



Nombres y Apellidos: Lombardo Daniele
Cedula 1750700112
Edad 42
Estado Civil Casado/a

Consulta Nro: 280 Hora: 2023-01-11

Motivo: dolo en pantorrilla Luego de un partido de tennis

Diagnostico: M626: DISTENSION MUSCULAR

Objetivo: paciente con 3 dias de evolucion luego de un partido de tenis refiere dolor en pantorrilla izquierda tipo punzante

ExamenFisico

General	Paciente estable, afebril, hemodinamicamente estable, piel y faneras húmedas.
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 palpación.
Extremidades	dolor al tacto en pantorrilla izquierda medial
Pulsos Perifericos	Presentes.

Tratamiento

Comercial	MOBIC Tablet as 15 mg	Cantidad	10
Dosis			

Diagnostico

CodigoCie	M626 DISTENSION MUSCULAR
Categoria	Tipo Presutivo Cronologia Primera

Ordenes Medicas Imagenes

Tipo	ECOGRAFIAS	Examen	ECO MUSCULO-ESQUELETICO (X REGION)
Observacion	pantorrilla izquierda		

Terapias

Cantidad	10.00	realizar terapia física en pantorrilla izquierda
----------	-------	--

Terapias

Cantidad

10.00

realizar onda de choque por calcificaciones en pantorrilla izquierda

Equipos

Consulta Nro:

359

Hora:

2023-02-16

Motivo:

dsdasd

Diagnostico:

A009: COLERA NO ESPECIFICADO, A000: COLERA DEBIDO A VIBRIO CHOLERAЕ O1, BIOTIPO CHOLERAЕ, A009: COLERA NO ESPECIFICADO, A001: COLERA DEBIDO A VIBRIO CHOLERAЕ O1, BIOTIPO EL TOR

Objetivo:

asdasd

Resultados Exámenes

Tipo

BIOLOGIA MOLECULAR

Observacion

Resultados Exámenes

Tipo

COAGULACION

Observacion

Diagnostico

CodigoCie

A009 COLERA NO ESPECIFICADO

Categoria

Tipo PresutivoCronologia Primera

Diagnostico

CodigoCie

A000 COLERA DEBIDO A VIBRIO CHOLERAЕ O1, BIOTIPO CHOLERAЕ

Categoria

Tipo PresutivoCronologia Primera

Diagnostico

CodigoCie

A009 COLERA NO ESPECIFICADO

Categoria

IngresoTipo PresutivoCronologia Primera

Diagnostico

CodigoCie

A001 COLERA DEBIDO A VIBRIO CHOLERAЕ O1, BIOTIPO EL TOR

Categoria

IngresoTipo PresutivoCronologia Primera

Ordenes Medicas Laboratorio

Tipo

ANATOMIA PATOLOGICA

Examen

BIOPSIA PEQUENA

Observacion

Terapias		
Cantidad	2.00	dadasdsad

Equipos

INTITUCION DEL SISTEMA

PRIVADO

UNIDAD OPERATIVA

TyD Salud y Bienestar

COD. UO

COD. LOCALIZACIÓN

PARROQUIA

CANTÓN

PROVINCIA

NUMERO DE

HISTORIA CLÍNICA

1 REGISTRO DE ADMISIÓN

APELLIDO PATERNO

Lombardo

APELLIDO MATERNO

PRIMER NOMBRE

Daniele

SEGUNDO NOMBRE

N° CÉDULA DE CIUDADANÍA

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL (CALLE Y N° - MANZANA Y CASA)

BARRIO

PARROQUIA

CANTÓN

PROVINCIA

Guayas

ZONA (U/R)

N° TELÉFONO

ENTRE RIOS

FECHA NACIMIENTO

1980-09-28

LUGAR DE NACIMENO

ITALIANO

NACIONALIDAD (PAÍS)

GRUPO CULTURAL

EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS

42

SEXO

Hombre

ESTADO CIVIL

Casado/a

INSTRUCCIÓN ULTIMO AÑO APROBADO

FECHA DE ADMISIÓN

2023-01-11 15:51:52

OCUPACIÓN

EMPRESA DONDE TRABAJA

TIPO DE SEGURO DE SALUD

BMI INDIVIDUAL

REFERIDO DE:

EN CASO NECESARIO AVISAR A:

PARENTESCO - AFINIDAD

DIRECCIÓN

N° TELÉFONO

FORMA DE LLEGADA

AMBULATORIO

AMBULANCIA

OTRO TRANSPORTE

FUENTE DE INFORMACIÓN

INSTITUCIÓN O PERSONA QUE ENTREGA AL PACIENTE

N° TELÉFONO

2 INICIO DE ATENCIÓN Y MOTIVO

HORA

2023-02-16 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

VÍA AÉREA LIBRE

No

VÍA AÉREA OBSTRUIDA

No

CONDICIÓN ESTABLE

No

CONDICIÓN INESTABLE

No

DESCRIBIR: CRONOLOGÍA - LOCALIZACIÓN - CARACTERÍSTICAS - INTENSIDAD - FRECUENCIA - FACTORES AGRAVANTES

4 ACCIDENTE, VIOLENCIA, INTOXICACIÓN, ENVENENAMIENTO O QUEMADURA

FECHA Y HORA DEL EVENTO

2023-02-17 00:03:46

LUGAR DEL EVENTO

abd fr yhe con estidui de fghyt en yyassdf

DIRECCIÓN DEL EVENTO

abd fr yhe con estidui de fghyt en yyassdf

CUSTODIA POLICIAL

No

ACCIDENTE DE TRANSITO

No

CAÍDA

No

QUEMADURA

No

MORDEDURA

No

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

estidui de fghyt en yyassdf estidui de fghyt en yyassdf estidui de fghyt en yyassdf

ALIENTO ETÍLICO

No

VALOR ALCOCHECK

5 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

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

DESCRIBIR ABAJO, REGISTRANDO EL NÚMERO RESPECTIVO

6 SIGNOS VITALES, MEDICIONES Y VALORES

PRESIÓN ARTERIAL	estidui de fghyt en yyassdf	F. CARDIACA min	estidui de fghyt en yyassdf	F. RESPIRAT. min	estidui de fghyt en yyassdf	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

estidui de fghyt en yyassdf estidui de fghyt en yyassdf estidui de fghyt en yyassdf estidui de fghyt en yyassdf estidui de

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		No
FRECUENCIA C. FETAL	No	MEMBRANAS ROTAS	No	TIEMPO DE RUPTURA	No		No
ALTURA UTERINA	No	PRESENTACIÓN	No				
DILATACIÓN	No	BORRAMIENTO	No	PLANO	No		No
PELVIS ÚTIL	No	SANGRADO VAGINAL	No	CONTRACCIONES	No		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
	1	
	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	

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M-F)	N° HOJA	HISTORIA CLÍNICA
TyD Salud y Bienestar					

FECHA					
DÍA DE INTERNACIÓN					
DÍA POSTQUIRÚRGICO					

1 SIGNOS VITALES	TRAZAR DE ROJO EL PULSO Y AZUL LA TEMPERATURA
------------------	---

PULSO	TEMP	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM
140																			
130																			
120	42																		
110	41																		
100	40																		
90	39																		
80	38																		
70	37																		
60	36																		
50	35																		
40																			
F. RESPIRATORIA Xmin		1	1	1															
PRESIÓN SISTÓLICA		1	12	1															
PRESIÓN DIASTÓLICA		12	12	1															

2 BALANCE HÍDRICO																			
INGRESOS CC	PARENTAL	1	1	0															
	VÍA ORAL	2	0	0															
	TOTAL	3.0	1.0	0.0															
ELIMINACIONES CC	ORINA	1	1	0															
	DRENAJE	2	0	0															
	OTROS	0	0	0															
	TOTAL	3.0	1.0	0.0															

3 MEDICIONES Y ACTIVIDADES																			
ASEO/BAÑO	0	0	0																
PESO Kg	2.00	2.00	0																
DIETA ADMINISTRADA																			
NÚMERO DE COMIDAS	2	0	0																
NÚMERO DE MICCIONES	2	0	0																
NÚMERO DE DEPOSICIONES	2	2	0																
ACTIVIDAD FÍSICA	0	0	0																
CAMBIO DE Sonda	2	2	2																
RECANALIZACIÓN VÍA	0	0	0																
RESPONSABLE																			

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M-F)	N° HOJA	N° HISTORIA CLÍNICA
-----------------	--------	----------	------------	---------	---------------------

T y D Salud y Bienestar

REGISTRAR EN ROJO LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS Y OTROS PRODUCTOS (ENFERMERÍA)

1 EVOLUCIÓN			2 PRESCRIPCIONES	FIRMAR AL PIE DE CADA PRESCRIPCIÓN
FECHA (DÍA/MES/AÑO)	HORA	NOTAS DE EVOLUCIÓN	FARMACOTERAPIA E INDICACIONES (PARA ENFERMERÍA Y OTRO PERSONAL)	ADMINISTR. FÁRMACOS INSUMOS

2023-02-21 18:20:00