

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

1 REGISTRO DE ADMISIÓN

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		N° CÉDULA DE CIUDADANÍA	
Paciente A		Paciente A		Paciente A		Paciente A			
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL (CALLE Y N° - MANZANA Y CASA)		BARRIO		PARROQUIA		CANTÓN		PROVINCIA	
Urbanizacion Bosques de Castilla Condomio 18 A Departamento 2B Samborondon						Guayas			
FECHA NACIMIENTO		LUGAR DE NACIMENO		NACIONALIDAD (PAÍS)		GRUPO CULTURAL		EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS	
1965-05-05		Machala						58	
						SEXO		ESTADO CIVIL	
						H M		SOL CAS DIV VIU U-L	
						Hombre		Soltero/a	
FECHA DE ADMISIÓN		OCUPACIÓN		EMPRESA DONDE TRABAJA		TIPO DE SEGURO DE SALUD		REFERIDO DE:	
1969-12-31 19:00:00		fgdgdgsfhfhgh				Snitas			
EN CASO NECESARIO AVISAR A:		PARENTESCO - AFINIDAD		DIRECCIÓN		N° TELÉFONO			
Ab. Mauricio Semiglia Di Lorenzo		Hermano				42835263			
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	2022-12-14 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	FFFFFFFFFF								

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	2023-01-10 12:00:15	LUGAR DEL EVENTO	evento descrito	DIRECCIÓN DEL EVENTO	Direccion de evento descrito										
ACCIDENTE DE TRANSITO	No	CAÍDA	No	QUEMADURA	No	MORDEDURA	No	AHOGAMIENTO	No	CUERPO EXTRAÑO	No	APLASTAMIENTO	No	OTRA VIOLENCIA	No
VIOLENCIA X ARMA DE FUEGO	No	VIOLENCIA X ARMA C. PUNZANTE	No	VIOLENCIA X RIÑA	Si	VIOLENCIA FAMILIAR	No	ABUSO FÍSICO	No	ABUSO PSICOLÓGICO	No	ABUSO SEXUAL	No	OTRA VIOLENCIA	No
INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA	No	INTOXICACIÓN ALIMENTARIA	No	INTOXICACIÓN X DROGAS	Si	INHALACIÓN DE GASES	No	EVENENAMIENTO	No	OTRA INTOXICACIÓN	No	PICADURA	No	ANAFILAXIA	No
OBSERVACIONES															



Firmado Elec  
Nicolas Lubk

ALIENTO ETÍLICO	Si	VALOR ALCOCHECK
-----------------	----	-----------------

5 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

DESCRIBIR ABAJO, REGISTRANDO EL NÚMERO RESPECTIVO															
1. ALÉRGICO	No	2. CLÍNICO	No	3. GINECOLÓGICO	Si	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	resion Arterial	F. CARDIACA min	Frecuencia Cardiaca	F. RESPIRAT. min	Frecuencia Respiratori	TEMP. BUCAL °C	mperatura Bucal	TEMP. AXILAR °C	q	PESO Kg	3.00	TALLA m	11.00	
GLASGOW	OCULAR (4)	1	VERBAL (5)	1	MOTORA (6)	1	TOTAL (15)	3.0	REACCIÓN PUPILA DER	1	REACCIÓN PUPILA IZQ	11	T. LLENADO CAPILAR	1

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 PATOLOGICOS														
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

Examen FisicoExamen FisicoExamen Fisico Examen FisicoExamen Fisico

8 LOCALIZACION DE LESIONES

ESCRIBIR EL NÚMERO DE LA LESION SOBRE LA REGIÓN CORRESPONDIENTE		
1	HERIDA PENETRANTE	No
2	HERIDA NO PENETRANTE	Si
3	FRACTURA EXPUESTA	No
4	FRACTURA CERRADA	No
5	CUERPO EXTRAÑO	Si
6	HEMORRAGIA	No
7	MORDEDURA	No
8	MUTILACION	Si
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	Si	PARTOS	Si	ABORTOS	No	CESÁREAS	No
FECHA ULTIMA MENSTRUACIÓN	2022-12-21T17:16	SEMANAS GESTACIÓN	Si	MOVIMIENTO FETAL	No		
FRECUENCIA C. FETAL	Si	MEMBRANAS ROTAS PRESENTA CIÓN	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 NUMERO															
1. BIOMETRÍA	No	3. QUÍMICA SANGUÍNEA	Si	5. GASOMETRÍA	Si	7. ENDOSCOPIA	No	9. R-X ABDOMEN	No	11. TOMOGRAFÍA	No	13. ECOGRAFÍA PÉLVICA	No	15. INTERCONSULTA	Si
2. UROANÁLISIS	Si	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	POSOLOGÍA
IndicacionesIndicaciones IndicacionesIndicacionesIndicacionesIndicaciones	PRINCIPIO ACTIVO, CONCENTRACIÓN Y PRESENTACIÓN	
IndicacionesIndicaciones IndicacionesIndicaciones	1	
	2	
	3	
	4	

14 ALTA

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