

APELLIDO PATERNO

MATERNO

NOMBRES

Nº HISTORIA CLINICA

Santomasa

Hector

0029

RECORDATORIO

1.- MOTIVO DE LA CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL

ENUMERAR SINTOMAS PRINCIPALES

- A) Comienzo
B) Evolución
C) Medicación Recibida

Pd. 60 años. Casado.
Nacido en el Perú.
Instituto Bachiller.
Ocupación. Escuela Lino Montano.

2.- REVISION DEL ESTADO ACTUAL DE LOS SISTEMAS

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

MC.
Ed: Pd. refer q' hea.
1 año presente obscuridad
de visión ojo derecho
en mayor intensidad q'
de ojo Izq - en menor.
intensidad es de de
control por lo q' acude.
para tratamiento de especiali-
dad.

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
Neuróticas - 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.

QPP: sin importancia.

QPF: - Madre. diabética.
- Padre. fallecido. Co. Brinco.

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

Hijos: Almondo 3/d
Defuncto 1/d
Micaela 3/d.
Roberto -
Alonso -
Plaza -
Medicamentos -

2. Cereb. Pos. gual
5-09-001

| | | | | | | | |
|------------------|-------------|---------------|-------|------------------|-------------|------------------------------------|--|
| APELLIDO PATERNO | | MATERNO | | NOMBRES | | Nº HISTORIA CLINICA 0029 | |
| ESTATURA | PESO ACTUAL | PESO HABITUAL | PULSO | TENSION ARTERIAL | TEMPERATURA | RESPIRACION | |

| | |
|--|--|
| RECORDATORIO EXAMEN SOMATICO GENERAL 1.- APARIENCIA GENERAL Actividad Psicomotora Estado Nutricional 2.- EXAMEN REGIONAL 3.- PIEL Y TEGUMENTOS Linfáticos 4.- CABEZA Y CUELLO nomalías en el Aspecto, Forma, y Tamaño. Jjos, 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 icto 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 | Pck. Lucido conciente. orientado. en tiempo espacio y persona afekt. |
| | Abuso Normocaptura Ojos. |
| | Oídos Nariz permeables. |
| | Boca Mucosas orales húmedas. ORF no congestivos |
| | Cuello Movilidad normal |
| | Tórax Exponibilidad normal Corazón pulmonar normal no soplos compes pulmonares. normales. limpios MV+ |
| | Abdomen suave dispasible. no doloroso a la palpación superficial y profunda RHA +. |
| | Extremidades Movilidad pulsos. movilidad normal |
| | E.G. |
| | 2. Carlos Pasquel 5-09-00, |

| FECHA | HORA | | FECHA | HORA | |
|----------|------|---|----------|--------|--|
| 05/09/01 | | Pte ingresa para cirugía Dr. R. Almeida viene solo sin familiares. TA 140/60 P. 90 x T. 36,8 °C. <i>WLP</i> | 2001-96 | 10:30 | TA: 130/80 P: 84 x |
| | | | | 13h | Pte sube a Clínica Santa Lu- cia para Hto específico. <i>Ruf</i> |
| | | | | 16:00 | Paciente aliviado S.V. TA 100/70 P. 80 x T. 36,5 °C. |
| 17:00 | | Paciente ingresa para cirugía de cataratas mañana. S.V. TA 110/60 P. 90 x T. 36,8 °C. | | | <i>Gris Pantoja</i> |
| | | | 06/09/01 | | Pte tranquilo en reposo tolera dieta <i>WLP</i> |
| | | <i>Gris Pantoja</i> | 22h. | 130/90 | 77 x 36,8 °C. <i>WLP</i> |
| 5-05-01 | 22h | TA 110/70 P 88 T°. Pte estable se inicia aplicar hidrocort en ojo derecho. S.N | 06/09/01 | 11h | Pte presenta vómitos q no llega al vómito, no cena. La noche descomoda bien, ninguna novedad <i>WLP</i> |
| | | | | Ch. | Continúa sensación de vómitos. 100/60 70 x 35,8 °C <i>WLP</i> |
| | | NOMBRE: <i>Hector Santarrosa</i> CTO. <i>hab 8.204</i> | | | |

[illegible]

NOTAS ADICIONALES

6/09/2001 Pdt en buena condici3n (1) Ortolan grande
 19/10/02 juveniles, no refugio adecuado (2) CSL
 SU establa (3) Inducimiento a la abdicaci3n

2/12

D. Plana

11/01/03 Pdt buena condici3n, grande (1) Ortolan grande
 refugio adecuado q se propaga (2) Ortolan grande en su
 su establa, con embargo de su (3) Inducimiento a la abdicaci3n
 la tolerancia oral. SU establa

D. Plana

8:00 Pasante al momento ap3s, hemo dinamicamente estable, la nasea ha cedido, ap3s en ojo derecho linf3tico.
 Dr. Salento

7. Sept. 2001.

Pdt con nasea

15:15

Dr. Salento



SENT 04/21/20

NOTA DE ENFERMERIA

Dr. E. M. E.



| APELLIDO PATERNO | | MATRNO | NOMBRES | | Nº DE LA HISTORIA CLINICA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------|---|----------------------|-----|---------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|
| Santamaria | | Santamaria | Héctor Tanfiro. | | 0029 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MES | AÑO | PARA GRAFICAR SE MARCA LOS PUNTOS SOBRE LAS LINEAS VERTICALES RESPECTIVAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Septiembre | 2001 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DIA DEL MES (fecha) | | 05 | 6 | 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DIAS DE HOSPITALIZACION | | 16 | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DIAS DE POST-OPERATORIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INDICAR CON COLOR AZUL LA TEMPERATURA Y CON ROJO EL PULSO | PULSO | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 110 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 100 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 90 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 80 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 70 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 60 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 50 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | RESPIRACION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | TENSION ARTERIAL mx/min | | 110/60 110/70 120/60 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | LIQUIDOS | INGERIDOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PERENTERAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ORAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ELIMINADOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ORINA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DRENAJE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OTROS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NUMERO DE DEPOSICIONES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NUMERO DE COMIDAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ASEO / BAÑO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ACTIVIDAD | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NUMERO DE BIBERONES | | MTN | MTN | MTN | MTN | MTN | MTN | MTN | MTN | MTN | MTN | MTN | MTN | MTN | MTN | MTN | MTN | MTN | MTN | MTN | MTN | MTN | MTN | MTN | MTN | |
| DIERTA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TALLA EN CENTIMETROS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PESO EN KILOGRAMOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|---------------------------------------|----------------------|-------------------------|--|
| APELLIDO PATERNO <i>Santamaría</i> | APELLIDO MATERNO | NOMBRES <i>Alejo</i> | Nº DE LA HISTORIA CLINICA <i>0029</i> |
|---------------------------------------|----------------------|-------------------------|--|

| ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTOS | FECHAS DE ADMINISTRACION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|-----|-----|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | 5 DIA | | | 6 DIA | | | DIA | | | DIA | | | DIA | | | DIA | | | DIA | | | DIA | | |
| | Hor | Int | Fun | Hor | Int | Fun | Hor | Int | Fun | Hor | Int | Fun | Hor | Int | Fun | Hor | Int | Fun | Hor | Int | Fun | Hor | Int | Fun |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hydriacil 1 gta ojo derecho | | | | 6 | 30 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 6 | 30 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 7 | 30 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 7 | 30 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 8 | 30 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mosilampin 500 | | | | 8 | 30 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 8 | 30 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Autorización y explicación de tratamiento Médico - Quirúrgico

Nombre Hector Sanabria S. Edad 60a. H.C.I. #.....

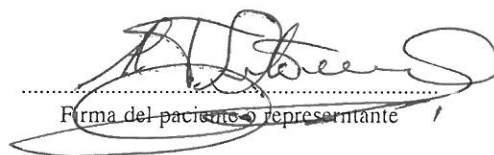
Diagnóstico Obstrucción ocular bilateral.

Tratamiento planificado.....

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