DE ASISTENCIA MÉDICA



DATOS DEL BENEFICIARIO

Número de Documento: *

1757318231

Ingrese el valor mostrado en la imagen:

5wbALw

L3CoZI

Buscar

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

#ProtegemosLaSalud

@calidadsaludec

@Acess_Ec

Acess calidad salud

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

Ingrese los datos solicitados

Número de documento de Identificación:

1757318231

Fecha de Cobertura de Seguro de Salud:

01-04-2019



Consultar

BILE ARAUJO WALTHER THOMAS

Fecha de consulta: 08-04-2019 18:58

Fecha Nacimiento: 01/01/1952

Edad: 67

Registro de Cobertura de Atención de Salud

Seguro	Tipo de seguro	Mensaje	Registro de Cobertura de Atención de Salud
IESS	Afiliado seguro general tiempo completo	Cédula encontrada en archivo HL	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

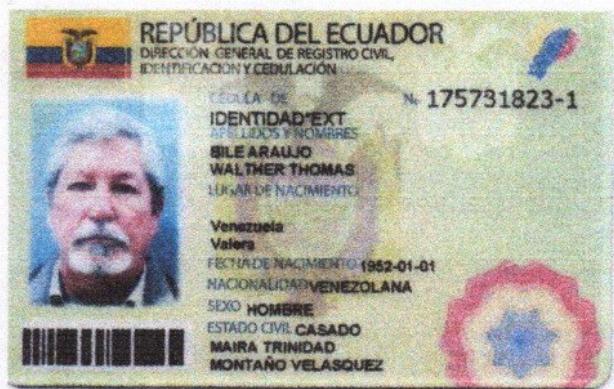
* La información Histórica reflejada corresponde a datos desde Junio 2010

Enlaces Oficiales de consulta de cobertura de salud: IESS
(<http://www.iess.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](#)









Alta Visión

Cdla Kennedy Calle 7ma Oste #112 y Av. San Jorge
Guayaquil, Ecuador
Telfs: 04-228-6080
E-mail: info@alta-vision.com

INFORME MEDICO

Hoy 01 de Abril del 2019 atendí a Bile Araujo Walther Thomas Paciente masculino de 67 años de edad, con diagnóstico de desprendimiento de retina OI, derivado para TTO quirúrgico, vitrectomía mecánica vía pars plana OI, por no tener poder resolutivo en el hospital.

MOTIVO DE CONSULTA: Disminución de la agudeza visual en ojo izquierdo.

EXAMEN FISICO: AVSC OD: 20/50OI: m/m 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: Cámara Anterior Dispersion pigmentaria Iris Atrofico OI: Cámara Anterior Dispersion pigmentaria Iris Atrofico Al fondo de ojo: OD: Vítreo Tyndall++ OI: Periferia Desprendimiento de retina exudativo Vítreo Tyndall +

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA: Desprendimiento de retina y roturas. Panuveítis, ojo izquierdo.

Atentamente,

Dr. Mario Pólit Macías
CIRUJANO OFTALMOLOGO
REG. MED 5547
LIBRO 042 FOLIO 042

Dr. Mario Pólit Macías

Cirujano en Vítreo y Retina

Centro Oftalmológico AltaVisión

Guayaquil - Ecuador



PLAN DE EGRESO

CIRUGIA OCULAR

Diagnóstico egreso:

Fecha: 1/4/19

Egresado a: Casa

Instrucciones para el paciente Walther Bile y familia:

MEDICAMENTOS RECETADOS: Tobracort (Tobramicina+Dexametazona) 1 gota cada 3 horas por 21 días.

ACTIVIDAD: Se debe mantener reposo en la postura de acuerdo a la indicación del médico.

HIGIENE: Debe bañarse el cuerpo con agua y jabón incluyendo la cara.

ALIMENTACIÓN: No hay restricción de dieta. Evite fumar o tomar alcohol hasta que esté completamente recuperado.

CUIDADOS ESPECIALES: Mantenga parche y protector ocular durante 24 horas, según prescripción médica. Controle sangrado (Observe si mancha la gasa).

EDUCACION AL PACIENTE: Pueden sentir picor, sensación de cuerpo extraño, pinchazos esporádicos: Son consecuencia de los punto conjuntivales.

Cumpla con el tratamiento ambulatorio ya sea con colirios o pomadas de acuerdo a la prescripción de su médico.

Un paciente sometido a cirugía ocular **NO DEBE** en ningún caso: Conducir, realizar actividades peligrosas, ni levantar pesos.

La lectura y la televisión no están contraindicadas, excepto si producen molestias o impiden la posición recomendada.

OTROS:

Médico tratante: Dr. Mario Pólit Macias Teléfono: 2286080

INFORME DE EGRESO DE ENFERMERIA:

PACIENTE EGRESA EN CONDICIONES FAVORABLES PARA SU SALUD, CON INDICACIONES MEDICA, SI LLEVA LA MEDICACIÓN.

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA
IESS	ALTA VISION		TARQUI	CANTÓN	PROVINCIA	1757318231

APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES	SERVICIO	SALA	CAMA	FECHA	HORA
Bile	Araujo	Walther Thomas				14/19	

TODA LA INFORMACION ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES AL PACIENTE SE HARÁ EN EL AMBITO DE LA CONFIDENCIALIDAD

1 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO

PROPÓSITOS	TERAPIA Y PROCEDIMIENTOS PROUESTOS
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	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICAS PROPUESTAS
Retirar tracción retinal	Vitrectomía Posterior Vía Pars Plana, , Ojo Izquierdo
RESULTADOS ESPERADOS	RIESGO DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS
Mejorar visión	Resangrado

NOMBRE DEL CIRUJANO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA
Dr. Mario Pólit Macias	OFTALMOLOGO	2286080	5547	

3 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIÓLOGO SOBRE LA ANESTESIA

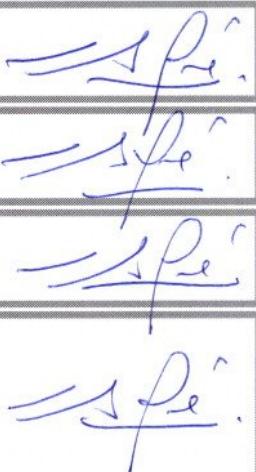
PROPÓSITOS	ANESTESIA PROPUESTA
ANALGESIA+ANESTESIA	REGIONAL
RESULTADOS ESPERADOS	RIESGOS DE COMPLICACIONES ANESTÉSICAS
SATISFACTORIO	MODERADO

NOMBRE DEL ANESTESIÓLOGO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA
DR. JAVIER RODRIGUEZ	ANESTESIOLOGO	2286080		

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 INTERVENCIÓNES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS NECESARIOS PARA MI ENFERMEDAD
- D CONSENTO A QUE ME ADMINISTREN LA ANESTESIA PROPUESTA
- E HE ENTENDIDO BIEN QUE EXISTE GARANTIA 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 GARANTIA 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

FIRMAS DEL PACIENTE



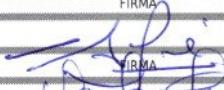
5 CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE LEGAL

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
Raquel Montaña de Bile	Esposa	099462398	1757318249	

SNS-MSP / HCU-form.024 / 2008

CONSENTIMIENTO INFORMADO

IESS	UNIDAD OPERATIVA	COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA	
			PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	TARQUI	GUAYAQUIL
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	SERVICIO	SALA	CAMA	FECHA	HORA
Bile	Araujo	Walther Thomas				14/19	
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 Y NECESARIOS PARA EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD							
NOMBRE DEL PACIENTE		TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA		FIRMA		
Walther Thomas Bile Araujo		1757318231 x					
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O TESTIGO		PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA		FIRMA	
Reyes Hernández de Bile Espinoza			0939623981	1757318249			
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 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
Bile		Araujo		Walther		1757318231
SERVICIO		SALA			CAMA No.	
CIRUGIA		SALA DE OFTALMOLOGIA				
DIAGNOSTICO				OPERACION		
PRE-OPERATORIO:				POYECTADA:		
Los desprendimientos de retina y descansos		Ojo Izquierdo		Vitrectomia Posterior Vía Pars Plana + Endolaser + Aceite de Silicon + Ojo Izquierdo		
POST-OPERATORIO:		ELECTIVA		EMERGENCIA	PALEATIVA	
Los desprendimientos de retina y descansos		REALIZADA:		67036/67031/68200/67105/67028/		
Ojo Izquierdo		Vitrectomia Posterior Vía Pars Plana + Endolaser + Aceite de Silicon + Ojo Izquierdo				
EQUIPO QUIRURGICO						
CIRUJANO 1:	Dr. Mario Pólit Macias		INSTRUMENTISTA:	Dr. Jorge Luis de Vera		
CIRUJANO 2:			CIRCULANTE:	Kelly Mora		
PRIMER AYUDANTE:	Dr. Jairo Arguello		ANESTESIOLOGO:	Dr. Javier Rodriguez		
SEGUNDO AYUDANTE:			AYUDANTE:			
FECHA DE OPERACION		HORA DE INICIO	HORA DE TERMINACION		TIPO DE ANESTESIA	
DIA	MES		AÑO	15:00	17:00	REGIONAL
DIÉRESIS:						
Esclerotomías a 4mm del limbo,						
BIOSIL-F 10mL PFS						
LOT: 1804135  2021/03						
EXPOSICIÓN:						
Cavidad Vítreo,						
EXPLORACION Y HALLAZGOS QUIRÚRGICOS:						
Desprendimiento de retina regmatógeno						
PROCEDIMIENTO OPERATORIO:						
ASEPSIA Y ANTISEPSIA E INSTILACIÓN DE GOTAS OFTÁLMICAS DE ANTIBIOTICO TRAZIDEX						
CAMPOS BLEFARO Y LAVADO						
INSERCIÓN DE TROCARES VALVULADOS DE 25 GAUGE A 4 MM DEL LIMBO E INFUSIÓN DE BSS						
BAJO MICROSCOPIO QUIRÚRGICO Y SISTEMA DE VISUALIZACIÓN SE COLOCA LENTE DE CAMPO AMPLIO CON VISCOELASTICO EYEcoat Y SE REALIZA VITRECTOMIA POSTERIOR CON PUNTA DE VITRECTOMIA 25+ Y PUNTA DE ENDOLUZ 25+ DEL EQUIPO VITRECTOR						
DESPRENDIMIENTO DE VÍTREO POSTERIOR						
REPLICACION DE LA RETINA MEDIANTE INYECCION DE PERFLUORCARBONO LIQUIDO (PFCL)						
SEGMENTACIÓN DE MEMBRANAS CON PUNTA DE VITRECTOMIA 25+						
APLICACIÓN DE ENDOLASER CON LASER MODELO PUREPOINT Y CON PUNTA DE LASER DE FLEX ALREDEDOR DE LOS DESGARROS DE RETINA						
INTERCAMBIO PERFLUORCARBONO-AIRE						
INYECCION DE ACEITE DE SILICON CON PAK ACEITE SILICON Y BOMBA DE ACEITE DE SILICON						
RETIRO DE TROCARES						
INSTILACION DE GOTAS OFTÁLMICAS ANTIBIOTICAS DE TOBRAMICINA+DEXAMETASONA AL 0,3%						
INYECCION SUBCONJUNTIVAL DE ANTIBIOTICOS Y CORTICOIDES (GENTAMICINA Y DEXAMETASONA)						
APOSITO OCULAR						

SINTESIS

COMPLICACIONES DEL ACTO OPERATORIO

NINGUNA

EXAMEN HISTOPATOLOGICO

SI NO X

HISTOPATOLOGICO DIAGNOSTICO

DICTADA POR:	Dr. Mario Pólit Macias	
FECHA DEL DICTADO:		
DIA	MES	AÑO

DIA	MES	AÑO
01	04	2019

ESCRITA POR:	Michaela Palm
--------------	---------------

Dr. Mario Pólit Macias
CIRUJANO OFTALMOLOGO
REG MED 657
IRPC 042 FOLIO 042

Dr. Mario Pólit Macias

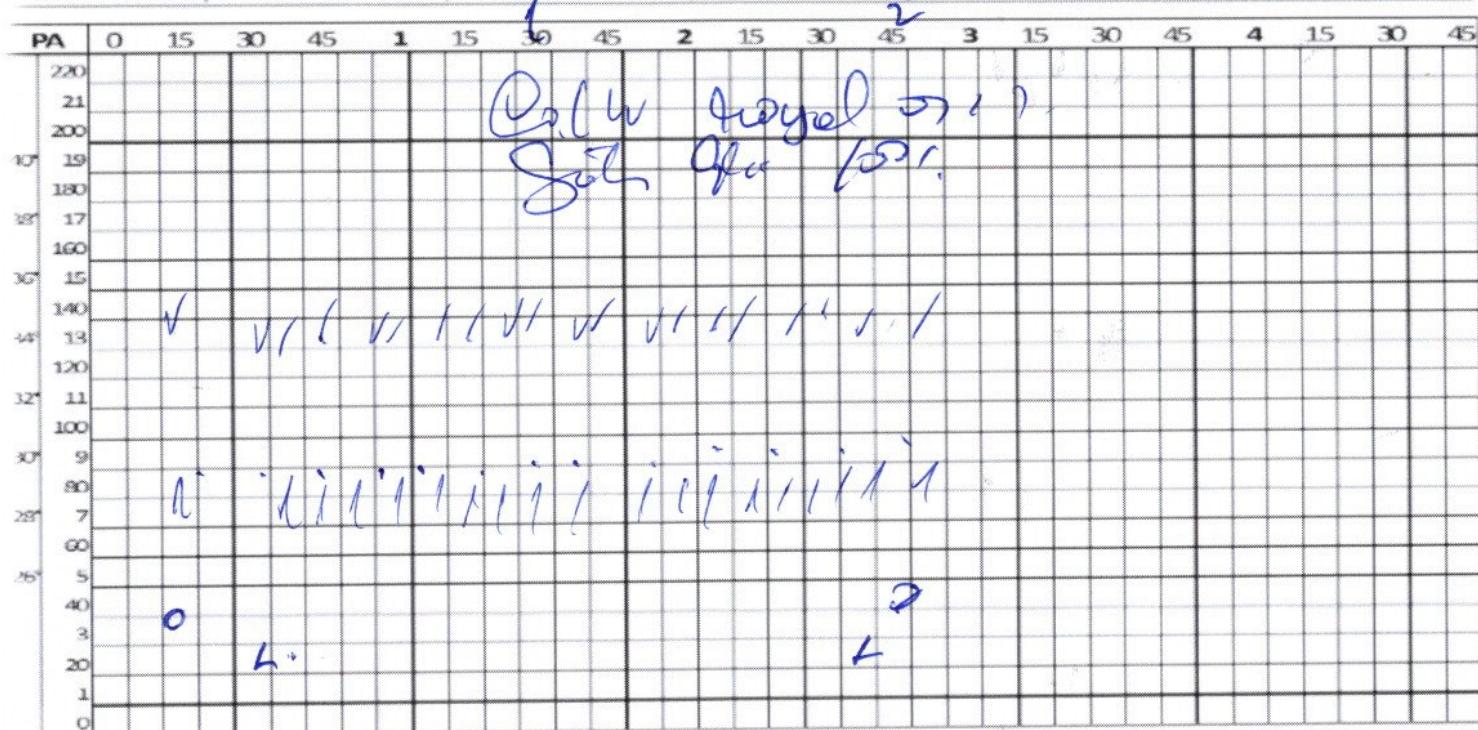
RECORD DE ANESTESIA

Alta
Vision

HC: 1757318231

Apellido Paterno:	Bile	Materno:	Araujo	Nombre:	Walther
fecha:	24/19	Edad:	67	Sexo:	Masculino
Diagnóstico Preoperatorio:	Piel en part e	OP			
Diagnóstico Postoperatorio:	Piel en part e	OP			
Operación Propuesta:	Uvuloturbo + Tonsil los 2 + Apico 28				
Operación realizada:	Uvuloturbo + Tonsil los 2 + Apico 28				
Médico Cirujano:	Dr. Mario Pólit Macias	2do. Cirujano:	Dr. Jairo Arguello	Circulante:	Kelly Mora
Anestesiólogo:	Dr. Javier Rodriguez	Instrumentista:	Dr. Jorge Luis de Vera		

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



Fluidos: Solución Salina	1000 ml		
oxigenación Pde.:			
Inhalado: O2			
Saturación Oxígeno: 100%			
Midazolam 2mg	6	11	Duración Anestesia
Fentanilo 25 mcg	7	12	Hrs. Min.
Xilocaina s/ep 20 mg	8	13	Duración Operación
Bupivacaína 0.5% s/ep 16mg	9	14	Hrs. Min.
	10	15	

Técnicas	Infusiones	Complicaciones	
Neuroaxiales	Cloruro de sodio 0.9% cc.	Hipotensión	Arritmias
sepsia con: Alcohol	Osmorin cc.	Depresión Respiratoria	
abon: si		Náuseas	
técnica:	PCTE. SALE DEL QUIRÓFANO A:	Conductiva Insuficiente	
etrolubar	Naoveru	Paro cardíaco	
eribulbar		Cambio de Técnica	
óptica		Ninguna Complicación	
Técnicas	Supervisado por:	Otros:	
anula de oxígeno		Monitoreo Especial Comentarios	

Firma del Anestesiólogo:
Dr. Javier Rodriguez
 ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA
 C.I 1757318231
 M.S.P 066991759

dele fm
 Ver

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA			UNIDAD OPERATIVA				COD. UO			COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA
IESS			ALTA VISION							PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	
										TARQUI	GYE	GUAYAS	1757318231
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE				SEGUNDO NOMBRE			CÉDULA DE CIUDADANÍA		
Bile		Araujo		Walther				Thomas			1757318231		
FECHA DE REFERENCIA	HORA	EDAD	GENERO	SOL	CAS	DIV	VIU	U-L	INSTRUCCIÓN ULTIMO AÑO APROBADO		EMPRESA DONDE TRABAJA	SEGURO DE SALUD	
01/04/2019		67	M X		X							General	
ESTABLECIMIENTO AL QUE SE ENVÍA LA CONTRARREFERENCIA		Seguro de Salud-Azuay				SERVICIO QUE CONTRAREFIERE		OFTALMOLOGIA					

1 RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente masculino de 67 años de edad, con diagnóstico de desprendimiento de retina OI, derivado para TTO quirúrgico, vitrectomía mecánica vía pars plana OI, por no tener poder resolutivo en el hospital.

2 HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

AVSC OD: 20/50, OI: m/m, 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: Cámara Anterior Dispersión pigmentaria, Iris Atrofico, OI: Cámara Anterior Dispersión pigmentaria, Iris Atrofico, Al fondo de ojo: OD: Vítreo Tyndall++, OI: Periferia Desprendimiento de retina exudativo, Vítreo Tyndall +,

3 TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

Vitrectomía vía pars plana+endoláser+inyección de aceite silicon ojo izquierdo

4 DIAGNÓSTICOS	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE DEF		CIE	PRE DEF
			PRE	DEF		
1 Desprendimiento de retina y roturas.		H33.		X 4		
2 Panuveítis, ojo izquierdo.		H44.112.		X 5		
3				6		

5 PLAN DE TRATAMIENTO RECOMENDADO

Paciente debe continuar controles periódicos en hospital derivador.

SALA		CAMA		PROFESIONAL	Dr. Mario Pólit Macias	5547	FIRMA
------	--	------	--	-------------	------------------------	------	-------

Dr. Mario Pólit Macias
CIRUJANO OFTALMOLOGO
REG. MED. 5547
LIBRO 042 FOLIO 042

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 2019

CLIENTE: VISION LASER

R.U.C.: 0992422440001 TELEFONO: 2-286080

DIRECCION: 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**

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 DISTRIBUIDORA DE INSUMOS Y EQUIPOS S.A. <i>Sandra Lorena Cáceres Lascano</i>	RECIBI CONFORME LA MERCADERIA DETALLADA <i>Sandra Lorena Cáceres Lascano</i>	TOTAL USD \$	38175,28
			Importe IVA 12%	0,00

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 - 1° COPIA: EMISOR - 2° COPIA: SIN VALOR TRIBUTARIO

R+H954

Página: 1/1.



SERVICESA S A

DIRECCIÓN MATRIZ:

AV. FRANCISCO DE ORELLANA WTC LOCAL 24

DIRECCIÓN SUCURSAL:

Teléfono(s): 2630282 - 2630283

Obligado a llevar contabilidad: SI

R.U.C.: 0992453974001

FACTURA

No.: 001-002-000005876

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:

3004201901099245397400120010020000058769173221417

AMBIENTE: PRODUCCION

EMISIÓN : NORMAL

CLAVE DE ACCESO:



3004201901099245397400120010020000058769173221417

Razón Social / Nombres y Apellidos: VISION LASER S.A

Fecha de Emisión: 30/04/2019

RUC/CI: 0992422440001

Código	Cant.	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Precio Neto	Precio Total
P600115	1	LENTE EYECRYL PLUS 600 BIOTECH 11.5	105.00	0.00	105.00	105.00
P600205	2	LENTE EYECRYL PLUS 600 BIOTECH 20.5	105.00	0.00	105.00	210.00
LE27	1	LENTE EYEKON ACRYLIC IOL 08.0	92.00	0.00	92.00	92.00
LE08	1	LENTE EYEKON ACRYLIC IOL 14.5	92.00	0.00	92.00	92.00
LE39	1	LENTE EYEKON ACRYLIC IOL 20.5	92.00	0.00	92.00	92.00
LE41	1	LENTE EYEKON ACRYLIC IOL 21.5	92.00	0.00	92.00	92.00
LE13	3	LENTE EYEKON ACRYLIC IOL 22.5	92.00	0.00	92.00	276.00
ACCUJEC	12	INJECTOR ACCUJECT 2.2	13.00	0.00	13.00	156.00
LE40	5	LENTE EYEKON ACRYLIC IOL 21.0	92.00	0.00	92.00	460.00
P600220	1	LENTE EYECRYL PLUS 600 BIOTECH 22.0	105.00	0.00	105.00	105.00

Información Adicional

Dirección : CDLA. KENNEDY OESTE SEPTIMA Nº 120
 Teléfono : 2286080
 EMail: : info@alta-vision.com
 Ciudad : Guayaquil

SUB-TOTAL 12%:	1,680.00
SUB-TOTAL 0%:	0.00
SUB-TOTAL No Objeto de IVA:	0.00
SUB-TOTAL Exento de IVA:	0.00
SUB-TOTAL SIN IMPUESTO:	1,680.00
TOTAL DESCUENTO:	0.00
ICE:	0.00
IVA 12%:	201.60
IRBPNR:	0.00
PROPINA:	0.00
VALOR TOTAL:	1,881.60

Forma de Pago	Valor	Plazo	Tiempo
Otros Con Utilización Del Sistema	1,881.60	90	Días

2#152

SERVICESA
equipos e insumos medicos

SERVICESA S A

DIRECCIÓN MATRIZ:

AV. FRANCISCO DE ORELLANA WTC LOCAL 24

DIRECCIÓN SUCURSAL:

Teléfono(s): 2630282 - 2630283

Obligado a llevar contabilidad: SI

R.U.C.: 0992453974001

FACTURA**No.: 001-002-000005868**

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:

3004201901099245397400120010020000058689173221413

AMBIENTE: PRODUCCION

EMISIÓN : NORMAL

CLAVE DE ACCESO:



3004201901099245397400120010020000058689173221413

azón Social / Nombres y Apellidos: **VISION LASER S.A**

Fecha de Emisión: 30/04/2019

RUC/CI: 0992422440001

Código	Cant.	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Precio Neto	Precio Total
VIS02	10	EYECOAT SH	37.50	0.00	37.50	375.00

Información Adicional

Dirección : CDLA. KENNEDY OESTE SEPTIMA Nº 120
 Teléfono : 2286080
 EMail: : info@alta-vision.com
 Ciudad : Guayaquil

SUB-TOTAL 12%:	375.00
SUB-TOTAL 0%:	0.00
SUB-TOTAL No Objeto de IVA:	0.00
SUB-TOTAL Exento de IVA:	0.00
SUB-TOTAL SIN IMPUESTO:	375.00
TOTAL DESCUENTO:	0.00
ICE:	0.00
IVA 12%:	45.00
IRBNR:	0.00
PROPINA:	0.00
VALOR TOTAL:	420.00

Forma de Pago	Valor	Plazo	Tiempo
Otros Con Utilizacion Del Sistema	420.00	90	Días

Alcon®

ECUADOR

ALCONLAB ECUADOR S.A.

Dir. Matriz: Av. Amazonas N37-29 y Union Nacional de Periodistas,
Edificio Eurocenter, Piso 6

Dir. Sucursal: Av. Interoceanica s/n, Complejo de Bodegas la
Mancha, Tababela

Contribuyente Especial Nro: 636

OBLIGADO A LLEVAR CONTABILIDAD: SI

R.U.C. 1791405552001

FACTURA:

003-001-001122305

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:

1505201901179140555200120030010011223055478252210

AMBIENTE: PRODUCCIÓN

EMISIÓN: Normal

CLAVE DE ACCESO:



1505201901179140555200120030010011223055478252210

Razón Social / Nombres y Apellidos: VISION LASER S.A. VISILAS

RUC / CI: 0992422440001

Fecha: 15/05/2019

Guía de Remisión: 003-001-001124474

Cód. Principal	Cód. Auxiliar	Cant	Descripción	Detalle Adicional	Detalle Adicional	Detalle Adicional	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
8065751767	00006337	3	25+ CMB PAK 7.5CPM,V,STD 0.9	LOTE 2222008H	VENCE 31/10/2020		502,43	0,00	1.507,29

No se aceptarán devoluciones pasado los 15 días a partir de la fecha de emisión de la factura, ni devoluciones de ninguna clase en productos refrigerados.

Información Adicional

DIRECCION	CDLA. KENNEDY OESTE Y CALLE SEPTIMA 120 Y AV.SAN JORGE, EDF.CENTRO MEDICO CEME- DIK. GUAYAQUIL
PAGO	30 Días Fecha Factura

SUBTOTAL 14%	0,00
SUBTOTAL 12%	1.507,29
SUBTOTAL 0%	0,00
SUBTOTAL No sujeto IVA	0,00
SUBTOTAL Sin Impuestos	1.507,29
DESCUENTO	0,00
ICE	0,00
IVA 14%	0,00
IVA 12%	180,87
PROPINA	0,00
VALOR TOTAL	1.688,16

Forma de Pago	Valor	Plazo	Tiempo
Otros con utilización del sistema financiero	1.688,16	30	dia

Este comprobante ha sido emitido por COMFIAR el software de facturación electrónica de Ecuador.

1 / 1