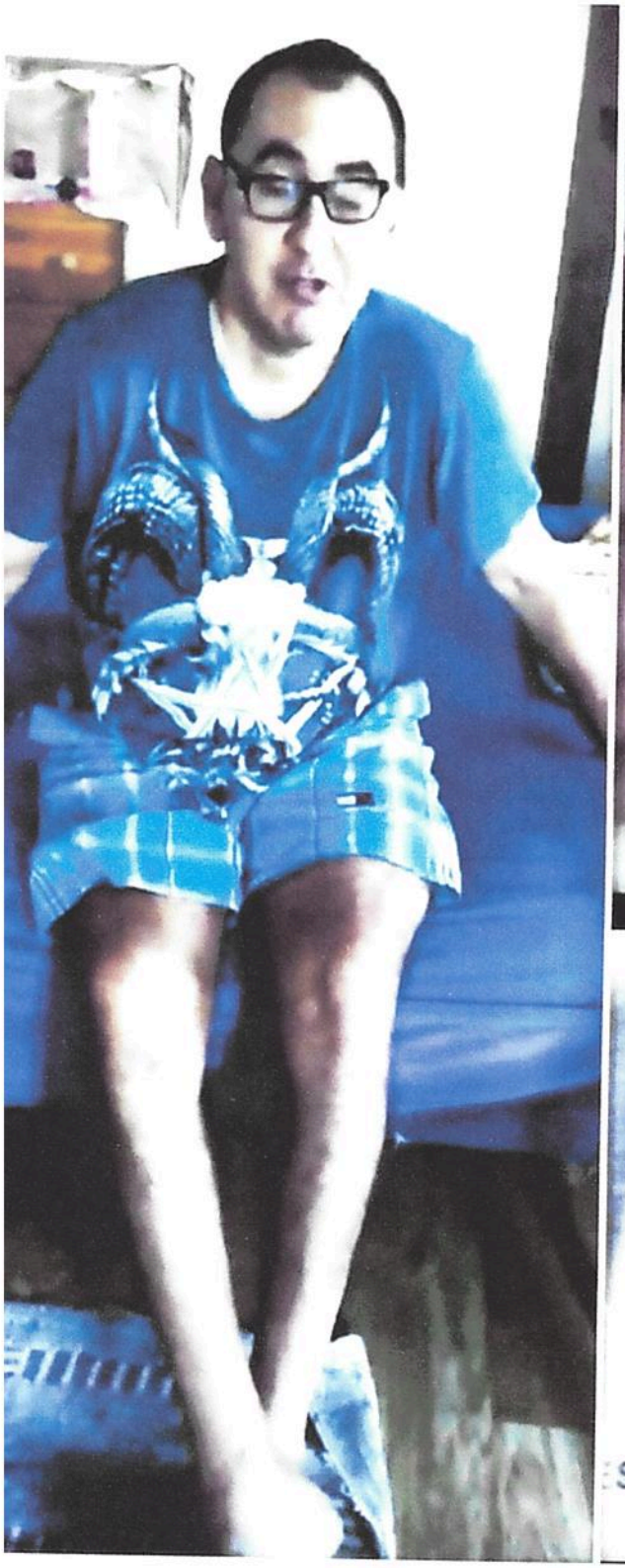


CONSEJO NACIONAL DE DISCAPACIDADES

**CARNÉ DE DISCAPACIDAD**

CONA

OLINGI PLAZA

ROBERTO LUCAS

C.I. No.:
0915571657

CARNE No.:
08 10454

DISCAPACIDAD:
FISICA

PORCENTAJE:
70%

Roberto Olingi P

FIRMA O HUELLA DIGITAL

EL PORTADOR DEL PRESENTE CARNE TIENE ACCESO A LOS DERECHOS CONSAGRADOS EN LA CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR CONVENCION SOBRE DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SU PROTOCOLO FACULTATIVO BENEFICIOS DETERMINADOS EN LA LEY SOBRE DISCAPACIDADES

DIRECCION DOMICILIARIA

SMERALDAS/ESMERALDAS/ESMERALDAS

SMERALDAS LIBRE

PROVINCIA DE CARNETIZACION

ESMERALDAS/ 15/05/2012

08

- OLINGI PLAZA ROBERTO LUCAS, PADECE ESCLEROSIS MULTIPLE

(2)
D03

Ministerio
de Salud Pública del Ecuador
Dirección Nacional de Discapacidades

**CARNÉ DE PERSONA CON DISCAPACIDAD**

**Apellidos:** FREIRE SUAREZ

**Nombres:** JOSE DOMINGO

**CC:** 0909257644

- **Tipo de discapacidad:** FÍSICA
- **Porcentaje de discapacidad:** 50 %
- **Grado de discapacidad:** GRAVE

El portador del presente carné tiene acceso a los derechos consagrados en la Constitución de la República del Ecuador, convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su protocolo facultativo y beneficios determinados en la Ley Orgánica de Discapacidades y su reglamento.

**Emitido por:** TORREZ CRUZ XAVIER

**Fecha de emisión:** 05/09/2017

**Fecha de caducidad:** 25/09/2018

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos

# SOLICITUD DE DIAGNOSTICO-INFORME MÉDICO-HISTORIA CLÍNICA

**Guayaquil, 18 Febrero del 2022** **Solicitud N° 50977**

Señora
DRA. RUTH VALENCIA
GERENTE GENERAL.

**HOSPITAL GENERAL DEL NORTE DE GUAYAQUIL LOS CEIBOS**

De mi consideración:

YO: FREIRE SUAREZ JOSE DOMINGO C.I: 0909257644

"En caso de ser familiar el solicitante, deberá presentar poder otorgado por el paciente debidamente notariado, a excepción de fallecidos, en este caso justificará con cédula de identidad y documento de defunción, grado de consanguineidad o parentesco"

Solicito autorizar se me conceda:

INFORME MEDICO [X]

HISTORIA CLINICA [ ]

**Nombre del médico de quien solicita el informe**: DR. TOMALA BRIONES MAX WILLIAM
**Dependencia:** NEUROLOGIA

**Para fines de:**

PRESENTAR EN EL TRABAJO [ ] PRESENTAR EN LA ESCUELA/COLEGIO [ ]

CALIFICACION DE DISCAPACIDAD [X] SEGURO PRIVADO [ ]

FINES LEGALES [ ] OTROS [ ] TRAMITE PERSONAL

Por la atención que se sirva dar a la presente petición, me suscribo de usted.

Atentamente;

FIRMA: _____

C.I 0909257644
TEL: 0995327607

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
18 FEB 2022
RECIBIDO
ATENCIÓN AL AFILIADO

Guayaquil 26 de octubre de 2021.
Se ha procedido a realizar la Evaluación Médica de FREIRE SUAREZ JOSE DOMINGO cédula de identidad 0909257644 quien registra la siguiente información:

| DIAGNÓSTICO | CIE-10 |
|---|---|
| HEMIPLEJIA | G819 |
| SECUELAS DE FRACTURA DE LA MUÑECA Y DE LA MANO | T922 |
| SECUELAS DE OTRAS FRACTURAS DE MIEMBRO INFERIOR | T932 |
| | |
| | |

## CUADRO CLÍNICO

Residencia local, jubilado (obrero), APP: HTA. AT QX: fractura de tibia derecha (2008.) fractura de cubito derecho (2008).

Paciente acude en silla de ruedas en compañía de sus familiares, refiere que presento ACV isquémico 24/06/2021 con déficit motor de hemicuerpo izquierdo, requirió ingreso en UCI por 5 días aproximadamente. Realizo terapias físicas de manera particular actualmente dependiente para movilización, transferencias y resto de AVD (dextromano).

EXAMEN FISICO:

Orientado en tres esferas, disartrico.

FM braquial izquierda: 1/5. ADMP retracción de aductores de hombro, flexores de codo, muñeca y dedos. Atrofia muscular.

FM crural izquierda: 1/5. ADMP retracción de isquiotibiales y tríceps sural. Atrofia muscular.

Marcha dependiente en segunda mecedora, con patrón flexor de rodilla y codo izquierdo.

| TRATAMIENTOS RECIBIDOS | |
|---|---|
| Fecha de inicio de tratamiento | **21/10/2021** |
| Farmacológico/No farmacológico | |
| Rehabilitación | Paciente que se someterá a programa de Rehabilitación, objetivo MANTENIMIENTO de su estado funcional actual (fase de meseta). |
| Quirúrgico | |

.A pesar del tratamiento realizado y como consecuencia de esta condición de salud el (la) paciente presenta las siguientes secuelas permanentes e irreversibles:

| SECUELAS PERMANENTES E IRREVERSIBLES | CIE-10 | CUADRO CLÍNICO |
|---|---|---|
| SECUELAS DE OTRAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES | I698 | Paciente con valores de fuerza muscular braquiocrural izquierdo 1/5 escala de Daniels.<br>Además retracción de grupos musculares de lado izq Ashworth 2/4. |
| NECESIDAD DE ASISTENCIA DEBIDA A MOVILIDAD REDUCIDA | Z740 | Paciente con déficit de función de Actividades instrumentales de la vida diaria: escala de Lawton y Brody 1/8 dependencia grave. |
| DEPENDENCIA DE SILLA DE RUEDAS | Z993 | Índice de Barthel : 20/100 dependencia grave |
| DISARTRIA | R471 | Paciente con dificultad de articulación de palabras secuela de ACV. |

Es todo cuanto puedo certificar para los fines consiguientes.

Firmado electrónicamente por:
MARIA ELENA RODRIGUEZ AREVALO

Dra. María Elena Rodríguez Arévalo.
0301532602
Especialista en Medicina Física y Rehabilitación

Dra. María Rodríguez A.
FISIATRA
C.I. 0301532602

5
cinco

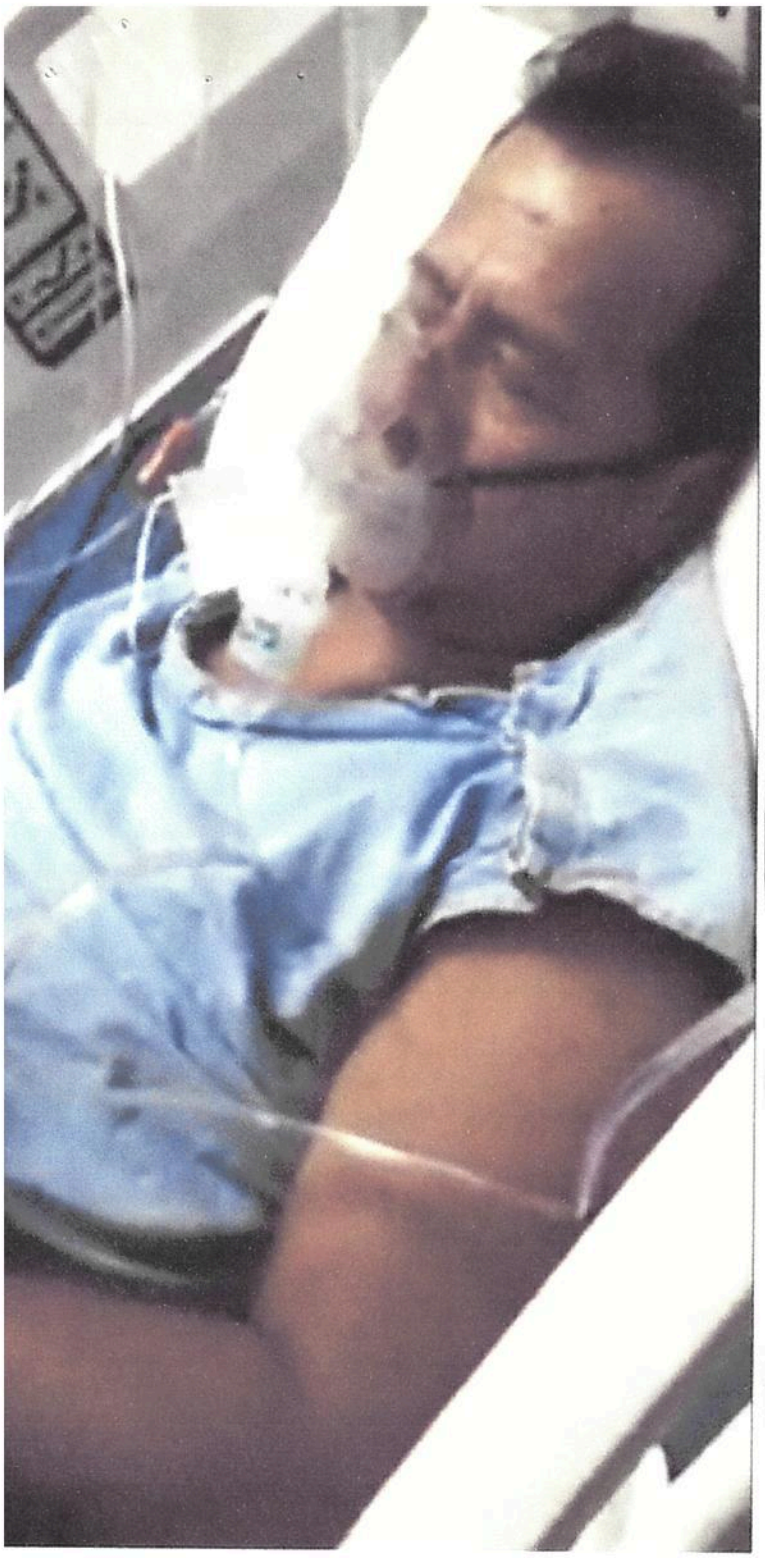


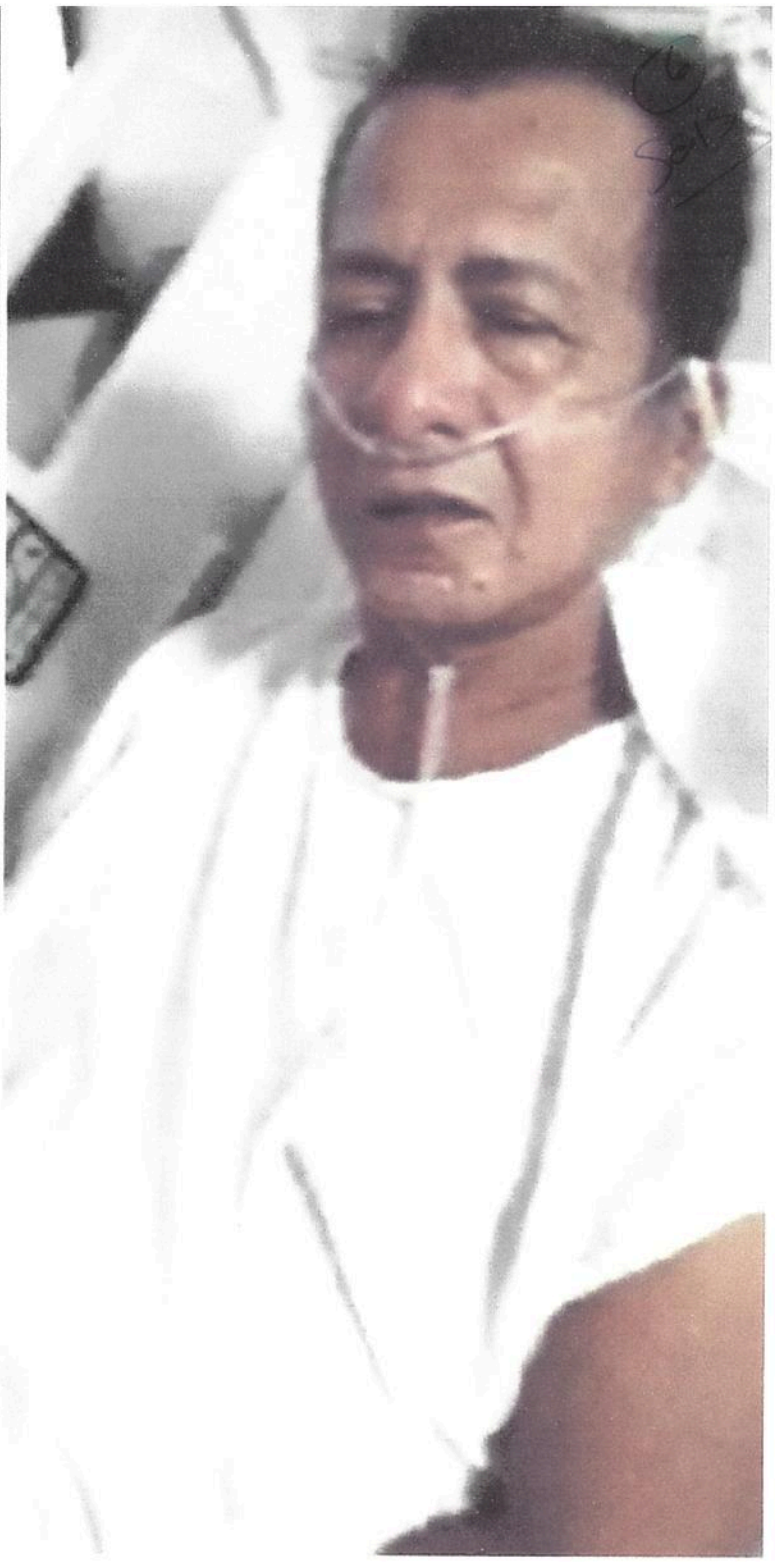





CARRERA ORTIZ JUAN CARLOS, C.C. No. 1801288539
AMPUTADOS SUS DEDOS DE PIE DERECHO POR DIABETES

CASTRO QUIROZ VICTOR, C.C. No. 1304141862
SECUELAS DEL COVID 19





Ministerio de Salud Pública

# INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

| INSTITUCION DEL SISTEMA | UNIDAD OPERATIVA | COD. UO | COD. LOCALIZACION | | | NUMERO DE HISTORIA CLINICA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | PARROQUIA | CANTON | PROVINCIA | |
| PRESTADOR EXTERNO | MANTAMED | | | Manta | Manabi | 75140 |

| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | EDAD | CEDULA DE CIUDADANIA |
|---|---|---|---|---|---|
| CASTRO | QUIROZ | VICTOR MANUEL | | 59 | 1304141662 |

| FECHA SOLICITUD | HORA | SERVICIO | SALA | CAMA | PRIORIDAD | | | | FECHA DE TOMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 03-02-2022 | | | | | URGENTE | RUTINA | X | CONTROL | |

## 1 ESTUDIO SOLICITADO

| RX CONVENCIONAL | | TOMOGRAFIA | X | RESONANCIA | | ECOGRAFIA | | PROCEDIMIENTO | | OTROS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| RESONANCIA | | | | | | | | | | | |

TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADORIZADA DE TORAX; SIN MATERIAL DE CONTRASTE, SEGUIDA DE MATERIALES DE CONTRASTE Y SECCIONES ADICIONALES (**) 71270

| PUEDE MOVILIZARSE | | PUEDE RETIRARSE VENDAS APOSITOS Y YESOS | | EL PACIENTE ESTARA PRESENTE EN EL ESTUDIO | | TOMA DE FOTOGRAFIA DIA A LA CAMA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

## 2 MOTIVO DE LA SOLICITUD

| | |
|---|---|
| VALORACION DE NODULO A NIVEL DE VERTICE PULMONAR DERECHO | RESGUARDAR LAS RAZONES PARA SOLICITAR LA RAZON DE DIAGNOSTICO |

## 3 RESUMEN CLINICO

MASCULINO DE 59 AÑOS DE EDAD CON APP DE TUBERCULOSIS PULMONAR TRATADA HACE 18 A ÑOS, DIABETES MELLITUS EN TTO INSULINA GLIARGINA. ACUDE A ESTA CASA DE SALUD PARA VALORACION DE EXAMENES DE LABORATORIO, LOS MISMOS QUE IMPRESIONA LOS SIGUIENTES RESULTADOS. IMPRESIONA PIURIA ASEPTICA SECUNDARIA A TUBERCULOSIS POR NEFRITIS INTERSTICIAL SOSPECHA DEL MISMO SE SOLICITA VALORACION POR NEFROLOGIA. ADEMAS AL MOMENTO PACIENTE REFIERE MALESTAR GENERAL ACOMPAÑADO DE TOS NOCTURNA RX DE TORAX REALIZADA IMPRESIONA NODULO PULMONAR A NIVLE DE VERTICE DE PARENQUIMA PULMONAR DERECHO, MAS INFILTRADO PARANEUMONICO SIN IMAGEN CONDENSATIVA.

## 4 DIAGNOSTICOS

| | CLASIFICACION INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES PRE: PRESUNTIVO DEF: DEFINITIVO | CIE | PRE | DEF |
|---|---|---|---|---|
| 1 | OTROS TRASTORNOS DEL PULMON | J984 | | X |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |

CODIGO

| FECHA | 03-Feb-2022 | HORA | 6 p.m. | NOMBRE DEL PROFESIONAL | VELASQUEZ MIELES DARWIN JAVIER | 0957917164 | FIRMA | Dr. Darwin Javier Velasquez Mieles MÉDICO GENERAL | NUMERO DE HOJA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

HGM005-002P / HCU-Form.013A / 2008

IMAGENOLOGIA - SOLICITUD

Dr. Darwin Javier Velasquez Mieles
MÉDICO GENERAL
C.I. 0957917164

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACION, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA (053)

DATOS DEL USUARIO USUARIA — INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Ministerio de Salud Pública

| Apellido Materno | Nombres | Fecha de Nacimiento | | | Edad | Sexo |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CASTRO QUIROZ | VICTOR MANUEL | 10 | 11 | 1962 | 59 | M |
| | | Dia | Mes | Año | | m/f |

| Nacionalidad | País | Cedula de Ciudadania o Pasaporte | Lugar de residencia actual | | | Direccion Domicilio |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Ecuatoriana | Ecuador | 1304141862 | Manabi | Manta | MANTA | MANTA |
| Ver Instructivo | Describir País | Cedula diez digitos | Provincia | Canton | Parroquia | Calle Principal y Secundaria |

E-mail: CASTROQUIROZVICTOR@GMAIL.COM — Nº Telefono: 0996874063

II. REFERENCIA: 1 | DERIVACION: 2 | X | Fecha: 03/03/2022

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | Hist. Clinica No. | Establecimiento de Salud | Tipo | Distrito/Area |
|---|---|---|---|---|
| RED COMPLEMENTARIA (RC) | 75140 | MANTAMED | 0 | 0 |

Referir o Derivar a:

| Entidad del Sistema | Establecimiento de Salud | Servicio | Especialidad |
|---|---|---|---|
| IESS | | CONSULTA EXTERNA | Imagenologia |

2. Motivo de la Referencia o Derivacion

1 Limitada Capacidad resolutiva [X]
2 Ausencia Temporal del profesional [ ]
3 Falta de profesional [ ]
4 Saturacion de capacidad instalada [ ]
5 Otros especifique [ ]

3. Resumen del cuadro clinico

MASCULINO DE 59 AÑOS DE EDAD CON APF DE TUBERCULOSIS PULMONAR TRATADA HACE 18 AÑOS, DIABETES MELLITUS EN TTO INSULINA GLIARGINA. ACUDE A ESTA CASA DE SALUD PARA VALORACION DE EXAMENES DE LABORATORIO, LOS MISMOS QUE IMPRESIONA LOS SIGUIENTES RESULTADOS: IMPRESIONA PIURIA ASEPTICA SECUNDARIA A TUBERCULOSIS POR NEFRITIS INTERSTICIAL SOSPECHA DEL MISMO SE SOLICITA VALORACION POR NEFROLOGIA. ADEMAS AL MOMENTO PACIENTE REFIERE MALESTAR GENERAL ACOMPAÑADO DE TOS NOCTURNA RX DE TORAX REALIZADA IMPRESIONA NODULO PULMONAR A NIVLE DE VERTICE DE PARENQUIMA PULMONAR DERECHO, MAS INFILTRADO PARANEUMONICO SIN IMAGEN CONDENSATIVA.

4. Hallazgos relevantes de examenes y procedimientos diagnosticos

RX DE TORAX REALIZADA IMPRESIONA NODULO PULMONAR A NIVLE DE VERTICE DE PARENQUIMA PULMONAR DERECHO, MAS INFILTRADO PARANEUMONICO SIN IMAGEN CONDENSATIVA.

5. Diagnosticos

| | | CIE10 | PRE | DEF |
|---|---|---|---|---|
| 1 | OTROS TRASTORNOS DEL PULMON | J984 | | x |
| 2 | | | | |

6. Examenes / Procedimientos Solicitados

| | Codigo Tariferio |
|---|---|
| TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADORIZADA, DE TORAX; SIN MATERIAL DE CONTRASTE, SEGUIDA DE MATERIALES DE CONTRASTE Y SECCIONES ADICIONALES (**) | 71270 |

| Nombre | Codigo MSP | Firma | Firma Director Tecnico | Medico Verificador |
|---|---|---|---|---|
| VELASQUEZ MELES DARWIN JAVIER | C.I.: 0951917394 | Dr. Darwin Javier Velasquez Meles MÉDICO GENERAL Senescyt: 1016-2015-2097182 C.I. 0951917394 | | Dr. Darwin Javier Velasquez Meles MÉDICO GENERAL Senescyt: 1016-2015-2097182 C.I. 0951917394 |

CONTRAREFERENCIA: 3 | REFERENCIA INVERSA: 4

I. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | Hist. Clinica No. | Establecimiento de Salud | Tipo | Servicio | Especialidad del Servicio |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

II. CONTRAREFERENCIA: 3 | REFERENCIA INVERSA: 4

| Entidad del Sistema | Establecimiento de Salud | Tipo | Distrito/Area | dia | mes | año |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

Resumen del cuadro clinico

Hallazgos relevantes de examenes y procedimientos diagnosticos

Tratamientos y procedimientos terapeuticos realizados

Diagnosticos

| | CIE10 | PRE | DEF |
|---|---|---|---|
| | | | |

Tratamiento recomendado a seguir en el establecimiento de salud de menor nivel de complejidad

Nombre del profesional especialista:

| | Codigo MSP | Firma |
|---|---|---|
| 7.R.J | 8.C.J | |

MSP / HCU form 053/2008

ZAPATIER VERA ARTURO RAMON, FALLECIMIENTO A CAUSA DE COVID 19

1. ALBAN ROJAS AGUSTIN FORTUNATO, FALLECIDO
2. HOGUIN PARRALES JOSE MARCELINO, ADULTO MAYOR. SI COVID 19. OPERADO RECIENTEMENTE DE HERNIA INGUINAL.
3. GONZALEZ DELGADO KARINA JOSEFINA, MADRE SOLTERA Y ESTA AL CUIDADO DE SU MADRE CON DISCAPACIDAD VISUAL, OPERADA RECIENTEMENTE HISTERECTOMIA TOTAL.

ORTEGA MARTINEZ WILLIAM ROBERTO, FALLECIDO

SOLCA

Sociedad de Lucha Contra el Cáncer del Ecuador

1951

(10) DIEZ

Guayaquil, 01 de marzo del 2021.

# INFORME MEDICO

**Paciente**: Espinoza Guaman Luis Alberto. **Historia clínica**: 2019-11752.

Paciente masculino de 55 años de edad, con antecedentes de lesion tumoral en piso nasal y cuya biopsia mostró un Carcinoma sinonasal infiltrante. Resonancia Magnética de senos paranasales muestra proceso neoformativo en fosa nasal izquierda con extensión a paladar duro, por lo que se decidió iniciar administración tratamiento Qt. Protocolo DCF x 2 ciclos desde Ene/2020 hasta Feb/2020. En consideración a inicio tratamiento radiaciones se decidió iniciar tratamiento concomitante con Cetuximab semanal desde Mar/2020 hasta Jun/2020 completando 7 dosis. Resonancia Magnética de senos paranasales posterior al tratamiento muestra una reducción del tamaño tumoral en un 44%, por lo que se solicitó estudio PET/TC que no indica focos hipermetabolicos en fosa nasal izquierda que sugieran actividad tumoral. Es de anotar que paciente fue sometido a biopsia de área afecta que indica persistencia de Carcinoma nasosinusal con cambios post-terapéuticos (fibrosis). sugestivo de tipo de glándula salivar menor, por lo que se le practicó en Oct/2020 Maxilectomia izq. de infraestructuras + colgajo nasogeniano. El reporte anatomopatologico de la pieza operatoria mostro enfermedad residual en el borde del piso de la mucosa nasal y en la ampliación de márgenes no se encontró malignidad. Actualmente presenta epistaxis por narina izq. Se recomienda reposo, limitación de actividades al aire libre.

Dra. Katherine García M
Medico Oncólogo
Reg. Libro 1 "E" Folio 8 No. 05
S.O.L.C.A

**DR. KATHERINE GARCIA M.**
**MEDICO TRATANTE ONCO HEMATOLOGIA**
**REG. SANITARIO 0702654518.**

/11/
ONCE

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

CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 091009937-3

APELLIDOS Y NOMBRES
ESPINOSA GUAMAN
LUIS ALBERTO
LUGAR DE NACIMIENTO
LOJA
LOJA
EL SAGRARIO
FECHA DE NACIMIENTO 1966-01-16
NACIONALIDAD ECUATORIANA
SEXO M
ESTADO CIVIL CASADO
CALDERON ROBINSON
MONICA CARLOTA

FIRMA DEL CIUDADANO

INSTRUCCIÓN
SUPERIOR
PROFESIÓN
INGENIERO COMERCIAL
V4443V4442
APELLIDOS Y NOMBRES DEL PADRE
ESPINOSA HENRRI
APELLIDOS Y NOMBRES DE LA MADRE
GUAMAN LUZ
LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN
GUAYAQUIL
2014-01-15
FECHA DE EXPIRACIÓN
2026-01-15
CORP. REG. CIVIL DE GUAYAQUIL

FIRMA DEL DIRECTOR GENERAL

FIRMA DEL GOBIERNO SECCIONAL

IDECU0910099373<<<<<<<<<<<<<<<
<0116M260115ECU<<<<<<<<<<<<<<<
<NOSA<GUAMAN<<LUIS<ALBERTO<

EL PRESENTE FORMULARIO DEBE SER LLENADO CON LETRA CLARA, LEGIBLE, EN IMPRENTA Y SIN BORRONES NI ENMENDADURAS

ANTES DE LLENAR ESTE FORMULARIO LEA LAS INSTRUCCIONES ESCRITAS AL REVERSO

INEC instituto nacional de estadística y censos — Ministerio de Salud Pública — Consejo General de Registro Civil, Identificación y Cedulación

2020
Form. EV - 3
FOLIO
20093225852

# INFORME ESTADÍSTICO DE DEFUNCIÓN GENERAL (IEDG)

La información de esta sección será de uso exclusivo *del funcionario/a del Registro Civil, en el momento de la inscripción.*

1) OFICINA DE REGISTRO CIVIL DE: ..... DPA del lugar inscripción (USO INEC) — Oficina N° (USO INEC)

USO INEC Fecha de crítica: Año / Mes / Día

2) PROVINCIA: .....

CANTÓN: .....

PARROQUIA URBANA O RURAL: .....

3) FECHA DE INSCRIPCIÓN: Año / Mes / Día

4) CÓDIGO SECUENCIAL O ACTA DE INSCRIPCIÓN: *(Debe ser el mismo que conste en el libro de inscripciones)*

## A) DATOS DEL FALLECIDO/A

**5) NÚMERO DE CÉDULA DE CIUDADANÍA O IDENTIDAD/PASAPORTE/OTROS**
*Uso Establecimientos de Salud, Médicos Particulares, Médicos Legistas o Registro Civil*
0901845132

**6) APELLIDOS Y NOMBRES** (Como consta en la cédula de ciudadanía o identidad/ partida de nacimiento/ pasaporte/otros.)
Alvarado Cuez Enrique Luis.

**7) NACIONALIDAD**
Ecuatoriana [X] 1 — Código del País (USO INEC) — Nombre del País
Extranjera [ ] 2 →

**8) SEXO**
Hombre [X] 1 Mujer [ ] 2

**9) FECHA DE NACIMIENTO**
1960 / 08 / 25
Año / Mes / Día

**10) FECHA DE FALLECIMIENTO**
2020 / 03 / 31
Año / Mes / Día

**11) HORA DE NACIMIENTO** Aplica si la defunción ocurrió el mismo día del nacimiento o al siguiente día
Hora / Minutos

**12) HORA DE FALLECIMIENTO** Aplica si la defunción ocurrió el mismo día del nacimiento o al siguiente día
Hora / Minutos

**13) EDAD AL FALLECER**

| | | |
|---|---|---|
| En minutos (si es menor de una hora) | | 0 |
| En Horas (Si es menor de 1 día) | | 1 |
| En Días (Si es menor de 1 mes) | | 2 |
| En Meses (Si es menor de 1 año) | | 3 |
| Años | 55 | 4 |

**14) RESIDENCIA HABITUAL**
Provincia
Cantón
Parroquia urbana o rural
Dirección domiciliaria
DPA (USO INEC)

**15) INFORMACIÓN DE QUIÉN SOLICITA EL IEDG**
Apellidos y Nombres
Teléfono Convencional / Teléfono celular
Correo electrónico

**16) ESTADO CIVIL Y/O CONYUGAL**
Soltero /a [ ] 1
Casado /a [ ] 2
Divorciado /a [ ] 3
Viudo /a [ ] 4
Unión de hecho [ ] 5
Unión Libre [ ] 6
Separado /a [ ] 7

**17) NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y ALFABETISMO** información proporcionada por el solicitante del IEDG *(Aplica para el fallecido/a de 5 años y más)*

17.1) Último nivel de instrucción aprobado
Ninguno [ ] 0
Centro de Alfabetización [ ] 1
Primaria [ ] 2
Educación Básica [ ] 3
Secundaria [ ] 4
Educación Media/Bachillerato [ ] 5
Superior no universitaria [ ] 6
Superior Universitaria [ ] 7
Posgrado [ ] 8

17.2) Alfabetismo
¿SABÍA LEER Y ESCRIBIR?
SI 1 [ ]
NO 2 [ ]

**18) IDENTIFICACIÓN ÉTNICA DE ACUERDO CON LA CULTURA Y COSTUMBRES** información proporcionada por el solicitante del IEDG
Indígena [ ] 1
Afroecuatoriano / a Afrodescendiente [ ] 2
Negro /a [ ] 3
Mulato /a [ ] 4
Montubio /a [ ] 5
Mestizo /a [ ] 6
Blanco /a [ ] 7
Otra [ ] 8

## 19) LUGAR DE OCURRENCIA DEL FALLECIMIENTO

19.1) Lugar de ocurrencia de la muerte
1. Establecimiento de salud [X] 1
2. Casa [ ] 2
3. Casa (Fallecido tenía atención médica ambulatoria o seguimiento en un establecimiento de salud de enfermedades crónicas o terminales) [ ] 3
4. Centro geriátrico/Casas hogares/Ancianatos (Fallecido tenía atención médica ambulatoria o seguimiento en un establecimiento de salud de enfermedades crónicas o terminales) [ ] 4
5. Centro geriátrico/Casas hogares/Ancianatos (Cuenta con médico) [ ] 5
6. Otro *(Indique el lugar en la pregunta 19.4.1)* [ ] 6

19.2) ¿El fallecido/a recibió cuidados paliativos?
SI [ ] 1 NO [ ] 2

DPA de la pregunta 19.4: 090114

19.3) Establecimiento de salud que brindó la atención médica ambulatoria o seguimiento al fallecido/a. ( aplica si en la pregunta 19.1 marcó opción 3 o 4 caso contrario continúe con la pregunta 19.4).
19.3.1) Nombre del Establecimiento de Salud
19.3.2) Provincia / 19.3.3) Cantón / 19.3.4) Parroquia

19.4) Identificación del lugar donde ocurrió el fallecimiento: 000928
19.4.1) Nombre del lugar: HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO NIVEL III
19.4.2) Provincia: GUAYAS
19.4.3) Cantón: GUAYAQUIL
19.4.4) Parroquia urbana o rural: XIMENA
19.4.5) Dirección: AV. 25 DE JULIO
19.4.6) Teléfono: 0424228

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS SALA NEGROPSIA Hosp. Teodoro Maldonado Carbo

NOTA: ESTE DOCUMENTO Y SU TRAMITACIÓN SON GRATUITOS

FORMULARIO DEBE SER
N LETRA CLARA, LEGIBLE,
TA Y SIN BORRONES NI
DURAS

DE LLENAR ESTE FORMULARIO
AS INSTRUCCIONES ESCRITAS AL
IRSO

INEC
Instituto Nacional de Estadística y Censos

Ministerio de Salud Pública

Dirección General de Registro Civil, Identificación y Cedulación

2020
Form. EV - 3
FOLIO
20093225852

## B) INFORMACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

**20) CERTIFICADO POR:**

- Médico/a Especialista ☐ 1
- Médico/a General ☐ 2
- Médico/a Residente ☐ 3
- Médico/a Rural ☐ 4
- Médico/a Legista ☐ 5
- Funcionario/a del Registro Civil ☐ 6

**20.1) Identificación de quien certifica la defunción:** La firma debe ser igual a la de la cédula de ciudadanía o identidad

20.1.1) No. cédula de ciudadanía o identidad/pasaporte: 0123511224

20.1.2) Apellidos y Nombres: Burgos Anita Julio

20.1.3) Dirección del domicilio: Av 25 de Julio

20.1.4) Teléfono

20.1.5) Firma: Julio Burgos A

20.1.6) Sello del profesional médico/a o médico/a legista que certifica la defunción.

**21) CAUSA DE LA DEFUNCIÓN CERTIFICADAS POR PROFESIONAL DE LA SALUD MÉDICO/A O MÉDICO/A LEGISTA:** *Revise al reverso las directrices del llenado*

**El presente certificado debe ser llenado con letra clara, legible y en imprenta. El profesional de la salud médico/a o médico/a legista, debe registrar la enfermedad, lesión o estados patológicos según terminología médica. (La codificación de la CIE-10 es uso exclusivo del INEC). Las muertes por causas externas (accidentales y/o violentas) serán certificadas únicamente por el médico/a legista.**

| | | Tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la muerte. (en minutos, horas, días, semanas, meses o años) | Código CIE – 10 USO INEC |
|---|---|---|---|
| PARTE I<br>Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente | a) Insuficiencia respiratoria Aguda<br>debido a (o como consecuencia de) | | USO INEC |
| CAUSAS ANTECEDENTES<br>Estados morbosos, si existiera alguno, o lesiones que produjeron la causa arriba consignada, mencionándose en último lugar la causa ANTECEDENTE O FUNDAMENTAL | b) Neumonía viral<br>debido a (o como consecuencia de) | | USO INEC |
| | c)<br>debido a (o como consecuencia de) | | USO INEC |
| | d) | | USO INEC |
| PARTE II<br>OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS SIGNIFICATIVOS, que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la condujo | | | USO INEC |
| | | | USO INEC |

**22) EN EL CASO DE QUE LA DEFUNCIÓN CORRESPONDA A UNA MUJER EN EDAD FÉRTIL (DE 10 A 50 AÑOS).**

**Debe marcar obligatoriamente esta pregunta:** *(Solo marcar una opción)*

- Embarazo ☐ 1
- Parto ☐ 2
- Puerperio (hasta 42 días) ☐ 3
- Entre 43 días y 11 meses después del parto o aborto ☐ 4
- No estuvo embarazada durante los 11 meses previo a la muerte ☐ 5
- Muerte por secuelas de causas obstétricas después de un año y más del parto ☐ 6
- Nunca estuvo embarazada ☐ 7

**23) MUERTES POR CAUSAS EXTERNAS (ACCIDENTALES Y/O VIOLENTAS) USO EXCLUSIVO PARA EL MÉDICO/A LEGISTA** *(Esta información es fundamental para facilitar la determinación del código CIE-10).*

**23.1) Tipo presuntivo:** *(solo marcar una opción)*

- Accidentes de transporte ☐ 1
- Otros accidentes ☐ 2
- Homicidio ☐ 3
- Suicidio ☐ 4
- Otras causas externas ☐ 5
- Indeterminada ☐ 6

**23.2) Lugar presuntivo donde ocurrió el hecho.**

- Vivienda ☐ 0
- Institución residencial ☐ 1
- Escuela u oficina pública ☐ 2
- Áreas deportivas ☐ 3
- Calle o carretera (vía pública) ☐ 4
- Área comercial o de servicios ☐ 5
- Áreas industriales (taller, fábrica u obra) ☐ 6
- Área Agrícola (hacienda, rancho, granja, terreno de sembrío) ☐ 7
- Otro ☐ 8

**23.3)Descripción:** *Detalle brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo el hecho accidental y/o violento.*

**24) SE REALIZÓ NECROPSIA/AUTOPSIA? (NO APLICA PARA FUNCIONARIO/A DEL REGISTRO CIVIL)**

SÍ ☐ 1 NO ☐ 2

## C) PARA MUERTES SIN CERTIFICACIÓN MÉDICA (USO EXCLUSIVO DE FUNCIONARIO/A DE REGISTRO CIVIL)

**25) CAUSA PROBABLE DE LA MUERTE:**

**26) SÍNTOMAS:**

## D) ESPACIO DESTINADO PARA QUE SE PUEDA ANOTAR INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL FALLECIMIENTO

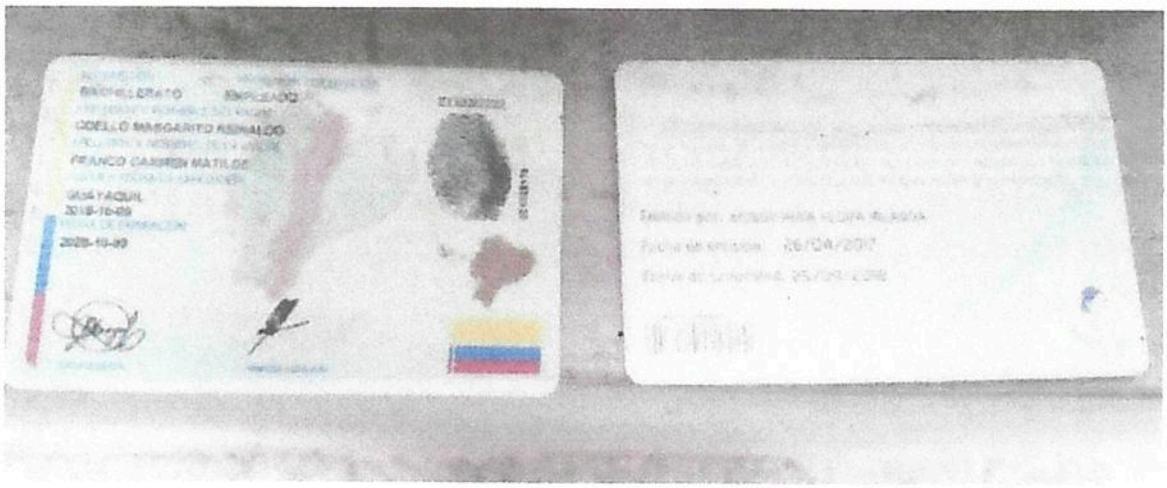
**27) OBSERVACIONES**

## E) CÓDIGOS CIE-10 Y CÓDIGO DEL CODIFICADOR (USO EXCLUSIVO DEL INEC)

| 28) Se adjuntó una certificación médica o parte policial que indique la causa de la muerte | 29) Código Causa Básica CIE-10 | 30) Código Causa Básica CIE-10 (probable) | 31) Código alterno Causa Básica MM CIE-10 | 32) Código codificadora |
|---|---|---|---|---|
| SÍ ☐ 1 NO ☐ 2 | USO INEC | USO INEC | USO INEC | USO INEC |

(13)
Tte. C.C.

REPUBLICA DEL ECUADOR
090882741-3
CASADO
MARIA LUISA


BACHILLERATO
EMPLEADO
CODELLO MARGARITO REINALDO
FRANCO CARMEN MATILDE
26/04/2017

(14) copia

CLINICA
"SANCHEZ - VILLALTA"
Dr. Luis Sánchez Villalta
DIRECTOR

Guayaquil, 15 de septiembre del 2020.

# CERTIFICADO MEDICO

Certifico que paciente GUALPA REYES RINGO FERNANDO con CI.0910982842, Ingreso a esta clínica el día 13 de septiembre del 2020 por el área de EMERGENCIA con diagnóstico: *TRAUMATISMOS SUPERFICILAES MULTIPLES, NO ESPECIFICADOS (T009), TRAUMATISMO DE LA CADERA Y DEL MUSLO (S799), TRAUMATISMO DEL TENDON DE AQUILES (S860), al alta médica el día 15 de septiembre del 2020.*

*Se recomienda reposo domiciliario de treinta (30) días, del 13 de septiembre del 2020 al 12 de octubre del 2020.*

Particular que informo a quien interese.

Atte.

Dr. Xavier Palomeque

C.I 0917292583

Traumatólogo

Hospital Básico Durán
Mgs. María Ramos Ramos
SERVICIO AL ASEGURADO
CI: 0910374057

HOSPITAL BÁSICO DURÁN
IESS SERVICIO AL ASEGURADO
RECIBIDO
Fecha: 15/09/20 Hora: 10:40
RETIRAR EN 10 DIAS

Babahoyo No. 435 y Colón Telfs: 2367873 - 2365849 * Guayaquil - Ecuador

CLINICA
"SANCHEZ VILLALTA"
Dr. Luis Sánchez Villalta
DIRECTOR

008528

NOMBRES Y APELLIDOS: GUALPA REYES RINGO EDAD: 49A

EXAMEN SOLICITADO: RX.PELVIS -TOBILLO DERECHO . FECHA: 13-09-20

AL SR. DR.: DR. LUIS SANCHEZ.

INFORME DE ECOGRAFIA: ☐ INFORME DE Rx: ☐

**RX. PELVIS.**

DIASTASIS DE LA SINFISIS PUBICA.

**RX. TOBILLO DERECHO AP – LATERAL.**

NO SE OBSERVAN LINEAS DE FRACTURAS.

TUMEFACION PERIARTICULAR Y DE PARTES BLANDAS.

ATENTAMENTE.

DRA.JOHANA ARRICIAGA.
IMAGENOLOGO.

Dra. Johana Arriaga Vásquez
IMAGENOLOGA
Libro 1 "A" Folio 5 No. 26
Reg. Senescyt 1006.14.5831413

(15) Verde

| INSTITUCION DEL SISTEMA | UNIDAD OPERATIVA | COD. UO | COD. LOCALIZACIÓN | | | NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | PARROQUIA | CANTÓN | PROVINCIA | |
| CLINICA SANCHEZ VILLALTA | NIVEL # 2 | | URDANETA | GQUIL | GUAYAS | 0910982842 |

## 1. REGISTRO DE ADMISIÓN

| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | Nº DE CEDULA DE CIUDADANÍA |
|---|---|---|---|---|
| GUALPA | REYES | RINGO | FERNANDO | 0910982842 |

| DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL (CALLE Y Nº - MANZANA Y CASA) | BARRIO | PARROQUIA | CANTÓN | PROVINCIA | ZONA (V/R) | Nº TELÉFONO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| DURAN AV JAIME NEBOT Y OTOVALO | | | GUAYAQUIL | GUAYAS | U | 0939114073 |

| FECHA DE NACIMIENTO | LUGAR DE NACIMIENTO | NACIONALIDAD (PAÍS) | GRUPO CULTURAL | EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS | GENERO M | GENERO F | ESTADO CIVIL SOL | ESTADO CIVIL CAS | ESTADO CIVIL DIV | ESTADO CIVIL VIU | ESTADO CIVIL U-L | INSTRUCCIÓN ÚLTIMO AÑO APROBADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01-dic-70 | GUAYAQUIL | ECUATORIANO | MESTIZO | 49 | X | | X | | | | | BACHILLERATO |

| FECHA DE ADMISIÓN | OCUPACIÓN | EMPRESA DONDE TRABAJA | TIPO DE SEGURO DE SALUD | REFERIDO DE |
|---|---|---|---|---|
| 13-sep-20 | | | SPPAT | |

| EN CASO NECESARIO AVISAR A: | PARENTESCO - AFINIDAD | DIRECCIÓN | Nº DE TELÉFONO |
|---|---|---|---|
| NOHELIA ROBALINO | SOBRINA | DURAN AV 5 D JUNIO | 0983666866 |
| | | | |
| | | | |

| FORMA DE LLEGADA | | | | FUENTE DE INFORMACIÓN | INSTITUCIÓN O PERSONA QUE ENTREGA AL PACIENTE | Nº DE TELÉFONO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| AMBULATORIO | AMBULANCIA | X | OTRO TRANSPORTE | DIRECTA | B.C.B.G | |

## 2. INICIO DE ATENCIÓN Y MOTIVO

| HORA | 8:19 | TRAUMA | X | CAUSA CLÍNICA | CAUSA G. OBSTÉTRICA | CAUSA QUIRÚRGICA | GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR Rh |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOTIFICACIÓN A LA POLICIA | | OTRO MOTIVO | | POLITRAUMATISMO POR ACCIDENTE DE TRANSITO | | | |

## 3. ACCIDENTE, VIOLENCIA, INTOXICACIÓN , ENVENENAMIENTO O QUEMADURA

| FECHA Y HORA DEL EVENTO | 13/09/20 7:00 | LUGAR DEL EVENTO | VIA PUBLICA | CALLES | MALECON Y PADRE AGUIRRE | CUSTODIA POLICIAL |
|---|---|---|---|---|---|---|

| ACCIDENTE DE TRANSITO | X | CAIDA | QUEMADURA | MORDEDURA | AHOGAMIENTO | CUERPO EXTRAÑO | APLASTAMIENTO | OTRO ACCIDENTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VIOLENCIA POR ARMA DE FUEGO | | VIOLENCIA A ARMA C. PUNZANTE | VIOLENCIA POR RIÑA | VIOLENCIA FAMILIAR | ABUSO FISICO | ABUSO PSICOLÓGICO | ABUSO SEXUAL | OTRA VIOLENCIA |
| INTOXICACIÓN ALCOHOLICA | | INTOXICACIÓN ALIMENTARIA | INTOXICACIÓN POR DROGAS | INHALACIÓN DE GASES | OTRA INTOXICACIÓN | ENVENENAMIENTO | PICADURA | ANAFILAXIA |

OBSERVACIONES

PACIENTE REFIERE QUE IBA EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO Y ES IMPACTADO POR VEHICULO Q SE DA LA FUGA

| ALIENTO ETÍLICO | VALOR DE ALCOCHECK |
|---|---|
| | |

## 4. ANTECEDENTE PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALÉRGICO | 2. CLÍNICO | 3. GINECOLÓGICO | 4. TRAUMATÓG | 5. QUIRÚRGICO | 6. FARMACOLÓG | 7. PSIQUIÁTRICO | 8. OTROS

APF : NO REFIERE

APP : NO REFIERE

APQ : HERNIORRAFIA UMBILICAL / ARTROSCOPIA RODILLA IZQUIERDA

ALERGIAS: NO REFIERE

## 5. ENFERMEDAD ACTUAL Y REVISIÓN DE SISTEMAS

DESCRIBIR CRONOLOGÍA - LOCALIZACIÓN - CARACTERÍSTICAS - INTENSIDAD - FRECUENCIA - FACTORES AGRAVANTES

| VÍA AEREA LIBRE | X | VÍA AEREA OBSTRUIDA | | CONDICIONES ESTABLE | X | CONDICIONES INESTABLE | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

PACIENTE MASCULINO DE 49 AÑOS DE EDAD QUE LLEGA A ESTA CASA DE SALUD TRAIDO EN AMBULANCIA DEL BCBG POR CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR DOLOR INTENSIDAD MODERADA EN CADERA DEL LADO IZQUIERDO ADEMAS PRESENTA HERIDA CORTANTE PROFUNDO CON ROTURA TOTAL DEL TENDON DE AQUILES DERECHO NO SE OBSERVA SIGNOS DE INFLAMACION EN TOBILLO DERECHO PACIENTE ES INGRESADO PARA VALORACION MEDICA SE REALIZA ESTUDIOS DE IMÁGENES E INTERCONSULTA CON TRAUMATOLOGO CONDICIONES CLINICAS ESTABLES , TRATAMIENTO ANALGESICOTERAPIA E INMOVILIZACION AL MOMENTO PACIENTE TRANQUILO COLABORADOR ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO, PRESENTA LIMITACION FUNCIONAL A LA MARCHA

## 6. SIGNOS VITALES, MEDICIONES Y VALORES

| PRESIÓN ARTERIAL | 110 / 70 | F. CARDIACA min | 70 | F. RESPIRAT. min | 20 | TEMP. BUCAL ° C | | TEM. AXILAR ° C | 37 | PESO kg | | TALLA m | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| GLASGOW | OCULAR (4) | 4 | VERBAL (5) | 5 | MOTORA (6) | 4 | TOTAL (15) | 13 | REACCIÓN PUPILAR DER. | IR | REACCIÓN PUPILAR IZQ. | IR | T. LLENADO CAPILAR | 2 | SATURA OXIGENO | 98 |

## 7. EXAMEN FISICO Y DIAGNOSTICO

| 1. VIA AEREA OBSTRUIDA | | 2. CABEZA | | 3. CUELLO | | 4. TORAX | | 5. ABDOMEN | | 6. COLUMNA | | 7. PELVIS | | 8. EXTREMIDADE | X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

2 CABEZA: SIN LESIONES

3 CUELLO : SIMETRICO. SE PALPA PULSO CAROTIDEO

4 TORAX: SIN LESIONES
DOLOR LEVE EN TORAX IZQUIERDO NO DIFICULTAD RESPIRATORIA
CS.PS: VENTILADOS RS.CS: RITMICOS

5 ABD: BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO
RS.HS : PRESENTE

6 COLUMNA: SIN LESIONES

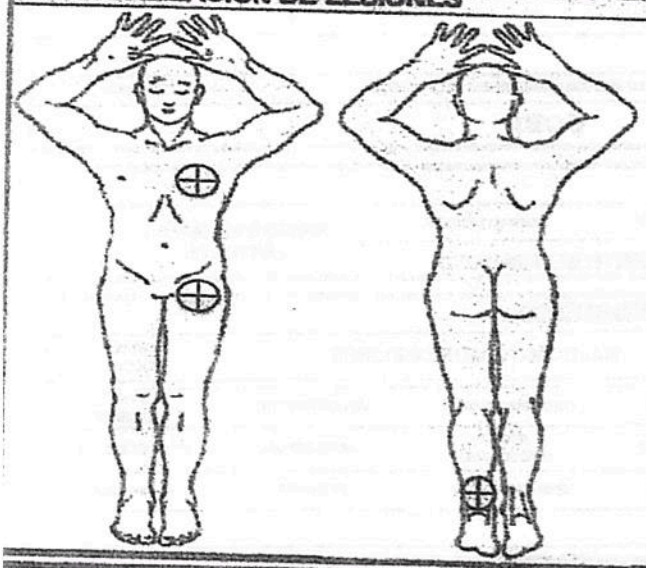
7 PELVIS: DOLOR INTENSO DIFICULTAD AL MOVIMIENTO EN CADERA IZQUIERDA

8 EXT.SUP: SIN LESIONES

EXT INF: SIMETRICA DOLOR + HERIDA ABULSIVA PROFUNFA CON ROTURA DE TENDON DE AQUILES PIE DERECHO

## 8. LOCALIZACION DE LESIONES

ESCRIBIR EL NUMERO DE LA LESION SOBRE LA REGION CORRESPONDIENTE



| | |
|---|---|
| 1 HERIDA PENETRANTE | X |
| 2 HERIDA CORTANTE | |
| 3 FRACTURA EXPUESTA | |
| 4 FRACTURA CERRADA | |
| 5 CUERPO EXTRAÑO | |
| 6 HEMORRAGIA | |
| 7 MORDEDURA | |
| 8 PICADURA | |
| 9 EXCORIACIÓN | |
| 10 DEFORMIDAD | |
| 11 HEMATOMA | |
| 12 ERITEMA / INFLAMACIÓN | X |
| 13 LUXACIÓN / ESGUINCE | |
| 14 QUEMADURA | |
| 15 DOLOR | X |

## 9. EMERGENCIA OBSTÉTRICA

| GESTA | | PARTOS | | ABORTOS | | CESÁRIAS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE LA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN | | SEMANA DE GESTACIÓN | | MOVIMIENTO FETAL | | | |
| FRECUENCIA C. FETAL | | MEMBRANAS ROTAS | | TIEMPO | | | |
| ALTURA UTERINA | | PRESENTACIÓN | | | | | |
| DILATACIÓN | | BORRAMIENTO | | PLANO | | | |
| PELVIS ÚTIL | | SANGRADO VAGINAL | | CONTRACCIONES | | | |

NO REFIERE

## 10. SOLICITUD DE EXAMENES

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. BIOMETRIA | X | 3. QUÍMICA SANGUÍNEA | | 5. GASOMETRÍA | | 7. ENDOSCOPIA | | 9. RX. ABDOMEN | | 11. TOMOGRAFÍA | | 13. ECOGRAFÍA PÉLVICA | | 15. INTERCONSULTA | X |
| 2. UROANALISIS | | 4. ELECTROLITOS | | 6. ELECTRO CARDIOGRAMA | | 8. RX. TORAX | | 10. RX. ÓSEA | X | 12. HISTOLOGÍA | | 14. ECOGRAFÍA ABDOMEN | | 16. OTROS | |

## 11. DIAGNÓSTICO DE INGRESO

PRE : PRESUNTIVO
DEF : DEFINITIVO

| | | CIE | PRE | DEF |
|---|---|---|---|---|
| 1 | POLITRAUMATISMO POR ACC TRANSITO | T009 | X | |
| 2 | TRAUMATISMO NO ESPECIFICADO DE LA CADERA Y DEL MUSLO | S799 | X | |
| 3 | TRAUMATISMO DEL TENDON DE AQUILES | S860 | X | |

## 12. DIAGNÓSTICO DE ALTA

PRE : PRESUNTIVO
DEF : DEFINITIVO

| | | CIE | PRE | DEF |
|---|---|---|---|---|
| 1 | POLITRAUMATISMO POR ACC TRANSITO | T009 | | X |
| 2 | TRAUMATISMO DEL TENDON DE AQUILES | S860 | | X |
| 3 | | | | |

## 13. PLAN DE TRATAMIENTO

| INDICACIONES | | MEDICAMENTO PRINCIPIO ACTIVO, CONCENTRACIÓN Y PRESENTACIÓN | POSOLOGÍA |
|---|---|---|---|
| CSV. CE, DIETA GENERAL | RX AP Y LAT PIE DERECHO | SOLUCION SALINA 0,9 % 1000ML IV | 20 GTS XMIN |
| RX AP DE CADERA | | KETOROLACO 60 IV C/8H | C/8H |
| INGRESO A HOSPITALIZACION | | CEFTRIAXONA 1GR IV | C/12H |
| INMOVILIZACION | | | |

## 14. ALTA

| DOMICILIO | | CONSULTA EXTERNA | | OBSERVACIÓN | | HOSPITALIZACIÓN | X | REFERENCIA | | FUGA | | EN CONDICIÓN ESTABLE | X | EN CONDICIÓN INESTABLE | | DÍAS DE INCAPACIDAD | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SERVICIO DE REFERENCIA | | | | ESTABLECIMIENTO | | | | | | MUERTO EN LA EMERGENCIA | | CAUSA | | | | | |

CODIGO

| FECHA | | HORA | | NOMBRE DEL PROFESIONAL | DR GEORGE SANCHEZ | | FIRMA | | NÚMERO DE HOJA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

(16) Epicrisis

| ESTABLECIMIENTO | NOMBRE | | APELLIDO | | SEXO M - F | Nº HOJA | Nº HISTORIA CLINICA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CLINICA SANCHEZ VILLALTA | RINGO | FERNANDO | GUALPA | REYES | X | | 0910982842 |

## 1. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE MASCULINO DE 49 AÑOS DE EDAD QUE LLEGA A ESTA CASA DE SALUD TRAIDO EN AMBULANCIA DEL BCBG POR CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR DOLOR INTENSIDAD MODERADA EN CADERA DEL LADO IZQUIERDO ADEMAS PRESENTA HERIDA CORTANTE PROFUNDO CON ROTURA TOTAL DEL TENDON DE AQUILES DERECHO NO SE OBSERVA SIGNOS DE INFLAMACION EN TOBILLO DERECHO PACIENTE ES INGRESADO PARA VALORACION MEDICA SE REALIZA ESTUDIOS DE IMÁGENES E INTERCONSULTA CON TRAUMATOLOGO CONDICIONES CLINICAS ESTABLES . TRATAMIENTO ANALGESICOTERAPIA E INMOVILIZACION AL MOMENTO PACIENTE TRANQUILO COLABORADOR ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO, PRESENTA LIMITACION FUNCIONAL A LA MARCHA

## 2. RESUMEN DE EVOLUCION Y COMPLICACIÓN

PACIENTE DE 49 AÑOS DE EDAD DE SEXO MASCULINO PRESENTA CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR DOLOR DE INTENSIDAD MODERADA EN CADERA DEL LADO IZQUIERDO ADEMAS PRESENTA HERIDA CORTANTE PROFUNDO CON ROTURA TOTAL DEL TENDON DE AQUILES DERECHO NO SE OBSERVA SIGNOS DE INFLAMACION EN TOBILLO DERECHO SE REALIZA LIMPIEZA EXHAUSTIVA DE HERIDA Y PREVIO ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE PROCEDE A REALIZAR BAJO EFECTOS DE ANESTESIA LOCAL SE REALIZA RAFIA DE TENDON SE COLOCA FERULA ANTERIOR PEDIAPOPLITEA

SE LE REALIZA RX DE CADERAS DONDE SE OBSERVA DIASTASIS DE PUBIS ES VALORADO POR TRAUAMTOLOGIA QUE INDICA REPOSO ABSOLUTO POR 2 MESES CURSO 2 DIAS DE HOSPITALIZACION CONCIENTE ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO AFEBRIL COLABORADOR CON EL INTERROGATORIO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE

PACIENTE ESTABLE SE LE DA ALTA MEDICA CON TRATAMIENTO AMBULATORIO

## 3. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS

### 1. EXAMENES DE LABORATORIO

BIOMETRIA HEMATICA NORMAL : NORMAL

### 2. RADIOGRAFIAS

RX AP DE PELVIS : DIASTASIS DE LA SINFISIS DEL PUBIS

RX AP Y LAT DE TOBILLO DERECHO : NO SE OBSERVA LESION OSEA

### 3. OTROS

### 4. RADIOGRAFIAS DE CONTROL

### 5. EXAMENES DE CONTROL

## 4. RESUMEN DE TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTO TERAPÉUTICAS

1. C.S.V
2. C.E
3. DIETA BLANDA
4. HIELO LOCAL
5. HIDRATACION
6. ANALGESICOTERAPIA
7. INMOVILIZACION

**MEDICACION DE ALTA MEDICA**

1. IBUPROFENO 500 MG VO TID
2. CIPROFLOXACINO 500 MG VO BID
3. REPOSO ABSOLUTO POR 2 MESES

## 5. DIAGNÓSTICOS DE INGRESO

PRE: PRESUNTIVO DEF: DEFINITIVO

| | | CIE | PRE | DEF |
|---|---|---|---|---|
| 1 | POLITRAUMATISMO POR ACC TRANSITO | T009 | X | |
| 2 | TRAUMATISMO NO ESPECIFICADO DE LA CADERA Y DEL MUSLO | S799 | X | |
| 3 | TRAUMATISMO DEL TENDON DE AQUILES | S860 | X | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |

## 6. DIAGNÓSTICOS DE EGRESO

PRE: PRESUNTIVO DEF: DEFINITIVO

| | | CIE | PRE | DEF |
|---|---|---|---|---|
| 1 | POLITRAUMATISMO POR ACC DE TRANSITO | T009 | | X |
| 2 | TRAUMATISMO DE LA CADERA Y DEL MUSLO | S799 | | X |
| 3 | TRAUMATISMO DEL TENDON DE AQUILES | S860 | | X |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |

## 7. CONDICIONES DE EGRESO Y PRONOSTICO

PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO.
SE LE DA ALTA MEDICA CON TRATAMIENTO AMBULATORIO EGRESA ESTABLE

## 8. MÉDICOS TRATANTES

| | | ESPECIALIDAD | CÓDIGO | PERIODO DE RESPONSABILIDAD |
|---|---|---|---|---|
| 1 | DR. GEORGE SANCHEZ M. | MD | | |
| 2 | DR. XAVIER PALOMEQUE | T/O | | |
| 3 | DR. BYRON SANCHEZ M. | MD | | |
| 4 | | | | |

## 9. EGRESO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ALTA DEFINITIVA | X | ASINTOMÁTICO | DISCAPACIDAD MODERADA | RETIRO AUTORIZADO | X | DEFUNCIÓN MENOS DE 48 HORAS | DÍAS DE ESTADIA 1 |
| ALTA TRANSITORIA | | DISCAPACIDAD LEVE | DISCAPACIDAD GRAVE | RETIRO NO AUTORIZADO | X | DEFUNCIÓN MAS DE 48 HORAS | DÍAS DE INCAPACIDAD |

| FECHA | 15/09/2020 | HORA | 15H00 | NOMBRE DEL PROFESIONAL | DR. GEORGE SANCHEZ | | FIRMA | | NUMERO DE HOJA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

(17) Diecisiete

**INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL**
**HOSPITAL REGIONAL "DR. TEODORO MALDONADO CARBO"**

**I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA**

| Apellido paterno | Apellido materno | Nombres | Fecha de Nacimiento | | | EDAD | SEXO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HOLGUIN | PARRALES | JOSE MARCELINO | 29 (día) | 4 (mes) | 1941 (año) | 76 (d-m-a) | 1=H2=M |

| Nacionalidad | País | Cédula de Pasaporte | Lugar de residencia actual | | | Dirección Domicilio | Nº Telefónico |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ECUATORIANA | ECUADOR | 1300862149 | GUAYAS | DURAN | DURAN | COOPERATIVA DERECHO DE LOS POBRES | 42865998 |
| Ver instructivo | describir País | cédula diez dígitos | Provincia | Cantón | Parroquia | Calle Principal y Secundaria | Convencional/Celular |

**II. REFERENCIA:** **DERIVACIÓN:** 2 X

**1. Datos Institucionales**

| Entidad del sistema | Hist. Clínica No. | Establecimiento de Salud | Tipo | Distrito/Area |
|---|---|---|---|---|
| IESS | 811039 | HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO | III | GUAYAQUIL/ZONA 8 |

**Refiere o Deriva a:**

| Entidad del sistema | Establecimiento de Salud | Servicio | Especialidad | Fecha día | mes | año |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 11 | 2 | 2018 |

**2.Motivo de la Referencia o Derivación**

Limitada capacidad 1 — Saturación de capacidad instalada 4
Ausencia temporal del 2 — Otros /Especifique. X 5
Falta de profesional 3 — NO SE REALIZA EN LA INSTITUCION

**3. Resumen del cuadro clínico**

PACIENTE DE SEXO MASCULINO DE 76 AÑOS DE EDAD CON DX RECIENTE DE LINFOMA B EXTRANODAL DE LA ZONA MARGINAL (LINFOMA MALT) POR BIOPSIA DE TUMOR GASTRICO. SE SOLICITA CARIOTIPO DE MEDULA OSEA A PRESTADOR EXTERNO PARA COMPLETAR ESTUDIOS Y DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD

**4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos**

Muestra No. 01 Asignada a: 2018/02/15 11:59
Leucocitos (WBC).....: 3.59
Hemoglobina (HGB).....: 10.2
Hematocrito (HCT).....: 29.0
volumen corp. medio (MCV).....: 85.0
conc.media hemog. (MCH).....: 29.9
Neutrofilos.....: 2.73
Basófilos.....: 0.02
Plaquetas.....: 219000

**5. Diagnóstico**

| | CIE-10 | PRE | DEF |
|---|---|---|---|
| LINFOMA NO HODGKIN DIFUSO | C839 | X | |

**6. Exámenes/ procedimientos requeridos**

CARIOTIPO DE MEDULA OSEA

Dr. Washington Ladines Jaime
MEDICO TRATANTE HEMATOLOGIA
LIBRO VI FOLIO 727
TOMO No. 205 REG. SANT 2452
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES T.M.C.

Dra Jhoanna Ramírez Torres
MEDICO HEMATOLOGO
FOLIO No. 2-35-348
REG. MSP 0703595421
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES T.M.C

Nombre del profesional: DRA. JOHANNA RAMIREZ Código Firma

**III. CONTRAREFERENCIA:** **REFERENCIA INVERSA:** 4

**1. Datos Institucionales**

| Entidad del sistema | Hist. Clínica No. | Establecimiento de Salud | Tipo | Servicio | Especialidad de Servicio |
|---|---|---|---|---|---|
| IESS | | HOSP. TEODORO MALDONADO CARBO | III | | |

**Contraefiere o Referencia inversa a:**

| Entidad del sistema | Establecimiento de Salud | Tipo | Distrito/Area | Fecha 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 |
|---|---|---|---|
| 1 | | | |
| 2 | | | |

**6. Tratamiento recomendado a seguir en el establecimiento de salud de menor nivel de atención/ no de complejidad**

Nombre del profesional especialista: Código MSP: Firma:

IESS/DSSC/Form. 053/dic/2013

Referencia Justificada

**De:** "UNIDAD TECNICA DE HEMATOLOGIA" <hematologiacenso@gmail.com>
**Para:** "Coordinacion Auditoria Medica" <coordinaciondeauditoriamedica@htmc.gob.ec>
**Enviados:** Jueves, 15 de Febrero 2018 16:11:42
**Asunto:** CARIOTIPO DE MEDULA OSEA HOLGUIN

**CARIOTIPO DE MEDULA OSEA 440004**

**PACIENTE:**

1. Apellidos del/ la paciente: HOLGUIN PARRALES
2. Nombres del/ la paciente: JOSE MARCELINO
3. HC DEL PACIENTE: 811039 C [illegible]
4. Sexo: MASCULINO
5. Edad: 76 AÑOS
6. Relación con el afiliado:
7. Diagnóstico Principal y código CIE 10: C839 LINFOMA NO HODGKIN DIFUSO
8. Diagnóstico secundario y código CIE 10:
9. Diagnóstico terciario y código CIE 10:
10. MOTIVO DE TRANSFERENCIA:

PACIENTE DE SEXO MASCULINO DE 76 AÑOS DE EDAD CON DX RECIENTE DE LINFOMA B EXTRANODAL DE LA ZONA MARGINAL (LINFOMA MALT) ´POR BIOPSIA DE TUMOR GASTRICO, SE SOLICITA CARIOTIPO DE MEDUULA OSEA A PRESTADOR EXTERNO PARA COMPLETAR ESTUDIOS Y DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD.

11. Daño según Resolución
12. Institución que deriva/remite: HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO
13. Profesional que deriva/remite: DR.WASHINGTON LADINES JAIME.
14. Institución que recibe y hace la solicitud: PENDIENTE
15. Profesional que acepta la derivación: PENDIENTE
16. Funcionario que solicita el CVV/PENDIENTE
17. TIPO DE AFILICION: SEGURO GENERAL

**Zimbra:** **coordinaciondeauditoriamedica@htmc.gob.ec**

## Re: Fwd: CARIOTIPO DE MEDULA OSEA HOLGUIN

**De :** Subdireccion de Salud Individual y Familiar del Guayas 1 <callderivguayas1@iess.gob.ec> jue, 15 de feb de 2018 20:53

**Asunto :** Re: Fwd: CARIOTIPO DE MEDULA OSEA HOLGUIN

**Para :** coordinaciondeauditoriamedica@htmc.gob.ec

**CC :** jmacias@solca.med.ec, convenios@solca.med.ec

BUENAS NOCHES

ESTIMADOS

SU CÓDIGO DE VALIDACION DE EMERGENCIA ES: 09CV-MECH-2018000218

RECIBE: HOSPITAL SOLCA GUAYAQUIL

MÉDICO QUE SOLICITA DERIVACIÓN: DR. LADINES

POR FAVOR IMPRIMIR CORREO Y PRESENTAR EN LA INSTITUCIÓN QUE RECIBE JUNTO CON DOCUMENTACIÓN HABILITANTE

ATTE.

DR. MINGXTI CHUI ORDEÑANA

MÉDICO VERIFICADOR IESS

-----Coordinacion Auditoria Medica <coordinaciondeauditoriamedica@htmc.gob.ec> escribió: -----

Para: Subdireccion de Salud Individual y Familiar del Guayas 1 <callderivguayas1@iess.gob.ec>
De: Coordinacion Auditoria Medica <coordinaciondeauditoriamedica@htmc.gob.ec>
Fecha: 15/02/2018 20:44

(19) Recibe

Hospital General del Norte de Guayaquil
**Los Ceibos**

GUAYAQUIL, 14 de Febrero de 2018

Paciente : C 1300862149 HOLGUIN PARRALES JOSE MARCELINO H.C. 79834

Origen: UM 2221040000 Dp 5515 Orden No. 870936

---------- PÁGINA:01

EXAMEN: BIOPSIA OTROS TEJIDOS - PATOLOGIA

Muestra No. 01 Asignada a: 2018/01/12 10:20 VALOR REFERENCIAL

BIOPSIA OTROS TEJIDOS.....: 0488-1.18

Comentarios:

MACROSCOPIA

NEOPLASIA GASTRICA: SE RECIBEN 7 FRAGMENTOS DE TEJIDO IRREGULARES DE COLOR BLANQUECINOS BLANDOS QUE MIDEN 0.1 Y 0.5 CM, SE PROCESAN TODO 1 CASETE

LCDA.DENNICE MOSCOL

16/1/2018

DIAGNOSTICO

NEOPLASIA DE ESTIRPE LINFOIDE, A DETERMINAR POR INMUNOHISTOQUIMICA EN PRODUCTO DE BIOPSIA DE LESION EN MUCOSA GASTRICA DE TOPOGRAFIA

NO ESPECIFICADA EN LA SOLICITUD

DR JUAN PABLO PACHECO

29/01/2018

EN VISTA DE LA POSITIVIDAD DEBIL DEL ANCTIGENO LEUCOCITARIO COMUN Y DEL CD20 (TINCION FUERTE). PUEDE TRATARSE DE UN LINFOMA DE TIPO MALT.

POR LA PEQUEÑEZ Y LA ESCACEZ DE LA MUESTRA NO SE PUDO AUMENTRA MAS PRUEBAS DE INMUNOHISTOQUIMICA PARA PODER DIFERENCIARLO DE UN LINFOMA DE ALTO O BAJO GRADO, COMO LINFOMA DEL MANTO, LINFOMA BURKITT, LINFOMA FOLICULAR.

SE SUGUIERE CORRELACIONAR CON DATOS CLINICOS, EXAMENES DE LABORATORIO, CITOMETRIA DE FLUJO, CITOGENETICA, FISH, PCR Y GENETICA MOLECULAR.

2 H/E

1 PLACA DE TINCION HISTOQUIMICA

6 PLACAS DE INMUNOHISTOQUIMICA

10/01/2018

DRA. ADRIANA JIMENEZ J.

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos
Dra Diana Santos Viteri
Responsable del Servicio de Anatomía Patológica

Menú

Calificación
Calificación PCD
Consulta PCD

Búsqueda PCD

Tipo de Identificación
CEDULA

Identificación:

Buscar

**Datos PCD encontrados** Ayudas Técnicas recibidas

Cédula: 0910098391

Apellidos PCD: VERDESOTO YUMISEVA

Nombres PCD: JOFRE RAUL

Calificador: CAMINO MEJIA MD BELGICA LEONOR

Porcentaje de trabajo social: 0 %

Unidad Operativa: PASCUALES

Porcentaje Final de Discapacidad: 18 %

Grado de Discapacidad: LEVE

**Detalle de Discapacidades**

| | Tipo | Predomina | % Parcial | CIE10 |
|---|---|---|---|---|
| 1 | FISICA | SI | 18 % | AMPUTACION TRAUMATICA DEL PULGAR (COMPLETA) (PARCIAL) |

Tiene Carnet: NO

Derechos reservados 2012
Ministerio de Salud Pública del Ecuador

(20) VEINTIUNO

REPÚBLICA DEL ECUADOR
CONSEJO NACIONAL DE DISCAPACIDADES
**CARNÉ DE DISCAPACIDAD**
CONADIS

MUÑOZ ESPINOZA
JOHNNY ENRIQUE
C.I. No.: 0907499537
CARNÉ No.: 09.32926
DISCAPACIDAD: AUDITIVA
PORCENTAJE: 40%

FIRMA O HUELLA DIGITAL

EL PORTADOR DEL PRESENTE CARNÉ TIENE ACCESO A LOS DERECHOS CONSAGRADOS EN LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR, CONVENCIÓN SOBRE DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SU PROTOCOLO FACULTATIVO Y BENEFICIOS DETERMINADOS EN LA LEY SOBRE DISCAPACIDADES.

**DIRECCIÓN DOMICILIARIA:**

GUAYAS/GUAYAQUIL/FEBRES CORDERO
LA 28 ENTRE FEBRES CORDERO Y CAPITAN NAJERA /24667

**PROVINCIA DE CARNETIZACIÓN:**

GUAYAS/ 11/06/2009

08 Nº 0251862

FIRMA AUTORIZADA

22
Legislado

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
IESS

**CREDENCIAL DE JUBILACION**

R/T. INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL

Expediente Nº 101547-01

NOMBRES: DOMINGUEZ BALLADARES TOMAS EDISON

CED. 0908619075

F2-2 vitalicia

Ω

ACUERDO Nº 96-04135 de 96-12-13

SECCION "A"

JEFE DPTO. DE JUBILACION Y CESANTIA R.C.

Lugar GQUIL a 18 de AGOSTO de 19 99

Form. Nº 5200-9.- 20500

# EX-TRABAJADORES DE CERVECERÍA NACIONAL PERÍODO 1990-2005

## FALLECIDOS

ANEXO 2

| CANTIDAD | NÚMERO DE CÉDULA | NOMBRE |
|---|---|---|
| 1 | 0909065583 | ACOSTA ALVERDY JUSTO VICENTE (+) |
| 2 | 0910631670 | ACUÑA HERNÁNDEZ LAURO MAURICIO (+) |
| 3 | 0909378648 | ALBÁN ROJAS AGUSTÍN FORTUNATO (+) |
| 4 | 0907673750 | ALCÍVAR BURGOS SANTIAGO TOMÁS (+) |
| 5 | 0909851388 | ALMEIDA NAVAS HUGO MIGUEL (+) |
| 6 | 0908455132 | ALVARADO CRUZ ENRIQUE LUIS (+) |
| 7 | 0908343353 | ALVAREZ ESTRADA HÉCTOR WILLIAM (+) |
| 8 | 0912705191 | ARTEAGA SERIS HOMERO SANTIAGO (+) |
| 9 | 0903855708 | AYALA CAMPOVERDE LUIS ENRIQUE (+) |
| 10 | 1301462337 | BACUSOY MERO VÍCTOR INOCENCIO (+) |
| 11 | 0911408045 | BAJAÑA MOSQUERA JOSÉ ALBERTO (+) |
| 12 | 1200048575 | BAQUERO BENALCÁZAR JULIO ENRIQUE (+) |
| 13 | 1700373408 | BARRAGÁN GUERRA BOLÍVAR ALONZO (+) |
| 14 | 0908631559 | BARRILLA GONZÁLEZ JESÚS GUSTAVO (+) |
| 15 | 0912245859 | BAUTISTA GABINO JUAN CARLOS (+) |
| 16 | 0908406515 | BENAVIDES OLIVES PEDRO LUIS (+) |
| 17 | 0911724490 | BONE OLIVO HIPÓLITO TOMÁS (+) |
| 18 | 0912689940 | BORBOR LINDAO MARCOS FERMÍN (+) |
| 19 | 0905403069 | CABRERA ALARCÓN FEDERICO JORGE (+) |
| 20 | 0909852790 | CABRERA MORA RENÉ LUCIO (+) |
| 21 | 0910515873 | CABRERA ZAMBRANO SEGUNDO RAFAEL (+) |
| 22 | 1202914881 | CAGUA MIRANDA RICHAR LUIS (+) |
| 23 | 0800767337 | CAICEDO MINA SEGUNDO (+) |
| 24 | 0905036935 | CAICHE GUZMÁN LAURO ARNULFO (+) |
| 25 | 1309210019 | CAJAMARCA CONFORME OSCAR XAVIER (+) |
| 26 | 0913075750 | CAMPOVERDE ZÚÑIGA JORGE EDUARDO (+) |
| 27 | 0914220660 | CARPIO ORTEGA JUSTO IVÁN (+) |
| 28 | 0907343016 | CASTRO ELVAY FRANCISCO ROSENDO (+) |
| 29 | 0903245892 | CASTRO PONTE JORGE RAÚL (+) |
| 30 | 0905020335 | CASTRO ROMERO ROSENDO COLÓN (+) |
| 31 | 0914717285 | CAYANCELA GUARQUILA SEGUNDO TOMÁS (+) |
| 32 | 0907226427 | CEPEDA CORTEZ LUIS ALBERTO (+) |
| 33 | 1201654959 | CEVALLOS ARISTÓBULO ZACARÍAS (+) |
| 34 | 0912852795 | CHALÉN BUSTAMANTE HENRRY FRANCISCO (+) |
| 35 | 1305777706 | CHANCAY BONILLA WALTER EDUARDO (+) |
| 36 | 0908653660 | COELLO PEDRO LEONIDAS (+) |
| 37 | 0909650442 | COLOMA BRAVO LUIS ARMANDO (+) |
| 38 | 0101785046 | CONCARI NOZZILIA DANIEL LUIS (+) |
| 39 | 1203399298 | CORDERO FRANCO JIMMY ABEL (+) |
| 40 | 0900707399 | CORDERO MOSCOSO LUIS RICARDO (+) |
| 41 | 0910361880 | CORDERO VALLE JOSÉ ELOY (+) |
| 42 | 0911889574 | CORREA MORÁN OTÓN (+) |
| 43 | 0905977047 | CRUZ MARISCAL IVÁN SANTIAGO (+) |
| 44 | 0911215879 | DE LA PEÑA TRUJILLO LUIS FERNANDO (+) |
| 45 | 1302922933 | DELGADO CANO PEDRO PABLO (+) |
| 46 | 0911888360 | DELGADO GUERRA MIGUEL JULIÁN (+) |
| 47 | 0906345103 | DELGADO TAMAYO WALTER LUCIANO (+) |
| 48 | 1203239213 | ECHART PAREDES JOSÉ ARTURO (+) |
| 49 | 0906144621 | ENCALADA SANDOVAL CARLOS JULIO (+) |
| 50 | 0913458808 | ESCOBAR ESPINOZA FERNANDO FRANCISCO (+) |
| 51 | 0910913581 | ESPÍN VELOZ WILSON PATRICIO (+) |
| 52 | 1701342824 | ESPINOSA HERRERA LUIS ANÍBAL (+) |
| 53 | 0910101211 | FABARA CÓNDOR RICARDO ESTALIN (+) |
| 54 | 0912240959 | FABARA GONZÁLEZ WASHINGTON OSCAR (+) |
| 55 | 0900471475 | FAJARDO PÚA MANUEL DE JESÚS (+) |
| 56 | 0916049372 | FERNÁNDEZ CEDEÑO YADIRA MERCEDES (+) |
| 57 | 0900651605 | FLORENCIO LUNA ARMANDO FÉLIX (+) |
| 58 | 0907358493 | FREIRE FREIRE FÉLIX GAUDENCIO (+) |
| 59 | 0801012378 | FUENTES DE LA TORRE FREDDY (+) |
| 60 | 0900552480 | GARCÍA GÓMEZ JOSÉ ENRIQUE (+) |
| 61 | 0902324177 | GARCÍA MIELES VÍCTOR MANUEL (+) |
| 62 | 1304152794 | GÓMEZ MITE JUAN ANTONIO (+) |
| 63 | 0905927869 | GONZÁLEZ COBO GALO XAVIER (+) |
| 64 | 0916688757 | GONZÁLEZ MOLINA MARIO RIGOBERTO (+) |
| 65 | 0908741713 | GONZÁLEZ RODRÍGUEZ ENRIQUE (+) |

# EX-TRABAJADORES DE CERVECERÍA NACIONAL PERÍODO 1990-2005

## FALLECIDOS

| CANTIDAD | NÚMERO DE CÉDULA | NOMBRE |
|---|---|---|
| 66 | 0910128289 | GRANIZO CÓRDOVA SEGUNDO ENRIQUE (+) |
| 67 | 1703250355 | GUALOTÓ SÁNCHEZ VÍCTOR (+) |
| 68 | 1700752072 | HARO HARO GERMÁN HIPÓLITO (+) |
| 69 | 0900800947 | HEINERT INSUA OSCAR JOAQUÍN (+) |
| 70 | 0907634364 | HERMIDA LÓPEZ ROLANDO (+) |
| 71 | 0909067647 | HERNÁNDEZ DÍAZ JOHN BROHDERICH (+) |
| 72 | 0906136338 | HERRERA MANZUR JOSÉ ERNESTO (+) |
| 73 | 1300027149 | HURTADO VÉLEZ RAMÓN ATANACIO (+) |
| 74 | 0910991868 | IBARRA MACAS JORGE AUGUSTO (+) |
| 75 | 0400456869 | INGA PANTOJA DOLORES (+) |
| 76 | 0906609672 | JORDÁN MEDINA MARCELINO JUAN (+) |
| 77 | 0907562078 | LAZO ARROYO MIGUEL ÁNGEL (+) |
| 78 | 0915538789 | LINDAO HERMENEGILDO PEDRO CÉSAR (+) |
| 79 | 0910337922 | LINO ZAMBRANO LUIS ALBERTO (+) |
| 80 | 0911568277 | LOMAS RODRÍGUEZ CÉSAR AUGUSTO (+) |
| 81 | 0907655070 | LÓPEZ CERVANTES FREDDY OSWALDO (+) |
| 82 | 0900552407 | LUNA FERNÁNDEZ FLORA ALEJANDRINA (+) |
| 83 | 0912144243 | LUQUE ESCOBAR FRANCISCO WILMER (+) |
| 84 | 0904770450 | MAGALLANES ORRALA GEORGE FÉLIX (+) |
| 85 | 0901236059 | MALAVÉ MIRABA JOSÉ ANTONIO (+) |
| 86 | 0906729314 | MANTUANO SANTOS JOEL PATRICIO (+) |
| 87 | 0908099450 | MARISCAL FARÍAS UBENCIA SONIA (+) |
| 88 | 0911825818 | MARISCAL MINDA MANUEL EDUARDO (+) |
| 89 | 0800981342 | MARTÍNEZ ARROYO ÁNGEL TUTELAR (+) |
| 90 | 0907397012 | MARTÍNEZ MANCHENO KENTO ULISES (+) |
| 91 | 0910154061 | MAXITANA VARGAS BOLÍVAR (+) |
| 92 | 0905259149 | MERA VINCES GENARO COLÓN (+) |
| 93 | 0907956213 | MEREL ALVARADO RONAL FREDDY (+) |
| 94 | 0908907033 | MIELES MORA CARLOS FELIPE (+) |
| 95 | 0906532114 | MILLAN BUSTOS SANTIAGO EFRAÍN (+) |
| 96 | 0902541358 | MIÑÁN CALLE RICHARD GUILLERMO (+) |
| 97 | 0909291064 | MONTECÉ PIZARRO MARIO ANDRÉS (+) |
| 98 | 0904843604 | MONTIEL GONZÁLEZ LUCAS ISEL (+) |
| 99 | 0913539789 | MORA MIRANDA CARLOS JULIO (+) |
| 100 | 0911595536 | MORALES DUQUE JOSÉ ANTONIO (+) |
| 101 | 0909585754 | MORALES FREIRE CHRISTIAN ENRIQUE (+) |
| 102 | 0903904886 | MORÁN VERA JUAN ANTONIO (+) |
| 103 | 0906890579 | MOSQUERA CASTRO FELIPE LEOPOLDO (+) |
| 104 | 0925830218 | MUÑOZ GUZMÁN LILIAN FERNANDA (+) |
| 105 | 0913282158 | NEIRA CEVALLOS CARLOS EDUARDO (+) |
| 106 | 0904313251 | NOBOA ANDRADE ARMANDO BERNARDO (+) |
| 107 | 0909894834 | NÚÑEZ CUENCA JUAN JAVIER (+) |
| 108 | 0906587019 | OCHOA VILLAMARÍN VÍCTOR HUGO (+) |
| 109 | 0911883072 | OLIVO DÍAZ VÍCTOR ENRIQUE (+) |
| 110 | 0905921102 | ORDINOLA VELASCO JULIO CÉSAR (+) |
| 111 | 0904986098 | ORDÓÑEZ GÁLVEZ JUAN FRANCISCO (+) |
| 112 | 0906901319 | ORTEGA GÁLVEZ BENIGNO EDMUNDO (+) |
| 113 | 0907905590 | ORTEGA MARTÍNEZ WILLIAM ROBERTO (+) |
| 114 | 1304050162 | ORTIZ MONCAYO JHONY WILFRIDO (+) |
| 115 | 0914357777 | ORTIZ MORÁN MARCELO KLEINER (+) |
| 116 | 0911024248 | ORTIZ MOSQUERA CAMILO ERNESTO (+) |
| 117 | 0907214092 | PAREDES ROBALINO WALTER VLADIMIR (+) |
| 118 | 0910539584 | PÁRRAGA SOSA ROBERT FERNANDO (+) |
| 119 | 0902051143 | PARRALES ORDINOLA JORGE ARMANDO (+) |
| 120 | 0909014953 | PARREÑO AGUILAR ANTONIA CECIBEL (+) |
| 121 | 0906204847 | PEÑAHERRERA VERA LUIS WALTHER (+) |
| 122 | 0915157432 | PESÁNTEZ JÁCOME JORGE ALBERTO (+) |
| 123 | 0906757141 | PIN PÉREZ PEDRO FRANCISCO (+) |
| 124 | 1201722095 | PINARGOTE QUIMÍS MILTON LUDOVICO (+) |
| 125 | 0903784551 | PINCAY TOMALÁ MARÍA TERESA (+) |
| 126 | 0917558355 | PINILLOS TUBERQUIA JESÚS EMILIO (+) |
| 127 | 0913561742 | PINOARGOTE RENDÓN NELSON (+) |
| 128 | 0913094421 | QUEZADA CRUZ LUIS ALEX (+) |
| 129 | 1706185749 | QUIMIZ CIPRIANO NILO (+) |
| 130 | 0904030178 | QUIROZ GONZÁLEZ MANUEL TEODORO (+) |

# EX-TRABAJADORES DE CERVECERÍA NACIONAL PERÍODO 1990-2005

## FALLECIDOS

(24) veinticuatro

| CANTIDAD | NÚMERO DE CÉDULA | NOMBRE |
|---|---|---|
| 131 | 0910437342 | RAMÍREZ ORRALA ANDRÉS ALEJANDRO (+) |
| 132 | 0908639495 | RAMÍREZ RAZURI JUAN CARLOS (+) |
| 133 | 0900384116 | REYES PRÍAS OVIDIO (+) |
| 134 | 0906114111 | REYES ZAMBRANO JORGE CLEMENTE (+) |
| 135 | 0905171237 | RICHARDS GUERRA BERNARDO AUGUSTO (+) |
| 136 | 0917063406 | RIVERA HAYEK OSCAR GUSTAVO (+) |
| 137 | 0102326808 | RODAS CALLE DIEGO MAURICIO (+) |
| 138 | 0911319416 | RODRÍGUEZ PINDUIZACA MIGUEL ÁNGEL (+) |
| 139 | 0903344877 | ROMERO ALVAREZ COLÓN ALFREDO (+) |
| 140 | 0908312622 | ROMERO PERALTA VÍCTOR ALFONSO (+) |
| 141 | 0903382893 | RON CRESPO RICARDO ALFREDO (+) |
| 142 | 0902911007 | ROSERO ACURIA ALEJANDRO TEODORO (+) |
| 143 | 0900120759 | RUIZ CAMPAÑA FILIBERTO VICENTE (+) |
| 144 | 0912313434 | SALAZAR BARZOLA ARMANDO JACINTO (+) |
| 145 | 0908328156 | SALAZAR ESPINOZA CLEMENTE STALIN (+) |
| 146 | 0911804672 | SALAZAR JIMÉNEZ EDY JAVIER (+) |
| 147 | 0900943606 | SAN LUCAS COELLO JOFFRE GUILLERMO (+) |
| 148 | 0912451697 | SÁNCHEZ PARDO JIMMY WILFRIDO (+) |
| 149 | 0800280000 | SANDOVAL PRECIADO SÓCRATES (+) |
| 150 | 0903230639 | SCHULDT SOLÓRZANO VÍCTOR HUGO (+) |
| 151 | 1302003239 | SEGURA TOMIDES ACEVEDO (+) |
| 152 | 1302599897 | SOLEDISPA RODRÍGUEZ BENITO EDILSON (+) |
| 153 | 0905025201 | SOLÓRZANO VALAREZO CÉSAR HÉCTOR (+) |
| 154 | 0906952593 | SORIANO PARRA CARLOS LUIS (+) |
| 155 | 0919564153 | SOTOMAYOR MONTALVO GABRIEL ENRIQUE (+) |
| 156 | 0910463090 | SUÁREZ CRUZ JUAN FERNANDO (+) |
| 157 | 0914799796 | SUÁREZ GÓMEZ GIL MARIO (+) |
| 158 | 0906981014 | SUÁREZ GONZÁLEZ JUAN ANTONIO (+) |
| 159 | 0902626241 | SUÁREZ PÁEZ ÁNGEL HUMBERTO (+) |
| 160 | 0909584443 | TAPIA GUZMÁN GABRIEL GAVINO (+) |
| 161 | 0903998961 | TIGRERO VILLAO JUANA (+) |
| 162 | 1202711394 | TOALA ROSADO JOSÉ DAVID (+) |
| 163 | 0912346277 | TOMALÁ PRADO JOSÉ ROBERTO (+) |
| 164 | 0910049303 | TORRES CHALÉN DARÍO OSWALDO (+) |
| 165 | 0916350085 | TRIVIÑO SOLÍS ALEXANDRA DEL ROCÍO (+) |
| 166 | 0907401996 | UBILLA SUÁREZ MANUEL ALEJANDRO (+) |
| 167 | 0910519503 | ULLAURI ARIAS JUAN ELÍAS (+) |
| 168 | 0915328751 | VALDERRAMA GUZMÁN NÉSTOR JOSÉ (+) |
| 169 | 0909206377 | VALENCIA ARROYO WASHINGTON DUKE (+) |
| 170 | 0904333069 | VALENZUELA PEÑAFIEL DIEGO MIGUEL (+) |
| 171 | 0913992640 | VALERO MATA JULIO CÉSAR (+) |
| 172 | 0200582641 | VARGAS VARGAS AGUSTÍN (+) |
| 173 | 0907468425 | VEGA NARVÁEZ ÁNGEL MIGUEL (+) |
| 174 | 0910837392 | VELOZ MUÑOZ GERARDO JAVIER (+) |
| 175 | 0910437037 | VERA MARTÍNEZ RAFAEL LEONIDAS (+) |
| 176 | 1703965051 | VILLACÍS DUQUE NICOLÁS FERNANDO (+) |
| 177 | 0902746510 | VILLALVA JORGE EDUARDO (+) |
| 178 | 0909328411 | VILLAO RIVERA FÉLIX EDUARDO (+) |
| 179 | 0901728592 | VILLENA CASTRO ADOLFO MARCELO (+) |
| 180 | 0911237634 | VIVAS LÓPEZ JOHN FERNANDO (+) |
| 181 | 0911194058 | VIVERO ALARCÓN ROSENDO RAMÓN (+) |
| 182 | 0602386179 | YÁNEZ BUENO LUIS ALBERTO (+) |
| 183 | 0601233877 | YAUCÁN GUAMBO BERNARDA (+) |
| 184 | 0909249252 | YÉPEZ RODRÍGUEZ WILSON DAVID (+) |
| 185 | 0914847769 | YU LEE HIDALGO JOSÉ LEONARDO (+) |
| 186 | 1701540450 | ZAMBRANO LOOR HERNÁN GAUDIOSO (+) |
| 187 | 0912102407 | ZAMORA QUEZADA JORGE RAMÓN (+) |
| 188 | 0602075517 | ZAPATA ESTRADA JOSÉ ANTONIO (+) |
| 189 | 0903403145 | ZAPATIER VERA ARTURO RAMÓN (+) |
| 190 | 0906574165 | ZAPATIER VIERA CHRISTIAN ALEJANDRO (+) |

## EX-TRABAJADORES FALLECIDOS EN LOS ÚLTIMOS 120 DÍAS

| | | |
|---|---|---|
| 1 | 0909378648 | ALBÁN ROJAS AGUSTÍN FORTUNATO (+) |
| 2 | 1203399298 | CORDERO FRANCO JIMMY ABEL (+) |

# EX-TRABAJADORES DE CERVECERÍA NACIONAL PERÍODO 1990-2005
# FALLECIDOS

| CANTIDAD | NÚMERO DE CÉDULA | NOMBRE |
|---|---|---|
| 3 | 0910337922 | LINO ZAMBRANO LUIS ALBERTO (+) |
| 4 | 1304050162 | ORTIZ MONCAYO JHONY WILFRIDO (+) |
| 5 | 0903403145 | ZAPATIER VERA ARTURO RAMÓN (+) |
| 6 | 1703965051 | VILLACÍS DUQUE NICOLÁS FERNANDO (+) |

FECHA: MARZO 31 DE 2022

REPÚBLICA DEL ECUADOR
CONSEJO NACIONAL DE DISCAPACIDADES
**CARNÉ DE DISCAPACIDAD**
CONADIS

DELGADO REYES
SARA FILOMENA

C.I. No.: 0901153817

CARNÉ No.: 09.83786

DISCAPACIDAD: VISUAL

PORCENTAJE: 80%

FIRMA O HUELLA DIGITAL

EL PORTADOR DEL PRESENTE CARNÉ TIENE ACCESO A LOS DERECHOS CONSAGRADOS EN LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR, CONVENCIÓN SOBRE DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SU PROTOCOLO FACULTATIVO Y BENEFICIOS DETERMINADOS EN LA LEY SOBRE DISCAPACIDADES.

DIRECCIÓN DOMICILIARIA:
GUAYAS/MILAGRO/
CALDERON Y RUMIÑAHUI/

PROVINCIA DE CARNETIZACIÓN:
GUAYAS/ 06/03/2013

08 № 0354337

FIRMA AUTORIZADA

25 verifica

951

GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA ZONA 8

| | | |
|---|---|---|
| UNIDAD MEDICA DE SALUD QUE DESEA REFERIR: | HOSPITAL ABEL GILBERT | |
| ZONA QUE DESEA REFERIR: | ZONA 8 | |
| CÉDULA DEL PACIENTE: | 0914100466 | |
| NOMBRE DEL PACIENTE: | GONZALEZ DELGADO KARINA JOSEFINA | |
| EDAD - SEXO | 47 AÑOS | FEMENINO |
| DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: | LEIOMIOMA DEL UTERO | |
| CÓDIGO CIE 10 (DG. PRINCIPAL): | D259 | |
| MOTIVO DE REFERENCIA: | LIMITADA CAPACIDAD RESOLUTIVA | |
| | REFERENCIA/DERIVACIÓN | |
| RESPONSABLE DIRECTO DE LA INFORMACIÓN: | HAGP | |

Ministerio de Salud Pública

| FECHA | HORA | UNIDADES QUE SE SOLICITA REFERENCIA | TELEFONO AL QUE SE LLAMA PARA SOLICITAR REFERENCIA | PERSONAS CON LAS QUE SE ESTABLECIO EL PEDIDO | CARGO DE LAS PERSONAS CON CON LAS QUE SE ESTABLECIÓ EL PEDIDO | RESPUESTA POR PARTE DE LA UNIDAD DE SALUD | SE REALIZÓ LA TRANSFERENCIA (SI O NO) | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 17/12/2021 | 13:09 | HOSPITAL GENERAL MONTE SINAI | 959407375 | DR. VICTOR ORTEGA | GESTION DE RED | NO TENEMOS EL SERVICIO | NO | VIA TELEFONICA |
| 17/12/2021 | 13:12 | HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR | 999917828 | DR. JOEL CARREÑO | GESTION DE RED | LIMITADA CAPACIDAD RESOLUTIVA | NO | VIA TELEFONICA |
| 17/12/2021 | 16:25 | HOSPITAL TEODORO MALDONADO | 42497002 | DR. ROBERTO PLUAS | GESTION DE RED | LIMITADA CAPACIDAD RESOLUTIVA | NO | VIA TELEFONICA |
| 17/12/2021 | 13:33 | HOSPITAL DE LA POLICIA | 986824204 | POLICIA PEDRO RODRIGUEZ | GESTION DE RED | LIMITADA CAPACIDAD RESOLUTIVA | NO | NOTIFICACION VERBAL |
| 17/12/2021 | 14:20 | HOSPITAL MILITAR | 969632935 | ING. VIVIANA LOPEZ | GESTION DE RED | LIMITADA CAPACIDAD RESOLUTIVA | NO | VIA TELEFONICA |
| 17/12/2021 | 13:39 | HOSP DR JOSE RODRIGUEZ MARIDUEÑA | 987671459 | DRA. CHASI | GESTION DE RED | NO TENEMOS EL SERVICIO | NO | VIA TELEFONICA |
| 17/12/2021 | 14:16 | HOSPITAL IESS CEIBOS | 988674046 | DR. ARMANDO BAQUERIZO | GESTION DE RED | NO TENEMOS EL SERVICIO | NO | VIA TELEFONICA |

| | |
|---|---|
| RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN: | DRA. RAQUEL QUIJANO GRUNAUER |
| CARGO: | LIDER DE GESTION DE RED |
| TELÉFONO: | 0983359288 |

HOSPITAL GUAYAQUIL DR. ABEL GILBERT PONTÓN

LIDER DE GESTION DE RED

| HOSPITAL DE ESPECIALIDADES GUAYAQUIL "DR. ABEL GILBERT PONTÓN" MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA | Laboratorio | Versión: 1.0 |
|---|---|---|
| | Anatomía Patológica-Solicitud | Código: FOR-LAB-064 |
| | | Página: 1 de 1 |

| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | UNIDAD OPERATIVA | COD. UO | COD. LOCALIZACIÓN | | | Nº DE IDENTIFICACIÓN CIUDADANA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | PARROQUIA | CANTÓN | PROVINCIA | |
| MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA | HOSPITAL GUAYAQUIL "Dr. ABEL GILBERT PONTÓN" | | FEBRES CORDERO | GUAYAQUIL | GUAYAS | 0914100466 |

| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | EDAD | SEXO | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | M | F |
| Gonzalez | Delgado | Karina | Lizbeth | 47 | | X |

| PROFESIONAL SOLICITANTE | SERVICIO | SALA | CAMA | PRIORIDAD | | | FECHA DE TOMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | URGENTE | RUTINA | CONTROL | |
| | Ginecología | | | | | | 16/12/2021 |

**1 ESTUDIO SOLICITADO**

| HISTOLOGÍA | | CITOLOGÍA | | DESCRIPCIÓN | | CODIGO INTERNO ANATOMIA PATOLOGICA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PERSONA QUE RECIBE | | | | FECHA Y HORA | | |

**2 RESUMEN CLINICO**

Paciente con cuadro sugestivo de tumoración múltiples miomas uterinos

| 3 DIAGNÓSTICO PRE = PRESUNTIVO DEF = DEFINITIVO | CIE | PRE | DEF |
|---|---|---|---|
| Otro Miomatosis | | | |

| 4 MUESTRA O PIEZA | DESCRIBIR EL PROCEDIMIENTO, ORIGEN, NÚMERO Y ZONA |
|---|---|
| Otro + Anexo Derecho - Anexo Izquierdo | |

**5 TRATAMIENTO QUE RECIBE**

Histerectomía Abdominal total + anexectomía bilateral

**6 DATOS BASICOS PARA CITOLOGIA VAGINAL**

| MATERIAL | | | | | | ANTICONCEPCIÓN | | | | | FECHAS DE | | | PARIDAD | | | | FECHAS | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ENDOCERVIX | EXOCERVIX | PARED VAGINAL UNIÓN | ESCAMO COLUMNAR | MUNON CERVICAL | OTRO | ORAL O INYECTABLE | DIU | LIGADURA | OTRO | TERAPIA HORMONAL | MENARQUIA | MENOPAUSIA | INICIO DE RELACIONES | GESTACIONES | PARTOS | ABORTOS | CESÁREAS | ÚLTIMA MENSTRUACIÓN | ÚLTIMO PARTO | ÚLTIMA CITOLOGÍA |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

16/12/2021 11:00

| FECHA | | HORA | | NOMBRE DEL PROFESIONAL | | FIRMA | Melisa Rodríguez | SELLO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

SNS-MSP/HCU-form. 013A

ANATOMÍA PATOLOGICA - SOLICITUD

| Elaborado por: | 12-jun-19 | Revisado por: | Aprobado por: |
|---|---|---|---|
| Lcda. Connie Mieles | | Dra. Karla Alvarado V. | Dra. Mónica Samaniego |

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES GUAYAQUIL
DR. ABEL GILBERT PONTÓN
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
Dra. Flor E. Melida Rosa
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
FOLIO 1540 PAG. VI REG. SANT. 4437/5854
C.I. 0911777159

28
Ventricia

# HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. ABEL GILBERT PONTÓN
## MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

**FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA**

### I. DATOS DEL USUARIO/USUARIO

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres | Fecha Nacimiento (día / mes / año) | Edad | Sexo |
|---|---|---|---|---|---|
| GONZALEZ | DELGADO | KARINA JOSEFINA | 22 / 06 / 1974 | 47 | 2 (1=H/2=M) |

| Nacionalidad | País | CI/Pasaporte | Lugar Residencia Actual: Provincia | Cantón | Parroquia | Dirección Domicilio | # Teléfono |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 (1 Ecu/2 Ext.) | ECUADOR | 0914100466 | GUAYAS | GUAYAQUIL | FEBRES CORDERO | SAUCES6 | 0968275784/0981 |

### II. REFERENCIA: 1( ) DERIVACIÓN: 2( X )

**1.-Datos Institucionales**

| Entidad del Sistema | Hist. Clínica No. | Establecimiento de Salud | Tipo | Distrito/Área |
|---|---|---|---|---|
| MSP | 0914100466 | HOSPITAL DE ESPECIALIDADES ABEL GILBERT PONTON | HES | 09D04 |

**Refiere o Deriva a:**

| Entidad del Sistema | Establecimiento de Salud | Servicio | Especialidad | Fecha |
|---|---|---|---|---|
| | | Hospitalizacion | GINECOLOGIA | 16 / 12 / 2021 |

**2.-Motivo de la Referencia o Derivación**

- Limitada capacidad resolutiva 1( )
- Ausencia temporal del profesional 2( )
- Falta de Profesional 3( )
- Saturación de capacidad Instalada 4( )
- Otra / especifique 5( X ) FALTA MICROSCOPIA EN ESTUDIO HISTOPATOLOGICO

**3.-Resumen del cuadro clínico**

PACIENTE DE 47 AñOS DE EDAD CON UTERO AUMENTADO DE TAMAñO POR PRESENCIA DE MIOMAS SUBSEROSOS MULTIPLES

**4.-Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos**

SE REALIZA HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL + ANEXECTOMIA BILATERAL

| 5.- Diagnóstico | CIE-10 | PRE | DEF |
|---|---|---|---|
| 1 LEIOMIOMA DEL UTERO, SIN OTRA ESPECIFICACION | D259 | | X |
| 2 | | | |

Nombre del profesional: DRA MELIDA ROSA FLOR EMEN Código MSP: 5854 Firma:

### II. CONTRAREFERENCIA: 3( ) REFERENCIA INVERSA: 4( )

**1.-Datos Institucionales**

| Entidad del Sistema | Hist. Clínica No. | Establecimiento de Salud | Tipo | Servicio | Especialidad |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

**Contrarefiere o Referencia Inversa a:**

| 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 |
|---|---|---|---|
| 1 | | | |
| 2 | | | |

**6.- Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad**

Nombre del profesional: Código MSP: Firma:

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES GUAYAQUIL
DR. ABEL GILBERT PONTON
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
Dra. Flor E. Melida Rosa
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA
Y OBSTETRICIA
FOLIO 1540 PAG. VI REG. SANT. 4637/5854
C.I. 0911777159

SNS-MSP/HCU-form. 053/2013

| 7.-Referencia Justificada | | 8.-Contrareferencia Justificada | |
|---|---|---|---|
| Describir Código | | Describir Código | |

# SULTA DE COBERTURA DE SALUD

ngrese los datos solicitados

**Número de documento de Identificación:** 0914100466

**Fecha de Cobertura de Seguro de Salud:** 16-12-2021

**Ingrese el valor mostrado en la imagen:** Código Verificación

Consultar | Nueva consulta

**GONZALEZ DELGADO KARINA JOSEFINA**

**Fecha de consulta: 16-12-2021 15:16**

**Fecha Nacimiento: 22/06/1974** | **Edad: 47**

## IESS, ISSFA. ISSPOL

| Seguro | Tipo de seguro | Mensaje | Registro de Cobertura de Atención de Salud |
|---|---|---|---|
| IESS | Afiliado Seguro General Tiempo Completo | Afiliado Cesante Fuera del Tiempo de Protección | No 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**

## RED PRIVADA COMPLEMENTARIA

NO EXISTEN RESULTADOS PARA LOS PARÁMETROS INGRESADOS

SOLCA Sociedad de Lucha Contra el Cáncer del Ecuador

**SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CANCER DEL ECUADOR SOLCA** 12/01/2022 10:45 Pág. 1 de 1

**SOLICITUD DE SERVICIOS**

**SISTEMA DE FACTURACIÓN**

**FAC1114-INT**

**R.U.C:** 992238208001

**Dirección:** ATARAZANA, AV.PEDRO MENENDEZ GILBERT S/N **Teléfono:** 3718700

# HISTOLOGIA - ANATOMIA PATOLOGICA

**U. Serv. Emisora:** HISTOLOGIA - ANATOMIA PATOLOGICA **No. Solicitud:** 11740701

**Fecha:** 20/12/2021 15:00 **Estado:** ORD.AUTO.

**Nombre Pcte.:** GONZALEZ DELGADO KARINA JOSEFINA

**C.I./R.U.C. No.:** 0914100466 **H.C.:** 202119070 ONC

**Convenio:** [197] COORDINACION ZONAL 8 - SALUD - Vigente hasta: 17/06/2022 - Validación de Derecho: 17/06/2022

**Obs. Adm.:** Cobertura Parcial / 100% / PATOLOGIA

| Caja-Ord. | Cód. | Descripción | Cant. |
|---|---|---|---|
| 100-5515732 | 4544 | BIOPSIA DE TEJIDOS DE OTROS DE ALTA COMPLEJIDAD | |

**Recomendación/Datos Clínicos:**

GARCES SANTOS JUAN CARLOS

MEDICO JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA

**Responsable:** LCARTAGE

H.C.: 202119070

No. Proforma: 11740701

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD

31 Treinta

**CÓDIGO DE VALIDACIÓN No CV1221-N925349-001**

Quito, 17 de Diciembre de 2021

**Unidad:** Abel Gilbert Pontón

**Provincia:** GUAYAS

**Coord. Zonal:** Z08

**CC No.** 0914100466

**Beneficiario** GONZALEZ DELGADO KARINA JOSEFINA

**Diagnóstico** Leiomioma del utero, sin otra especificacion

**Código CIE10** D259

**Fecha de Vigencia** 2021-12-17 **Fecha de Vencimiento** 2022-06-17

**Dirección** SAUCES

**Teléfono**

**Celular**

Señores
**SOLCA Guayaquil - Proveedor**
Ave. Pedro Menéndez Gilbert, junto a la Cdla. La Atarazana
Guayaquil-GUAYAS

El Ministerio de Salud Pública, autoriza se proceda con el servicio de atención Integral Servicios Hospitalarios de acuerdo al siguiente detalle:

| Cóigo de Validación No | Servicio Médico |
|---|---|
| CV1221-N925349-001 | Servicios Hospitalarios - Exámenes de Laboratorio(EL) |

Con la finalidad de precautelar la salud de los pacientes de la RED Pública Integral de Salud, en caso de que existan requerimientos adicionales, estos deben estar plenamente justificados y documentados.

**Nota:** El proveedor se compromete a cumplir con lo dispuesto por la Constitución, leyes y normas que se encuentren vigentes en materia de salud. Conforme las Disposiciones Normativas Generales de Aplicación del Tarifario del Sistema Nacional de Salud, los precios de los servicios de prestaciones de salud demandados mediante el presente documento, bajo ningún motivo pueden exceder las tarifas del citado documento normativo de aplicación obligatoria.

**Observación:** ESTUDIO HISTOPATOLOGICO



18/12/2021 11

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

N 091114482-2
CIUDADANIA DISCAPACIDAD
APELLIDOS Y NOMBRES
CHEREZ PAUCAR
ADELA CELESTE
LUGAR DE NACIMIENTO
GUAYAS
GUAYAQUIL
CARBO (CONCEPCION)
FECHA DE NACIMIENTO 1965-12-16
NACIONALIDAD ECUATORIANA
SEXO MUJER
ESTADO CIVIL CASADO
JOSE CARLOS
CARDENAS

BASICA QUEHACER. DOMESTICOS A1333A1122
CHEREZ URBANO
PAUCAR NARCISA
GUAYAQUIL
2020-01-08
2030-01-08
001673703

CARNÉ DE PERSONA CON DISCAPACIDAD
Apellidos: CHEREZ PAUCAR
Nombres: ADELA CELESTE
C.I.: 0911144822
* Tipo de discapacidad: FÍSICA
* Porcentaje de discapacidad: 67 %
* Grado de discapacidad: GRAVE

Emitido por: REVELO PERALTA CECILIA MANUELA
Fecha de emisión: 03/11/2018

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

091098841-9
CIUDADANIA
APELLIDOS Y NOMBRES
CARDENAS
JOSE CARLOS
LUGAR DE NACIMIENTO
GUAYAS
NARANJAL
SAN CARLOS
FECHA DE NACIMIENTO 1965-12-01
NACIONALIDAD ECUATORIANA
SEXO HOMBRE
ESTADO CIVIL CASADO
ADELA CELESTE
CHEREZ PAUCAR

INSTRUCCION BACHILLERATO
PROFESION/OCUPACION BACHILLER
V3343A2222
APELLIDOS Y NOMBRES DEL PADRE
CARDENAS CHICA ISABEL
LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION
GUAYAQUIL
2019-01-21
FECHA DE CADUCIDAD
2029-01-21
001512791

De conformidad al Art. 18 numeral [illegible] de la Ley [illegible] Es parte fiel de copia que antecede que he cotejado con el original que me fue exhibido.

Guayaquil 15 ENE 2021

ABG. [illegible]
NOTARIO TITULAR [illegible]

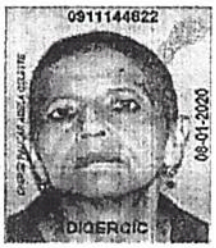
ABG. WENDY MARÍA VERA RÍOS
NOTARÍA XXXVII
GUAYAQUIL

**REPÚBLICA DEL ECUADOR**
Dirección General de Registro Civil, Identificación y Cedulación

Dirección General de Registro Civil, Identificación y Cedulación

33
PRESENTE

# CERTIFICADO DIGITAL DE DATOS DE IDENTIDAD




**Número único de identificación:** 0911144822

**Nombres del ciudadano:** CHEREZ PAUCAR ADELA CELESTE

**Condición del cedulado:** DISCAPACIDAD

**Lugar de nacimiento:** ECUADOR/GUAYAS/GUAYAQUIL/CARBO (CONCEPCION)

**Fecha de nacimiento:** 16 DE DICIEMBRE DE 1965

**Nacionalidad:** ECUATORIANA

**Sexo:** MUJER

**Instrucción:** BASICA

**Profesión:** QUEHACER. DOMESTICOS

**Estado Civil:** CASADO

**Cónyuge:** CARDENAS JOSE CARLOS

**Fecha de Matrimonio:** 7 DE OCTUBRE DE 1992

**Nombres del padre:** CHEREZ URBANO

**Nacionalidad:** ECUATORIANA

**Nombres de la madre:** PAUCAR NARCISA

**Nacionalidad:** ECUATORIANA

**Fecha de expedición:** 8 DE ENERO DE 2020

**Condición de donante:** NO DONANTE

ABG. WENDY MARÍA VERA RIOS
NOTARÍA
XXXVII
GUAYAQUIL

Información certificada a la fecha: 15 DE ENERO DE 2021
Emisor: WENDY MARIA VERA RIOS - GUAYAS-GUAYAQUIL-NT 37 - GUAYAS - GUAYAQUIL

N° de certificado: 216-378-64618

216-378-64618

Eco. Rodrigo Avilés J.
Director General del Registro Civil, Identificación y Cedulación
**Documento firmado electrónicamente**

La institución o persona ante quien se presente este certificado deberá validarlo en:**https://virtual.registrocivil.gob.ec**, conforme a la LOGIDAC Art. 4, numeral 1 y a la LCE. Vigencia del documento 1 validación o 1 mes desde el día de su emisión. En caso de presentar inconvenientes con este documento escriba a enlinea@registrocivil.gob.ec

SOLCA

Sociedad de Lucha Contra el Cáncer del Ecuador

1951

(39) VEINTISIETE

**Comunicación No. 2021-026-RDT.**
Guayaquil, 19 de enero del 2021.

# INFORME MÉDICO

Paciente **IÑIGUEZ TOLEDO AMPARITO DEL ROCIO**, con **H.C.: 1984-4467, ION SOLCA, C.I.: 0912320918,** femenina de 53 años de edad con antecedente de Ca de mama derecha tratada con QXT neoadyuvante, MRM. derecha y referida para tratamiento con radiaciones, completo 50 GY (BOOST) sobre la pared toracica derecha en diciembre 29, y 40 GY sobre los ganglios locorregionales y la pared toracica (esquema hipofraccionado) en diciembre 18. Al momento se encuentra asintomática.
Al ex fisico: No se palpan adenopatias cervicales o supraclaviculares, mama izquierda y axila izquierda normal, pared toracica derecha y axila derecha libre de actividad tumoral. Se da cita abierta en esta consulta.

Particular que informo para los fines consiguientes.

Atentamente,

Dr. Roberto E. Falquez Mata
RADIO - ONCOLOGO
REG. 0908569437
SOLCA-MATRIZ

**Dr. Roberto Falquez Mata.**
**Oncólogo Radioterapeuta**
**Reg. Sanitario 0908569437**

Nota: Concluyo tratamiento y se realiza contrareferencia a Hosp. de origen. (MSP)

ESPOSA DE ADOLFO MARIN

Johanna
C.c.: Archivo

35

DIRECCIÓN DISTRITAL 09D08 PASCUALES 2 SALUD AMBULATORIA

# MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

HOSPITAL / UNIDAD DE SALUD: CSBP - Tipac

FECHA: 29/01/21

**DATOS DEL PACIENTE**

HISTORIA CLÍNICA:

NOMBRES Y APELLIDOS: Juan Carlos Carrera

CIE 10: Z00

SEXO: M [X] F [ ]

DOCUMENTO IDENTIDAD: 1801288539

EDAD: AÑOS: 64 MESES:

| DATOS DEL MEDICAMENTO (DCI, concentración y forma farmacéutica)/ DISPOSITIVO MEDICO (tamaño, calibre, volumen...) | CANTIDAD (en números y letras) |
|---|---|
| Paciente de sexo masculino de 64 años de edad que acude a esta casa de salud por cuadro de dolor articular en pierna izquierda por traumatismo por caída de propia altura. Al momento paciente estable, con dificultad para caminar por lo que se prescribe reposo de 10 días. | |

DIRECCIÓN DISTRITAL 09D08 - G.S. GESTIÓN POPULAR

**DATOS DEL PRESCRIPTOR**

Nombre apellido: Dr. Fernando Vicuña

Firma y sello del prescriptor (libro, folio y número): Md. Fernando Vicuña Freire

**INDICACIONES**

NOMBRE DEL PACIENTE: FECHA: __/__/__

| MEDICAMENTO (DCI concentración y forma farmacéutica) | VIA ADMIN. | DOSIS | FRECUENCIA | DURACIÓN | MAÑANA | MEDIO DIA | TARDE | NOCHE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

PRESCRIPTOR

FIRMA Y SELLO

ADVERTENCIAS:

Esta receta tiene validez para la entrega de medicamentos, de 5 días para casos crónicos y 2 días para los casos agudos.