

ALTAVISION

NOMBRE DEL PACIENTE	AGUILAR OCHOA CLAUDIO ANTONIO		FECHA DE INGRESO	06/03/2019	FECHA DE EGRESO	29/03/2019
GANANTE	INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL		TIPO	GENERAL	EDAD	56
DIAGNOSTICO	HEMORRAGIA VITREA H431		SEXO	M	FECHA NACIMIENTO	14/06/1962
CEDULA IDENTIFICACION	0701653628		HISTORIA CLINICA	0701653628	LIQUIDACION No.	
HONORARIOS MEDICOS						
06/03/2019	92002	SERVICIOS OFTALMOLOGICOS EXAMEN MEDICO	1	\$ 16.50		\$ 16.50
				Sub-total Honorarios medicos		\$ 16.50
PROCEDIMIENTOS						
Fecha	Codigo	Descripción	Cantidad	Costo por unidad	IVA	Total
27/03/2019	67036	Vitrectomia mecanica, via pars plana.	1	\$ 679.14		\$ 679.14
27/03/2019	66982	Remoción de catarata extracapsular con inserción de prótesis	1	\$ 620.93		\$ 310.47
27/03/2019	67105	Fotoocoagulación, con o sin drenaje de líquido subretinal	1	\$ 396.90		\$ 198.45
27/03/2019	67031	Liberación de bandas vitreas, adherencias, membranas	1	\$ 224.03		\$ 112.02
27/03/2019	67028	Inyección de agente farmacológico dentro del vitreo.	1	\$ 135.83		\$ 67.92
27/03/2019	68200	Inyección subconjuntival.	1	\$ 17.64		\$ 8.82
29/03/2019	67028	Inyección de agente farmacológico dentro del vitreo.	1	\$ 135.83		\$ 135.83
29/03/2019	68200	Inyección subconjuntival.	1	\$ 17.64		\$ 8.82
				Sub-total Honorarios medicos por procedimiento		\$ 1,521.46
AYUDANTE						
Fecha	Codigo	Descripción	Cantidad	Costo por unidad	IVA	Total
27/03/2019	67036	Vitrectomia mecanica, via pars plana.	1	\$ 679.14		\$ 135.83
27/03/2019	66982	Remoción de catarata extracapsular con inserción de prótesis	1	\$ 620.93		\$ 62.09
27/03/2019	67105	Fotoocoagulación, con o sin drenaje de líquido subretinal	1	\$ 396.90		\$ 39.69
27/03/2019	67031	Liberación de bandas vitreas, adherencias, membranas	1	\$ 224.03		\$ 22.40
27/03/2019	67028	Inyección de agente farmacológico dentro del vitreo.	1	\$ 135.83		\$ 13.58
27/03/2019	68200	Inyección subconjuntival.	1	\$ 17.64		\$ 1.76
				Sub-total Honorarios medicos por ayudante		\$ 275.36
ANESTESIA						
Fecha	Codigo	Descripción	Cantidad	Costo por unidad	IVA	Total
27/03/2019	67036	Vitrectomia mecanica, via pars plana.	1	\$ 80.04		\$ 80.04
27/03/2019		VALOR POR TIEMPO DE ANESTESIA	8	\$ 13.34		\$ 106.72
29/03/2019	67028	Inyección de agente farmacológico dentro del vitreo.	1	\$ 80.04		\$ 80.04
29/03/2019		VALOR POR TIEMPO DE ANESTESIA	2	\$ 13.34		\$ 26.68
				Sub-total por anestesia		\$ 293.48
DERECHO DE SALA						
Fecha	Codigo	Descripción	Cantidad	Costo por unidad	IVA	Total
27/03/2019	394255	DESDE 91 MIN HASTA120 MIN 2 HORAS INSTITUCIONES	1	\$ 245.09		\$ 245.09
27/03/2019	395281	DERECHO DE SALA DE RECUPERACION SALA DE	1	\$ 40.20		\$ 40.20
29/03/2019	394211	DESDE 16 MIN. HASTA30MIN. INSTITUCIONES DE	1	\$ 76.65		\$ 76.65
29/03/2019	395281	DERECHO DE SALA DE RECUPERACION SALA DE	1	\$ 40.20		\$ 40.20
				Sub-total por derecho de sala		\$ 402.14
MATERIAL FUNGIBLE						
Fecha	Codigo	Descripción	Cantidad	Costo por unidad	IVA	Total
27/03/2019	396265	DESDE 91 MIN HASTA120 MIN 2 HORAS INSTITUCIONES	1	\$ 26.60		\$ 26.60
29/03/2019	396221	DESDE 16 MIN. HASTA30MIN. INSTITUCIONES TERCEROS	1	\$ 20.84		\$ 20.84
				Sub-total por material fungible		\$ 47.44
FARMACIA						
Fecha	Codigo	Descripción	Cantidad	Costo por unidad	IVA	Total
27/03/2019		XILOCAINA SIN EPINEFRINA 2 4cc	1	\$ 2.46		\$ 2.46
27/03/2019		BUPIVACAINA 05	1	\$ 4.20		\$ 4.20
27/03/2019		VISCOELASTICO EYECOAT	1	\$ 28.00		\$ 28.00
27/03/2019		DEXAMETASONA AMPOLLA	1	\$ 0.71		\$ 0.71
27/03/2019		GENTAMICINA AMPOLLA	1	\$ 0.66		\$ 0.66
27/03/2019		CLORURO DE SODIO 09 500CC	1	\$ 1.44		\$ 1.44
27/03/2019		PERFLUOR CARBONO LIQUIDO FRASCO 5ML	1	\$ 162.40		\$ 162.40
27/03/2019		ACEITE DE SILICON	1	\$ 162.40		\$ 162.40
27/03/2019		TOBRAMICINA GOTERO	1	\$ 6.23		\$ 6.23
27/03/2019		FENTANILO AMPOLLA	1	\$ 4.31		\$ 4.31
27/03/2019		MIDAZOLAN AMPOLLA	1	\$ 3.67		\$ 3.67
29/03/2019		XILOCAINA SIN EPINEFRINA 2	1	\$ 2.46		\$ 2.46
29/03/2019		BUPIVACAINA 05	1	\$ 4.20		\$ 4.20
29/03/2019		DEXAMETASONA AMPOLLA	1	\$ 0.71		\$ 0.71
29/03/2019		GENTAMICINA AMPOLLA	1	\$ 0.66		\$ 0.66
29/03/2019		CLORURO DE SODIO 09 500CC	1	\$ 1.44		\$ 1.44
29/03/2019		BEVACIZUMAB	1	\$ 400.00		\$ 400.00
29/03/2019		TOBRAMICINA GOTERO	1	\$ 6.23		\$ 6.23
29/03/2019		FENTANILO AMPOLLA	1	\$ 4.31		\$ 4.31
29/03/2019		MIDAZOLAN AMPOLLA	1	\$ 3.67		\$ 3.67
				Sub-total farmacia		\$ 800.16
EQUIPOS ESPECIALES						
Fecha	Codigo	Descripción	Cantidad	Costo por unidad	IVA	Total
27/03/2019	800014	EQUIPOS DE MUY ALTA COMPLEJIDAD USO MICROSCOPICO	1	\$ 100.50		\$ 100.50
27/03/2019	700027	SISTEMA DE VISUALIZACION	1	\$ 67.00		\$ 67.00
27/03/2019	800016	VITRECTOR	1	\$ 100.50		\$ 100.50
27/03/2019	700002	EQUIPOS DE MEDIANA COMPLEJIDAD BOMBA INYECCION	1	\$ 67.00		\$ 67.00
27/03/2019	800011	EQUIPOS DE MUY ALTA COMPLEJIDAD USO ENDOSCOPICO	1	\$ 100.50		\$ 100.50
29/03/2019	800014	EQUIPOS DE MUY ALTA COMPLEJIDAD USO MICROSCOPICO	1	\$ 100.50		\$ 100.50

MATERIALES ESPECIALES						Sub-total equipos especiales \$ 536.00
Fecha	Codigo	Descripción	Cantidad	Costo por unidad	IVA	Total
27/03/2019		BSS 500ML	1	\$ 19.00		\$ 19.00
27/03/2019		CUCHILLETE DE 275mm	1	\$ 15.68		\$ 15.68
27/03/2019		CUCHILLETE DE 15	1	\$ 15.68		\$ 15.68
27/03/2019		LENTE INTRAOCULAR PLEGABLE	1	\$ 103.04		\$ 103.04
27/03/2019		INYECTOR DESCARTABLE	1	\$ 14.56		\$ 14.56
27/03/2019		SISTEMA DE TROCARES DE 25G DESCARTABLE	1	\$ 56.00		\$ 56.00
27/03/2019		PROBE ULTRAVIT ANT DESCARTABLE PUNTA DE V	1	\$ 196.00		\$ 196.00
27/03/2019		PUNTA DE ENDOLUZ DESCARTABLE	1	\$ 112.00		\$ 112.00
27/03/2019		FIBRA DE LASER DESCARTABLE	1	\$ 221.76		\$ 221.76
Sub-total materiales especiales						\$ 753.72
EXAMENES IMAGENES						
Fecha	Codigo	Descripción	Cantidad	Costo por unidad	IVA	Total
06/03/2019	281230	BIOMETRÍA OCULAR (UNILATERAL)	1	\$ 23.38		\$ 23.38
06/03/2019	281186	TOPOGRAFÍA CORNEAL COMPUTARIZADA UNILAT	1	\$ 30.55		\$ 30.55
Sub-total examenes de imagen						\$ 53.93
						TOTAL \$ 4,700.19

Michaela Palm Rodriguez
Coordinadora de Facturación

Michaela Palm R.

0 9 1 0 4 1 9 1 8 3

COORDINADORA DE FACTURACION



Guayaquil, 13 de Febrero 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 **Aguilar Ochoa Claudio Antonio CON C.I. 0701653628, CON SEGURO IESS General**, Paciente que necesita: **Remoción de catarata extra-capsular con inserción de lente intraocular (procedimiento de un solo momento), técnica manual o mecánica, (ej: irrigación y aspiración o facoemulsificación) (66982), Vitrectomía vía pars plana (67036), Ojo Derecho. 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
MEDICO OFTALMOLOGO
RETINA/VITREO
REG PROE 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	APELLIDO MATERNO	NOMBRES			Fecha de Nacimiento	EDAD	SEXO
Aguilar	Ochoa	Claudio Antonio			14 06	1962	56 H
					Dia	Mes	
NACIONALIDAD	PAIS	CEDULA O PASAPORTE			LUGAR DE RESIDENCIA		DIRECCION DE DOMICILIO
ECUATORIANA	ECUADOR	0701653628					
					Prov.	Canton	Parroq.
E-MAIL:	TELEFONO:				FECHA:		

II. REFERENCIA 1
DERIVACION 2

X

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		13	02	2019
Entidad del Sistema	Establishimiento de Salud	Servicio	Especialidad		Dia	Mes	Año

2. MOTIVO DE LA REFERENCIA O DERIVACION

LIMITADA CAPACIDAD RESOLUTIVA	1	SATURACION DE CAPACIDAD INSTALADA	4	<input type="checkbox"/>
AUSENCIA DEL PROFESIONAL	2	OTROS ESPECIFIQUE	5	<input checked="" type="checkbox"/>
FALTA DEL PROFESIONAL	3	CONTINUAR TRATAMIENTO		

3. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

Pérdida de visión y lagrimo en ambos ojos

4. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

OD: m/m, Ol: 20/70. OD: 14, Ol: 14. 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 transparente, Cámara Anterior vh3, Cristalino catarata NO2 CO2, Iris normal, Ol: Córnea transparente, Cámara Anterior vh3, Cristalino catarata subcapsular posterior, Iris normal,

Al fondo de ojo: OD: Vitreo hemorragia vitrea que no permite ver detalles de fondo de ojo, Ol: Copia 0.4, Mácula abundantes microaneurismas y exudados, Periferia neovascularizaciones,

5. DIAGNOSTICO

	CIE- 10	PRE	DEF
Hemorragia vitrea.	H43.1		X
Retinopatia diabética (E10-E14 + con cuarto caracter Común 0.3).	H360		X
Catarata relacionada con la edad polar subcapsular posterior, ojo izquierdo.	H25.042		X

6. EXAMENES / PROCEDIMIENTOS SOLICITADOS

Remoción de catarata extra-capsular con inserción de lente intraocular (procedimiento de un solo momento), técnica manual o mecánica. (ej: irrigación y aspiración o facoemulsificación) OD	66982
Vitrectomía vía pars plana OD	67036
Inyección de agente farmacológico en cavidad vitrea Ol 1era dosis	67028

Dr. Manuel Gárces Palacios
NOMBRE
Jr. Manuel Gárces Palacios
MÉDICO OFTALMOLOGO
RETINA VITREO
COD. MSP. PRDF.
REG. PROF. 070230392
Dr. Mario Pérez Palacios
CIRUJANO OFTALMOLOGO
DIRECTOR MEDICO
REG. MED. 5359
LIBRO 042 FOLIO 042
Dr. Manuel Gárces Palacios
MÉDICO OFTALMOLOGO
RETINA VITREO
MÉDICO VERIFICADOR 070230392
REG. PROF. 070230392
1. DATOS INSTITUCIONALES

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

2. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

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

3. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS
4. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS
5. DIAGNOSTICO
6. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE MENOR NIVEL DE COMPLEJIDAD

ALTA VISION

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	MARZO 2019
NUMERO DE HISTORIA CLINICA:	701653628
SERVICIO ENTREGADO	CODIGO CIE 10 H43.1 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.

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

ACUSE ENTREGA DEL SERVICIO

Guayaquil, a los 27 días del mes de Marzo 2019
Yo Claudio Aguilar Ochoa con C.I. 701653628 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 06/03 del 2019, hasta el 29/03 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.

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:

0701653628

Fecha de Cobertura de Seguro de Salud:

06-03-2019



Consultar

AGUILAR OCHOA CLAUDIO ANTONIO

Fecha de consulta: 28-03-2019 11:25

Fecha Nacimiento: 14/06/1962

Edad: 56

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



CONSULTA DE BENEFICIARIOS DE MEDICINA PREPAGADA Y SEGUROS DE ASISTENCIA MÉDICA

No existen Registros



DATOS DEL BENEFICIARIO

Número de Documento: *

0701653628

Ingrese el valor mostrado en la imagen:

XbCc9D

ccUXvf

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:

0701653628

Fecha de Cobertura de Seguro de Salud:

27-03-2019

 Consultar



AGUILAR OCHOA CLAUDIO ANTONIO

Fecha de consulta: 05-04-2019 17:44

Fecha Nacimiento: 14/06/1962

Edad: 56

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](#)





CONSULTA DE BENEFICIARIOS DE MEDICINA PREPAGADA Y SEGUROS DE ASISTENCIA MÉDICA



DATOS DEL BENEFICIARIO

Número de Documento: *

0701653628

Ingrese el valor mostrado en la imagen:

KKziCc

39Ho2X

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:

0701653628

Fecha de Cobertura de Seguro de Salud:

29-03-2019



Consultar

AGUILAR OCHOA CLAUDIO ANTONIO

Fecha de consulta: 05-04-2019 17:44

Fecha Nacimiento: 14/06/1962

Edad: 56

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](#)

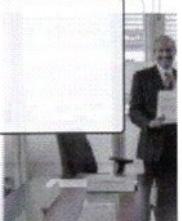
[PDF](#)





CONSULTA DE BENEFICIARIOS PREPAGADA Y SEGUROS DE ASISTENCIA MEDICA

No existen Registros



DATOS DEL BENEFICIARIO

Número de Documento: *

0701653628

Ingrese el valor mostrado en la imagen:

6m2qMn

IfJpQu

Buscar

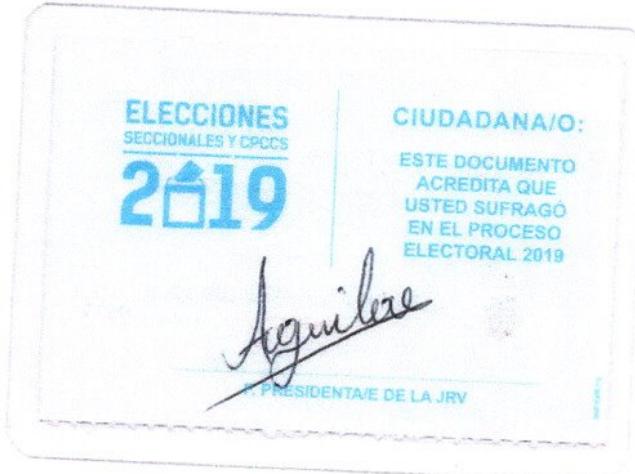
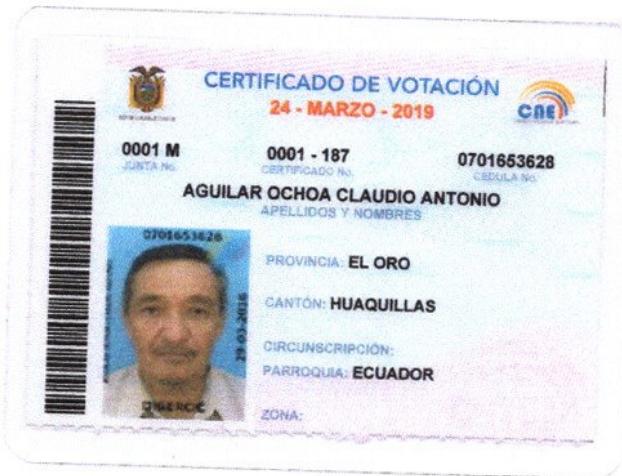
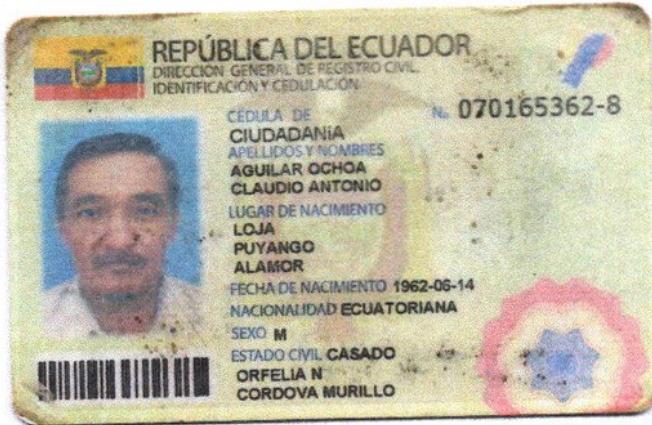
RUC de empresa	Nombre del Financiador	Identificación del Beneficiario	Nombres del Beneficiario	Apellidos del Beneficiario
No existen registros				

#ProtegemosLaSalud

@calidadsaludec

@Acess_Ec

Acess calidad salud



Aportaciones

2017	5	30	986.00	A	203.12	10	Cancelada	2017-06-15	0000000093239328	Pago a tiempo
2017	6	30	986.00	A	203.12	10	Cancelada	2017-07-14	0000000093540943	Pago a tiempo
2017	7	30	986.00	A	203.12	10	Cancelada	2017-08-15	0000000093206842	Pago a tiempo
2017	8	30	986.00	A	203.12	10	Cancelada	2017-09-14	0000000096140505	Pago a tiempo
2017	9	30	986.00	A	203.12	10	Cancelada	2017-10-13	0000000097084280	Pago a tiempo
2017	10	30	986.00	A	203.12	10	Cancelada	2017-11-14	0000000098034029	Pago a tiempo
2017	11	30	986.00	A	203.12	10	Cancelada	2017-12-15	0000000098982158	Pago a tiempo
2017	12	30	986.00	A	203.12	10	Cancelada	2018-01-15	000000009929943	Pago a tiempo
2018	1	30	986.00	A	203.12	10	Cancelada	2018-02-14	00000000100947733	Pago a tiempo
2018	2	30	986.00	A	203.12	10	Cancelada	2018-03-14	00000000101876159	Pago a tiempo
2018	3	30	986.00	A	203.12	10	Cancelada	2018-04-13	00000000102816700	Pago a tiempo
2018	4	30	986.00	A	203.12	10	Cancelada	2018-05-14	00000000103795079	Pago a tiempo
2018	5	30	986.00	A	203.12	10	Cancelada	2018-06-14	00000000104759313	Pago a tiempo
2018	6	30	986.00	A	203.12	10	Cancelada	2018-07-10	00000000105721585	Pago a tiempo
2018	7	30	986.00	A	203.12	10	Cancelada	2018-08-13	00000000106888816	Pago a tiempo
2018	8	30	986.00	A	203.12	10	Cancelada	2018-09-12	00000000107740371	Pago a tiempo
2018	9	30	986.00	A	203.12	10	Cancelada	2018-10-11	00000000108004068	Pago a tiempo
2018	10	30	986.00	A	203.12	10	Cancelada	2018-11-08	00000000109732647	Pago a tiempo
2018	11	30	986.00	A	203.12	10	Cancelada	2018-12-11	00000000110766959	Pago a tiempo

- A:** Planillas de Aporte
AA: Planillas de Ajuste de Aportes
RA: Planillas de Reliquidación de Aportes
SSE: Planillas de Subsidio de Enfermedad
ATJ: Planillas de Trabajo Juvenil
ATH: Planillas de Trabajo No Remunerado del Hogar

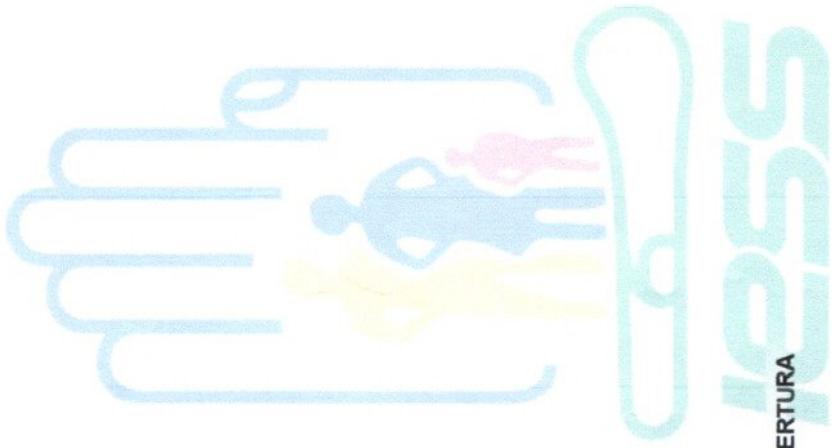


Para validar la información contenida en este código, su equipo debe disponer del software QR.

Carlos Ernesto Torres
 DIRECTOR NACIONAL DE AFILIACIÓN Y COBERTURA

Aportaciones

2018	12	30	986.00	A	203.12	10	Cancelada	2019-01-15	0000000111873537	Pago a tiempo
2019	1	30	986.00	A	203.12	10	Cancelada	2019-02-14	0000000112920198	Pago a tiempo
2019	2	30	986.00	A	203.12	10	Cancelada	2019-03-14	0000000113855579	Pago a tiempo



Para validar la información contenida en este código, su equipo debe disponer del software QR.


Carlos Ernesto Torres
DIRECTOR NACIONAL DE AFILIACIÓN Y COBERTURA

- A: Planillas de Aporte
- AA: Planillas de Ajuste de Aportes
- RA: Planillas de Reliquidación de Aportes
- SSE: Planillas de Subsidio de Enfermedad
- ATJ: Planillas de Trabajo Juvenil
- ATH: Planillas de Trabajo No Remunerado del Hogar



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 06 de Marzo del 2019 atendí a Aguilar Ochoa Claudio Antonio Paciente de 56años diabetico refiere disminución de la visión brusca ojo derecho con diagnostico de Hemorragia Vitrea derivado para Facovitrectomía+implante de lente intraocular ojo derecho e inyección de agente farmacológico en cavidad vítreo ojo izquierdo primera dosis

MOTIVO DE CONSULTA: Pérdida de visión y lagrimeo.

EXAMEN FISICO: AVSC OD: m/mOI: 20/70 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: Vítreo hemorragia vítreo que no permite ver detalles de fondo de ojo OI: Copa 0.4 Mácula abundantes microaneurismas y exudados Periferia neovascularizaciones .

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA: Hemorragia vítreo. Retinopatía diabética (E10-E14 + con cuarto carácter Común 0.3). Catarata relacionada con la edad polar subcapsular posterior, ojo izquierdo.

RECOMENDACIÓN: Se sugiere segunda dosis de inyección de agente farmacológico (Bevacizumab) en cavidad vítreo ojo izquierdo,

Atentamente,

Dr. Manuel Gárces Palacios
MEDICO OFTALMICO
RETINA VITREA
REG PROF 070230392

Dr. Manuel Gárces Palacios

Cirujano en Vítreo y Retina

Centro Oftalmológico AltaVisión

Guayaquil - Ecuador



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

Guayaquil, 06 de Marzo del 2019

Paciente: Claudio Aguilar Ochoa

Informe de Biometría Ocular

Longitud Axil

Se realizó examen de Biometría Ocular con equipo ALCON OcusScan.

OD 22.56mm **CA**3.12
OI mm **CA**

Dr. Mario Pólit
CIRUJANO OFTALMÓLOGO
REG. MED. 5547
LIBRO 042 FOLIO 042

Dr. Mario Pólit
Cirujano Oftalmólogo
Centro ALTAVISION

PP

Paciente

Nombre: aguilar claudio
ID: _____
Tipo: Fáquico

AC: _____ LA: 22.56
K1: 43.84 K Media: 44.33
K2: 44.81

Parámetros

Predet: Altavision
Usuario: Dr. Polit
Ametropia Objetivo: 0.0

1º LIO: 10 Aurolab P
Fórmula: SRK-T
A: 118.00

Emetropía: 22.14
Potencia LIO: Refracción

20.00	1.50
20.50	1.16
21.00	0.81
21.50	0.46
22.00	0.10
22.50	0.26
23.00	-0.62
23.50	-0.99
24.00	1.37

2º LIO: 6 MULPIEZA P
Fórmula: SRK-T
A: 118.40

Emetropía: 22.67
Potencia LIO: Refracción

20.50	1.49
21.00	1.16
21.50	0.81
22.00	0.47
22.50	0.12
23.00	0.23
23.50	0.59
24.00	0.95
24.50	1.32

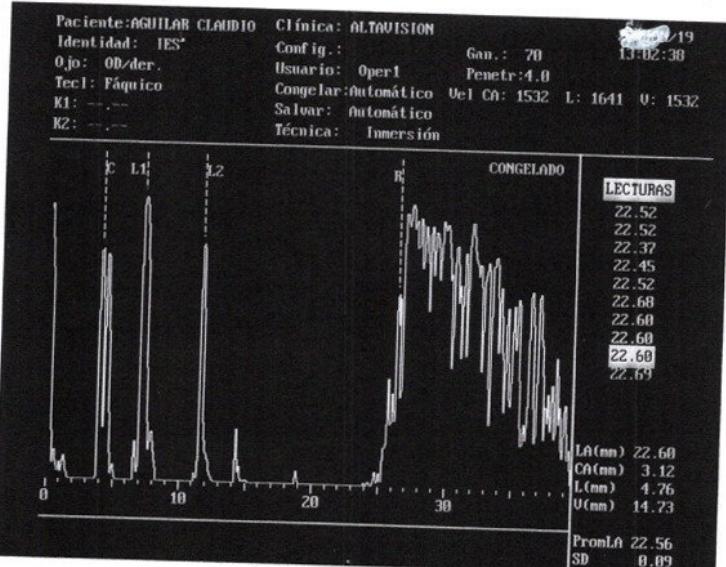
3º LIO: 7 CANTER A
Fórmula: SRK-T
A: 115.30

Emetropía: 19.02
Potencia LIO: Refracción

17.00	1.61
17.50	1.22
18.00	0.82
18.50	0.42
19.00	0.02
19.50	-0.39
20.00	-0.81
20.50	-1.23
21.00	-1.66

OD:)

— —





Alta Visión

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

Guayaquil, 06 de Marzo del 2019

Paciente: Claudio Aguilar Ochoa

Informe de Topografía Corneal

OD

Se realizó examen de Topografía corneal con equipo Tomey TMS-4.

Ks 44.61D x101

Kf 43.84D x11

OD AveK 44.23

OI

Ks D x

Kf D x

OI AveK

Dr. Mario Pólit
CIRUJANO OFTALMÓLOGO
REG. MED. 5547
LIBRO 042 FOLIO 042

**Dr. Mario Pólit
Cirujano Oftalmólogo
Centro ALTAVISION**

PP

Aguilar Ochoa, Claudio
ID#: IESS (PP)
ALTAVISION

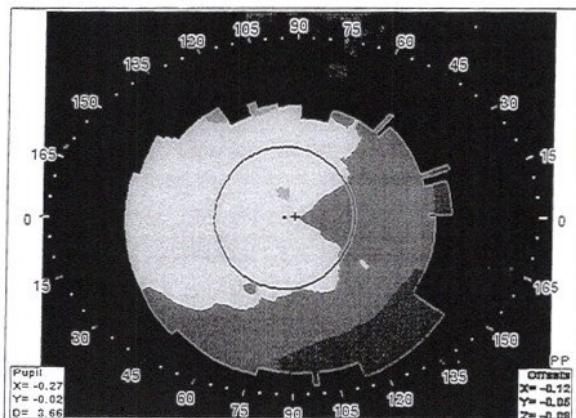
OD

Sex: M

Date: 06/03/2019 12:50:24

Exam 3

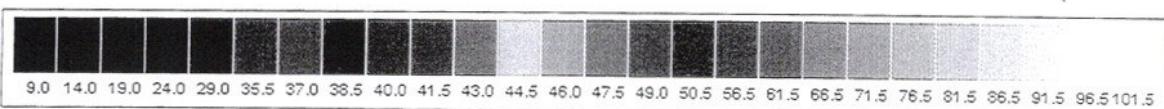
Kr: 44.61 @ 101° Kr: 43.84 @ 11° AveK: 44.23
MinK: 43.60 @ 23° Es: 0.58 / Em: 0.44 Cyl: 0.77
SRI: 0.52 PVA: 20/20-20/25 SAI: 0.45



Standard

Absolute

Diopters



 **TOMEY**
Version 4.3B



PLAN DE EGRESO

CIRUGIA OCULAR

Diagnóstico egreso:

Fecha: 27/3/19

Egresado a: Casa

Instrucciones para el paciente Sr. Claudio Aguilar 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. Manuel Gárces Palacios 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		PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	0701653628
APELLO PATERNO		APELLIDO MATERNO	NOMBRES	SERVICIO	SALA	CAMA	FECHA
Aguilar		Ochoa	Claudio Antonio				27/3/19
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			
Retirar tracción retinal				Facovitrectomía posterior vía pars plana, , Ojo Derecho			
RESULTADOS ESPERADOS				RIESGO DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS			
Mejorar visión				Resangrado			
NOMBRE DEL CIRUJANO		ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO		Dr. Manuel Gárces Palacios MÉDICO OFTALMOLOGO RETINAVITREO REG PROF 070230392	
Dr. Manuel Gárces Palacios		OFTALMOLOGO	2286080	070230392			
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		DR. JAVIER RODRIGUEZ FIRMA	
DR. JAVIER RODRIGUEZ		ANESTESIÓLOGO	2286080	070230392			
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 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 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 SEGÚN LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN ESTE DOCUMENTO.							
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL		PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA			
Apolo C. Muñoz		ESPOSO	8995-093	0702459231			
FIRMA							
CONSENTIMIENTO INFORMADO							

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

ING-MSP - UCHI Form 024 / 2000

IESS	UNIDAD OPERATIVA ALTA VISION	COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA	
			PARROQUIA TARQUI	CANTÓN GUAYAQUIL	PROVINCIA GUAYAS	0701653628	
APELLIDO PATERNO Aguilar	APELLIDO MATERNO Ochoa	NOMBRES Claudio Antonio	SERVICIO	SALA	CAMA	FECHA 27/3/19	HORA
MARCAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPOND							
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 Claudio Antonio Aguilar Ochoa		TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANIA			FIRMA	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O TESTIGO Alfredo Padron Guillen		PARENTESCO Esposo	TELÉFONO 2995093	CÉDULA DE CIUDADANIA 0701459231			FIRMA Alfredo Padron Guillen
MARCAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPOND							
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 CIUDADANIA			FIRMA	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O TESTIGO		PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANIA			FIRMA
MARCAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPOND							
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 CIUDADANIA			FIRMA	
NOMBRE DEL TESTIGO		PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANIA			FIRMA
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD		TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANIA			FIRMA	
MARCAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPOND							
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 CIUDADANIA			FIRMA
NOMBRE DEL TESTIGO		PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANIA			FIRMA
NOMBRE DEL MEDICO		TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANIA			FIRMA	
MARCAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPOND							
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 CIUDADANIA			FIRMA
NOMBRE DEL TESTIGO		PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANIA			FIRMA
NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE		TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANIA			FIRMA	
MARCAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPOND							
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 CIUDADANIA			FIRMA
NOMBRE DEL TESTIGO		PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANIA			FIRMA
NOMBRE DEL MEDICO		TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANIA			FIRMA	

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	Nº HISTORIA CLÍNICA	
Aguilar	Ochoa	Claudio	701653628	
SERVICIO	SALA	CAMA No.		
CIRUGIA	SALA DE OFTALMOLOGIA			
DIAGNOSTICO		OPERACION		
PRE-OPERATORIO:	POYECTADA:			
Catarata Relacionada con la edad + hemorragia vitrea	Facovitrectomía posterior via pars plana + Endolaser + Aceite de Silicon +			
Ojo Derecho	Ojo Derecho			
	ELECTIVA	EMERGENCIA	PALEATIVA	
POST-OPERATORIO:	REALIZADA:	66982/67036/67105/67031/68200/67028/		
Catarata Relacionada con la edad + hemorragia vitrea	Facovitrectomía posterior via pars plana + Endolaser + Aceite de Silicon +			
Ojo Derecho	Ojo Derecho			
EQUIPO QUIRURGICO				
CIRUJANO 1:	Dr. Manuel Gárces Palacios	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		
27	03	2019	12:00	14:00
REGIONAL				
DIÉRESIS: Esclerotomías a 4mm del limbo,				

Siluron 5000 10ml

Polydimethylsiloxane



LOT Sil5 10S 091017
• 2022-10

EYECRYL PLUS

Model:- 600

D:+ 22.0

BIO HYDROJECT

LOT RC18H20012200 2018/08

LOT IN18K2706 2018/12

S/N: 07580011

2022/07 2022/11



EXPLORACION Y HALLAZGOS QUIRÚRGICOS:

catarata+hemorragia vitrea densa

PROCEDIMIENTO OPERATORIO:

ASEPSIA Y ANTISEPSIA E INSTILACIÓN DE GOTAS OFTÁLMICAS DE ANTIBIOTICO DE TOBRAMICINA + DEXAMETASONA AL 0,3%
CAMPOS BLEFARO Y LAVADO

BAJO SISTEMA DE VISUALIZACIÓN Y MICROSCOPIO QUIRÚRGICO SE REALIZA INCISIÓN CORNEAL CON CUCHILLETE DE 2.75MM

INYECCION DE AIRE

INYECCION DE SUSTANCIA VISCOELASTICA EYECOAT EN CAMARA ANTERIOR

CAPSULORRESIS CIRCULAR CONTINUA

HIDRODISECCIÓN;

FACOEMULSIFICACION CON TIP 0,9 DE PHACO DE CRISTALINO CON EQUIPO VITRECTOR CONSTELLATION VISION SYSTEM

IRRIGACION Y ASPIRACION DE CORTEZA CON BSS

INYECCION DE SUSTANCIA VISCOELASTICA EYECOAT EN CAMARA ANTERIOR

INTRODUCCION DE LENTE INTRAOULAR PLEGABLE CON INYECTOR DE LENTE INTRAOULAR

SUTURA DE PARACENTESIS CORNEAL CON NYLON 10-0

INSERCIÓN DE TROCARES VALVULADOS DE 25 GAUGE A 4MM DEL LIMBO E INFUSION DE BSS

Y SE REALIZA VITRECTOMIA POSTERIOR CON PUNTA DE VITRECTOMIA DE 25+ Y PUNTA ENDOLUZ 25+ DEL EQUIPO VITRECTOR

DESPRENDIMIENTO DE VITREO POSTERIOR

SEGMENTACION DE MEMBRANAS CON PUNTA DE VITRECTOMIA 25

APLICACIÓN DE ENDOLASER CON FIBRA DE LASER PURE POINT Y CON PUNTA DE LASER FLEX

PELAJE DE MEMBRANAS CON PINZA END GRASSPING

ASPIRACION DE FLUIDO SUBRETINALCON FLAUTA DE CHARLES

INYECCION DE ACEITE DE SILICON CON PAK DE ACEITE DE SILICON Y BOMBA DE INYECCION 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 + DEXAMETASONA)

APOSITO OCULAR

SINTESIS

COMPLICACIONES DEL ACTO OPERATORIO

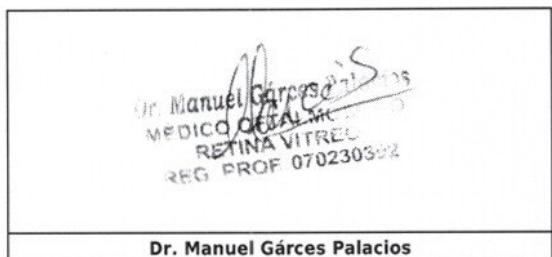
NINGUNA

EXAMEN HISTOPATOLOGICO

SINOX

HISTOPATOLOGICO DIAGNOSTICO

DICTADA POR:	Dr. Manuel Gárces Palacios	
FECHA DEL DICTADO:		
DIA	MES	AÑO
27	03	2019
ESCRITA POR:	Michaela Palm	



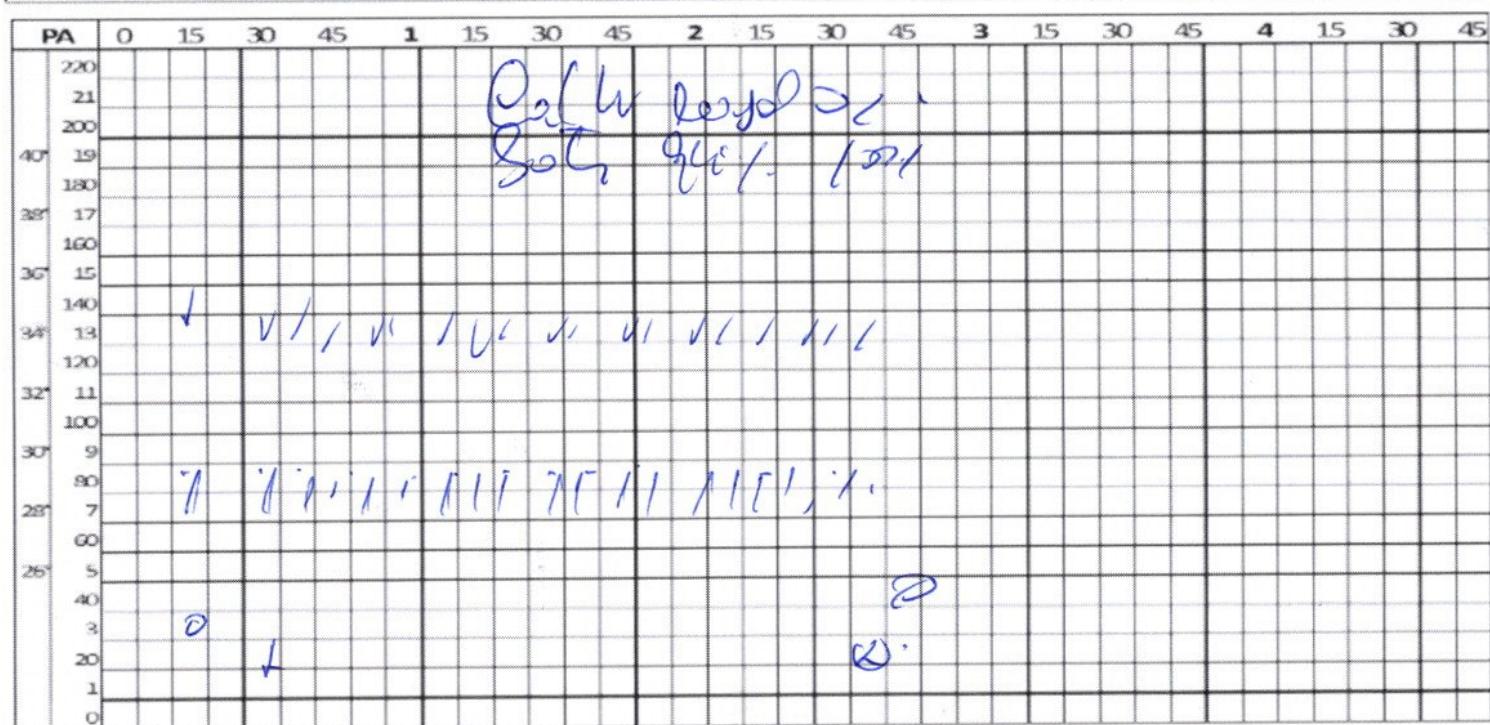
RECORD DE ANESTESIA

HC: 0701653628

Alta
Visión

Apellido Paterno:	Aguilar	Materno:	Ochoa	Nombre:	Claudio
Fecha:	27/3/19	Edad:	57	Sexo:	Masculino
Diagnóstico Preoperatorio:	Retinopatia DD + cataracts				
Diagnóstico Postoperatorio:	Retinopatia DD + cataracts				
Operación Propuesta:	TGW + Vitrectomy + laser + IOL				
Operación realizada:	TGW + Vitrectomy + laser + IOL				
Médico Cirujano:	Dr. Manuel Gárces Palacios	2do. Cirujano:	Dr. Jairo Arguello	Circulante:	Kelly Mora
Anestesiólogo:	Dr. Javier Rodriguez	Instrumentista:	Dr. Jorge Luis de Vera		

Signología: P.A.=▼▲ Anestesia=○ Fin Anestesia=∅ Respiración Espontánea=○ Respiración Controlada=●
Pulso=● Inicio Operación=✗ Fin Operación=⊗ Respiración Asistida=○ Saturación Oxígenos= %



Liquidos: Solución Salina			
Posición Pte.: <i>Mc</i>			
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	9 11

Técnicas	Infusiones	Complicaciones
Neuroaxiales	Cloruro de Sodio 0,9% cc.	Hipotensión Arritmias
Asepsia con Alcohol	Osmarin cc.	Depresión Respiratoria
Habón: si no		Náuseas
Técnica:	PCTE. SALE DEL QUIRÓFANO A:	Conductiva Insuficiente
Retrobulbar		Paro cardíaco
Peribulbar		Cambio de Técnica
Tópica		Ninguna Complicación
Técnicas	Supervisado por:	Otros:
Cáñula de oxígeno	Hora:	Monitoreo Especial-Comentarios Falla. M. Sta
Firma del Anestesiólogo: Javier Rodríguez Specialista en Anestesiología C. I. 15734736 C. P. 066991759		

SNS-MSP / HCU-form.005 / 2008 EVOLUCION Y PRESCRIPCIONES (2)

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA	
IESS	ALTA VISION		PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	0701653628	
TARQUI	GYE	GUAYAS					
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	SERVICIO	SALA	CAMA	FECHA	HORA
Aguilar	Ochoa	Claudio Antonio				29	3/19
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			INTERVENCIÓNES 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		Dr. Manuel Gárces Palacios	
Dr. Manuel Gárces Palacios		OFTALMOLOGO	2286080	070230392		MÉDICO OFTALMOLOGO RETINA VITREO REG. PROF. 070230392	
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		Dr. Javier Rodriguez Especialista en Anestesiología C.I. 1757374788 M.S.P. 066991750	
DR. JAVIER RODRIGUEZ		ANESTESIÓLOGO	2286080	D6991652			
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 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 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 FIDEDIGNA 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	
			PARROQUIA TARQUI	CANTÓN GUAYAQUIL	PROVINCIA GUAYAS	0701653628	
APELLIDO PATERNO Aguilar	APELLIDO MATERNO Ochoa	NOMBRES Claudio Antonio	SERVICIO	SALA	CAMA	FECHA 29/3/19	HORA
MARCAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPOND							
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 Claudio Antonio Aguilar Ochoa		TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA			FIRMA	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O TESTIGO PARENTESCO		TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA			FIRMA	
MARCAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPOND							
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 CORRESPOND							
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 CORRESPOND							
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 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 CORRESPOND							
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 CORRESPOND							
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	
Aguilar	Ochoa	Claudio		701653628	
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 vitreo 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 vitreo 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	11:00
DIÉRESIS:					
Punción a nivel de pars plana,					
EXPOSICIÓN:					
Cavidad Vitrea,					
EXPLORACION Y HALLAZGOS QUIRÚRGICOS:					
Degeneración de la macula y del polo posterior					
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					
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:	Dr. Manuel Gárces Palacios	
FECHA DEL DICTADO:		
DIA	MES	AÑO

29 03 2019

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

Manuel Gárces Palacios
Dr. Manuel Gárces Palacios
MEDICO OCEALM
RETINA VITREO
REG PROF 070230352

Dr. Manuel Gárces Palacios

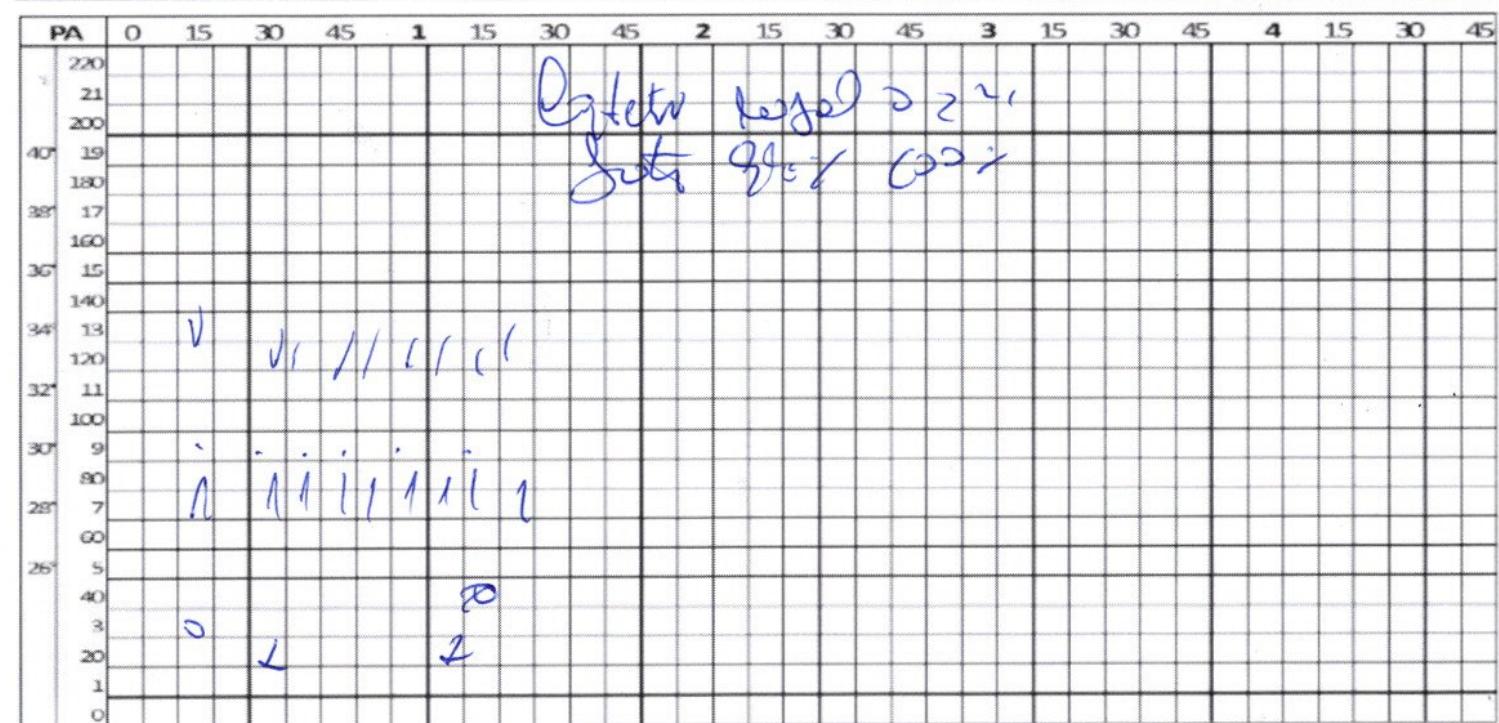
RECORD DE ANESTESIA

ALTA
VISION

HC: 0701653628

Apellido Paterno:	Aguilar	Materno:	Ochoa	Nombre:	Claudio
Fecha:	29/3/19	Edad:	57	Sexo:	Masculino
Diagnóstico Preoperatorio:	Pectus excavatum OS				
Diagnóstico Postoperatorio:	Pectus excavatum OS				
Operación Propuesta:	Inyens 1 Abdo. OS				
Operación realizada:	Sutura 2 Abdo. OS				
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=●
 Pulsos=● Inicio Operación=X Fin Operación=◎ Respiración Asistida=□ Saturación Oxígeno= %



Líquidos: Solución Salina	W																			
Posición Pcte.:																				
Ag. Inhalado: O2																				
Saturación Oxígeno: 100%																				
1. Midazolam 2mg	6																			Duración Anestesia
2. Fentanilo 25 mcg	7																			Hrs. Min.
3. Xilocaina s/ep 20 mg	8																			Duración Operación
4. Bupivacaína 0.5% s/ep 16mg	9																			Hrs. Min.
5	10																			

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		Paro cardiaco
Peribulbar		Cambio de Técnica
Tópica		Ninguna Complicación
Técnicas	Supervisado por:	Otros:
Cáñula de oxígeno	Hora:	Monitoreo Especial-Comentarios

Del R R
FM

Javier Rodriguez
1757374786
066991754

SNS-MSP / HCU-form.005 / 2008 EVOLUCION Y PRESCRIPCIONES (2)

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			
Aguilar		Ochoa		Claudio			Antonio			701653628					
FECHA DE REFERENCIA	HORA	EDAD	GENERO M F	SOL CAS	ESTADO CIVIL DIV VIU	U-L	INSTRUCCIÓN ULTIMO AÑO APROBADO			EMPRESA DONDE TRABAJA			SEGURO DE SALUD		
29/03/2019		57	X	X			SUPERIOR						General		
ESTABLECIMIENTO AL QUE SE ENVÍA LA CONTRARREFERENCIA			Hospital IESS			SERVICIO QUE CONTRAREFIERE			OFTALMOLOGIA						

1 RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente de 56años diabetico refiere disminución de la visión brusca ojo derecho con diagnostico de Hemorragia Vitrea derivado para Facovitrectomía+implante de lente intraocular ojo derecho e inyección de agente farmacológico en cavidad vitrea ojo izquierdo primera dosis

2 HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

AVSC OD: m/m, OI: 20/70, 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: Vítreo hemorragia vitrea que no permite ver detalles de fondo de ojo, OI: Copo 0.4, Mácula abundantes microaneurismas y exudados, Periferia neovascularizaciones.

Biometría Ocular OD: 22.56 mm CA: 3.12

Topografía Corneal Ks: 44.61 D x: 101 Kf: 43.84 D x: 11 OD AveK: 44.23

3 TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

Facovitrectomía+implante de lente intraocular+inyección de aceite ojo derecho Inyección de agente farmacológico en cavidad vitrea(Bevacizumab) ojo izquierdo

4 DIAGNÓSTICOS	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE DEF	CIE			PRE DEF		
1 Hemorragia vitrea.		H43.1.		X	4				
2 Retinopatía diabética (E10-E14 + con cuarto carácter Común 0.3).		H360.		X	5				
3 Catarata relacionada con la edad polar subcapsular posterior, ojo izquierdo.		H25.042		X	6				

5 PLAN DE TRATAMIENTO RECOMENDADO

Paciente debe continuar controles periódicos en hospital derivador.

SALA		CAMA		PROFESIONAL	Dr. Manuel Gárces Palacios	070230392	FIRMA
------	--	------	--	-------------	----------------------------	-----------	-------

Dr. Manuel Gárces Palacios
MEDICO OCULAR
RETINA VITREA
REG PROF 070230392



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

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

FACTURA
SERIE 001-001-
000000330

AUT. S.R.I. # 1123936073

FECHA: GUAYAQUIL, 26 DE MARZO 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
20	PINZA END GRASSPPING	179,20	3584,00
31	SET DE TROCARES	56,00	1736,00
20	PUNTA DE VITRECTOMIA	196,00	3920,00
20	PUNTA DE ENDOLUZ DESCARTABLE	112,00	2240,00
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	UCHILLETE CRECENT	15,68	125,44
2	BANDA 240	105,00	210,00
26	AVASTIN	400,00	10400,00
9	PERFLUORCARBONATO	162,40	1461,60

FORMA DE PAGO:

Efectivo	Tarjeta de Crédito	Sub-Total	39549,68
Dinero Electrónico	Otros	Base Imp. Tarifa 0%	39549,68
	X	Base Imp. Tarifa 12%	0,00
		Importe IVA 12%	
		TOTAL USD \$	39549,68

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.U.C.: 0992453974001

FACTURA

No.: 001-002-000005440

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:

2703201901099245397400120010020000054409173221418



SERVICESA S A

DIRECCIÓN MATRIZ:

AV. FRANCISCO DE ORELLANA WTC LOCAL 24

DIRECCIÓN SUCURSAL:

Teléfono(s): 2630282 - 2630283

Obligado a llevar contabilidad: SI

AMBIENTE: PRODUCCION

EMISIÓN : NORMAL

CLAVE DE ACCESO:



2703201901099245397400120010020000054409173221418

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

Fecha de Emisión: 27/03/2019

RUC/CI: 0992422440001

Código	Cant.	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Precio Neto	Precio Total
LE25	1	LENTE EYEKON ACRYLY IOL 06.0	92.00	0.00	92.00	92.00
LE11	1	LENTE EYEKON ACRYLY IOL 18.0	92.00	0.00	92.00	92.00
LE35	1	LENTE EYEKON ACRYLY IOL 18.5	92.00	0.00	92.00	92.00
LE39	2	LENTE EYEKON ACRYLY IOL 20.5	92.00	0.00	92.00	184.00
LE40	2	LENTE EYEKON ACRYLY IOL 21.0	92.00	0.00	92.00	184.00
LE41	1	LENTE EYEKON ACRYLY IOL 21.5	92.00	0.00	92.00	92.00
LE13	1	LENTE EYEKON ACRYLY IOL 22.5	92.00	0.00	92.00	92.00
LE16	1	LENTE EYEKON ACRYLY IOL 26.5	92.00	0.00	92.00	92.00
P600170	1	LENTE EYECRYL PLUS 600 BIOTECH 17.0	105.00	0.00	105.00	105.00
P600175	1	LENTE EYECRYL PLUS 600 BIOTECH 17.5	105.00	0.00	105.00	105.00
P600185	1	LENTE EYECRYL PLUS 600 BIOTECH 18.5	105.00	0.00	105.00	105.00
500205	3	LENTE EYECRYL PLUS 600 BIOTECH 20.5	105.00	0.00	105.00	315.00
500220	2	LENTE EYECRYL PLUS 600 BIOTECH 22.0	105.00	0.00	105.00	210.00
ACCUJEC	8	INJECTOR ACCUJECT 2.2	13.00	0.00	13.00	104.00
ACCUJEC	2	INJECTOR ACCUJECT 2.0	13.00	0.00	13.00	26.00

Información Adicional

Dirección : CDLA. KENNEDY OESTE SEPTIMA N° 120
 Teléfono : 2286080
 EMail: : info@alta-vision.com
 Ciudad : Guayaquil

SUB-TOTAL 12%:	1,890.00
SUB-TOTAL 0%:	0.00
SUB-TOTAL No Objeto de IVA:	0.00
SUB-TOTAL Exento de IVA:	0.00
SUB-TOTAL SIN IMPUESTO:	1,890.00
TOTAL DESCUENTO:	0.00
ICE:	0.00
IVA 12%:	226.80
IRBNR:	0.00
PROPINA:	0.00
VALOR TOTAL:	2,116.80

Forma de Pago	Valor	Plazo	Tiempo
Otros Con Utilizacion Del Sistema	2,116.80	90	Días



SERVICESA

equipos e insumos médicos

*Entregado P
Contrapartida*

SERVICESA S A

DIRECCIÓN MATRIZ:

AV. FRANCISCO DE ORELLANA WTC LOCAL 24

DIRECCIÓN SUCRAL:

Teléfono(s): 2630282 - 2630283

Obligado a llevar contabilidad: SI

AMBIENTE: PRODUCCION

EMISIÓN : NORMAL

CLAVE DE ACCESO:



2503201901099245397400120010020000054129173221416

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

Fecha de Emisión: 25/03/2019

RUC/CI: 0992422440001

Código	Cant.	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Precio Neto	Precio Total
G-34026	60	NANOEDGE INCISION KNIFE 15°	12.00	0.00	12.00	720.00
G-34096	60	NANOEDGE PHACO SLIT KNIFE 2.75 mm	14.00	0.00	14.00	840.00
VIS01	50	EYECOAT	25.00	0.00	25.00	1,250.00
VIS02	25	EYECOAT SH	37.50	0.00	37.50	937.50

Información Adicional

Dirección : CDLA. KENNEDY OESTE SEPTIMA N° 120
 Teléfono : 2286080
 EMail: : info@alta-vision.com
 Ciudad : Guayaquil

SUB-TOTAL 12%:	3,747.50
SUB-TOTAL 0%:	0.00
SUB-TOTAL No Objeto de IVA:	0.00
SUB-TOTAL Exento de IVA:	0.00
SUB-TOTAL SIN IMPUESTO:	3,747.50
TOTAL DESCUENTO:	0.00
ICE:	0.00
IVA 12%:	449.70
IRBPNR:	0.00
PROPINA:	0.00
VALOR TOTAL:	4,197.20

Forma de Pago	Valor	Plazo	Tiempo
Otros Con Utilizacion Del Sistema	4,197.20	90	Días



SERVICESA

equipos e insumos médicos

SERVICESA S A

DIRECCIÓN MATRIZ:

AV. FRANCISCO DE ORELLANA WTC LOCAL 24

DIRECCIÓN SUCURSAL:

Teléfono(s): 2630282 - 2630283

Obligado a llevar contabilidad: SI

AMBIENTE: PRODUCCION

EMISIÓN : NORMAL

CLAVE DE ACCESO:



2003201901099245397400120010020000053739173221412

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

fecha de Emisión: 20/03/2019

RUC/CI: 0992422440001

Código	Cant.	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Precio Neto	Precio Total
G-80810	5	SILURON 5000 VIAL 10ML GEUDER	145.00	0.00	145.00	725.00

Información Adicional

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

SUB-TOTAL 12%:	725.00
SUB-TOTAL 0%:	0.00
SUB-TOTAL No Objeto de IVA:	0.00
SUB-TOTAL Exento de IVA:	0.00
SUB-TOTAL SIN IMPUESTO:	725.00
TOTAL DESCUENTO:	0.00
ICE:	0.00
IVA 12%:	87.00
IRBNR:	0.00
PROPINA:	0.00
VALOR TOTAL:	812.00

Forma de Pago	Valor	Plazo	Tiempo
Otros Con Utilización Del Sistema	812.00	90	Días