

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							
Paciente A		Paciente A		Paciente A		Paciente A										
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL (CALLE Y N° - MANZANA Y CASA)		BARRIO		PARROQUIA		CANTÓN		PROVINCIA		ZONA (U/R)		N° TELÉFONO				
Urbanizacion Bosques de Castilla Condomio 18 A Departamento 2B Samborondon								Guayas								
FECHA NACIMIENTO		LUGAR DE NACIMENO		NACIONALIDAD (PAÍS)		GRUPO CULTURAL		EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS		SEXO		ESTADO CIVIL		INSTRUCCIÓN ULTIMO AÑO APROBADO		
1965-05-05		Machala						58		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				FFFFFFFF															

3 ENFERMEDAD ACTUAL Y REVISIÓN DE SISTEMAS

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		2023-01-16 15:18:09		LUGAR DEL EVENTO		evento descrito		DIRECCIÓN DEL EVENTO		Direccion de evento descrito		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		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																															

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	