

APELLIDO PATERNO		MATERNO		NOMBRES		Nº HISTORIA CLINICA	
Pozo				PATRICIA		2268	
ESTATURA	PESO ACTUAL	PESO HABITUAL	PULSO	TENSION ARTERIAL	TEMPERATURA	RESPIRACION	
			72 x 1	100/60	36.5°C		
<b>RECORDATORIO</b> <b>EXAMEN SOMATICO GENERAL</b> <b>1.- APARIENCIA GENERAL</b> Actividad Psicomotora Estado Nutricional <b>2.- EXAMEN REGIONAL</b> <b>3.- PIEL Y TEGUMENTOS</b> Linfáticos <b>4.- CABEZA Y CUELLO</b> Anomalías en el Aspecto, Forma, y Tamaño. Ojos, Oídos, Nariz, Boca, Garganta. <b>5.- TORAX</b> Anomalías a la Inspección, Palpación, Percusión y Auscultación, A) Corazón, B) Pulmones <b>6.- ABDOMEN</b> Anomalías a la Inspección, Palpación, Percusión y Auscultación. <b>7.- REGION LUMBAR</b> Anomalías en el Aspecto, Tamaño y Sencibilidad. <b>8.- REGION INGUINO-GENITAL</b> Anomalías en el Aspecto, Forma, Tamaño. A) Examen Ginecológico B) Examen Urológico <b>9.- REGION ANO-PERINEAL</b> Anomalías a la Inspección y a la Palpación Tacto Rectal <b>10.- EXTREMIDADES</b> Anomalías en el Aspecto, Forma, Tamaño, Sencibilidad y Movilidad. <b>II.- EXAMEN NEUROLOGICO ELEMENTAL</b> <b>12.- IMPRESION DIAGNOSTICA</b> Fecha y Firma de quien realiza el Examen			Piel Lado, cencido, estado de y deprimido Hidato, afel, hipo... Piel elástica, TCS cerrado, no adaptivos. Cabeza: Per-nafolia. Ojos: pupila 3x4. Oídos: CAE... Nariz: para... Boca:... Garganta:... Torax: Simétrico. Pulmones: MV cerrado. Corazón: P... Abdomen: Suave, deprimido, no doloroso. RHA (+) Lumbos: No dolor a palpación. RIG: Sin patología... RAP: Sin patología... Extremidades: Tono, fuerza, movilidad y sensibilidad... ENE: flaccida... ID: Libres... A. Elv...				

APELLIDO PATERNO

MATERNO

NOMBRES

Nº HISTORIA CLINICA

Pozo

PATRICKO

Nº 0068

## RECORDATORIO

### 1.- MOTIVO DE LA CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL

ENUMERAR SINTOMAS PRINCIPALES

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

Pd 31 años, O<sup>2</sup>, Soltero, Negro y nacido en Quito. Genit. de padre Berta.

MC:

### 2.- REVISION DEL ESTADO ACTUAL DE LOS SISTEMAS

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

EA: Paciente en estado de buena salud desde los 6 años. Totalmente libre de síntomas que denota enfermedad clínica, se describe un episodio de fiebre por a nivel de calz del virus. Paciente con antecedentes, no refiere molestias al momento, sin sentirse o usar la literatura.

### 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 Neurológicas - Psiquiátricas - Metabólicas - Nutricionales - Alérgicas - Aparato Locomotor - Tegumentarias - Intervenciones - Quirúrgicas - Traumatismos - Antecedentes Gineco-Obstétricos - Pubertad - Ciclo Características de la Menstruación - Última Menstruación - Metrorragias - Flujo Genital Relaciones Sexuales - Embarazos a Término Prematuros - Tipo de Parto - Abortos-Hijos Vivos - Hijos Muertos - Mortinatos y Clamaterios.

RAS: Nada hace EA

APP: - Fiebre viral desde los 6 años  
- No antecedentes quíquicos  
- No ataques convulsivos

### 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

APP: No de importancia

Habitos: Alimentación: 3/d

Micromed: 11-5/d

Defecaciones: 1-2/d

Alcohol: Social

Tabaquismo: Social

CSEC: Adicional.

P. Chávez

## INFORMES DE ENFERMERIA

[illegible]

APELLIDO PATERNO <u>Pozo</u>		MATERNO		NOMBRES <u>Patricio</u>		Nº HISTORIA CLINICA <u>0068</u>
FECHA DE NACIMIENTO			SERVICIO			SALA
DIA	MES <u>04</u>	AÑO <u>2001</u>				

DIAGNOSTICO PROVISIONAL litoreo yobalico 139.

DIAGNOSTICO DEFINITIVO PRIMARIO Idem.

DIAGNOSTICOS SECUNDARIOS

OPERACIONES litoreo yobalico

HISTORIA BREVE Y HALLAZGOS ESPECIALES DE EXAMEN FISICO RT con litoreo yobalico de litoreo yobalico  
litoreo yobalico de litoreo yobalico, litoreo yobalico de litoreo yobalico, litoreo yobalico de litoreo yobalico  
litoreo yobalico de litoreo yobalico, litoreo yobalico de litoreo yobalico, litoreo yobalico de litoreo yobalico

HALLAZGOS DE LABORATORIO, RAYOS X E INTERCONSULTAS

EVOLUCION, COMPLICACIONES SI LAS HUBO RT con litoreo yobalico, no puede ser  
litoreo yobalico.

CONDICION TRATAMIENTO, REFERENCIA FINAL AL DAR EL ALTA Y PRONOSTICO

Alta + Indicaciones

EN CASO DE INTERNACION

DIAS DE HOSPITALIZACION

Fecha 19/10/2001

FIRMA Y NOMBRE DEL MEDICO

EPICRISIS



INSTITUTO  
MEDICO  
DE UROLOGIA

APELLIDO PATERNO

Pozo

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

PAT POZO

Nº. HISTORIA CLINICA

EL MEDICO DEBE FIRMAR AL PIE DE CADA NOTA DE EVOLUCION Y PRESCRIPCIONES MEDICAS, LAS MISMAS QUE DEBERAN COINCIDIR CON LA FECHA Y HORA EN QUE FUERON FORMULADAS

FECHA	HORA	NOTAS DE EVOLUCION	PRESCRIPCIONES MEDICAS
18/10/01	11:00	Pt con dg de Litiasis por la cálculo cgg. Buen estado general. TA: 110/80	① N.P. O ② EGU + CIE ③ SS 0.9% 1000 IV Flebiviente. STAT Dr. Elvira
		SE REALIZA ONDAS DE CHOCOS EN RF SUPER CALCULO CALCULOS EN CALLE MEDIO 3.400 MHz PRIDEN	- DISTENSIONES A LA TARDE - LIQUIDOS ABUNDANTES - MENSTRUACION - PROFENID 1000 IV STAT - ALTA POR LA TARDE YO PASARE PRIMERO - NOSE PASA Dr. Elvira
		RECUPERACION	
	13:00	Pt en buenas condiciones generales. Sintomas de litiasis exacerbados. TA: 110/70 FC: 78x1 No puede caminar. Pasar a Piso.	
		Dr. Elvira	

NOTAS ADICIONALES

NOTAS DE EVOLUCION



APELLIDO PATERNO <i>Pozo</i>		MATERNO		NOMBRES <i>Patricio</i>																Nº DE LA HISTORIA CLINICA <i>0068</i>															
MES <i>Octubre</i>		AÑO <i>2001</i>		PARA GRAFICAR SE MARCA LOS PUNTOS SOBRE LAS LINEAS VERTICALES RESPECTIVAS																															
DIA DEL MES (fecha)				<i>18</i>		<i>19</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						
				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>110/80</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	
DIERTA																															
TALLA EN CENTIMETROS																															
PESO EN KILOGRAMOS																															

[illegible]

IMPRESA "GAMI" 484-298 / 09 739-722



## PRE - ANESTESICO

OPERACION PROPUESTA. <i>Celotricia</i>		RIESGO <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5					INFORMACION ESPECIAL —					GRUPO SANGUINEO —	
REGION	1	CABEZA	2	ORG. SENTIDOS	3	ENDOSCOPIAS	4	INTRADURAL	5	EXTRADURAL	6	CUELLO	
OPERATORIA	7	EXTRATORACICAS	8	INTRATORACIC.	9	ABDOMEN	10	EXTREMIDADES	11	OBSTETRICAS	12	PERINEALES	

## EXAMENES DE LABORATORIO

UROANALISIS —	HEMATOLOGICO —	QUIMICA SANGUINEA —
------------------	-------------------	------------------------

SISTEMA RESPIRATORIO	SISTEMA CIRCULATORIO	SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	OTROS SISTEMAS
ASMA-ENFISEMA-ATELECTASIA	ARRITMIAS	CONVULSIONES - EPILEPSIA	ALERGIAS - HABITOS
CAPACIDAD VITAL- NEUMOTORAX	HIPERTENSION	TRAUMATISMOS CRANEALES	HIPERTIROIDISMO - DIABETES
BRONQUIECTASIAS - OTROS	ENF. VALVULARES	PERDIDA DE CONCIENCIA	INSUF. HEPATICA O RENAL
<i>S.n</i>	ENF. CONGENITAS	CEFALEA	DESEQUILIBRIO ELECTROLITICO
	INFARTOS	OTROS	TOXEMIAS
	P.A. <i>120/80</i>	<i>S.n</i>	TRAUMATISMOS MULTIPLES
	PULSO <i>80</i>		SHOCK <i>S.n</i>
	E. C. G.		OTROS

## TERAPIA ANTERIOR

ANESTESIAS ANTERIORES Y COMPLICACIONES <i>Si, conductiva, sin complicaciones</i>	DIGITALICOS	ESTEROIDES
	TRANQUILIZANTES	HIPOSENSORES
	OTROS	

ULTIMA INGESTION ALIMENTOS. HORA: —	DIAGNOSTICO PREOPERATORIO <i>Celotricia I y.</i>
HORA DEL ACCIDENTE O DOLOR: —	

FECHA	HORA	MEDICACION PRE-ANESTESICA	EFFECTOS
		<i>N. P. U</i>	INSUFICIENTE <input type="checkbox"/>
			BUENO <input type="checkbox"/>
			DEPRIMIDO <input type="checkbox"/>

EVALUACION REALIZADA POR:

*D. Racina J.*  
FIRMA

*17-X-01*  
FECHA

## COMPLICACIONES Y/O VISITAS DURANTE RECUPERACION POST-ANESTESICA:

RECORDATORIO	PONER FECHA Y HORA - FIRMAR AL PIE DE CADA NOTA
TRAUMATICA	
PARESIAS	
RESPIRATORIAS	
APAR. CARDIOVASCULAR	
SIST. NERVIOSO CENTR.	
UROLOGICAS	

1	MUERTE NATURAL	2	PARO CARDIACO	3	EN CIRUGIA	4	EN RECUPERAC.	5	CAUSA QUIRURGIC.	6	ANESTESICA	7	PAT. PREEXISTENTE
---	----------------	---	---------------	---	------------	---	---------------	---	------------------	---	------------	---	-------------------

*0500h.s*

## Autorización y explicación de tratamiento Médico - Quirúrgico

Nombre..... Petiazo Pego ..... Edad..... 34 ..... H.CI. #..... Nº 0068 .....

Diagnóstico..... Litiasis de la vejiga .....

Tratamiento planificado..... Litotricia extracorporea .....

Beneficios del tratamiento.....

Cualquier procedimiento médico-quirúrgico no está exento de riesgo. Se me explicó el procedimiento y las posibles complicaciones. Autorizo a mi médico u otra especialista para que puedan realizar otros procedimientos que sean necesarios o interconsultas si las circunstancias así lo exigen.

He comprendido y estoy de acuerdo.

.....  
Firma del paciente o representante

.....  
Firma del médico tratante

.....  
Firma del testigo

Quito, a.....de.....de.....