

ALTAVISION

NOMBRE DEL P	ALBAN QUIIJE JAVIER NAPOLEON	FECHA DE ING	14/03/2019	FECHA DE EG	14/03/2019
GARANTE	INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL	TIPO	GENERAL	EDAD	39
DIAGNOSTICO	OTROS TRASTORNOS DE RETINA H35	SEXO	M	FECHA NACIM	05/09/1979
CEDULA IDENTI	0919763078	HISTORIA CLIN	0919763078	LIQUIDACION No.	
HONORARIOS MEDICOS					
14/03/2019	92002	SERVICIOS OFTALMOLOGICOS EXAMEN MEDICO	1	\$ 16.50	\$ 16.50
				Sub-total Honorarios medicos	\$ 16.50
				TOTAL	\$ 16.50

Michaela Palm Rodríguez
Coordinadora de Facturación

Michaela Palm R.

0910419183

COORDINADORA DE FACTURACION

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

0989895880

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA (053)

0981047829

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA (053)

APellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de nacimiento			Edad	Sexo
ALBAN	QUIJJE	JAVIER NAPOLEON	05	09	1979	39	H
			DIA	MES	AÑO		h/m

Nacionalidad	País	Cédula de Ciudadanía ó Pasaporte	Lugar de residencia actual			Dirección Domicilio	
ECUATORIANO	ECUADOR	0919763078	GUAYAS	GUAYAQUIL	SANCIA MORENO	DOMINGO SABIA Y TUNGURAHUA, GUAYAQUIL	
Ver instructivo	Describir País	Cédula de diez dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	

Email: NO TIENE

N° telefono : 0989895880

Fecha: 13/2/19

II. REFERENCIA : 1 ☒ DERIVACIÓN: 2 ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	Hist. Clínica	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área
IESS	H.BASICO ANCON	HOSPITAL BASICO ANCON	HB	ZONA 5 D01

Refiere o Deriva a:

IESS	1426791	C.EXTERNA	OFTALMOLOGIA /RETINA
Entidad del Sistema	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad

2. Motivo de la Referencia o Derivación:

Limitada capacidad resolutive	1	<input checked="" type="checkbox"/>	Saturación de capacidad instalada	4	<input type="checkbox"/>
Ausencia temporal del personal	2	<input type="checkbox"/>	Otros/Especifique	5	<input type="checkbox"/>
Falta de profesional	3	<input type="checkbox"/>			

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE MASCULINO OPERADO EN VARIAS OCASIONES DE DR., Y TIENE VISION CASI NULA OI PORFAVOR VALORAR X RETINA PARA DECIDIR CONDUCTA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

MAL RELIEJO ROJO NARNAJA, TO: 40 MMG HG

5. Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS TRASTORNOS DE LA RETINA	H35		X

6. Exámenes /procedimientos solicitados:

EVALUACION, MANEJO Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO INTEGRAL	Código Tarifario
	99202

Nombre: Código MSP: Firma: Firma Director Médico: Médico Verificador:

DRA YAILIN GIL HERNANDEZ

C.I.: H495474

CONTRAFERENCIA: 3 ()

REFERENCIA INVERSA: 4 ()

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	Historia Clínica	Establecimiento de Salud	Tipo	Servicio	Especialidad/Servicio
---------------------	------------------	--------------------------	------	----------	-----------------------

II. CONTRAFERENCIA: 3 ()

REFERENCIA INVERSA: 4 ()

Entidad del Sistema	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito / Área	Día	Mes	Año
---------------------	--------------------------	------	-----------------	-----	-----	-----

2. Resumen del Cuadro Clínico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico CIE-10 PRE DEF

6. Tratamiento recomendado según el establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad

Nombre del profesional especialista: Código MSP: Firma:

25 FEB 2019
Dra. Ornela Alvarado Chiquito
AUTORIZADO
MÉDICO DERIVADOR
ALTA VISION



IESS HOSPITAL DE ANCÓN

ESTABLECIMIENTO SOLICITANTE	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (H-M)	EDAD	No HISTORIA CLINICA
IESS ANCON	JAVIER NAPOLEON	ALBAN QUIJJE	H	39	1426791

1 CARACTERISTICAS DE LA SOLICITUD Y MOTIVO

ESTABLECIMIENTO DE DESTINO	SERVICIO CONSULTADO	OFTALMOLOGIA	SERVICIO QUE SOLICITA	OFTALMOLOGIA/RETINA	SALA	CAMA
NORMAL	<input checked="" type="checkbox"/>	URGENTE	MEDICO INTER CONSULTADO	OFTALMOLOGIA	DESCRIPCION DEL MOTIVO	DESPORENDIMIENTO DE RETINA ????

2 CUADRO CLINICO ACTUAL

PACIENTE MASCULINO QUE REFIERE SE HA OPERADO VARIAS VECES DE RETINA DR. Y CONTINUA CON MALA VISION EN OI., ADEMAS DE TO ELEVADA Y GLAUCOMA SECUNDARIO FAVOR VALORAR X RETINA.

3 RESULTADOS DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

TO : 14 40 MMG HG

4 DIAGNOSTICO

	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1 OTROS TRASTORNOS DE RETINA -		H35		X	4		
					5		
3					6		

5 PLANES TERAPEUTICOS Y EDUCACIONALES REALIZADOS

IESS HOSPITAL DE ANCÓN
Dr. Fernando Guevara Barroeta
DIRECTOR MÉDICO

IESS HOSPITAL DE ANCÓN
Yalim Gil Hernández
OFTALMOLOGA
CU-1002

Dr. Fernando Ramirez
MEDICO GENERAL
D.S. DE 719 No. 2157

FECHA	HORA	800A	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CODIGO	FIRMA	NUMERO DE HOJA
13/02/2019			Dr. Yalim Gil Hernández	H495474		

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 <i>Marzo 2019</i>	CODIGO CIE 10 <i>H35</i>
NUMERO DE HISTORIA CLINICA: 0919763078	
SERVICIO ENTREGADO	AMBULATORIO

OBSERVACIONES:

ACUSE ENTREGA DEL SERVICIO

- Como prestador de la RPIS, conozco el cumplimiento obligatorio del TPSNS y sus procedimientos que están regulados en la normativa legal vigente.
- Además tengo conocimiento el acápite que refiere a la Coordinación de pagos y tarifas que indica textualmente:

"En caso de procedimientos observados que no fueren justificados y produzcan débitos definitivos, la unidad de salud no podrá requerir por ningún motivo el pago al paciente o familiares de los valores objetados". Por lo que me comprometo a entregar la documentación según la norma.

visión Laser S/A. Visilas
RUC: 0992422440001
LUCRECIA SAA ESTEVES
C.I. 0912481595 FIRMA AUTORIZADA

ACUSE ENTREGA DEL SERVICIO

Guayaquil, a los *14* días del mes de *Marzo* Del año *2019*

Yo Javier Alban Quijije con C.I. 0919763078 certifico haber recibido conforme los servicios de forma gratuita, correspondiente a:

Exámenes Oftalmológicos diagnósticos	<input 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 *14/03* del 2019, hasta el *14/03* del 2019


[Firma]
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.


visión Laser S.A. Visilas
RUC: 0992422440001
LUCRECIA SAA ESTEVES
C.I. 0912481595 FIRMA AUTORIZADA


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



Nº 091976307-8

CECULA DE
CIUDADANIA
APELLIDOS Y NOMBRES
ALBAN QUIJIE
JAVIER NAPOLEON
LUGAR DE NACIMIENTO
GUAYAS
GUAYAQUIL
PEDRO CARBO / CONCEPCION
FECHA DE NACIMIENTO 1979-09-05
NACIONALIDAD ECUATORIANA
SEXO M
ESTADO CIVIL SOLTERO





INSTRUCCION BACHILLERATO PROFESION / OCUPACION ESTU DIANTE


E333342222

APELLIDOS Y NOMBRES DEL PADRE
ALBAN JOSE ASDUBRAL


APELLIDOS Y NOMBRES DE LA MADRE
QUIJIE NORMA ISABEL


LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION
GUAYAQUIL
2016-04-11


FECHA DE EXPIRACION
2026-04-11



001210038









Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

Aportaciones

0968606250001

0001

EMPRESA PUBLICA DE ASEO DEL CANTON PLAYAS EMAPLAYAS E.P.

HL

Año	Mes	Días Lab.	Sueldo	Tipo de Planilla	Aporte	Relación de Trabajo o Tipo de seguro	Cod. Bloq	Est. Planilla	Fec. Pago	Comprobante	Estado Pago	Estado Aporte
2018	1	22	334.54	A	68.92	76		Cancelada	2018-02-05	0000000100902847	Pago a tiempo	
2018	2	30	540.40	A	111.32	76		Cancelada	2018-03-05	0000000101878559	Pago a tiempo	
2018	3	30	488.93	A	100.72	76		Cancelada	2018-04-03	0000000102818022	Pago a tiempo	
2018	4	30	488.93	A	100.72	76		Cancelada	2018-05-03	0000000103796752	Pago a tiempo	
2018	5	30	386.00	A	79.52	76		Cancelada	2018-06-04	0000000104760619	Pago a tiempo	
2018	6	30	514.67	A	106.02	76		Cancelada	2018-07-03	0000000105722975	Pago a tiempo	
2018	7	30	488.93	A	100.72	76		Cancelada	2018-08-03	0000000106690125	Pago a tiempo	
2018	8	30	514.67	A	106.02	76		Cancelada	2018-09-03	0000000107664278	Pago a tiempo	
2018	9	30	488.93	A	100.72	76		Cancelada	2018-10-03	0000000108005393	Pago a tiempo	
2018	10	30	514.67	A	106.02	76		Cancelada	2018-11-05	0000000109733966	Pago a tiempo	
2018	11	30	540.40	A	111.32	76		Cancelada	2018-12-03	0000000110768281	Pago a tiempo	
2018	12	30	488.93	A	100.72	76		Cancelada	2019-01-03	0000000111760468	Pago a tiempo	
2019	1	30	561.00	A	121.75	76		Cancelada	2019-02-06	0000000112844335	Pago a tiempo	
2019	2	30	499.07	A	102.81	76		Cancelada	2019-03-06	0000000113856918	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 consulte en esta página, su equipo de cómputo o celular.

Afiliado: 0919763078 ALBAN QUIJIJE JAVIER NAPOLEON

13 de marzo de 2019

Página 1 de 1

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

Ingresa los datos solicitados

Número de documento de Identificación:

0919763078

Fecha de Cobertura de Seguro de Salud:

14-03-2019



Consultar

ALBAN QUIJIJE JAVIER NAPOLEON

Fecha de consulta: 04-04-2019 10:59

Fecha Nacimiento: 05/09/1979

Edad: 39

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.iesg.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: *

0919763078

Ingrese el valor mostrado en la imagen:

UnF6T8

HdSiTD

🔍 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



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 14 de Marzo del 2019 atendí a Alban Quijije Javier Napoleon Paciente masculino de 39 años de edad, con diagnóstico de otros trastornos de la retina, derivado para interconsulta, por no tener poder resolutivo en el hospital.

MOTIVO DE CONSULTA: Sensación de cuerpo extraño en ojo izquierdo hace tres meses.

EXAMEN FISICO: AVSC OD: 20/20OI: NPL PIO OD: 12OI: 22 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 vh4 Cristalino transparente OI: Córnea pigmento endotelial Cámara Anterior vh3 Cristalino afaquia quirúrgica Al fondo de ojo: OD: Copa 0.2 Mácula sin lesiones OI: Disco nervio óptico pálido Mácula silicón en cavidad vítrea con retina redispandida .

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA: Otros trastornos de la retina. Otros estados postquirúrgicos especificados. Desprendimiento de retina y roturas.

RECOMENDACIÓN: Se sugiere observación cada 6 meses en Hospital derivador,

Atentamente,

Dr. Manuel Gárces Palacios
MÉDICO OFTALMOLOGO
RETINA VÍTREO
R.C. PROF. 070230392

Dr. Manuel Gárces Palacios

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	0919763078		
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		CÉDULA DE CIUDADANÍA			
Alban		Quijije		Javier		Napoleon		0919763078			
FECHA DE REFERENCIA	HORA	EDAD	GENERO		ESTADO CIVIL				INSTRUCCIÓN	EMPRESA DONDE TRABAJA	SEGURO DE SALUD
M	F	SOL	CAS	DIV	VIU	U-L	ULTIMO AÑO APROBADO				
14/03/2019		40	X		X				BACHILLER	General	

ESTABLECIMIENTO AL QUE SE ENVÍA LA CONTRAREFERENCIA	Hospital Básico Ancon	SERVICIO QUE CONTRAREFIERE	OFTALMOLOGIA				
---	-----------------------	----------------------------	--------------	--	--	--	--

1 RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
Paciente masculino de 39 años de edad, con diagnóstico de otros trastornos de la retina, derivado para interconsulta, por no tener poder resolutivo en el hospital.

2 HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS
AVSC OD: 20/20, OI: NPL, PIO OD: 12mmHG, OI: 22mmHG, Luego de realizar examen físico oftalmológico y fondo de ojo con oftalmoscopia indirecta con lupa de 20 Dioptrías bajo dilatación con gotas de tropicamida y fenilefrina a la Biomicroscopia se observa: OD: Córnea transparente, Cámara Anterior vh4, Cristalino transparente, OI: Córnea pigmento endotelial, Cámara Anterior vh3, Cristalino afaquia quirúrgica, Al fondo de ojo: OD: Copa 0.2, Mácula sin lesiones, OI: Disco nervio óptico pálido, Mácula silicón en cavidad vítrea con retina redispandida,

3 TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

4 DIAGNÓSTICOS	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1 Otros trastornos de la retina.		H35.		X 4			
2 Otros estados postquirúrgicos especificados.		Z98.8.		X 5			
3 Desprendimiento de retina y roturas.		H33.		X 6			

5 PLAN DE TRATAMIENTO RECOMENDADO
Se sugiere observación cada 6 meses en Hospital derivador

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

Dr. Manuel Gárce Palacios
MEDICO OFTALMOLOGO
RETINA VITREO
REG PROF 070230392