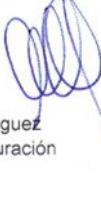


ALTAVISION

NOMBRE DEL P	ANCHICO BONE JOSE RUBEN		FECHA DE INC	19/03/2019	FECHA DE EG	19/03/2019
GARANTE	INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL		TIPO	GENERAL	EDAD	32
DIAGNOSTICO	OTROS TRASTORNOS DE RETINA H358		SEXO	M	FECHA NACIM	05/08/1986
CEDULA IDENTI	0803126788		HISTORIA CLIN	0803126788	LIQUIDACION No.	
HONORARIOS MEDICOS						
19/03/2019	92002	SERVICIOS OFTALMOLOGICOS EXAMEN MEDICO	1	\$ 16.50		\$ 16.50
			Sub-total Honorarios medicos			\$ 16.50
PROCEDIMIENTOS						
Fecha	Codigo	Descripción	Cantidad	Costo por unida	IVA	Total
19/03/2019	67028	Inyeccion de agente farmacologico dentro del vitreo.	1	\$ 135.83		\$ 135.83
19/03/2019	68200	Inyeccion subconjuntival.	1	\$ 17.64		\$ 8.82
			Sub-total Honorarios medicos por procedimiento			\$ 144.65
ANESTESIA						
Fecha	Codigo	Descripción	Cantidad	Costo por unida	IVA	Total
19/03/2019	67028	Inyeccion de agente farmacologico dentro del vitreo.	1	\$ 80.04		\$ 80.04
19/03/2019	67028	VALOR POR TIEMPO DE ANESTESIA	2	\$ 13.34		\$ 26.68
			Sub-total por anestesia			\$ 106.72
DERECHO DE SALA						
Fecha	Codigo	Descripción	Cantidad	Costo por unida	IVA	Total
19/03/2019	394211	DESDE 16 MIN. HASTA30MIN. INSTITUCIONES DE	1	\$ 76.65		\$ 76.65
19/03/2019	395281	DERECHO DE SALA DE RECUPERACION SALA DE	1	\$ 40.20		\$ 40.20
			Sub-total por derecho de sala			\$ 116.85
MATERIAL FUNGIBLE						
Fecha	Codigo	Descripción	Cantidad	Costo por unida	IVA	Total
19/03/2019	396221	DESDE 16 MIN. HASTA30MIN. INSTITUCIONES TER	1	\$ 20.84		\$ 20.84
			Sub-total por material fungible			\$ 20.84
FARMACIA						
Fecha	Codigo	Descripción	Cantidad	Costo por unida	IVA	Total
19/03/2019		XILOCAINA SIN EPINEFRINA 2	1	\$ 2.46		\$ 2.46
19/03/2019		BUPIVACAINA 05	1	\$ 4.20		\$ 4.20
19/03/2019		DEXAMETASONA AMPOLLA	1	\$ 0.71		\$ 0.71
19/03/2019		GENTAMICINA AMPOLLA	1	\$ 0.66		\$ 0.66
19/03/2019		CLORURO DE SODIO 09 500CC	1	\$ 1.44		\$ 1.44
19/03/2019		BEVACIZUMAB	1	\$ 400.00		\$ 400.00
19/03/2019		TOBRAMICINA GOTERO	1	\$ 6.23		\$ 6.23
19/03/2019		FENTANILO AMPOLLA	1	\$ 4.31		\$ 4.31
19/03/2019		MIDAZOLAN AMPOLLA	1	\$ 3.67		\$ 3.67
			Sub-total farmacia			\$ 423.68
EQUIPOS ESPECIALES						
Fecha	Codigo	Descripción	Cantidad	Costo por unida	IVA	Total
19/03/2019	800014	EQUIPOS DE MUY ALTA COMPLEJIDAD USO MICR	1	\$ 100.50		\$ 100.50
			Sub-total equipos especiales			\$ 100.50
			TOTAL			\$ 929.74


 Michaela Palm Rodriguez
 Coordinadora de Facturación

Michaela Palm R.

0910419183

COORDINADORA DE FACTURACION



Guayaquil, 25 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 **Anchico Bone Jose Ruben CON C.I. 0803126788, CON SEGURO IESS General**, Paciente que necesita: **Inyección de agente farmacológico en cavidad vítreo (67028), 1era dosis Ojo Derecho.**
Solicitamos su respectiva aprobación para dicho acto quirúrgico.

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

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

Dra. Zulvy Bedon Lagos

Cirujano en Vítreo y Retina

Centro Oftalmológico AltaVisión

Guayaquil - Ecuador

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACION CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA

I. DATOS DEL USUARIO

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES			Fecha de Nacimiento			EDAD	SEXO
Anchico	Bone	Jose Ruben			05	08	1986	32	H
					Dia	Mes	Año		H/M
NACIONALIDAD	PAIS	CEDULA O PASAPORTE			LUGAR DE RESIDENCIA			DIRECCION DE DOMICILIO	
ECUATORIANA	ECUADOR	0803126788							
					Prov.	Canton	Parroq.		
E-MAIL:		TELEFONO: 0980627413			FECHA:				

II. REFERENCIA 1

DERIVACION 2

1 DATOS INSTITUCIONALES

ENTIDAD DEL SISTEMA	HISTORIA CLINICA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD			TIPO	DISTRITO / AREA			
IESS		ALTAVISION							
		REFIERE O DERIVA A:				FECHA			
IESS		ALTAVISION			AMBULATORIO	OFTALMOLOGIA	25	02	2019
Entidad del Sistema		Establecimiento de Salud			Servicio	Especialidad	Dia	Mes	Año

2. MOTIVO DE LA REFERENCIA O DERIVACION

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

3. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

Paciente de 32años refiere disminución marcada de la visión ambos ojos de varios años de evolución con diagnóstico de Otros trastornos de la retina derivado para interconsulta con retina por no tener poder resolutivo en hospital derivador.

Al momento paciente presenta Disminución agudeza visual ambos ojos progresiva.

4. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

OD: 20/400. OI: 20/150. OD: 16. OI: 16. Luego de realizar examen físico oftalmológico y fondo de ojo con oftalmoscopia indirecta con lupa de 20 Dioptrias bajo dilatación con gotas de tropicamida y fenilefrina a la Biomicroscopia se observa: OD: Iris pupila discorica con sinequias posteriores, OI: Iris ok, Al fondo de ojo: OD: Disco 0,3 , Mácula cicatrices coriorretinales múltiples que comprometen polo posterior, Periferia ok. Vítreo ok, OI: Disco 0,3.

5. DIAGNOSTICO

Otros trastornos de la retina especificados.	H35.8	X
Distrofia retiniana hereditaria.	H35.5	X

6. EXAMENES / PROCEDIMIENTOS SOLICITADOS

Inyección de agente farmacológico en cavidad vítreo OD 1era dosis

Dra. Bedon
NOMBRE

Dra. Zulvy Bedon Lagos
CIRUJANO OFTALMOLOGO
RETINA Y VITREO
 REG. 862187186 COD. MSP. PROF.

Dr. Mario Poli Vacías
CIRUJANO OFTALMOLOGO
 REG. MED. DIRECTOR MEDICO
 LIBRO 042 FOLIO 042

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

1. DATOS INSTITUCIONALES

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

2. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

Altavision

3. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

COORDINACION PROVINCIAL DE PRESTACIONES DEL SEGURO DE SALUD GUAYAS

4. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

IPSS 01 MAR 2019

5. DIAGNOSTICO

Dra. Lam Layayong Lugo Jerez
AUTORIZADO CIE-10 PRE DEF
MEDICO DERIVADOR
 CPBSSG-01-B-2019-RR-LLL-J-31

6. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE MENOR NIVEL DE COMPLEJIDAD
NOMBRE
COD. MSP. PROF.
FIRMA

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:	0803126788
SERVICIO ENTREGADO	CODIGO CIE 10 H35.8 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
Vision Laser S.A. Visilas
LUCRECIA SAA ESTEVEZ N.I.C.: 0992422440001
C.I. 0912481595

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

ACUSE ENTREGA DEL SERVICIO

Guayaquil, a los 19 días del mes de Marzo del año 2019

Yo Jose Anchico Bone con C.I. 0803126788 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 19/03 del 2019, hasta el 19/03 del 2019

Tori Mulu
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 INFORMACIÓN ENTREGADA.

Lucrecia Saa
Vision Laser S.A. Visilas
N.I.C.: 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:

0803126788

Fecha de Cobertura de Seguro de Salud:

19-03-2019

 Consultar



ANCHICO BONE JOSE RUBEN

Fecha de consulta: 03-04-2019 10:38

Fecha Nacimiento: 05/08/1986

Edad: 32

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: *

0803126788

Ingrese el valor mostrado en la imagen:

rh1Jio

PtiQHO

Buscar

RUC de empresa	Nombre del Financiador	Identificación del Beneficiario	Nombres del Beneficiario	Apellidos del Beneficiario
----------------	------------------------	---------------------------------	--------------------------	----------------------------

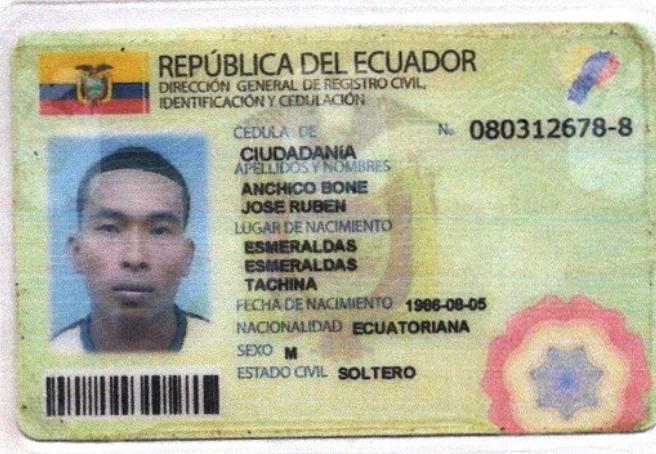
No existen registros

#ProtegemosLaSalud

@calidadesaludec

@Acess_Ec

Acess calidad salud



Aportaciones

2017	12	-6	-75.00	AA	-15.45	06	Cancelada	2018-09-25
2017	12	6	75.00	SSE	15.45	06	Cancelada	2018-01-16 0000000100073285
2017	12	30	375.00	A	77.25	06	Cancelada	2018-02-15 0000000100949297
2018	1	30	386.00	A	79.52	06	Cancelada	Pago extemporaneo
2018	2	26	334.53	A	68.91	06	Cancelada	Pago a tiempo
2018	3	29	373.13	A	76.86	06	Cancelada	2018-03-15 0000000101977852
2018	4	30	386.00	A	79.52	06	Cancelada	Pago a tiempo
2018	5	30	386.00	A	79.52	06	Cancelada	2018-04-16 0000000102838538
2018	6	30	386.00	A	79.52	06	Cancelada	Pago extemporaneo
2018	7	30	386.00	A	79.52	06	Cancelada	Pago extemporaneo
2018	8	26	334.53	A	68.91	06	Cancelada	2018-05-18 0000000104082962
2018	9	30	386.00	A	79.52	06	Cancelada	Pago extemporaneo
2018	10	30	386.00	A	79.52	06	Cancelada	2018-06-26 0000000105048441
2018	11	19	244.47	A	50.36	06	Cancelada	Pago extemporaneo
2018	12	30	386.00	A	79.52	06	Cancelada	2018-07-18 0000000105874845
2018	1	19	249.53	A	51.40	06	Cancelada	Pago extemporaneo
2019	2	23	302.07	A	62.23	06	Cancelada	2018-08-14 0000000106802394
2019							Cancelada	2018-09-17 0000000107732544
2018							Cancelada	2018-10-15 0000000108850312
2018							Cancelada	2018-11-20 0000000110071653
2018							Cancelada	Pago extemporaneo
2018							Cancelada	2018-12-17 0000000110848814
2018							Cancelada	2019-01-15 0000000111893690
2019							Cancelada	2019-02-15 0000000112866545
2019							Cancelada	2019-03-15 0000000113917441
								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

Carlos Ernesto Torres
DIRECTOR NACIONAL DE AFILIACIÓN Y COBERTURA



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



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 19 de Marzo del 2019 atendí a Anchico Bone Jose Ruben Paciente masculino de 32 años de edad, con diagnóstico de otros trastornos de la retina especificados + distrofia retiniana hereditaria, derivado para inyección de agente farmacológico en cavidad vítreo (67028), 1ra dosis OD, por no tener poder resolutivo en el hospital.

MOTIVO DE CONSULTA: Visión borrosa ojo derecho.

EXAMEN FISICO: 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: Iris pupila discorica con sinequias posteriores OI: Iris ok Al fondo de ojo: OD: Disco 0,3 Mácula cicatrices corioretinales multiples que comprometen polo posterior Periferia ok OI: Disco 0.3 .

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA: Otros trastornos de la retina especificados. Distrofia retiniana hereditaria.

RECOMENDACIÓN: Se sugiere segunda dosis de inyección de agente farmacológico en cavidad vítreo(Bevacizumab) ojo derecho para continuar tratamiento,

Atentamente,

Dra. Zulvy Bedon Lagos
CIRUJANO OFTALMOLOGO
RETINA Y VITREO
REG. 862167188

Dra. Zulvy Bedon Lagos

Cirujano en Vítreo y Retina

Centro Oftalmológico AltaVisión

Guayaquil - Ecuador

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA	COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA
IESS		ALTA VISION		PARROQUIA TARQUI	CANTÓN GYE	PROVINCIA GUAYAS	
APELLIDO PATERNO Anchico	APELLIDO MATERNO Bone	NOMBRES Jose Ruben	SERVICIO	SALA	CAMA	FECHA 19/03/19	HORA
TODA LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES AL PACIENTE SE HARÁ EN EL ÁMBITO DE LA CONFIDENCIALIDAD							
1 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO							
PROPÓSITOS			TERAPIA Y PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS				
RESULTADOS ESPERADOS			RIESGOS DE COMPLICACIONES CLÍNICAS				
NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE		ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO		FIRMA	
2 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL CIRUJANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA							
PROPÓSITOS Disminuir Edema			INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROPUESTAS Inyección de agente farmacológico en el vitreo Bevacizumab, . Ojo Derecho				
RESULTADOS ESPERADOS Preservar visión			RIESGO DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS Asociados al procedimiento				
NOMBRE DEL CIRUJANO Dra. Zulvy Bedon Lagos		ESPECIALIDAD OFTALMOLOGO	TELÉFONO 2286080	CÓDIGO 862187188		FIRMA Dra. Zulvy Bedon Lagos CIRUJANO OFTALMOLOGO RETINA Y VITREO R.C.O. 802187188	
3 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIÓLOGO SOBRE LA ANESTESIA							
PROPÓSITOS ANALGESIA+ANESTESIA			ANESTESIA PROPUESTA REGIONAL				
RESULTADOS ESPERADOS SATISFACTORIO			RIESGOS DE COMPLICACIONES ANESTÉSICAS MODERADO				
NOMBRE DEL ANESTESIÓLOGO DR. JAVIER RODRIGUEZ		ESPECIALIDAD ANESTESIOLOGO	TELÉFONO 2286080	CÓDIGO 01694183		FIRMA Dr. Javier Rodriguez ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA C I 1757374796 M S P 066991759	
4 CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE							
FIRMAS DEL PACIENTE							
<input type="checkbox"/> A EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO SATISFACTORIAMENTE ACERCA DE LOS MOTIVOS Y PROPÓSITOS DEL TRATAMIENTO PLANIFICADO PARA MI ENFERMEDAD	<i>Tori Mulio</i>						
<input type="checkbox"/> B EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA EXPLICADO ADECUADAMENTE LAS ACTIVIDADES ESENCIALES QUE SE REALIZARÁN DURANTE EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD	<i>Tori Mulio</i>						
<input type="checkbox"/> C CONSENTO A QUE SE REALICEN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS NECESARIOS PARA MI ENFERMEDAD	<i>Tori Mulio</i>						
<input type="checkbox"/> D CONSENTO A QUE ME ADMINISTREN LA ANESTESIA PROPUESTA	<i>Tori Mulio</i>						
<input type="checkbox"/> E HE ENTENDIDO BIEN QUE EXISTE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LOS MEDIOS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO, PERO NO ACERCA DE LOS RESULTADOS							
<input type="checkbox"/> F HE COMPRENDIDO PLENAMENTE LOS BENEFICIOS Y LOS RIESGOS DE COMPLICACIONES DERIVADAS DEL TRATAMIENTO							
<input type="checkbox"/> 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)							
<input type="checkbox"/> H HE COMPRENDIDO QUE TENGO EL DERECHO DE ANULAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MOMENTO QUE YO LO CONSIDERE NECESARIO.							
DECLARO QUE HE ENTREGADO AL PROFESIONAL TRATANTE INFORMACIÓN COMPLETA Y FIDEDIGNA SOBRE LOS ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DE MI ESTADO DE SALUD. ESTOY 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 0803126788
			PARROQUIA TARQUI	CANTÓN GUAYAQUIL	PROVINCIA GUAYAS	

APELLIDO PATERNO Anchico	APELLIDO MATERNO Bone	NOMBRES Jose Ruben	SERVICIO	SALA	CAMA	FECHA 19/3/19	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 Jose Ruben Anchico Bone	TELÉFONO 0980627413	CÉDULA DE CIUDADANIA 0803126788	FIRMA <i>Tori Andino</i>
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O TESTIGO PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANIA	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 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
Anchico	Bone		Jose		0803126788
SERVICIO		SALA		CAMA No.	
CIRUGIA		SALA DE OFTALMOLOGIA			
DIAGNOSTICO			OPERACION		
PRE-OPERATORIO:			POYECTADA:		
Degeneración de mácula y polo posterior Ojo Derecho			Inyección de agente farmacológico en el vítreo Bevacizumab + Ojo Derecho		
POST-OPERATORIO:			ELECTIVA	EMERGENCIA	PALEATIVA
			REALIZADA:	67028/68200/	
Degeneración de mácula y polo posterior Ojo Derecho			Inyección de agente farmacológico en el vítreo Bevacizumab + Ojo Derecho		
EQUIPO QUIRURGICO					
CIRUJANO 1:	Dra. Zulvy Bedon Lagos		INSTRUMENTISTA:		
CIRUJANO 2:			CIRCULANTE:	Kelly Mora	
PRIMER AYUDANTE:			ANESTESIOLOGO:	Dr. Javier Rodriguez	
SEGUNDO AYUDANTE:			AYUDANTE:		
FECHA DE OPERACION		HORA DE INICIO	HORA DE TERMINACION		TIPO DE ANESTESIA
DIA	MES		AÑO	11:30	12:00
DIÉRESIS: Punción a nivel de pars plana,					
EXPOSICIÓN: Cavidad Vítreo,					
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 INSTILACIÓN DE SOLUCION OFTALMICA DE TOBRAMICINA Y DEXAMETASONA AL 0.3% INYECCION DE XILOCAINA SUBCONJUNTIVAL INYECCION INTRAVITREA DE 0.05ML DE BEVACIZUMAB A 4 MM DEL LIMBO EN EL CUADRANTE INFERO TEMPORAL CON AGUJA DE 30 GAUGE CON ISOPO ESTERIL SE CONFIRMA HERMITICIDAD DE LA PUNCIÓN SE CONFIRMA QUE EL TONO ESTE POR DEBAJO DE 25 mmHg INSTILACION DE TOBRAMICINA Y DEXAMETASONA AL 0.3% RETIRO DE BLEFARO					

SINTESIS

COMPLICACIONES DEL ACTO OPERATORIO

NINGUNA

EXAMEN HISTOPATOLOGICO

SI NO X

HISTOPATOLOGICO DIAGNOSTICO

DICTADA POR:	Dra. Zulvy Bedon Lagos		
FECHA DEL DICTADO:			
DIA	MES	AÑO	
19	03	2019	
ESCRITA POR:	Michaela Palm		

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

Dra. Zulvy Bedon Lagos

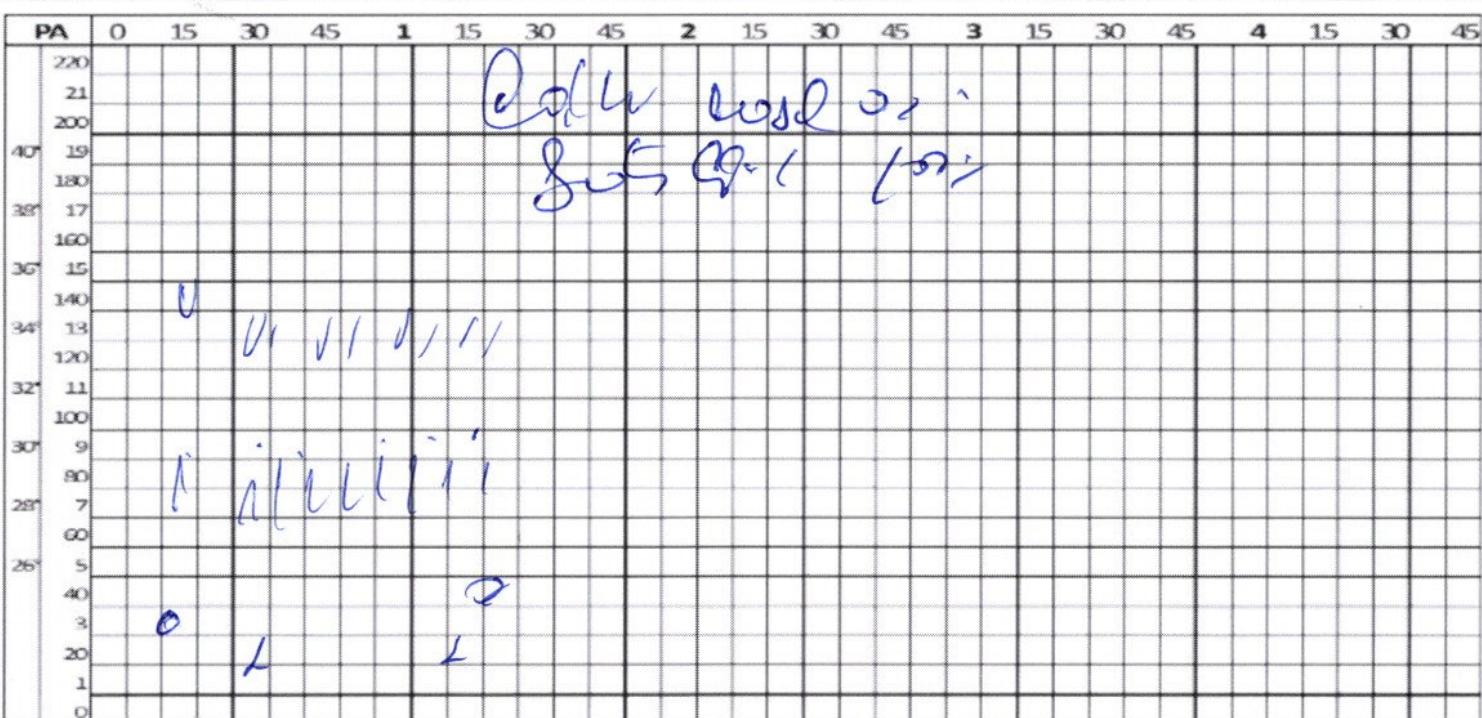
RECORD DE ANESTESIA

HC: 0803126788

ALTA
VISION

Apellido Paterno:	Anchico	Materno:	Bone	Nombre:	Jose
Fecha:	19/3/19	Edad:	33	Sexo:	Masculino
Diagnóstico Preoperatorio:	Pelvianos → D				
Diagnóstico Postoperatorio:	Pelvianos D				
Operación Propuesta:	Eleva & fija D				
Operación realizada:	Fujo & fija D				
Médico Cirujano:	Dra. Zulvy Bedon Lagos	2do. Cirujano:		Circulante:	Kelly Mora
Anestesiólogo:	Dr. Javier Rodriguez	Instrumentista:	Dr. Jorge Luis de Vera		

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



Líquidos: Solución Salina	1000 ml		
Posición Pcte.:			
Ag. Inhalado: O2			
Saturación Oxígeno: 100%			
1. Midazolam 2mg	6	11	Duración Anestesia
2. Fentanilo 25 mcg	7	12	Hrs. Min.
3. Xilocalina s/ep 20 mg	8	13	Duración Operación
4. Bupivacaína 0.5% s/ep 16mg	9	14	Hrs. Min.
5	10	15	

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	
Tópicas		Ninguna Complicación	
Técnicas	Supervisada por:	Otros:	
Cáñula de oxígeno	Hora:	Monitoreo Especial-Comentarios	

30 JUN
Firma del Anestesiólogo:
Dr. Javier Rodriguez
ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA
C.I. 1757374796
M.S.P. 066991759

Celia &
F. ver

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M-F)	Nº HOJA	Nº HISTORIA CLINICA
ALTAVISION	Jose Ruben	Anchico Bone	M		0803126788

1 EVOLUCION			2 PRESCRIPCIONES	FIRMAR AL PIE DE CADA PRESCRIPCION
FECHA (DIA/MES/AÑO)	HORA	NOTAS DE EVOLUCION	FARMACOTERAPIA E INDICACIONES (PARA ENFERMERIA Y OTRO PERSONAL)	ADMINISTR. FARMACOS INSUM
19/03/2019	12:00	POSTOPERATORIO QUE INGRESA A LA SALA DE RECUPERACION POSTERIOR A INYECCIÓN DE AGENTE FARMACOLÓGICO EN EL VÍTREO BEVACIZUMAB, OJO DERECHO AL MOMENTO PACIENTE AFEBRIL, HIDRATADO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE CON PARCHE OCULAR.	MEDIDAS GENERALES CONTROL DE SIGNOS VITALES CUIDADOS DE ENFERMERIA TERMINAR VIA PERIFERICA Y RETIRAR <i>Dra. Zulvy Bedon Lagos CIRUJANO OFTALMOLOGO CINTINA VITREO N° 187188</i>	

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA			UNIDAD OPERATIVA				COD.			COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA
IESS			ALTA VISION							PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	
							TARQUI			GYE	GUAYAS		0803126788
APELLIDO PATERNO		APELLO MATERNO			PRIMER NOMBRE				SEGUNDO NOMBRE			CÉDULA DE CIUDADANÍA	
Anchico		Bone			Jose				Ruben			0803126788	
FECHA DE REFERENCIA	HORA	EDAD	GENERO		ESTADO CIVIL		INSTRUCCIÓN	EMPRESA DONDE TRABAJA			SEGURO DE SALUD		
19/03/2019		32	X	X	SOL	CAS	DIV	VIU	U-L	BASICA			
ESTABLECIMIENTO AL QUE SE ENVÍA LA CONTRAREFERENCIA		Hospital Machala-El Oro				SERVICIO QUE CONTRAREFIERE							

1 RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente masculino de 32 años de edad, con diagnóstico de otros trastornos de la retina especificados + distrofia retiniana hereditaria, derivado para inyección de agente farmacológico en cavidad vitrea (67028), 1ra dosis OD, por no tener poder resolutivo en el hospital.

2 HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

3 TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

Inyección de agente farmacológico en cavidad vitrea(Bevacizumab) ojo derecho 1era dosis

4 DIAGNÓSTICOS

PRE= PRESUNTIVO
DEF=DEFINITIVO

CIE PRE DEF

CIE PRE DEF

1	Otros trastornos de la retina especificados	H35.8	X	4				
2	Distrofia retiniana hereditaria	H35.5		5				
3				6				

5 PLAN DE TRATAMIENTO RECOMENDADO

Se sugiere Inyección de agente farmacológico en cavidad vitrea(Bevacizumab) ojo derecho 2da dosis

Dra. Zulvy Bedon Lagos
CIRUJANO DE OFTALMOLOGO
RETRATO VITREO
REG. 02187188

SALA		CAMA		PROFESIONAL	Dra. Zulvy Bedon Lagos	86218718	FIRMA	
------	--	------	--	-------------	------------------------	----------	-------	--



**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 GRASPPING	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:				Sub-Total	39549,68
Efectivo		Tarjeta de Crédito			
Dinero Electrónico		Otros	X	Base Imp. Tarifa 0%	39549,68
Son: TREINTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS CUARENTA Y NUEVE 68/100 DOLARES				Base Imp. Tarifa 12%	0,00
FAVOR REALIZAR PAGO A CUENTA DE AHORRO # 4901635600 DEL BANCO PICHINCHA A NOMBRE DE SANDRA CACERES LASCANO O GIRAR CHEQUE CRUZADO	ENTREGUE CONFORME LA MERCADERIA DETALLADA ESTRIBUDORA DE INSUMOS EQUIPOS "S" <i>Sandra Lorena Caceres Lascano</i> FIRMA AUTORIZADA	RECIBI CONFORME LA MERCADERIA DETALLADA <i>Sandra Lorena Caceres Lascano</i> FIRMA RECIBIDA		Importe IVA 12%	
				TOTAL USD \$	39549,68