



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



Consulta de Urgencias

UNIDAD MÉDICA

HGIA

No. EXPEDIENTE:

FECHA DE ELABORACIÓN:

14 09 16

HORA DE ELABORACIÓN:

1:20hr

TIPO DE INTERROGATORIO:

☒ DIRECTO

☐ INDIRECTO

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S))

ESTADO CIVIL:

GÉNERO

MARTINEZ MENDOZA RUTILLO

casado

☒ MASC ☐ FEM

FECHA DE NACIMIENTO:

60 a

Ocupación del paciente:

campesino

EN SU CASO, LUGAR DE TRABAJO:

PROCEDENCIA:

Tonatico

EN SU CASO, LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL PACIENTE

PARENTESCO CON EL PACIENTE

DOMICILIO:

TELÉFONO:

II. ANTECEDENTES RELACIONADOS CON LA URGENCIA

refiere ser hipertenso sin tratamiento, menciona sufrir lesiones por asalto por terceras personas quienes al parecer lo golpearon con una pistola

III. PADECIMIENTO ACTUAL

en cara, cuello y espalda, no refiere pérdida del estado de alerta, es traído por protección civil tonatico, está desambulando desde las 20 hrs. refiere dolor en sitio de lesiones.

IV. SIGNOS VITALES

T/A:

175-100

TEMP

36.5

FREC. C.

120

FREC. R.

28

PESO

TALLA:

V. EXPLORACIÓN FÍSICA

masculino conciente, orientado con palidez de tegumentos, pupilas isocóricas, náridas permeables, mucosa oral seca, cuello con herida de aprox 4 cm, presenta herida en región occipital de aprox 9 cm de longitud, la cual afecta piel, tejido celular subcutáneo y periostio,

VI. RESULTADOS DE LABORATORIO, GABINETE Y OTROS

heridas en tórax por objeto punzocortante
RX ap y lat de cráneo / ecuecarnonico ventilatorio, chlo en blanco
RX ap y oblicua mano der. demariables signos de irritación peritoneal
RX tórax - BUN 36 BS N. P. PAC de cráneo

VII. DIAGNÓSTICO(S) PRESUNCIONAL(ES) (PRINCIPAL Y OTROS)

TRAUMATISMO - TCE LEVE - HIPERTENSION ARTERIAL /

HERIDAS EN CUERO CABELLUDO - DE PROFUNDIDAD variable

VIII. TRATAMIENTO REALIZADO

Sol. hartmann 1000cc encarga / Sol. salina 1000cc encarga - Ompraxol IV cada 24hrs - DICLOXACILINA 500mg IV cada 6hrs - KETOROLAC 10mg IV cada 6hrs - Vigilar

IX. URGENCIA CALIFICADA

☐ SI

☐ NO

X. CASO MÉDICO LEGAL

☐ SI

☐ NO

XI. SE NOTIFICÓ AL MINISTERIO PÚBLICO

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O FAMILIAR AL QUE SE LE NOTIFICA QUE ES UN CASO MÉDICO-LEGAL

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE EN CASO DE TRATARSE DE UN PACIENTE MENOR DE EDAD O CON CAPACIDADES DIFERENTES

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE EN CASO DE ALTA VOLUNTARIA

DESTINO:

☐ OBSERVACIÓN

☐ HOSPITALIZACIÓN

☐ CONSULTA EXTERNA

☐ ALTA

☐ REFERENCIA

☐ TRANSFERENCIA

☐ TRASLADO

☐ DEFUNCIÓN

NOMBRE Y FIRMA MÉDICO TRATANTE

DR. LAGUNA SOLAN

5278127

SOL. SALINA 1000 cc P 8hr

