

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

yanez

APELLIDO MATERNO

lopez

PRIMER NOMBRE

victor

SEGUNDO NOMBRE

david

N° CÉDULA DE CIUDADANÍA

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

BARRIO

PARROQUIA

CANTÓN

PROVINCIA

Guayas

ZONA (U/R)

N° TELÉFONO

saucos 5

FECHA NACIMIENTO

1998-07-17

LUGAR DE NACIMENO

venezuela caracas

NACIONALIDAD (PAÍS)

venezolanos

GRUPO CULTURAL

EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS

24

SEXO

Hombre

ESTADO CIVIL

Casado/a

INSTRUCCIÓN ULTIMO AÑO APROBADO

FECHA DE ADMISIÓN

2022-12-15 15:37:12

OCUPACIÓN

administracion

EMPRESA DONDE TRABAJA

TIPO DE SEGURO DE SALUD

MUNICIPIO

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

2023-02-14 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

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

2023-02-14 19:01:32

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	