



Nombres y Apellidos: yanez lopez victor david
Cedula 965858053
Edad 24
Estado Civil Casado/a

Consulta Nro: 356 Hora: 2023-02-14

Motivo: Motivo de ConsultaMotivo de Consulta

Diagnostico: A011: FIEBRE PARATIFOIDEA A, A001: COLERA DEBIDO A VIBRIO CHOLERAЕ O1, BIOTIPO EL TOR, A001: COLERA DEBIDO A VIBRIO CHOLERAЕ O1, BIOTIPO EL TOR, A009: COLERA NO ESPECIFICADO A001: COLERA DEBIDO A VIBRIO CHOLERAЕ O1, BIOTIPO EL TOR, A009: COLERA NO ESPECIFICADO

Objetivo: Motivo de ConsultaMotivo de Consulta

Tratamiento			
Comercial	FLUIMUCIL Oral Comprimidos Efervescentes 600 mg		
Dosis	1 Tableta Efervescente	Cantidad	1

Tratamiento			
Comercial	FLUIMUCIL Oral Sobres Granulados 100 mg		
Dosis	1 Sobre Granulado	Cantidad	1

Diagnostico				
CodigoCie	A011 FIEBRE PARATIFOIDEA A			
Categoria	Tipo Presutivo	Cronologia	Primera	

Diagnostico				
CodigoCie	A001 COLERA DEBIDO A VIBRIO CHOLERAЕ O1, BIOTIPO EL TOR			
Categoria	Tipo Presutivo	Cronologia	Primera	

Diagnostico				
CodigoCie	A001 COLERA DEBIDO A VIBRIO CHOLERAЕ O1, BIOTIPO EL TOR			
Categoria	Ingreso Tipo Presutivo	Cronologia	Primera	

Diagnostico				
CodigoCie	A009 COLERA NO ESPECIFICADO			
Categoria	Ingreso Tipo Presutivo	Cronologia	Primera	

Diagnostico				
CodigoCie	A001 COLERA DEBIDO A VIBRIO CHOLERAЕ O1, BIOTIPO EL TOR			
Categoria	Alta Tipo Presutivo	Cronologia	Primera	

CodigoCie	A009 COLERA NO ESPECIFICADO				
Categoria	Alta	Tipo	Presutivo	Cronologia	Primera

Tipo	ECOGRAFIAS	Examen	DOPPLER DE EXTREMIDADES (ARTERIAL)
Observacion			

Tipo	ECOGRAFIAS	Examen	DOPPLER DE EXTREMIDADES (ARTERIAL)
Observacion			

Tipo	ECOGRAFIAS	Examen	DOPPLER DE EXTREMIDADES (VENOSO)
Observacion			

Tipo	ECOGRAFIAS	Examen	DERECHO DE USO DE AREA Y EQUIPO PARA BIOPSIA
Observacion			

Tipo	ANATOMIA PATOLOGICA	Examen	BIOPSIA PEQUENA
Observacion			

Tipo	ANATOMIA PATOLOGICA	Examen	CALCULO VESICULAR
Observacion			

Tipo	ANATOMIA PATOLOGICA	Examen	BIOPSIA DE MEDULA OSEA
Observacion			

Tipo	ANATOMIA PATOLOGICA	Examen	CALCULO VESICULAR
Observacion			

Cantidad	fdsdsdfasfaf
----------	--------------

Consulta Nro: 358 Hora: 2023-02-15

Diagnostico: A010: FIEBRE TIFOIDEA, A001: COLERA DEBIDO A VIBRIO CHOLERAЕ O1, BIOTIPO EL TOR

Resultados Exámenes				
Tipo				
Observación				
Diagnóstico				
CódigoCie	A010 FIEBRE TIFOIDEA			
Categoría	Tipo	Presutivo	Cronología	Primera
Diagnóstico				
CódigoCie	A001 COLERA DEBIDO A VIBRIO CHOLERAЕ O1, BIOTIPO EL TOR			
Categoría	Tipo	Presutivo	Cronología	Primera
Órdenes Médicas Imágenes				
Tipo	ECOGRAFIAS		Examen	DOPPLER DE EXTREMIDAD (VENOSO)
Observación				
Órdenes Médicas Imágenes				
Tipo	ECOGRAFIAS		Examen	DOPPLER OBSTETRICO
Observación				
Órdenes Médicas Laboratorio				
Tipo	ANATOMIA PATOLOGICA		Examen	CALCULO VESICULAR
Observación				
Órdenes Médicas Laboratorio				
Tipo	ANATOMIA PATOLOGICA		Examen	CALCULOS URINARIO
Observación				

Apellido Paterno	Materno	Nombres	N° de Historia Clínica
SERVICIO	SALA	CAMA No	

DIAGNÓSTICOS	OPERACIÓN
PRE-OPERATORIO: dsfsdf	PROYECTADA: dfsfsd
POST-OPERATORIO: dfsdf	EFFECTIVA No EMERGENCIA No PALIATIVA No
	REALIZADA: sdfsdf

EQUIPO OPERATORIO			
CIRUJANO: sdfsdf		INSTRUMENTISTA: dfsdf	
PRIMER AYUDANTE: sdfsdf		CIRCULANTE: sdfsdf	
SEGUNDO AYUDANTE: fsdfsdf		ENESTESIOLOGO: fsdfs	
TERCER AYUDANTE: sdfsdf		AYUDANTE DE ANESTESIA: dsfsdf	
FECHA DE OPERACIÓN		HORA DE INICIO	HORA DE TERMINACIÓN
DÍA	MES	AÑO	TIPO DE ANESTESIA
2023-03-04 00:16:00		2023-02-20 00:18:00	sdfsdf

TIEMPOS QUIRÚRGICOS
yanez lopez victor davidyanez lopez victor davidyanez lopez victor davidyanez lopez victor david
Exposición: yanez lopez victor davidyanez lopez victor davidyanez lopez victor davidyanez lopez victor david
Exploración y Hallazgos Quirúrgicos: yanez lopez victor davidyanez lopez victor davidyanez lopez victor david

Procedimiento Operatorio.

M. S. P.- H. C. U.-Form. 018

PROTOCOLO DE OPERACIÓN

SINTESIS

yanez lopez victor davidyanez lopez victor davidyanez lopez victor david

COMPLICACIONES DEL ACTO QUIRURGICO

yanez lopez victor davidyanez lopez victor davidyanez lopez victor david

EXAMEN HISTOPATOLOGICO

0

DIAGNÓSTICO HISTOPATOLOGICO

0

DICTADA POR: 0

FECHA DEL DICTADO

0

Hora: Día: Mes: Año:

ESCRITA POR:

Firma y Nombre del Cirujano

INTITUCION DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		COD. UO		COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE			
PRIVADO		TyD Salud y Bienestar				PARROQUIA			CANTÓN		PROVINCIA	
HISTORIA CLÍNICA												

1 REGISTRO DE ADMISIÓN

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		N° CÉDULA DE CIUDADANÍA							
yanez		lopez		victor		david									
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL (CALLE Y N° - MANZANA Y CASA)				BARRIO		PARROQUIA		CANTÓN		PROVINCIA		ZONA (U/R)		N° TELÉFONO	
sauces 5								Guayas							
FECHA NACIMIENTO		LUGAR DE NACIMIENO		NACIONALIDAD (PAÍS)		GRUPO CULTURAL		EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS		SEXO		ESTADO CIVIL		INSTRUCCIÓN ULTIMO AÑO APROBADO	
1998-07-17		venezuela caracas		venezolanos				24		Hombre		Casado/a			
FECHA DE ADMISIÓN		OCUPACIÓN		EMPRESA DONDE TRABAJA		TIPO DE SEGURO DE SALUD		REFERIDO DE:							
2022-12-15 15:37:12		administracion				MUNICIPIO									
EN CASO NECESARIO AVISAR A:				PARENTESCO - AFINIDAD				DIRECCIÓN				N° TELÉFONO			

FORMA DE LLEGADA				FUENTE DE INFORMACIÓN		INSTITUCIÓN O PERSONA QUE ENTREGA AL PACIENTE				N° TELÉFONO	
AMBULATORIO				AMBULANCIA				OTRO TRANSPORTE			

2 INICIO DE ATENCIÓN Y MOTIVO

HORA		2023-02-14 00:00:00		TRAUMA		No		CAUSA CLÍNICA		No		CAUSA G, OBSTÉTRICA		No		CAUSA QUIRÚRGICA		No		GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR Rh		O +	
NOTIFICACIÓN A LA POLICIA		No		OTRO MOTIVO																			

3 ENFERMEDAD ACTUAL Y REVISIÓN DE SISTEMAS

DESCRIBIR: CRONOLOGÍA - LOCALIZACIÓN - CARACTERÍSTICAS - INTENSIDAD - FRECUENCIA - FACTORES AGRAVANTES															
VÍA AÉREA LIBRE		No		VÍA AÉREA OBSTRUIDA		No		CONDICIÓN ESTABLE		No		CONDICIÓN INESTABLE		No	

4 ACCIDENTE, VIOLENCIA, INTOXICACIÓN, ENVENENAMIENTO O QUEMADURA

FECHA Y HORA DEL EVENTO		2023-02-15 00:17:58		LUGAR DEL EVENTO		Enfermedad Actual y Revision de Sistemas		DIRECCIÓN DEL EVENTO		Enfermedad Actual y Revision de Sistemas		CUSTODIA POLICIAL		No																	
ACCIDENTE DE TRANSITO		No		CAÍDA		No		QUEMADURA		No		MORDEDURA		Si		AHOGAMIENTO		No		CUERPO EXTRAÑO		No		APLASTAMIENTO		No		OTRO ACCIDENTE		No	
VIOLENCIA X ARMA DE FUEGO		No		VIOLENCIA X ARMA C. PUNZANTE		No		VIOLENCIA X RIÑA		No		VIOLENCIA FAMILIAR		No		ABUSO FÍSICO		No		ABUSO PSICOLÓGICO		No		ABUSO SEXUAL		No		OTRA VIOLENCIA		No	
INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA		No		INTOXICACIÓN ALIMENTARIA		No		INTOXICACIÓN X DROGAS		No		INHALACIÓN DE GASES		No		EVENENAMIENTO		No		OTRA INTOXICACIÓN		No		PICADURA		No		ANAFILAXIA		No	
OBSERVACIONES																															

ALIENTO ETÍLICO		No		VALOR ALCOCHECK	
-----------------	--	----	--	-----------------	--

5 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

DESCRIBIR ABAJO, REGISTRANDO EL NÚMERO RESPECTIVO																															
1. ALÉRGICO		No		2. CLÍNICO		No		3. GINECOLÓGICO		No		4. TRAUMATÓG		No		5. QUIRÚRGICO		No		6. FARMACOLÓG.		No		7. OTRO ANTECEDENTE		No		8. NINGÚN ANTECEDENTE		No	

6 SIGNOS VITALES, MEDICIONES Y VALORES

PRESIÓN ARTERIAL	F. CARDIACA min	F. RESPIRAT. min	TEMP. BUCAL °C	TEMP. AXILAR °C	PESO Kg	TALLA m			
GLASGOW	OCULAR (4)	VERBAL (5)	MOTORA (6)	TOTAL (15)	0.0	REACCIÓN PUPILA DER	REACCIÓN PUPILA IZQ	T. LLENADO CAPILAR	SATURA OXIGENO

7 EXAMEN FISICO Y DIAGNOSTICO

MARCAR "SP" SI SE ENCUENTRA SIN PATOLOGÍA, MARCAR "CP" SI SE ENCUENTRA CON PATOLOGÍA REGISTRAR ABAJO EL NÚMERO Y LOS HALLAZGOS PATOLÓGICOS														
1. VIA AEREA OBSTRUIDA	2. CABEZA	No	3. CUELLO	No	4. TORAX	No	5. ABDOMEN	No	6. COLUMNA	No	7. PELVIS	No	8. EXTREMIDADES	No

8 LOCALIZACION DE LESIONES

ESCRIBIR EL NÚMERO DE LA LESION SOBRE LA REGIÓN CORRESPONDIENTE		
1	HERIDA PENETRANTE	No
2	HERIDA NO PENETRANTE	No
3	FRACTURA EXPUESTA	No
4	FRACTURA CERRADA	No
5	CUERPO EXTRAÑO	No
6	HEMORRAGIA	No
7	MORDEDURA	No
8	MUTILACION	No
9	EXCORIACIÓN	No
10	DEFORMIDAD	No
11	HEMATONA	No
12	ERITEMA	No
13	LUXACION / ESGUINCE	No
14	QUEMADURA	No
15	APLASTAMIENTO	No

9 EMERGENCIA OBSTÉTRICA

GESTAS	No	PARTOS	No	ABORTOS	No	CESÁREAS	No
FECHA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN	No	SEMANAS GESTACIÓN	No	MOVIMIENTO FETAL	No		
FRECUENCIA C. FETAL	No	MEMBRANAS ROTAS PRESENTACIÓN	No	TIEMPO DE RUPTURA	No		
ALTURA UTERINA	No	BORRAMIENTO	No	PLANO	No		
DILATACIÓN	No	SANGRADO VAGINAL	No	CONTRACCIONES	No		
PELVIS ÚTIL	No						

10 SOLICITUD DE EXÁMENES

REGISTRAR ABAJO COMENTARIOS Y RESULTADOS, ANOTANDO EL NÚMERO															
1. BIOMETRÍA	No	3. QUÍMICA SANGUÍNEA	No	5. GASOMETRÍA	No	7. ENDOSCOPIA	No	9. R-X ABDOMEN	No	11. TOMOGRAFÍA	No	13. ECOGRAFÍA PÉLVICA	No	15. INTERCONSULTA	No
2. UROANÁLISIS	No	4. ELECTROLITOS	No	6. ELECTRO CARDIOGRAMA	No	8. R-X TÓRAX	No	10. R-X ÓSEA	No	12. RESONANCIA	No	14. ECOGRAFÍA ABDOMEN	No	16. OTROS	No

11 DIAGNÓSTICOS DE INGRESO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF
1			
2			
3			

12 DIAGNÓSTICO DE ALTA

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF
1			
2			
3			

13 PLAN DE TRATAMIENTO

INDICACIONES	MEDICAMENTO PRINCIPIO ACTIVO, CONCENTRACIÓN Y PRESENTACIÓN	POSOLOGÍA
Plan de Tratamiento	1	
Plan de Tratamiento	2	
	3	
	4	

14 ALTA

DOMICILIO	No	CONSULTA EXTERNA	No	OBSERVACIÓN	No	INTERNACIÓN	No	REFERENCIA	No	EGRESA VIVO	No	EN CONDICIÓN ESTABLE	No	EN CONDICIÓN INESTABLE	No	DÍAS DE INCAPACIDAD	0
SERVICIO DE REFERENCIA	No	ESTABLECIMIENTO	No	MUERTO EN EMERGENCIA	No	CAUSA	No										
FECHA		HORA		NOMBRE DEL PROFESIONAL		CODIGO		FIRMA								NÚMERO DE HOJA	