



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

Motivo: Motivo de ConsultaMotivo de ConsultaMotivo de Consulta

Diagnostico: A010: FIEBRE TIFOIDEA, A001: COLERA DEBIDO A VIBRIO CHOLERAEE 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                 |   |           |            |                                |

|                        |  |                       |  |         |  |                   |  |  |                  |  |           |  |  |
|------------------------|--|-----------------------|--|---------|--|-------------------|--|--|------------------|--|-----------|--|--|
| INTITUCION 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 |  |           |  |              |  |                                 |  |
| 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 00:20:17 |  | 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<br>DEF= DEFINITIVO | CIE | PRE | DEF |
| 1                                  |     |     |     |
| 2                                  |     |     |     |
| 3                                  |     |     |     |

12 DIAGNÓSTICO DE ALTA

|                                    |     |     |     |
|------------------------------------|-----|-----|-----|
| PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE | PRE | DEF |
| 1                                  |     |     |     |
| 2                                  |     |     |     |
| 3                                  |     |     |     |

13 PLAN DE TRATAMIENTO

|                     |   |           |
|---------------------|---|-----------|
| INDICACIONES        | MEDICAMENTO<br>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      |   |

|                  |         |         |                        |
|------------------|---------|---------|------------------------|
| 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: ddfsdf        |                     |                   |
| PRIMER AYUDANTE: sdfsd    | CIRCULANTE: sdfsd             |                     |                   |
| SEGUNDO AYUDANTE: fsdfsdf | ENESTESIOLOGO: fsdfs          |                     |                   |
| TERCER AYUDANTE: sdfsdf   | AYUDANTE DE ANESTESIA: dsfsdf |                     |                   |
| FECHA DE OPERACIÓN        | HORA DE INICIO                | HORA DE TERMINACIÓN | TIPO DE ANESTESIA |
| DÍA                       | MES                           | AÑO                 |                   |
| 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