



**INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL DEL IESS AMBATO**

CERTIFICADO ESPECIAL

Paciente.: CI 1801770569 LLERENA BARRENO FAURI LENIN IVANOF H.C.: 99632165

Género : M MASCULINO F.Nac 1962/06/26 Edad: 57 Años 8 Meses

OFTALMOLOGIA (CE)

Médico...: MT1804053 17056392 OVIEDO GUARDERAS NELSON ED F: 2017/04/24 Y
2017/05/12

MOTIVO DE CONSULTA DEFICIT VISUAL

ANAMNESIS Y EXAMEN FISICO

AP: TRANSPLANTE DE CORNEA HACE TREINTA AÑOS OD.

EXAMEN FISICO

EDAD: 54 AÑOS

OD. BULTOS 6MT OS:20/30

CC OD: BULTOS 6 MT OS: 20/20

PO. OD: ---- OI: PO: 17

OS: +0 = -2.00 X 57

OD: BOTON CORNEAL OPALACENTE NO REACCION UVEAL OS: CORNEA CLARA

MEDIOS . TRANSPARENTE OD TRANSPARENTE OS

FO: OD: NO VALORABLE OS: ROJO RETINAL

DG.- VISION SUBNORMAL SECUNDARIO A QUERATOPLASTIA DE OJO DERECHO HACE TREINTA AÑOS TEJIDO EL CUAL AL MOMENTO ES AFUNCIONAL.

PRESENTA LEUCOMA + QUERATOPATIA, GRADO DE DISCAPACIDAD VISUAL 48%, PROCESO QUE PUEDE VARIAR CON CIRUGIA QUERATOPLASTIA.

PRESCRIPCIONES

1.- TRANSFERENCIA A UNIDAD DE CORNEA. POSIBILIDAD NUEVO TRANSPLANTE.

2.- CERTIFICADO PARA CONADIS


DR. Nelson Oviedo Guarderas

MEDICO RESPONSABLE SERVICIO DE OFTALMOLOGIA



FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno <u>Zlerena</u>		Apellido materno <u>Bonano</u>		Nombres <u>Fabi Lenin Ivanof</u>		Fecha de Nacimiento <u>26</u> <u>06</u> <u>1962</u>		Edad <u>58</u>	Sexo <u>H</u>
						día	mes	año	d-m-a H/M
Nacionalidad <u>Ecuator</u>	País <u>Ecuador</u>	Cédula de Ciudadanía o Pasaporte <u>1801770569</u>	Lugar de residencia actual <u>18</u> <u>01</u> <u>56</u>	Dirección Domicilio <u>Dumbab</u>			N° Teléfono		
Ver Instruccion	Describir País	Cedula diez digitos	Provincia	Canton	Parroquia	Calle Principal y Secundaria		Convencional/Celular	

II. REFERENCIA: 1 **DERIVACIÓN:** 2

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema <u>MSP</u>	Hist. Clínica No. <u>1801770569</u>	Establecimiento de Salud <u>HGD</u>	Tipo <u>H6</u>	Distrito/Área <u>Zona 3</u>	
-----------------------------------	--	--	-------------------	--------------------------------	--

Refiere o Deriva a:

Entidad del sistema <u>MSP</u>	Establecimiento de Salud <u>H.E.E</u>	Servicio <u>C. Medicina</u>	Especialidad <u>Oftalmología</u>	día <u>6</u>	mes <u>08</u>	año <u>2022</u>
-----------------------------------	--	--------------------------------	-------------------------------------	-----------------	------------------	--------------------

2. Motivo de la Referencia o Derivación:

Limitada capacidad resolutive 1
Ausencia temporal del profesional 2
Falta de profesional 3

Saturación de capacidad instalada 4
Otros /Especifique: 5 *No se cuenta con el personal capacitado ni equipamiento para la resolución definitiva de la enfermedad del paciente*

3. Resumen del cuadro clínico
Adelgazamiento más disminuido de la visión

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos
BI: OD: Transplante de córnea antigua, zona central transparente, pormus con el periferico que puede haber quimico o delgado como con el p. de c. de la cor. O. I. q. T. a. c. de la cor. BU: 2/100 O. I. q. 2/100

5. Diagnóstico

1 <u>Diferencia visual moderada no nuclear</u>	CIE-10 <u>H546</u>	PRE	DEF
2 <u>Neovascularización de la retina</u>	<u>H164</u>		

Nombre del profesional Dr. Carlos A. Pérez P. Código MSP: Libro: 3°B° Folio 38 N° 114 Firma: *[Firma]*

III. CONTRAREFERENCIA: 3 **REFERENCIA INVERSA:** 4

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica Nro.	Establecimiento de Salud	Tipo	Servicio	Especialidad del servicio
---------------------	--------------------	--------------------------	------	----------	---------------------------

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

1	CIE-10	PRE	DEF
2			

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

Nombre del profesional especialista: _____ Código MSP: _____ Firma: _____

