

| | | | | | | | | | | |
|-------------------------|--|-----------------------|--|---------|--|----------------------------|--|--|------------------|--|
| 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 ÚLTIMA MENSTRUACIÓN | 2022-12-21T17:16 | SEMANAS GESTACIÓN | Si | MOVIMIENTO FETAL | No | | |
| FRECUENCIA C. FETAL | Si | 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 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 | | | | | | | | | | | | |