

## ALTAVISION

NOMBRE DEL P	BARREZUETA VITERI FELIX LUIS	FECHA DE INC	10/04/2019	FECHA DE EG	17/04/2019
GARANTE	INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL	TIPO	JUBILADO	EDAD	77
DIAGNOSTICO	PSEUDOFAQUIA CORRECTA Z961	SEXO	M	FECHA NACIM	15/09/1941
CEDULA IDENTI	0902081843	HISTORIA CLIN	0902081843	LIQUIDACION No.	

### PROCEDIMIENTOS

Fecha	Codigo	Descripción	Cantidad	Costo por unida	IVA	Total
10/04/2019	281339	FOTOCOAGULACIÓN CON YAG LÁSER (CAPSULOTOMÍA, IRIDECTOMÍA RUPTURA DE BANDAS)	1	\$ 179.29		\$ 179.29
17/04/2019	281339	FOTOCOAGULACIÓN CON YAG LÁSER (CAPSULOTOMÍA, IRIDECTOMÍA RUPTURA DE BANDAS)	1	\$ 179.29		\$ 179.29
Sub-total Honorarios medicos por procedimiento						\$ 358.58

### FARMACIA

Fecha	Codigo	Descripción	Cantidad	Costo por unida	IVA	Total
10/04/2019		CLORHIDRATO DE PROXIMETACAINA AL 05	1	\$ 5.61		\$ 5.61
10/04/2019		VISCOELASTICO EYECOAT	1	\$ 28.00		\$ 28.00
17/04/2019		CLORHIDRATO DE PROXIMETACAINA AL 05	1	\$ 5.61		\$ 5.61
17/04/2019		VISCOELASTICO EYECOAT	1	\$ 28.00		\$ 28.00
Sub-total farmacia						\$ 67.22

### EQUIPOS ESPECIALES

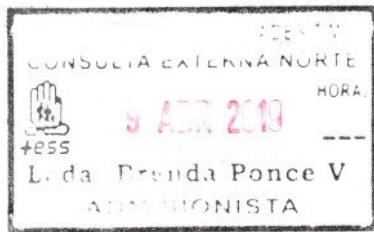
Fecha	Codigo	Descripción	Cantidad	Costo por unida	IVA	Total
10/04/2019	800017	EQUIPOS DE MUY ALTA COMPLEJIDAD YANG LAS	1	\$ 100.50		\$ 100.50
17/04/2019	800017	EQUIPOS DE MUY ALTA COMPLEJIDAD YANG LAS	1	\$ 100.50		\$ 100.50
Sub-total equipos especiales						\$ 201.00
TOTAL						\$ 626.80

Michaela Palm Rodriguez  
Coordinadora de Facturación

  
Michaela Palm R.  
0910419183  
COORDINADORA DE FACTURACION







Cortada de Servicio  
Cena da por Quipuxi

BROS AREA 00

## 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 <i>2961</i>
NUMERO DE HISTORIA CLINICA: 0902081843	
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.

*lucr...saa*  
Vision Laser S.A. Visila  
RUC.: 099222440001  
LUCRECIA SAA ESTEVE  
C.I. 0912481595  
FIRMA AUTORIZADA

#### ACUSE ENTREGA DEL SERVICIO

Guayaquil, a los 17 días del mes de abril Del año 2019  
Yo Felix Barrezueta Viteri con C.I. 0902081843 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 10 - 4 del 2019, hasta el 17 - 4 del 2019

*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 INSTITUCIÓN, 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.

*lucr...saa*  
Vision Laser S. A. Visila  
RUC.: 099222440001  
LUCRECIA SAA ESTEVE  
C.I. 0912481595  
FIRMA AUTORIZADA



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

Ingrese los datos solicitados

Número de documento de Identificación:

0902081843

Fecha de Cobertura de Seguro de Salud:

10-04-2019

Consultar



**BARREZUETA VITERI FELIX LUIS**

Fecha de consulta: 10-05-2019 11:55

**Fecha Nacimiento: 15/09/1941**

**Edad: 77**

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  
[\(<http://www.iess.gob.ec/calificacion-web/pages/public/calificacionAtencion.jsf>\)](http://www.iess.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

## CONSULTA DE BENEFICIARIOS DE MEDICINA PREPAGADA Y SEGUROS DE ASISTENCIA MEDICA

### DATOS DEL BENEFICIARIO

Número de Documento: \*

0902081843

Ingrese el valor mostrado en la imagen:

ttQYJ1

y9Q7hx

 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:

0902081843

Fecha de Cobertura de Seguro de Salud:

17-04-2019

Consultar



**BARREZUETA VITERI FELIX LUIS**

Fecha de consulta: 10-05-2019 11:55

**Fecha Nacimiento: 15/09/1941**

**Edad: 77**

### 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>) ISSFA (<https://ias.issfa.mil.ec/consultaRPIS/Consulta.jsf>) ISSPOL (<http://www.isspol.org.ec:2307/>)

Imprimir

PDF





No existen Registros

## CONSULTA DE BENEFICIARIOS DE MEDICINA PREPAGADA Y SEGUROS DE ASISTENCIA MEDICA

### DATOS DEL BENEFICIARIO

Número de Documento: \*

0902081843

Ingrese el valor mostrado en la imagen:

ttQYJ1

y9Q7hx

 Buscar

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

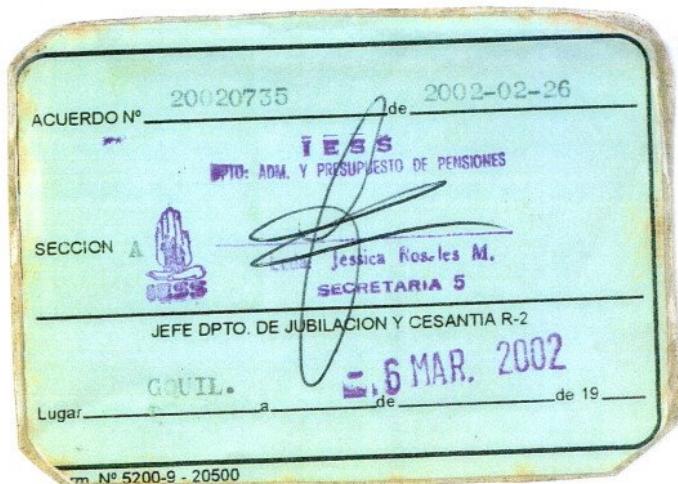
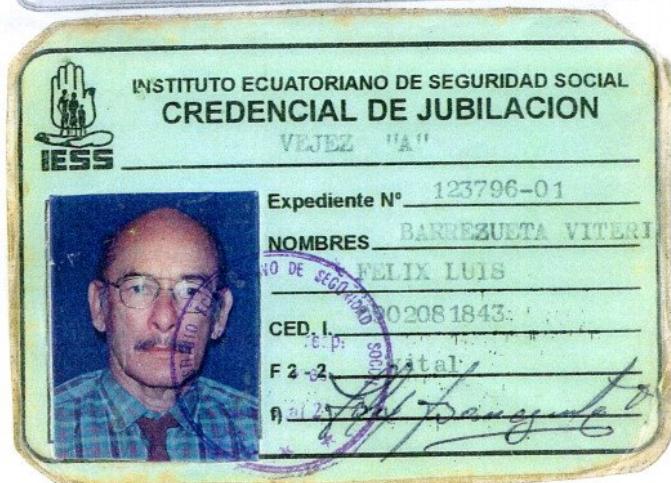
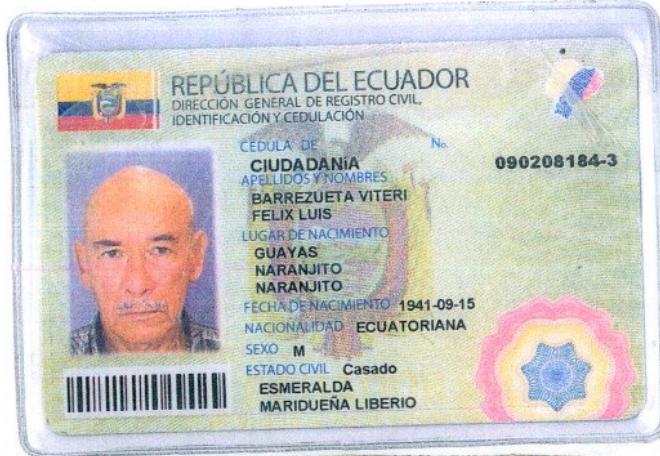
#ProtegemosLaSalud

 @calidadesaludec

 @Acess\_Ec

 Acess calidad salud







IESS	UNIDAD OPERATIVA <b>ALTA VISION</b>	COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA	
			PARROQUIA TARQUI	CANTÓN GUAYAQUIL	PROVINCIA GUAYAS	<b>0902081843</b>	
APELLIDO PATERNO Barrezueta	APELLIDO MATERNO Viteri	NOMBRES Felix Luis	SERVICIO	SALA	CAMA	FECHA <i>10-9-19</i>	HORA
MARCAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPONDA							
<b>1 AUTORIZACIÓN PARA CIRUGÍA, TRATAMIENTO CLÍNICO O PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO</b>							
AUTORIZO AL PROFESIONAL TRATANTE DE ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD PARA REALIZAR LAS OPERACIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS CLÍNICOS PROUESTOS Y NECESARIOS PARA EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD							
NOMBRE DEL PACIENTE <b>Felix Luis Barrezueta Viteri</b>		TELÉFONO <b>0989300381</b>	CÉDULA DE CIUDADANÍA <b>0902081843</b>			FIRMA 	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O TESTIGO		PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA			FIRMA
MARCAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPONDA							
<b>2 EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR ABORTO</b>							
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							
<b>3 EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR ABANDONO DE HOSPITAL SIN AUTORIZACIÓN MÉDICA</b>							
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							
<b>4 RETIRO DE MENOR DE EDAD O PERSONA INCAPACITADA</b>							
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							
<b>5 AUTORIZACIÓN DE EXTRACCIÓN DE ÓRGANOS PARA DONACIÓN Y/O TRASPLANTE</b>							
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							
<b>6 AUTORIZACIÓN PARA NECROPSIA</b>							
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	0902081843
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	SERVICIO	SALA	CAMA	FECHA
Barrezueta	Viteri	Felix Luis				10-4-19
TODA LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES AL PACIENTE SE HARÁ EN EL ÁMBITO DE LA CONFIDENCIALIDAD						
<b>1 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO</b>						
PROPÓSITOS		TERAPIA Y PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS				
Disrupción capsular posterior		Capsulotomía YAG láser, , Ojo Derecho				
RESULTADOS ESPERADOS		RIESGOS DE COMPLICACIONES CLÍNICAS				
Mejorar agudeza visual		Necesidad de retratamiento <i>Dra. María Paz Manríquez S.</i> OFTALMOLOGA REG. MED. 14191 REG. PROF. LIBRO 2 A° FOLIO 3 # 8				
NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE		ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO		
Dra. Maria Paz Manríquez		OFTALMOLOGO	2286080	14191 REG. PROF. LIBRO 2 A° FOLIO 3 # 8		
<b>2 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL CIRUJANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA</b>						
PROPÓSITOS		INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROPUESTAS				
RESULTADOS ESPERADOS		RIESGO DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS				
NOMBRE DEL CIRUJANO		ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA	
<b>3 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIÓLOGO SOBRE LA ANESTESIA</b>						
PROPÓSITOS		ANESTESIA PROPUESTA				
RESULTADOS ESPERADOS		RIESGOS DE COMPLICACIONES ANESTÉSICAS				
NOMBRE DEL ANESTESIÓLOGO		ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA	
<b>4 CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE</b>						
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 (INCLUSIVE 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						
<b>5 CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE LEGAL</b>						
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	



## INFORME PROCEDIMIENTO

**Fecha:** 10 de Abril del 2019

**Paciente:** Felix Barrezueta Viteri

**Ojo:** DERECHO

**Procedimiento:** CAPSULOTOMIA POSTERIOR. (COD. 281339)

Bajo anestesia tópica de clorhidrato de Proximetacaina al 0,5%.

Con Yag laser modelo SuperQ de la marca Ellex se realizan disparos sobre la capsula posterior opaca logrando obtener disrupción de la misma y dejando el eje visual libre de opacidades.

Atentamente,  
Dra. María Paz Manríquez S  
OFITALMÓLOGA  
REG. MED. 14191  
REG. PROF. LIBRO 2 "A" FOLIO 3 # 8

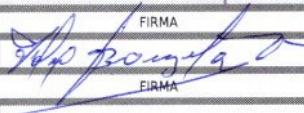
**Dra. María Paz Manríquez**

**Cirujano en Oftalmología**

**Centro Oftalmológico AltaVisión**

**Guayaquil - Ecuador**



IESS	UNIDAD OPERATIVA <b>ALTA VISION</b>	COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA <b>0902081843</b>
			PARROQUIA TARQUI	CANTÓN GUAYAQUIL	PROVINCIA GUAYAS	
APELLIDO PATERNO Barrezueta	APELLIDO MATERNO Viteri	NOMBRES Felix Luis	SERVICIO	SALA	CAMA	FECHA <b>17-4-19</b> HORA
						MARCAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPONDA
<b>1 AUTORIZACIÓN PARA CIRUGÍA, TRATAMIENTO CLÍNICO O PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO</b>						
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 <b>Felix Luis Barrezueta Viteri</b>		TELÉFONO <b>0989300381</b>	CÉDULA DE CIUDADANÍA <b>0902081843</b>		FIRMA 	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O TESTIGO		PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA		MARCAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPONDA
<b>2 EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR ABORTO</b>						
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						
<b>3 EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR ABANDONO DE HOSPITAL SIN AUTORIZACIÓN MÉDICA</b>						
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						
<b>4 RETIRO DE MENOR DE EDAD O PERSONA INCAPACITADA</b>						
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						
<b>5 AUTORIZACIÓN DE EXTRACCIÓN DE ÓRGANOS PARA DONACIÓN Y/O TRASPLANTE</b>						
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						
<b>6 AUTORIZACIÓN PARA NECROPSIA</b>						
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	0902081843		
				TARQUI	GYE	GUAYAS			
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	SERVICIO	SALA	CAMA	FECHA	HORA		
Barrezueta	Viteri	Felix Luis				17-4-19			

TODO 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			
Disrupción capsular posterior	Capsulotomía YAG láser., Ojo Izquierdo			
RESULTADOS ESPERADOS	RIESGOS DE COMPLICACIONES CLÍNICAS			
Mejorar agudeza visual	Necesidad de retratamiento	Dra. María Paz Manríquez	OFTALMOLOGA	REG. MED. 14191 REG. PROF. LIBRO 2º A FOLIO 3#

#### 2 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL CIRUJANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

PROPÓSITOS	INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROPUESTAS			
RESULTADOS ESPERADOS	RIESGO DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS			

#### 3 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIÓLOGO SOBRE LA ANESTESIA

PROPÓSITOS	ANESTESIA PROPUESTA			
RESULTADOS ESPERADOS	RIESGOS DE COMPLICACIONES ANESTÉSICAS			

#### 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** CONSIENTO A QUE SE REALICEN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS NECESARIOS PARA MI ENFERMEDAD
- D** CONSIENTO 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

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO



## **INFORME PROCEDIMIENTO**

**Fecha:** 17 de Abril del 2019

**Paciente:** Felix Barrezueta Viteri

**Ojo: IZQUIERDO**

**Procedimiento:** CAPSULOTOMIA POSTERIOR. (COD. 281339)

Bajo anestesia tópica de clorhidrato de Proximetacaina al 0,5%.

Con Yag laser modelo SuperQ de la marca Ellex se realizan disparos sobre la capsula posterior opaca logrando obtener disrupcion de la misma y dejando el eje visual libre de opacidades.

Atentamente,  
**Dra. María Paz Manríquez S**  
OFATLÓLOGA  
REG. MED. 14191  
REG. PHAE. I REG. ASES. ENFO. 2-A

Dra. María Paz Manríquez

Cirujano en Oftalmología

**Centro Oftalmológico AltaVisión**

## **Guayaquil - Ecuador**



INSTITUCIÓN DEL SISTEMA			UNIDAD OPERATIVA					COD. UO			COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA
IESS			ALTA VISION						PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA			
								TARQUI	GYE	GUAYAS	0902081843			
APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO			PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE			CÉDULA DE CIUDADANÍA		
Barrezueta			Viteri			Felix			Luis			0902081843		
FECHA DE REFERENCIA	HORA	EDAD	GENERO	SOL	CAS	DIV	VIU	U-L	ESTADO CIVIL	INSTRUCCIÓN	ULTIMO AÑO APROBADO	EMPRESA DONDE TRABAJA	SEGURO DE SALUD	
17/04/2019		78	X		X				BACHILLER				Jubilado	
ESTABLECIMIENTO AL QUE SE ENVÍA LA CONTRARREFERENCIA			Hospital General Los Ceibos					SERVICIO QUE CONTRAREFIERE			OFTALMOLOGIA			

## 1 RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente de 77años refiere disminución de la agudeza visual con diagnostico de Presencia de lentes intraoculares derivado para Cirugia Laser (ejem, Yag-laser), uno o mas tiempos por no tener poder resolutivo en hospital derivador.

## 2 HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

## 3 TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

CAPSULOTOMIA POSTERIOR YAG LASER OJO DERECHO/CAPSULOTOMIA POSTERIOR YAG LASER OJO IZQUIERDO

4 DIAGNÓSTICOS		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1	Pseudofaquia correcta.		Z96.1.		X 4			
2					5			
3					6			

## 5 PLAN DE TRATAMIENTO RECOMENDADO

Paciente debe continuar controles periódicos en hospital derivador.

Dra. María Paz Manríquez S  
OFTALMOLOGA  
REG. MED 14191  
REG. PROF. ECUADOR "A" FEV 2013 #

SALA		CAMA		PROFESIONAL	Dra. María Paz Manríquez			14191	FIRMA

