

Diagnóstico Médico:

Paciente:

Edad:

Sexo:

Dirección:

Distrito:

Responsable:

Modo de Ingreso:

DNI:

Tipo de Accidente:

Tipo de Seguro:

Teléfono:

Ficha:

Fecha de Presentación: 2/10/24

Hora de Presentación: 01:34 AM

Historia:

Prioridad de Daño:

Tipo de Accidente:

Otros Accidentes:

Fecha del Accidente: 2/10/24

Hora del Accidente: 01:34 AM

Tiempo de Enfermedad:

Motivo de Consulta:

Antecedentes:

P.A:

FC:

FR:

Tº:

SO:

Peso:

Examen Preferencial:

Diagnóstico de Ingreso:

COD CIE-10:

Hidratación: No

Tratamiento:

Exámenes Auxiliares:

Procedimientos:

Diagnóstico Final:

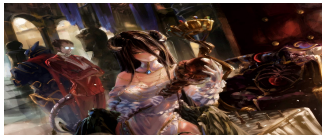
COD CIE-10:

Indicaciones:

Observaciones:

Destino:

Hora: 01:34 AM



Médico Responsable: awww