



# ALTAVISION

NOMBRE DEL P	BRIONES NOE EUDOFILO	FECHA DE ING	03/04/2019	FECHA DE EG	03/04/2019
GARANTE	INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL	TIPO	GENERAL	EDAD	62
DIAGNOSTICO	DEGENERACION DE LA MACULA H353	SEXO	M	FECHA NACIM	01/08/1956
CEDULA IDENTI	1308684420	HISTORIA CLIN	1308684420	LIQUIDACION No.	
HONORARIOS MEDICOS					
03/04/2019	92002	SERVICIOS OFTALMOLOGICOS EXAMEN MEDICO	1	\$ 16.50	\$ 16.50
Sub-total Honorarios medicos				\$	16.50
EXAMENES IMAGENES					
Fecha	Codigo	Descripción	Cantidad	Costo por unidad IVA	Total
03/04/2019	76512	Ultrasonido oftálmico, diagnóstico; b scan (con o sin a scan no cuantitativo superimpuesto).	2	\$ 46.06	\$ 92.12
03/04/2019	281032	TOMOGRAFIA CON PRUEBAS PROVOCATIVAS (OCT MACULAR)	1	\$ 129.11	\$ 129.11
Sub-total exámenes de imagen				\$	221.23
TOTAL				\$	237.73

Michaela Palm Rodriguez  
Coordinadora de Facturación

**Michaela Palm R.**  
**0910419183**  
COORDINADORA DE FACTURACION



 <b>INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL</b> Ministerio de Salud Pública		<b>HOSPITAL GENERAL QUEVEDO</b> 									
<b>FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA (053)</b>											
<b>I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA</b>											
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		FECHA DE NACIMIENTO		EDAD		SEXO	
BRIONES				NOE EUDOFILO		1 8 1956		62		H	
						DIA MES AÑO		d-m-a		h/m	
Nacionalidad		País		Cédula de Ciudadanía o Pasaporte		Lugar de residencia actual		Dirección Domicilio			
ECUATORIANA		ECUADOR		1308684420		COTOPAXI LA MANA LA MANA					
Ver instructivo		Describir País		Cédula de diez dígitos		Provincia Cantón Parroquia		Calle Principal y Secundaria			
Email:		TEL: 0988157049		FECHA DE EMISIÓN DEL 2019							
<b>II. REFERENCIA: 1 DERIVACIÓN: 2</b>											
<b>1. Datos Institucionales</b>											
Entidad del Sistema		Hist. Clínica		Establecimiento de Salud		Tipo		Distrito/Área			
IESS		7155		HOSPITAL GENERAL QUEVEDO		II		12D03-5			
<b>Refiere o Deriva a:</b>											
Entidad del Sistema		Establecimiento de Salud		OFTALMOLOGIA		OFTALMOLOGIA-RETINA					
<b>2. Motivo de Referencia o Derivación:</b>											
Limitación de capacidad resolutoria 1		Saturación de capacidad instalada 4									
Ausencia temporal del personal 2		Otros/Especifique 5									
Falta de profesional 3		FALTA EQUIPOS									
<b>3. Resumen del cuadro clínico</b>											
PACIENTE DE 62 AÑOS EN CONTROL POR PERDIDA BRUSCA DE LA VISION BILATERAL HOY MEJORADO PERO REFIERE MANCHA NEGRA EN EL CENTRO DE CAMPO VISUAL DEL OI											
<b>4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos</b>											
AVSC 20/100 OD Y 20/140 OI CON AMSLER + DEL OI											
SA DILATADO OPACIDAD CORTICAL DEL CRISTALINO DEL OI Y ABUNDANTE BANDAS VITREAS											
FO PAPILAS DE BORDES DEFINIDOS IMPRESIONA VASOS EN MACULA DEL OI Y MICROANEURISMA											
<b>5. Diagnóstico</b>											
DEGENERACION MACULAR		H353		PRE		DEF					
DEFECTO DEL CAMPO VISUAL		H534				X					
CATARATA PRESENIL		H260				X					
<b>6. Exámenes /procedimientos solicitados:</b>											
INTERCONSULTA EN SERVICIO DE RETINA				Código Tarifario							
Nombre:				Código MSP:							
TANIA RODRIGUEZ				1756846174							
Firma Director Médico				Firma Médico Verificador							
Firma Dra. Tania Rodríguez Rodríguez				Firma Dra. Ornella Alvarado Chiguito							
Esp. en Oftalmología				Medico Verificador							
Nº Registro 1756846174				HOSPITAL GENERAL QUEVEDO							
CONTRAREFERENCIA: 3 ( )				REFERENCIA INVERSA: 4 ( )							
<b>7. Datos Institucionales</b>											
Entidad del Sistema		Historia Clínica		Establecimiento de Salud		Tipo		Servicio		Especialidad del Servicio	
<b>8. CONTRAREFERENCIA: 3 ( )</b>				<b>REFERENCIA INVERSA: 4 ( )</b>							
Entidad del Sistema		Establecimiento de Salud		Tipo		Distrito / Área		Día		Mes Año	
						ALTA VISION					
<b>Resumen del Cuadro Clínico</b>											
<b>Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos</b>											
<b>Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados</b>											
<b>Diagnóstico</b>											
CIE-10				CIE-10							
Tratamiento recomendado a seguir en el Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad											
Nombre del profesional especialista:				Código MSP:							
Firma:											

COORDINACIÓN PROVINCIAL DE PRESTACIÓN DEL SEGURO DE SALUD GUAYAS

22 FEB 2019  
Dra. Ornella Alvarado Chiguito  
AUTORIZADO  
MÉDICO DERIVADOR

CPS56-22-02-2019-RPC-OLACH-00

Se autoriza laborar por especialidad



# ACTA DE ENTREGA RECEPCION DE SERVICIOS



PRESTADOR	ALTA VISION
PERSONA DE CONTACTO	LUCRECIA SAA
TELEFONO: 2286080	E-MAIL: visilas@hotmail.com
MES Y AÑO DE PRESTACION <i>abril 2019</i>	CODIGO CIE 10 <i>H353</i>
NUMERO DE HISTORIA CLINICA: 1308684420	
SERVICIO ENTREGADO	AMBULATORIO

## OBSERVACIONES:

### ACUSE ENTREGA DEL SERVICIO

1. Como prestador de la RPIS, conozco el cumplimiento obligatorio del TPSNS y sus procedimientos que están regulados en la normativa legal vigente.
2. 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.  
 RUC.: 0992422440001  
 LUCRECIA SAA ESTEVES  
 C.I. 0912481595  
 FIRMA AUTORIZADA

### ACUSE ENTREGA DEL SERVICIO

Guayaquil, a los *3* días del mes de *abril* Del año *2019*

Yo Noe Briones con C.I. 1308684420 certifico haber recibido conforme los servicios de forma gratuita, correspondiente a:

Exámenes Oftalmológicos diagnósticos	<input checked="" type="checkbox"/>
Consultas Oftalmológicas	<input checked="" type="checkbox"/>
Tratamientos Clínicos	<input type="checkbox"/>
Tratamientos Quirúrgicos	<input type="checkbox"/>
Insumos y medicamentos	<input type="checkbox"/>

En Alta Visión desde *3/04* del 2019, hasta el *3/04* 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 RECEPTADA 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.

Vision Laser S. A. Visilas  
 RUC.: 0992422440001

*Lucrecia Saa*  
 LUCRECIA SAA ESTEVES  
 C.I. 0912481595  
 FIRMA AUTORIZADA

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

Ingrese los datos solicitados

Número de documento de Identificación:

1308684420

Fecha de Cobertura de Seguro de Salud:

03-04-2019



Consultar

BRIONES NOE EUDOFILO

Fecha de consulta: 03-04-2019 08:27

Fecha Nacimiento: 01/08/1956

Edad: 62

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.iesgob.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: \*

1308684420

Ingrese el valor mostrado en la imagen:

pN3uyS

F95ymy

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

 **REPÚBLICA DEL ECUADOR**  
DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO CIVIL,  
IDENTIFICACIÓN Y CEDULACIÓN



CÉDULA DE  
**CIUDADANÍA\*ANF** No. **130888442-0**  
APELLIDOS Y NOMBRES  
**BRIONES  
NOE EUDOFILO**  
LUGAR DE NACIMIENTO  
**MANABI  
JUNIN  
JUNIN**  
FECHA DE NACIMIENTO **1956-08-01**  
NACIONALIDAD **ECUATORIANA**  
SEXO **M**  
ESTADO CIVIL **Casado**  
**TERESA DEL C  
BRAVO CHOEZ**



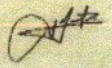


INSTRUCCIÓN **NINGUNA** PROFESIÓN / OCUPACIÓN **JORNALERO** **V3343V2222**


APELLIDOS Y NOMBRES DEL PADRE  
\*\*\*\*\*  
APELLIDOS Y NOMBRES DE LA MADRE  
**BRIONES ROSARIO**


LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN  
**LA MANA  
2011-12-16**

FECHA DE EXPIRACIÓN  
**2021-12-16**



**NO FIRMA**  
LA FIRMA DEL TITULAR





**09/11/2017**



## Aportaciones



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

**DIRECTOR NACIONAL DE AFILIACIÓN Y COBERTURA**

# Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

## Aportaciones

2019	2	30	394.00	A	81.16	06	Cancelada	2019-03-14	0000000113950906	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

Afiliado: 1308684420 BRIONES NOE EUDOFILO

Carlos Ernesto Torres  
DIRECTOR NACIONAL DE AFILIACIÓN Y COBERTURA



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

20 de marzo de 2019

Página 15 de 15





## 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 03 de Abril del 2019 atendí a Briones Noe Eudofilo Paciente masculino de 62 años de edad, con diagnóstico de degeneración macular + defecto del campo visual + catarata presenil, autorizado para Interconsulta, por no tener poder resolutivo en el hospital.

**MOTIVO DE CONSULTA:** Disminución de agudeza visual en ambos ojos.

**EXAMEN FISICO:** AVSC OD: 20/400OI: 20/400 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: Conjuntiva Pterigion grado II Cámara Anterior vh4 Cristalino NO2CO2 OI: Conjuntiva Pterigion grado II Cámara Anterior vh4 Cristalino NO2CO2 Al fondo de ojo: OD: Copa 0.3 Mácula alteraciones focales del epitelio pigmentario retinal Vasos adelgazados Periferia seobservan adelgazamiento retinal periférico OI: Copa 0.3 Mácula alteraciones focales del epitelio pigmentario retinal Vasos adelgazados .

**IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:** Degeneración de mácula y polo posterior. Defectos del campo visual. catarata infantil y juvenil.

**RECOMENDACIÓN:** Eco Modo B, para decidir conducta. Se sugiere remoción de catarata+implantación de lente intraocular ojo en ambos ojos,

Atentamente,

*Dr. Mario Pólit Macías*  
CIRUJANO OFTALMOLOGO  
REG. MED. 5547  
LIBRO 842 FOLIO 042

**Dr. Mario Pólit Macías**

**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	CANTÓN	PROVINCIA			
						TARQUI	GYE	GUAYAS	1308684420		
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		CÉDULA DE CIUDADANÍA			
Briones				Noe		Eudofilo		1308684420			
FECHA DE REFERENCIA	HORA	EDAD	GÉNERO		ESTADO CIVIL				INSTRUCCIÓN	EMPRESA DONDE TRABAJA	SEGURO DE SALUD
			M	F	SOL	CAS	DIV	VIU	U-L	ULTIMO AÑO APROBADO	
03/04/2019		63	X			X				NINGUNO	General

ESTABLECIMIENTO AL QUE SE ENVÍA LA CONTRARREFERENCIA	ALTAVISION	SERVICIO QUE CONTRAREFIERE	OFTALMOLOGIA				
--	------------	----------------------------	--------------	--	--	--	--

1 ESTUDIO SOLICITADO												
R-X CONVENCIONAL	<input type="checkbox"/>	TOMOGRFIA	<input type="checkbox"/>	RESONANCIA	<input type="checkbox"/>	ECOGRAFIA	<input type="checkbox"/>	PROCEDIMIENTO	<input type="checkbox"/>	OTROS	<input checked="" type="checkbox"/>	
DESCRIPCION:												
Ecografía Ocular por ultrasonografía B Scan (76512)												
Tomografía con pruebas provocativas OCT Macular (281032)												
PUEDE MOVILIZARSE	<input checked="" type="checkbox"/>	PUEDE RETIRARSE VENDAS, APOSITOS Y OTROS			<input type="checkbox"/>	EL MEDICO ESTARA PRESENTE			<input type="checkbox"/>	TOMA DE RADIOGRAFIA EN LA CAMA		<input type="checkbox"/>

2 MOTIVO DE SOLICITUD	
SE SOLICITA EXAMENES PARA CONTINUAR TRATAMIENTO	

3 RESUMEN CLINICO	
OD: 20/400, OI: 20/400, 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: Conjuntiva Pterigion grado II, Cámara Anterior vh4, Cristalino NO2CO2, OI: Conjuntiva Pterigion grado II, Cámara Anterior vh4, Cristalino NO2CO2, Al fondo de ojo: OD: Copa 0.3, Mácula alteraciones focales del epitelio pigmentario retinal, Vasos adelgazados, Periferia seobservan adelgazamiento retinal periférico, OI: Copa 0.3, Mácula alteraciones focales del epitelio pigmentario retinal, Vasos adelgazados,	

4 DIAGNÓSTICOS		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1	Degeneración de mácula y polo posterior.		H35.3.		X 4			
2	Defectos del campo visual.		H53.4.		X 5			
3	catarata infantil y juvenil.		H26.0.		X 6			

SALA		CAMA		PROFESIONAL	Dr. Mario Pólit Macías	5547	FIRMA	Dr. Mario Pólit Macías OFTALMOLOGO REG. MED. 5547 LIBRO 042 FOLIO 042
------	--	------	--	-------------	------------------------	------	-------	--





## 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, 03 de Abril del 2019

Paciente: Noe Briones

## Informe de Eco Modo B

Se realizó examen de Ecografía Modo B con equipo ALCON UltraScan.

**OD** Cavidad vítrea libre, retina aplicada

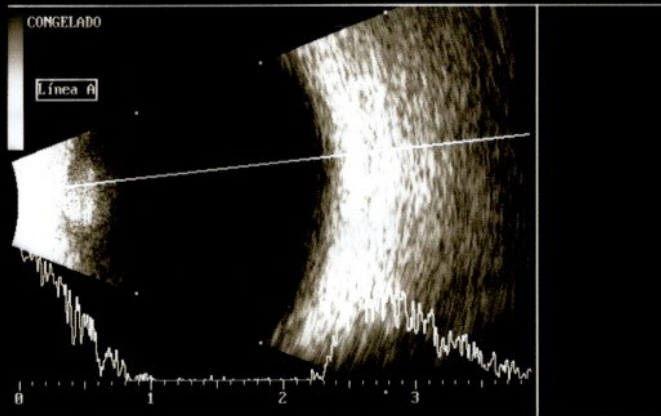
**OI** Cavidad vítrea libre, retina aplicada

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

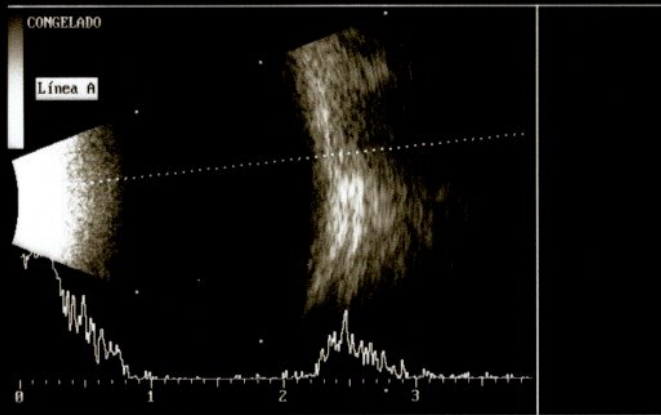
**Dr. Mario Pólit**  
Cirujano Oftalmólogo  
Centro ALTAVISION

JDV

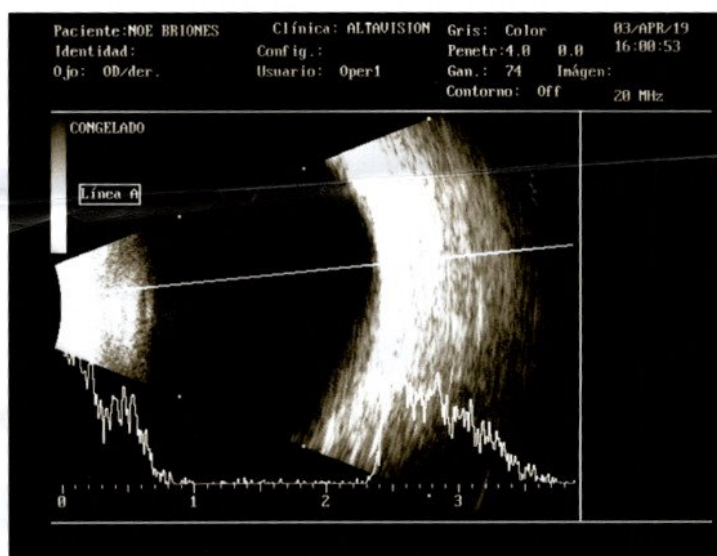
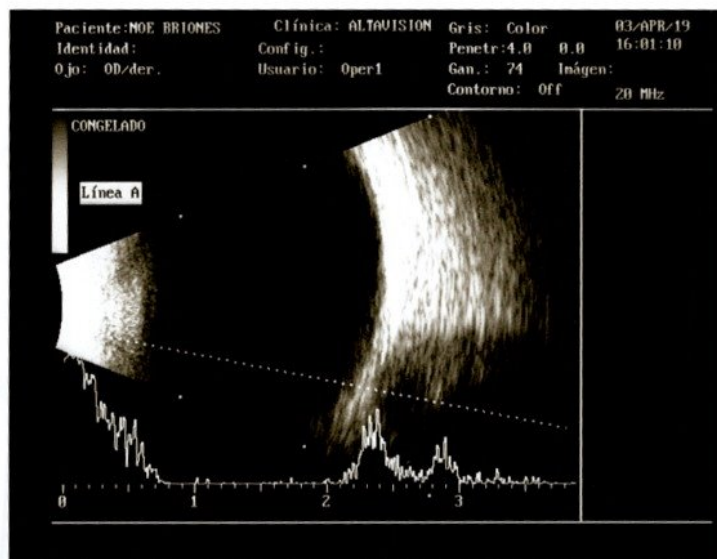
Paciente: MOE BRIONES      Clínica: ALTA VISION      Gris: Color      03/04/19  
Identidad:      Config.:      Penetr: 4.0      0.0      16:02:17  
Ojo: OS/izq.      Usuario: Oper1      Gan.: 74      Imagen:  
Contorno: Off      20 MHz



Paciente: MOE BRIONES      Clínica: ALTA VISION      Gris: Color      03/04/19  
Identidad:      Config.:      Penetr: 4.0      0.0      16:02:05  
Ojo: OS/izq.      Usuario: Oper1      Gan.: 74      Imagen:  
Contorno: Off      20 MHz









## 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, 03 de Abril del 2019

Paciente: Noe Briones

## Informe de OCT Macular

Se realizó tomografía de coherencia óptica del área macular con equipo:

HEIDELBERG ENGINEERING modelo SPECTRALIS

### Grosor Foveal

OD No datos

OI No datos

### Informe

OD Opacidad de medios

OI Opacidad de medios

Dr. Mario Pólit  
CIRUJANO OFTALMÓLOGO  
REG. MED. 547  
LIBRO 042 FOLIO 042  
**Dr. Mario Pólit**  
Cirujano Oftalmólogo  
Centro ALTAVISION

GE



# ALTAVISION OFTALMOLOGIA POLIT

Patient: Briones , Noe

Physician:

Operator:

Disease:

Gender: Male

ID:

Exam Date:

DOB(age): 01/10/1956 (62)

Ethnicity: Hispanic

Algorithm Ver: Ai2016, 2, 0, 18

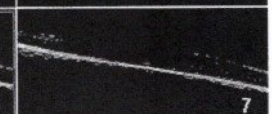
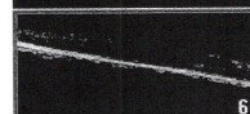
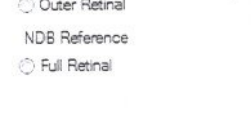
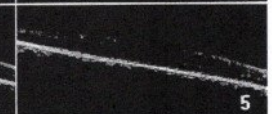
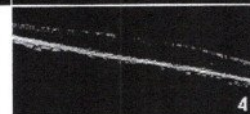
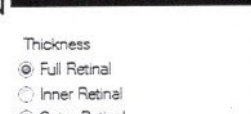
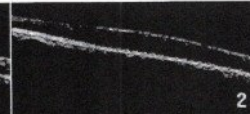
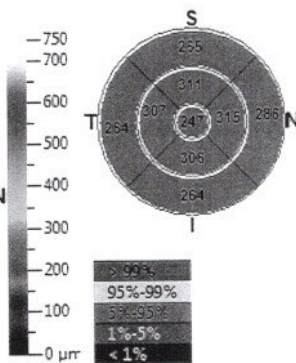
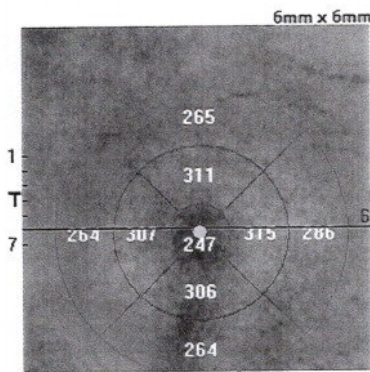
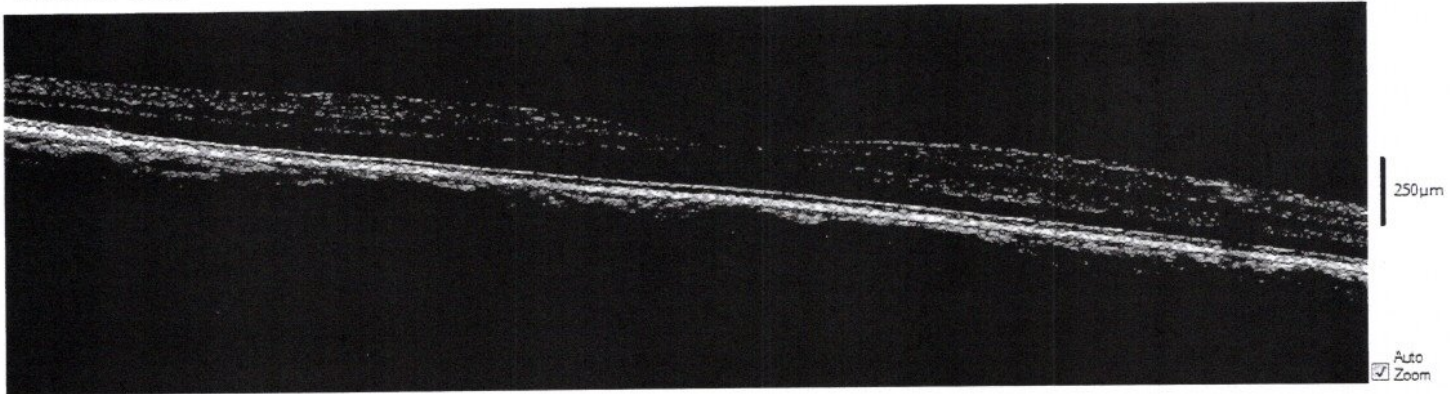
## Retina Map

Scan Quality Index

Good 51

☐ View Reproducibility

Right / OD



Report Date: Wednesday 27/03/2019 14:48:18

Software Version: 2016.2.0.18

Comment:

Signature:

Defining the OCT Revolution

optovue

# ALTAVISION OFTALMOLOGIA POLIT

Patient: Briones , Noe

Physician:

Operator:

Disease:

Gender: Male

ID:

Exam Date: 27/03/2019

DOB(age): 01/10/1956 (62)

Ethnicity: Hispanic

Algorithm Ver: Ai2016, 2, 0, 18

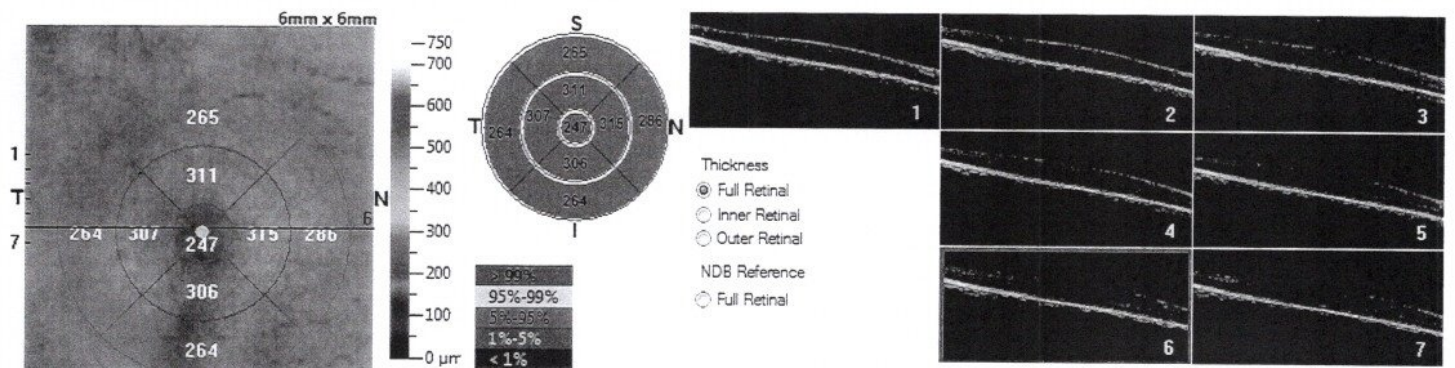
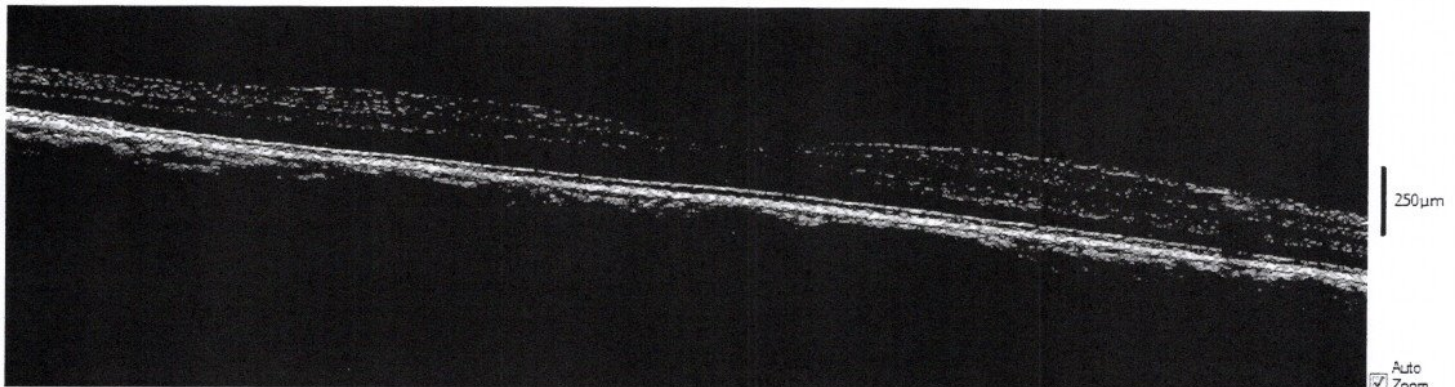
## Retina Map

Scan Quality Index

Good 57

☐ View Reproducibility

Right / OD



Report Date: Wednesday 27/03/2019 14:49:53

Software Version: 2016.2.0.18

Comment:

Signature:

Defining the OCT Revolution

optovue



INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		COD. UO		COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA	
IESS		ALTA VISION				PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA		
						TARQUI	GYE	GUAYAS	1308684420	
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			CÉDULA DE CIUDADANÍA	
Briones				Noe		Eudofilo			1308684420	
FECHA DE REFERENCIA	HORA	EDAD	GENERO M F	ESTADO CIVIL SOL CAS DIV VIU U-L		INSTRUCCIÓN ULTIMO AÑO APROBADO		EMPRESA DONDE TRABAJA		SEGURO DE SALUD
30/04/2019		63	X	X		NINGUNO				General

ESTABLECIMIENTO AL QUE SE ENVÍA LA CONTRAREFERENCIA	HOSPITAL GENERAL QUEVEDO	SERVICIO QUE CONTRAREFIERE	OFTALMOLOGIA			
---	--------------------------	----------------------------	--------------	--	--	--

<b>1 RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO</b>
Paciente masculino de 62 años de edad, con diagnóstico de degeneración macular + defecto del campo visual + catarata presenil, autorizado para Interconsulta, por no tener poder resolutorio en el hospital.

<b>2 HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS</b>
OD: 20/400, OI: 20/400, 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: Conjuntiva Pterigion grado II, Cámara Anterior vh4, Cristalino NO2CO2, OI: Conjuntiva Pterigion grado II, Cámara Anterior vh4, Cristalino NO2CO2, Al fondo de ojo: OD: Copa 0.3, Mácula alteraciones focales del epitelio pigmentario retinal, Vasos adelgazados, Periferia se observan adelgazamiento retinal periférico, OI: Copa 0.3, Mácula alteraciones focales del epitelio pigmentario retinal, Vasos adelgazados,
Eco Modo B OD: Cavidad vítrea libre, retina aplicada OI: Cavidad vítrea libre, retina aplicada
OCT Macular OD: No datos OI: No datos OD: Opacidad de medios OI: Opacidad de medios

<b>3 TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS</b>

4 DIAGNÓSTICOS	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1 Degeneración de mácula y polo posterior.		H35.3.	X	4			
2 Defectos del campo visual.		H53.4.	X	5			
3 catarata infantil y juvenil.		H26.0.	X	6			

<b>5 PLAN DE TRATAMIENTO RECOMENDADO</b>
Se sugiere remoción de catarata+implante de lente intraocular en ambos ojos

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

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