

Nombres y Apellidos: Vinueza Piedra Thalia Alexandr  
Cedula 915623938  
Edad 48  
Estado Civil Casado/a  
Antecedentes personales: No Refiere  
Antecedentes familiares: No Refiere  
Antecedentes quirúrgicos: CIRUGIA DE LIGAMENTO CRUZADO R  
Antecedentes farmacológicos: No Refiere

Consulta Nro: 107 Hora: 2022-12-23

Motivo: CONTROL POSTOPERATORIO DE RODI  
Diagnostico: S835: ESGUINCES Y TORCEDURAS Q

Objetivo: TIENE DOLOR A LA FLEXION

Tratamiento:

ExamenFisico

General Paciente estable, afebril, hem  
Neurologico Alerta y Orientado, normoreflexico.  
Cuello No ingurgitación yugular.  
Corazon Ruidos cardiacos ritmicos. No Soplos.  
Pulmones Ruidos respiratorios audibles sin agregados.  
Abdomen Normal. No megalias. Ruidos hidroaereos audibles. No dolor a la palpac  
Extremidades DOLOR EN CARA INTERNA DE RODILLA POR EL NERVIO SAFENO,  
Pulsos Perifericos Presentes.

Tratamiento

|           |                      |          |    |
|-----------|----------------------|----------|----|
| Comercial | PALEXIS 50 MG RETARD |          |    |
| Dosis     | 1 Comprimido         | Cantidad | 15 |

Tratamiento

|           |               |          |    |
|-----------|---------------|----------|----|
| Comercial | PALEXIS 50 MG |          |    |
| Dosis     | 1 Comprimido  | Cantidad | 15 |

Tratamiento

|           |               |          |    |
|-----------|---------------|----------|----|
| Comercial | ADORLAN FORTE |          |    |
| Dosis     | 1 Comprimido  | Cantidad | 15 |

Diagnostico

|           |      |                |                                |
|-----------|------|----------------|--------------------------------|
| CodigoCie | S835 | DescripcionCie | ESGUINCES Y TORCEDURAS QUE COM |
| Categoria |      | Tipo Presutivo | Cronologia Primera             |

Diagnostico

|           |      |                |                                |
|-----------|------|----------------|--------------------------------|
| CodigoCie | S832 | DescripcionCie | DESGARRO DE MENISCOS, PRESENTE |
| Categoria |      | Tipo Presutivo | Cronologia Primera             |

Consulta Nro: 109 Hora: 2022-12-27

Motivo: Motivo de Consulta Motivo de C  
Diagnostico: A011: FIEBRE PARATIFOIDEA A. A

|                          |        |  |  |
|--------------------------|--------|--|--|
| Antropometria            |        |  |  |
| Peso                     | 111.00 |  |  |
| Estatura                 | 1.70   |  |  |
| Circunferencia Abdominal | 22.00  |  |  |
| IMC                      | 38.41  |  |  |

|                             |      |                         |   |
|-----------------------------|------|-------------------------|---|
| Signos Vitales              |      |                         |   |
| Presion Arterial Sistolica  | 1    | Frecuencia Cardiaca     | 1 |
| Presion Arterial Diastolica | 1    | Frecuencia Respiratoria | 1 |
| Presion Arterial Media      | 1.00 | Saturcion Oxigeno       | 1 |
| Temperatura                 | 1    |                         |   |

|                     |                                  |  |  |
|---------------------|----------------------------------|--|--|
| Resultados Examenes |                                  |  |  |
| Tipo                | AUTOINMUNIDAD                    |  |  |
| Observacion         | AUTOINMUNIDAD AUTOINMUNIDAD AUTO |  |  |

|                     |                                  |  |  |
|---------------------|----------------------------------|--|--|
| Resultados Examenes |                                  |  |  |
| Tipo                | CITOQUIMICA                      |  |  |
| Observacion         | CITOQUIMICA CITOQUIMICA CITOQUIM |  |  |

|                          |                               |  |  |
|--------------------------|-------------------------------|--|--|
| Mediciones Capilares     |                               |  |  |
| Glucosa Capilar          | Glucosa Capilar               |  |  |
| V. Hemoglobina           | 1 Valor Hemoglobina           |  |  |
| V. Hemoglobina Corregido | 1 Valor Hemoglobina Corregido |  |  |

|                  |                |           |    |
|------------------|----------------|-----------|----|
| Revision Organos |                |           |    |
| Organo           | Urinario       | Patologia | Si |
| Observacion      | sadasdsadadsda |           |    |

|                  |                        |           |    |
|------------------|------------------------|-----------|----|
| Revision Organos |                        |           |    |
| Organo           | Revision Sin Patologia | Patologia | No |
| Observacion      | ssssssssssss           |           |    |

|             |            |                |                       |
|-------------|------------|----------------|-----------------------|
| Diagnostico |            |                |                       |
| CodigoCie   | A011       | DescripcionCie | FIEBRE PARATIFOIDEA A |
| Categoria   | Morbilidad | Tipo Presutivo | Cronologia Primera    |

|             |            |                |                               |
|-------------|------------|----------------|-------------------------------|
| Diagnostico |            |                |                               |
| CodigoCie   | A020       | DescripcionCie | ENTERITIS DEBIDA A SALMONELLA |
| Categoria   | Morbilidad | Tipo Presutivo | Cronologia Primera            |

|                          |            |        |                                |
|--------------------------|------------|--------|--------------------------------|
| Ordenes Medicas Imagenes |            |        |                                |
| Tipo                     | ECOGRAFIAS | Examen | DOPPLER DE EXTREMIDAD (ARTERIA |
| Observacion              |            |        |                                |

|                          |            |        |                                |
|--------------------------|------------|--------|--------------------------------|
| Ordenes Medicas Imagenes |            |        |                                |
| Tipo                     | ECOGRAFIAS | Examen | DOPPLER DE EXTREMIDADES (ARTER |
| Observacion              |            |        |                                |

---

|                             |                     |        |                   |
|-----------------------------|---------------------|--------|-------------------|
| Ordenes Medicas Laboratorio |                     |        |                   |
| Tipo                        | ANATOMIA PATOLOGICA | Examen | CALCULO VESICULAR |
| Observacion                 |                     |        |                   |

---

|                             |                     |        |                |
|-----------------------------|---------------------|--------|----------------|
| Ordenes Medicas Laboratorio |                     |        |                |
| Tipo                        | ANATOMIA PATOLOGICA | Examen | CRISTALOGRAFIA |
| Observacion                 |                     |        |                |