

APELLIDO PATERNO

Quilian

MATERNO

NOMBRES

Wang

Nº HISTORIA CLINICA

RECORDATORIO

1.- MOTIVO DE LA CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL

ENUMERAR SINTOMAS PRINCIPALES

- A) Comienzo
- B) Evolución
- C) Medicación Recibida

2.- REVISION DEL ESTADO ACTUAL DE LOS SISTEMAS

Respiratorio - Circulatorio - Gastrointestinal - Génito-Urinario - Endócrino Metabólico - Locomotor - Hemolinfático Neurótico - Organos de los Sentidos.

3.- ANTECEDENTES PERSONALES

Antenatal - Natal - Neonatal - Desarrollo Psicomotor - Historia de la Alimentación - Inmunizaciones - Enfermedades de la Infancia - Enfermedades Infecciosas Parasitarias - Respiratorias - Circulatorias Gastrointestinales - Génito-Urinas Venéreas - Endócrinas - Hemolinfáticas Neorológicas - Psiquiátricas - Metabólicas - Nutricionales - Alérgicas - Aparato Locomotor - Tegumentarias - Intervenciones - Quirúrgicas - Traumatismos - Antecedentes Gineco-Obstétricos - Pubertad - Ciclo Características de la Menstruación - Ultima Menstruación - Metrorragias - Flujo Genital Relaciones Sexuales - Embarazos a Término Prematuros - Tipo de Parto - Abortos-Hijos Vivos - Hijos Muertos - Mortinatos y Clamaterios.

4.- HABITOS

5.- PERSONALIDAD

6.- ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES

7.- CONDICIONES ECONOMICAS SOCIO CULTURALES

8.- FUENTE DE INFORMACION

9.- COMENTARIOS

Fecha y Firma de quien realiza la Investigación

49 años. Casado.

Nacido. China.

Reside. Empleado. 2 años.

Educación. Secundaria.

Ocupación. Jefe. Hacienda.

MC.

EA: Pdx refere. q. haca.

1 mes. puns dolor.

flanco y fosa ilíaca

Ang. acudi a facultad

si diagnosticar enteritis.

enteritis. acudi por

neumonia litotricia.

APP: Sin importancia.

APP: Sin importancia.

Habitos. Alimentación 3/d

Opio 1/d

Micant 3/d

Hogar 30 v/d.

Alcohol. ocasional

Alergias: (-)

D. Pascual Cortés

8-09-001

APELLIDO PATERNO	MATERNO	NOMBRES	Nº HISTORIA CLINICA
------------------	---------	---------	---------------------

ESTATURA	PESO ACTUAL	PESO HABITUAL	PULSO	TENSION ARTERIAL	TEMPERATURA	RESPIRACION
----------	-------------	---------------	-------	------------------	-------------	-------------

<p>RECORDATORIO</p> <p>EXAMEN SOMATICO GENERAL</p> <p>1.- APARIENCIA GENERAL Actividad Psicomotora Estado Nutricional</p> <p>2.- EXAMEN REGIONAL</p> <p>3.- PIEL Y TEGUMENTOS Linfáticos</p> <p>4.- CABEZA Y CUELLO Anomalías en el Aspecto, Forma, y Tamaño. Ojos, Oídos, Nariz, Boca, Garganta.</p> <p>5.- TORAX Anomalías a la Inspección, Palpación, Percusión y Auscultación, A) Corazón, B) Pulmones</p> <p>6.- ABDOMEN Anomalías a la Inspección, Palpación, Percusión y Auscultación.</p> <p>7.- REGION LUMBAR Anomalías en el Aspecto, Tamaño y Sensibilidad.</p> <p>8.- REGION INGUINO-GENITAL Anomalías en el Aspecto, Forma, Tamaño. A) Examen Ginecológico B) Examen Urológico</p> <p>REGION ANO-PERINEAL Anomalías a la Inspección y a la Palpación Tacto Rectal</p> <p>10.- EXTREMIDADES Anomalías en el Aspecto, Forma, Tamaño, Sensibilidad y Movilidad.</p> <p>11.- EXAMEN NEUROLOGICO ELEMENTAL</p> <p>12.- IMPRESION DIAGNOSTICA Fecha y Firma de quien realiza el Examen</p>	<p>Paciente. Buena. conciencia.</p> <p>orientado tiempo espacio</p> <p>persona afable</p> <p>hidratado.</p> <p>Cabeza Norma. afectado.</p> <p>Ojos pupila, isocoria</p> <p>normo reactiva luz y</p> <p>acomodación</p> <p>Oídos Nariz permuñ.</p> <p>Boca Mucosa oral.</p> <p>húmedas ORL no</p> <p>angustias</p> <p>Cuello Movilidad normal</p> <p>Tórax cardior pulmonar. normal</p> <p>no septs. copos.</p> <p>pulmones. limpios. Mvt.</p> <p>Abdomen. suave. deprimible.</p> <p>no doloroso. a la</p> <p>palpación superficial.</p> <p>y profunda.</p> <p>Extremidades. Movilidad. normal</p> <p>no edemas.</p> <p style="text-align: right;">D. Carlos Pozuelo</p> <p style="text-align: right;">8.09.00</p>
--	---

NOTA DE ENFERMERIA

INFORMES DE ENFERMERIA

[illegible]

APELLIDO PATERNO <i>Qilian</i>		MATERNO		NOMBRES <i>Wang.</i>																Nº DE LA HISTORIA CLÍNICA <i>0030</i>									
MES <i>Septiembre</i>	AÑO <i>2001</i>	PARA GRAFICAR SE MARCA LOS PUNTOS SOBRE LAS LINEAS VERTICALES RESPECTIVAS																											
DIA DEL MES (fecha)		<i>8</i>	<i>9</i>																										
DIAS DE HOSPITALIZACION		<i>Ing</i>	<i>1</i>																										
DIAS DE POST-OPERATORIO																													
INDICAR CON COLOR AZUL LA TEMPERATURA Y CON ROJO EL PULSO		PULSO	TEMPERATURA	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM
		150																											
		140																											
		130																											
		120	42																										
		110	41																										
		100	40																										
		90	39																										
		80	38																										
		70	37																										
		60	36																										
		50	35																										

RESPIRACION																															
TENSION ARTERIAL mx/min		<i>120</i>	<i>80</i>																												
LIQUIDOS	INGERIDOS	PERENTERAL																													
		ORAL																													
		TOTAL																													
	ELIMINADOS	ORINA																													
		DRENAJE																													
		OTROS																													
NUMERO DE DEPOSICIONES																															
NUMERO DE COMIDAS																															
ASEO / BAÑO																															
ACTIVIDAD																															
NUMERO DE BIBERONES		M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
DIERTA																															
TALLA EN CENTIMETROS																															
PESO EN KILOGRAMOS																															

Dr. Pasquel



INSTITUTO
MEDICO
DE UROLOGIA

GARANTIA DE INGRESO

0030

PACIENTE:

Nombre Completo: WANG QILLIAN
Domicilio: Eloy Alfaro 531 e Italia Teléfono: 500337
Cédula de Identidad: _____ Estado Civil: Casado Nacionalidad: Chino
Ocupación: jefe hacienda Dirección de trabajo: Emmoldes Telf: _____
Depósito de ingreso - Quirúrgico: \$ _____ Clínico: \$ _____

FORMA DE PAGO

- | | | | |
|-----------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| 1. Efectivo | <input type="checkbox"/> | 4. Tarjetas | <input type="checkbox"/> |
| 2. Cheque certificado | <input type="checkbox"/> | 4.1 Diners | <input type="checkbox"/> |
| 3. Seguros | <input type="checkbox"/> | 4.2 Filancard | <input type="checkbox"/> |
| | | 4.3 Visa | <input type="checkbox"/> |
| | | 4.4 Master Card | <input type="checkbox"/> |
| | | 4.5 Cash | <input type="checkbox"/> |

FIRMA: PACIENTE O PERSONA APODERADA

PERSONA RESPONSABLE DEL PAGO

Nombre: _____
Cédula: _____
Dirección Domicilio: _____ Teléfono: _____
Dirección Trabajo: _____
Nombre de la Empresa: _____ Teléfono: _____
Años de Trabajo en la Empresa: _____
Referencia Bancaria: _____
Referencia Comercial: _____

ACUERDO FINANCIERO:

Los suscritos, Garante y/o Paciente, se obligan a pagar la cuenta por concepto de los servicios que se presten al Paciente, en base a las tarifas y a los términos establecidos por INSTITUTO MEDICO DE UROLOGIA. De ser requerida la asistencia de un abogado para el cobro de la cuenta, el suscrito cancelará los costos por todas las gestiones legales y extrajudiciales que requieran efectuarse. En caso que no cancelen las cuentas de INSTITUTO MEDICO DE UROLOGIA, previa el alta del Paciente, se recargará a las facturas pendientes de pago, el máximo interés legal convencional más la mora vigente a la fecha de pago.

Yo _____ debo y pagaré y me hago responsable de todos los gastos que se requiera para el tratamiento de mi salud durante mi estadía en INSTITUTO MEDICO DE UROLOGIA.

FIRMA PACIENTE

FIRMA APODERADO