FECHA: **fecha**

**HISTORIA CLINICA**

**DATOS PERSONALES**

NOMBRE(S): **nombres**

APELLIDO PATERNO: **apellidoPaterno**

APELLIDO MATERNO: **apellidoMaterno**

No. EXPEDIENTE: **numExpediente**

EDAD: **edad**

SEXO: **sexo**

FECHA DE NACIMIENTO: **fechaNacimiento**

DOMICILIO: **domicilio**

TELEFONO: **telefono**

ESCOLARIDAD: **escolaridad**

GRUPO ÉTNICO: **grupoEtnico**

RELIGIÓN: **religion**

**EXPEDIENTE**

GRUPO SANGUINEO: **grupoSanguineo**

FECHA DE REGISTRO:

HORA DEL REGISTRO:

INSTITUCIÓN HOSPITALARIA:

**CONSULTAS**

ID:

FECHA DE CONSULTA:

HORA DE CONSULTA:

MOTIVO DE LA CONSULTA:

SÍNTOMAS:

SIGNOS:

PRESIÓN SANGUÍNEA:

FRECUENCIA CARDIACA:

FRECUENCIA RESPIRATORIA:

TEMPERATURA:

EXPLORACIÓN FÍSICA:

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

TRATAMIENTO:

EXÁMENES DE LABORATORIO:

EXÁMENES DE IMAGENOLOGÍA:

**TRIAGE**

ID:

FECHA:

HORA:

CATEGORÍA:

VALORACIÓN:

REQUIERE CIRUGÍA:

DATOS AL INGRESO:

PRESIÓN SANGUÍNEA:

FRECUENCIA CARDIACA:

FRECUENCIA RESPIRATORIA:

TEMPERATURA:

SIGNOS:

SÍNTOMAS:

MOTIVO DE INGRESO:

EXÁMENES DE LABORATORIO:

EXÁMENES DE IMAGENOLOGÍA:

**NOTAS PREOPERATORIO**

ID:

FECHA DE ELABORACIÓN:

HORA DE ELABORACIÓN:

FECHA DE CIRUGÍA:

HORA DE CIRUGÍA:

CONDICIONES PREOPERATORIO:

EXÁMENES DE LABORATORIO:

EXÁMENES DE IMAGENOLOGÍA:

ANESTÉSIA:

TIPO DE ADMINISTRACIÓN:

PRESIÓN SANGUÍNEA:

FRECUENCIA CARDIACA:

FRECUENCIA RESPIRATORIA:

TEMPERATURA:

DIETA:

**NOTAS PROCEDIMIENTOS**

ID:

FECHA:

HORA:

PROCEDIMIENTO:

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

CUENTA DE INSTRUMENTOS:

CUENTA DE GASAS:

COMPLICACIONES:

SIGNOS VITALES:

ANESTESIA:

TIPO DE ANESTESIA:

**NOTAS POSTOPERATORIO**

ID:

FECHA:

HORA:

INDICACIONES:

TRATAMIENTO:

DIETA:

EXÁMENES DE LABORATORIO:

EXÁMENES DE IMAGENOLOGÍA:

DETALLES POSTOPERATORIO:

SEGUIMIENTO:

**NOTAS DE RECEPCIÓN**

ID:

FECHA:

HORA:

MOTIVO DE INGRESO:

HOSPITAL DE PROCEDENCIA:

SERVICIO DE INGRESO:

DIAGNÓSTICO:

PRESIÓN SANGUÍNEA:

FRECUENCIA CARDIACA:

FRECUENCIA RESPIRATORIA:

TEMPERATURA:

**NOTAS DE EVOLUCIÓN**

ID:

FECHA:

HORA:

DÍAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA:

SERVICIO TRATANTE:

DIAGNÓSTICO:

SIGNOS:

SÍNTOMAS:

EXPLORACIÓN FÍSICA:

PRESIÓN SANGUÍNEA:

FRECUENCIA CARDIACA:

FRECUENCIA RESPIRATORIA:

TEMPERATURA:

RESULTADOS DE LABORATORIO:

RESULTADOS DE IMAGENOLOGÍA:

EXÁMENES DE LABORATORIO:

EXÁMENES DE IMAGENOLOGÍA:

TRATAMIENTO:

**NOTA DE EGRESO**

ID:

FECHA:

HORA:

SERVICIO RECIBIDO:

PRESIÓN SANGUINEA:

FRECUENCIA CARDIACA:

FRECUENCIA RESPIRATORIA:

TEMPERATURA:

SIGNOS:

SÍNTOMAS:

CONDICIÓN DE EGRESO:

DÍAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA: