

APELLIDO PATERNO

Lozano

MATERNO

NOMBRES

Wilson

Nº HISTORIA CLINICA

RECORDATORIO

1.- MOTIVO DE LA CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL

ENUMERAR SINTOMAS PRINCIPALES

- A) Comienzo
B) Evolución
C) Medicación Recibida

25 años: Coacto
Nacido Quemado Baños
Residente: idem.
Instrucción Primaria.
Ocupación costura

2.- REVISION DEL ESTADO ACTUAL DE LOS SISTEMAS

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

MC: Dolor otros síntomas.

EA: Pdx. refer. g. hoci.

9 meses presenta dolor

otro por litiasis renal

y vesícula hoci un mes

se notaba litotricia. Requiere

acuda para destruirse.

una litotricia clinica.

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.

APP: - HTA: controlada con,
enolopril 5mg QD.

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

APF: sin impatencia.

Habit Alimentados 3/d

Difcofeno 1/d

Micinal 4/d

Tabaco.

Alcohol

Plugs

Medicamentos Enolopril 5mg QD

J. Arbo. Pozuel
30.08.02

APELLIDO PATERNO <i>Rojano</i>	MATERNO	NOMBRES <i>Wilson</i>	Nº HISTORIA CLINICA
-----------------------------------	---------	--------------------------	---------------------

ESTATURA	PESO ACTUAL	PESO HABITUAL	PULSO <i>86x'</i>	TENSION ARTERIAL <i>160/80</i>	TEMPERATURA <i>36.8°c</i>	RESPIRACION
----------	-------------	---------------	----------------------	-----------------------------------	------------------------------	-------------

RECORDATORIO EXAMEN SOMATICO GENERAL 1.- APARIENCIA GENERAL Actividad Psicomotora Estado Nutricional 2.- EXAMEN REGIONAL 3.- PIEL Y TEGUMENTOS Linfáticos 4.- CABEZA Y CUELLO Anomalías en el Aspecto, Forma, y Tamaño. Ojos, Oídos, Nariz, Boca, Garganta. 5.- TORAX Anomalías a la Inspección, Palpación, Percusión y Auscultación, A) Corazón, B) Pulmones 6.- ABDOMEN Anomalías a la Inspección, Palpación, Percusión y Auscultación. 7.- REGION LUMBAR Anomalías en el Aspecto, Tamaño y Sencibilidad. 8.- REGION INGUINO-GENITAL Anomalías en el Aspecto, Forma, Tamaño. A) Examen Ginecológico B) Examen Urológico 9.- REGION ANO-PERINEAL Anomalías a la Inspección y a la Palpación .acto Rectal 10.- EXTREMIDADES Anomalías en el Aspecto, Forma, Tamaño, Sencibilidad y Movilidad. II.- EXAMEN NEUROLOGICO ELEMENTAL 12.- IMPRESION DIAGNOSTICA Fecha y Firma de quien realiza el Examen	<p><i>Paciente despierto, consciente.</i></p> <p><i>orientado tiempo espacio y</i></p> <p><i>persona ambiente</i></p> <p><i>Cabeza Normocefalia</i></p> <p><i>Ojos pupilas isocóricas normoventiladas</i></p> <p><i>vas. luz y acomodación</i></p> <p><i>Oídos Nariz permeables.</i></p> <p><i>Boca Mucosas orales húmedas.</i></p> <p><i>OLF no congestión</i></p> <p><i>Cuello Movilidad normal</i></p> <p><i>Tórax Exponibilidad normal</i></p> <p><i>corazón pulmonar normal</i></p> <p><i>no soplos.</i></p> <p><i>Abdomen suave depresible.</i></p> <p><i>no doloroso a la</i></p> <p><i>palpación superficial y</i></p> <p><i>profunda RHA+</i></p> <p><i>Extremidades Movilidad pulso</i></p> <p><i>sensibilidad normal</i></p> <p><i>ADs. L.H. no</i></p>
--	--

D. Carlos Rojas
30.08.00

INFORMES DE ENFERMERIA

[illegible]



NOTA DE ENFERMERIA

[illegible]

APELLIDO PATERNO <i>Rojas</i>	APELLIDO MATERNO 	NOMBRES <i>Wilson</i>	Nº DE LA HISTORIA CLINICA
---	-----------------------------	---------------------------------	--------------------------------------

ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTOS

Apr 5 to 12/2001

FECHAS DE ADMINISTRACION

DIA 30

DIA

DIA

DIA

DIA

DIA

DIA

DIA

Hor	Int	Fun
-----	-----	-----

Hor	Int	F
-----	-----	---

Hor	Int	
-----	-----	--

Hor	Int	
-----	-----	--

Hor	Inf	
-----	-----	--

Hor	Int
-----	-----

	Hor	Int
--	-----	-----

	Hor	Ini
--	-----	-----

Voltaren Lamp I.M.
P.R.N.

ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

CONTROL HIDRICO

HOSPITALIZACION

RECORD DE 24 HORAS

Clave Orina :O

CateterismoC

VómitoVóm.

Incontinencia.....Inc.

Sonda Foley.....S.F.

Deposición Líquida.....D.L.

ADMINISTRACION

ELIMINACION

HORA

PARENTERAL

ORAL

ORINA

OTRA

Solución en la Botella

Cantidad
Absorbida
c.c.

Tipo

Cantidad
c.c.

Cómo
Obtuvo

Cantidad
c.c.

Tipo

Cantidad

7 - 8 am

8 - 9 am

9 - 10 am

10 - 11 am

11 - 12 am

12 - 1 pm

Sub Total

7am-1pm

1 - 2 pm

2 - 3 pm

3 - 4 pm

4 - 5 pm

5 - 6 pm

6 - 7 pm

Sub Total

1 - 7 pm

7 - 8 pm

8 - 9 pm

9 - 10 pm

10 - 11 pm

- 12 pm

12 - 1 am

1 - 2 am

2 - 3 am

3 - 4 am

4 - 5 am

5 - 6 am

6 - 7 am

Sub Total

7pm-7am

Total

en 24 H

pendiente

DE 100 cc

6pm 200 cc

4pm 150 cc

3pm

Sopra

fwg

Total de ingesto:

Total Eliminación:

Vaso pequeño
Vaso grande

150 c.c.
240 c.c.

Café o té
Sopera
Gelatina
Helados

200 c.c.
200 c.c.
100 c.c.
100 c.c.

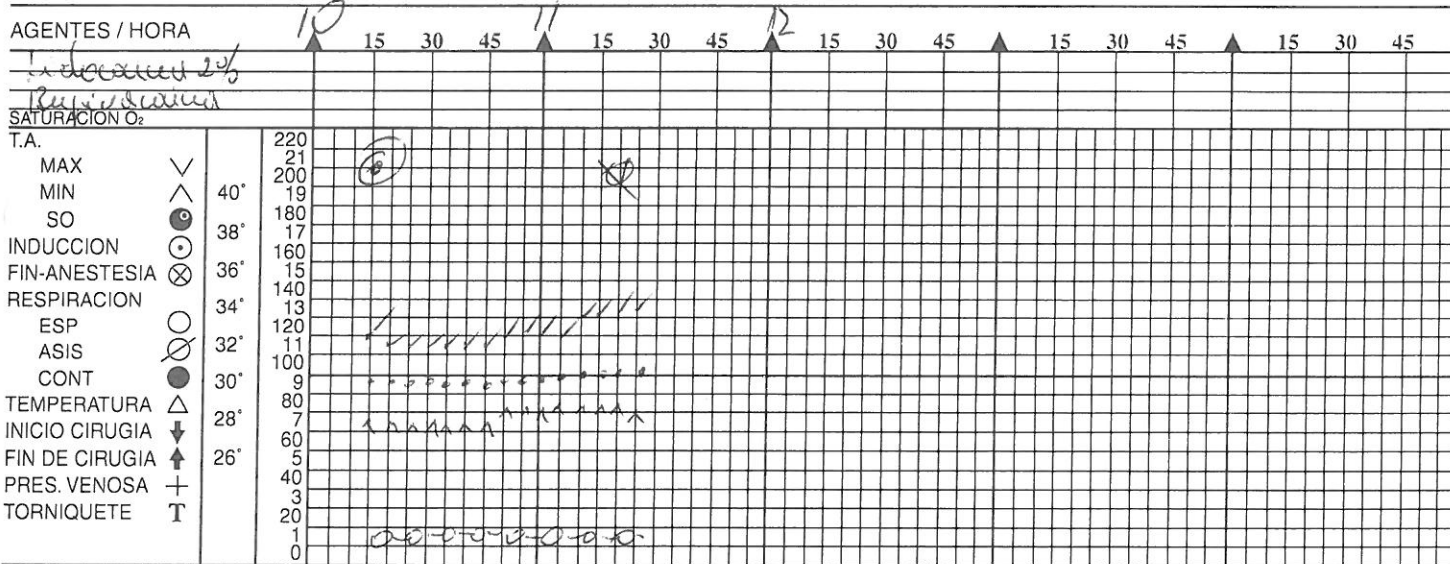
Cuarto: 201

Fecha: 2001-8-30

Nombre del Paciente: ALI son Lejano

APELLIDO PATERNO <i>Lozano</i>		MATERNO		NOMBRES <i>Wilson</i>		N° DE LA HISTORIA CLINICA	
FECHA <i>30-08-01</i>	EDAD <i>25</i>	SEXO <i>♂</i>	ESTATURA	PESO	OCCUPACION ACTUAL	SERVICIO	SALA CAMA
DIAGNOSTICO PREOPERATORIO <i>Litotricia de la vesícula</i>			DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO		OPERACION PROPUESTA <i>Litotricia II</i>		
CIRUJANO <i>D. S. Vallejo</i>			AYUDANTES		OPERACION REALIZADA <i>Idem</i>		
ANESTESIOLOGO <i>D. E. Ramirez</i>			AYUDANTES		INSTRUMENTISTA		

REGISTRO TRANS-ANESTESICO



POSICION

DROGAS ADMINISTRADAS

TIEMPOS

N°	TIPO	4	8	DURACION ANESTESIA
1		5	9	HS. MIN.
		6	10	DURACION OPERACION
3		7	11	HS. MIN.

TECNICAS

INFUSIONES

COMPLICACIONES OPERATORIAS

GENERAL	CONDUCTIVA	<input checked="" type="checkbox"/>	D DEXTROSAS	cc	Hipotensión	<input type="checkbox"/>	Arritmias	<input type="checkbox"/>
SISTEM. ABIERTO	ASEPSIA DE PIEL	<input checked="" type="checkbox"/>	RINGER	800 cc	Depresión Respiratoria	<input type="checkbox"/>	Perforación Duramadre	<input type="checkbox"/>
SISTEM. CERRADO	CON: <i>elektro Yod</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	S SANGRE	cc	Dificultad Técnica	<input type="checkbox"/>	Naucias - Vómitos	<input type="checkbox"/>
SISTEM. SEMI-CERR	HABON	<input checked="" type="checkbox"/>	E EXPANSORES	cc	Conductiva Insuficiente	<input type="checkbox"/>	Laringoespasmio	<input type="checkbox"/>
APARATOS USADOS	RAQUIDEA	<input type="checkbox"/>	SS SOLUCION ISOTONICA	250 cc	Paro Cardiaco	<input type="checkbox"/>		
CIRC. <input type="checkbox"/> VAIVEN	EPIDURAL CAUD.	<input checked="" type="checkbox"/>	P PLASMA	cc	Cambio de Técnica			
MASCARA	SIMPLE	<input checked="" type="checkbox"/>	TOTAL	1000				
INTB. TRAQUEAL	CONTINUA	<input type="checkbox"/>	HEMORRAGIA		COMENTARIOS:			
ORAL <input type="checkbox"/> NASAL	ALTURA PUNCION		cc APROX					
RAPID <input type="checkbox"/> LENT.	<i>L1/L2</i>		TECNICAS ESPECIALES					
TUBO N°	PUNCION LAT.	<input type="checkbox"/>						
MANGUITO INFLAB.	LINEA MEDIA	<input checked="" type="checkbox"/>						
TAPONAMIENTO	AGUJA N°	<i>18</i>						
ANST. TOPICA	NIVEL	<i>T8</i>						
ANST. TRANSORAL	HIPERBARA	<input checked="" type="checkbox"/>	CONDUCIDO A:					
MASCARA LARINGEA	POSICION PACIENTE		POR	HORA				

FIRMA DEL ANESTESIOLOGO

Autorización y explicación de tratamiento Médico - Quirúrgico

Nombre..... Wilson Lejano B. 76 Edad..... 25 H.C.I. #.....

Diagnóstico..... Lesión renal

Tratamiento planificado..... Litotricia

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.....