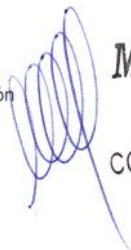


## ALTAVISION

NOMBRE DEL P	BORBOR MURILLO LUIS ENRIQUE	FECHA DE ING	09/04/2019	FECHA DE EG	09/04/2019
GARANTE	INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL	TIPO	JUBILADO	EDAD	69
DIAGNOSTICO	GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO H401	SEXO	M	FECHA NACIM	26/08/1949
CEDULA IDENTI	0903776144	HISTORIA CLIN	0903776144	LIQUIDACION No.	
HONORARIOS MEDICOS					
09/04/2019	92002	SERVICIOS OFTALMOLOGICOS EXAMEN MEDICO	1	\$	16.50
Sub-total Honorarios medicos				\$	16.50
TOTAL				\$	16.50

Michaela Palm Rodriguez  
Coordinadora de Facturación



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



Guayaquil, 19 de Marzo 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 **Borbor Murillo Luis Enrique CON C.I. 0903776144, CON SEGURO IESS Jubilado**, Paciente que necesita: **Servicios Oftalmológicos: Examen medico y evaluación con inicio de un programa de diagnóstico y tratamiento, intermedio, nuevo paciente (92002), Ambos Ojos. Especialista en glaucoma**  
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 PROF 070130392

**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
Borbor	Murillo	Luis Enrique	26	08	1949	69	H
			Día	Mes	Año		H/M
NACIONALIDAD	PAIS	CEDULA O PASAPORTE	LUGAR DE RESIDENCIA			DIRECCION DE DOMICILIO	
ECUATORIANA	ECUADOR	0903776144					
			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	19	03	2019
Entidad del Sistema	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad	Día	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	X
FALTA DEL PROFESIONAL	3		CONTINUAR TRATAMIENTO		

### 3. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

Paciente masculino de 69 años de edad, con diagnóstico de glaucoma + maculopatía, derivado para inyección de agente farmacológico en cavidad vitrea (67028), por no tener poder resolutivo en el hospital.

Al momento paciente presenta Disminución de agudeza visual en ambos ojos

### 4. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

OD: 20/30, OI: 20/60, OD: 14, OI: 14. 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 catarata senil, OI: Córnea transparente, Cámara Anterior vh4, Cristalino catarata senil, Al fondo de ojo: OD: Copa 0.9, Vasos adelgazados, Periferia normal, OI: Vasos adelgazados, Periferia normal.

### 5. DIAGNOSTICO

	CIE- 10	PRE	DEF
Glaucoma de ángulo abierto.	H40.1		X
Degeneración de mácula y polo posterior.	H35.3		X

### 6. EXAMENES / PROCEDIMIENTOS SOLICITADOS

Servicios Oftalmológicos: Examen medico y evaluación con inicio de un programa de diagnóstico y tratamiento, intermedio, nuevo paciente AO Especialista en glaucoma	CODIGO TARIFARIO
	92002

Dr. Manuel Barce's  
NOMBRE

Dr. Manuel Górces Palacios  
COD. MSP. PROF.

Dr. Mario Poma  
CIRUJANO OFTALMOLOGO  
REG. MED. 5347  
LIBRO C DIRECTOR MEDICO

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

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

### 1. DATOS INSTITUCIONALES

III. CONTRAREFERENCIA 3		REFERENCIA INVERSA 4	
ENTIDAD DEL SISTEMA	HIST. CLINICA #	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPO
III. CONTRAREFERENCIA 3		REFERENCIA INVERSA 4	FECHA
			25 MAR 2019
Entidad del Sistema	Establecimiento de Salud	Tipo	Día Mes Año

### 2. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

### 3. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

### 4. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

### 5. DIAGNOSTICO

	CIE- 10	PRE	DEF

### 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 <i>Abril 2019</i>	CODIGO CIE 10 <i>H401</i>
NUMERO DE HISTORIA CLINICA: 0903776144	
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.

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

### ACUSE ENTREGA DEL SERVICIO

Guayaquil, a los *9* días del mes de *abril* Del año *2019*

Yo Luis Borbor Murillo con C.I. 0903776144 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 *9-4* del 2019, hasta el *9-4* del 2019

Firma del Beneficiario

**Observaciones:** Yo..... En mi calidad de ..... y/o representante o acompañante, del paciente  
..... Certifico que el mencionado usuario/paciente recibió el servicio registrado en la presente acta

Firma del Representante o Acompañante

EN MI CALIDAD DE PRESTADOR DE SERVICIOS, CERTIFICO QUE LAS FIRMAS CONSTANTES EN EL PRESENTE DOCUMENTO, CORRESPONDEN A LA FIRMA DEL PACIENTE O SU REPRESENTANTE DE SER EL CASO, MISMA QUE FUE 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

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

Ingresa los datos solicitados

Número de documento de Identificación: 0903776144

Fecha de Cobertura de Seguro de Salud: 09-04-2019



Consultar

BORBOR MURILLO LUIS ENRIQUE

Fecha de consulta: 09-05-2019 15:56

Fecha Nacimiento: 26/08/1949

Edad: 69

Seguro	Tipo de seguro	Mensaje	Registro de Cobertura de Atención de Salud
IESS	Jubilado sistema de pensiones	Jubilado sistema de pensiones	Si registra cobertura
ISSFA	No registra cobertura	CEDULA O PASAPORTE NO REGISTRADO	No registra cobertura
ISSPOL	No registra cobertura. Ciudadano no encontrado	NO	No registra cobertura

\* La información Histórica reflejada corresponde a datos desde Junio 2010

Enlaces Oficiales de consulta de cobertura de salud: IESS (<http://www.iesse.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



Derechos reservados 2014-2016  
Ministerio de Salud Pública del Ecuador

No existen Registros

Número de Documento: \*

Ingrese el valor mostrado en la imagen:

**JyVMoA**



RUC de empresa	Nombre del Financiado	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** N. 090377614-4

**APELLIDOS Y NOMBRES**  
BORBOR MURILLO  
LUIS ENRIQUE

**LUGAR DE NACIMIENTO**  
GUAYAS  
GUAYAQUIL

**PEDRO CARBO CONCEPCION**  
**FECHA DE NACIMIENTO** 1949-08-26  
**NACIONALIDAD** ECUATORIANA  
**SEXO** HOMBRE  
**ESTADO CIVIL** DIVORCIADO

IGM 17 02 768 37

**INSTRUCCIÓN** BÁSICA  
**PROFESIÓN / OCUPACIÓN** JUBILADO

**APELLIDOS Y NOMBRES DEL PADRE**  
BORBOR GONZALEZ EVARISTO

**APELLIDOS Y NOMBRES DE LA MADRE**  
MURILLO BENITES CARMEN ARGENTINA

**LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN**  
GUAYAQUIL  
2017-06-26

**FECHA DE EXPIRACIÓN**  
2027-06-26

V4343V4244

001370477

**EL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL**  
**CREDENCIAL DE:** Jubilación por Vejez

No. Expediente: 9037761

Nombres: BORBOR MURILLO LUIS ENRIQUE

C.I.: 0903776144

Fecha de Derecho: 2013/02/01

**Firma:** *Luis Borbor*  
Beneficiario

Numero Acuerdo: 2013-1612714

Fecha de Acuerdo: 2013/02/14

**SUBDIRECTOR / JEFE / RESPONSABLE DE PENSIONES**

Subdirección: PENSIONES

per = *[Signature]*

22 FEB 2013

Ing. María Antonia Angeles

2013/02/22



## 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 09 de Abril del 2019 atendí a Borbor Murillo Luis Enrique Paciente masculino de 69 años de edad, con diagnóstico de glaucoma, derivado para Interconsulta con especialista en Glaucoma, por no tener poder resolutivo en el hospital.

**MOTIVO DE CONSULTA:** Molestias ambos ojos.

**EXAMEN FISICO:** AVSC OD: 20/30OI: 20/60 PIO OD: 11OI: 12 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: Cristalino nucleoesclerosis ++ Iris iridotomia ok OI: Cristalino nucleoesclerosis ++ Iris iridotomia ok Al fondo de ojo: OD: Disco 0.95 OI: Disco 0.9 .

**IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:** Glaucoma de ángulo abierto. Degeneración de mácula y polo posterior. Glaucoma primario de ángulo cerrado.

**RECOMENDACIÓN:** Mantener Latof y Timolol, controles en hospital derivador ,

Atentamente,

*Dr. Paúl Valarezo M.*  
OFTALMOLOGO - GLAUCOMA  
Libro: (Fondo) 8126 Nº 0109  
Reg. 1308996097

**Dr. Paúl Valarezo M.**

**Cirujano en Glaucoma**

**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	0903776144		
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			CÉDULA DE CIUDADANÍA		
Borbor		Murillo		Luis		Enrique			0903776144		
FECHA DE REFERENCIA	HORA	EDAD	GENERO		ESTADO CIVIL			INSTRUCCIÓN		EMPRESA DONDE TRABAJA	
			M	F	SOL	CAS	DIV	VIU	U-L	ULTIMO AÑO APROBADO	SEGURO DE SALUD
09/04/2019		70	X				X			BASICA	Jubilado

ESTABLECIMIENTO AL QUE SE ENVÍA LA CONTRARREFERENCIA	Hospital IESS	SERVICIO QUE CONTRAREFIERE	OFTALMOLOGIA				
--	---------------	----------------------------	--------------	--	--	--	--

1 RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
Paciente masculino de 69 años de edad, con diagnóstico de glaucoma, derivado para Interconsulta con especialista en Glaucoma, por no tener poder resolutivo en el hospital.

2 HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS
OD: 20/30, OI: 20/60, OD: 11, OI: 12, 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: Cristalino nucleoesclerosis ++ , Iris iridotomia ok , OI: Cristalino nucleoesclerosis ++ , Iris iridotomia ok , Al fondo de ojo: OD: Disco 0.95, OI: Disco 0.9,

3 TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

4 DIAGNÓSTICOS	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1 Glaucoma de ángulo abierto.		H40.1.	X	4			
2 Degeneración de mácula y polo posterior.		H35.3.	X	5			
3 Glaucoma primario de ángulo cerrado.		H40.2.	X	6			

5 PLAN DE TRATAMIENTO RECOMENDADO
Mantener Latof y Timolol. Paciente debe continuar controles periódicos en hospital derivador.

SALA	CAMA	PROFESIONAL	Dr. Paúl Valarezo M.	FIRMA	Dr. Paúl Valarezo M. OFTALMOLOGO - GLAUCOMA Libro 1 Folio 3126 N° 9109 Reg. 1308998097
------	------	-------------	----------------------	-------	---