

Subsecuencia #2

Folio Asignado:SLMV042056

Fecha:2022-08-19 Hora:22:36:36

Usuario: cduron	Vıa								
			Datos de	l paciente					
Nombre:	Nombre: MA. CAROLINA RAMIREZ HERNANDE			Edad: 41 años Sexo: Femenino					
Tipo de trabajo: En Oficina			Estado civil: Soltero/a		Obs. Religión: Ninguna				
Fecha de nacimiento: 09-06-1981			Tel. Domicilio: 4442607683		E-Mail: hordel@hotmail.com				
			Datos de	l siniestro					
Fecha de siniestro: 2022-08-03 22:41:55			Fecha de primera atención: 2022-08-03 22:49:27		Médico de primera atención: Cristóbal Duron Ovalle				
Diagnóstico inicial:			ESGUINCE CERVICAL GRADO 2 Y DORSOLUMBAR GRADO 1						
	Signos vitales								
Tempera (°C)	tura	Talla (Cm)	Peso (Kg)	Presion arterial (mmHg)	Frecuencia cardiaca (Lpm)	Frecuencia respiratoria (Rpm)			
36		155	73.5	100/60	61	22			
Observaci	ones:		-						
			Datos suk	secuencia					
	Signos y síntomas								
PERSISTE DOLOR DE CUELLO LEVE Y DOLOR DE ESPALDA BAJA INTENSO LASAGUE NEGATIVO PERO REFIERE DOLOR IRRADIADO DE LA ESPALDA HACIA LA PARTE POSTERIOR DE LA PIERNA									
	Evolución								
TIEN 17 DIA	S DE EV	DLUCION							
			Estudios	solicitados					
Rx		Observacione	Observaciones		Interpretación Ortopédica				
no requiere									
			Diagr	nostico					
ESGUINCE (CERVICAL	Y LUMBAR GRADO	2						
			Sumii	nistros					
Cantidad	Suministro			Indicaciones					
2	TRIBEDOCE COMPUESTO (DICLOFENACO/COMPLEJO B) (DICLOFENACO 75MG/2ML / COMPLEJO B 100MG/100MG/5MG/1ML CAJA CON 3 AMP)			APLICAR UNA INYECCIÃ⊡N INTRAMUSCULAR CADA 48 HORAS (CADA 3ER DIA)					
1	OXI-REUL (Piroxicam 20mg CAJA CON 20)			TOMAR UNA TABLETA CADA 12 HORAS					
1	CARBAFEN (PARACETAMOL/METOCARBAMOL) (paracetamol/metocarbamol 253mg/400mg CAJA CON 30)			UNA TABLETA CADA 8 HORAS POR 10 D̸AS					

Ortesis						
Cantidad	Ortesis	Presentación	Indicaciones			
no requiere						





Subsecuencia #2

Folio Asignado:SLMV042056

Indicaciones generales

EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR Y ESTIRAMIENTO DOS VECES AL DÃŢA.

Criterios de Waddell

Observaciones

Firmas

Dr. Cristóbal Duron Ovalle
Cédula: Med:1942573 Esp:AEIE35068

Firma del paciente al recibir resultado radiográfico, medicamentos, órtesis,

diagnóstico.