



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	

Diagnostico					
CodigoCie	A009 COLERA NO ESPECIFICADO				
Categoria	Alta	Tipo	Presutivo	Cronologia	Primera
Ordenes Medicas Imagenes					
Tipo	ECOGRAFIAS		Examen	DOPPLER DE EXTREMIDADES (ARTERIAL)	
Observacion					
Ordenes Medicas Imagenes					
Tipo	ECOGRAFIAS		Examen	DOPPLER DE EXTREMIDADES (ARTERIAL)	
Observacion					
Ordenes Medicas Imagenes					
Tipo	ECOGRAFIAS		Examen	DOPPLER DE EXTREMIDADES (VENOSO)	
Observacion					
Ordenes Medicas Imagenes					
Tipo	ECOGRAFIAS		Examen	DERECHO DE USO DE AREA Y EQUIPO PARA BIOPSIA	
Observacion					
Ordenes Medicas Laboratorio					
Tipo	ANATOMIA PATOLOGICA		Examen	BIOPSIA PEQUENA	
Observacion					
Ordenes Medicas Laboratorio					
Tipo	ANATOMIA PATOLOGICA		Examen	CALCULO VESICULAR	
Observacion					
Ordenes Medicas Laboratorio					
Tipo	ANATOMIA PATOLOGICA		Examen	BIOPSIA DE MEDULA OSEA	
Observacion					
Ordenes Medicas Laboratorio					
Tipo	ANATOMIA PATOLOGICA		Examen	CALCULO VESICULAR	
Observacion					
Terapias					
Cantidad	fdsdsdfasfaf				

Equipos OCH,

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 00:07:05		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												