

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

Paciente A

APELLIDO MATERNO

Paciente A

PRIMER NOMBRE

Paciente A

SEGUNDO NOMBRE

Paciente A

N° CÉDULA DE CIUDADANÍA

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

Urbanizacion Bosques de Castilla Condomio 18 A Departamento 2B Samborondon

BARRIO

PARROQUIA

CANTÓN

Guayas

PROVINCIA

ZONA (U/R)

N° TELÉFONO

FECHA NACIMIENTO

1965-05-05

LUGAR DE NACIMENO

Machala

NACIONALIDAD (PAÍS)

GRUPO CULTURAL

EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS

58

SEXO

Hombre

ESTADO CIVIL

Soltero/a

INSTRUCCIÓN ULTIMO AÑO APROBADO

FECHA DE ADMISIÓN

1969-12-31 19:00:00

OCUPACIÓN

fgdgdgsfhfhgh

EMPRESA DONDE TRABAJA

TIPO DE SEGURO DE SALUD

Snitas

REFERIDO DE:

EN CASO NECESARIO AVISAR A:

Ab. Mauricio Semiglia Di Lorenzo

PARENTESCO - AFINIDAD

Hermano

DIRECCIÓN

N° TELÉFONO

42835263

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

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 15:19:44

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

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 PRESENTA CIÓN	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												