

DISCHARGE SUMMARY



U1/01/1922 EDAD : 94Y SEXO : M
 RM :0000567278 CNT :0201608052
 SS :XXX-XX-6076 CC : 400-01
 ADM :10/28/2016 01:10 PM
 TP :0 - ACUTE INPATIENT
 DR :MEDINA LA SALLE, LISA
 PLAN :MEDICARE Y MUCHO MAS(HMO-MA)

RESUMEN DE ALTA ENFERMERÍA

FECHA	11/4/14	HORA	12PM
ORDEN DE DR.	Dra Medina		
T	B65	P	62
R		18	
VÍA	<input type="checkbox"/> SILLA DE RUEDAS	<input type="checkbox"/> CAMILLA	<input type="checkbox"/> CAMINANDO
	<input type="checkbox"/> ESPECIFIQUE OTROS		
I. INSTRUCCIONES AL ALTA			
<input type="checkbox"/> HOGAR <input type="checkbox"/> HOGAR CONVALECENTE <input type="checkbox"/> SERVICIO DE SALUD EN EL HOGAR <input type="checkbox"/> ASILO DE ANCIANOS <input type="checkbox"/> ESPECIFIQUE OTROS			
ACOMPAÑADO POR <input type="checkbox"/> FAMILIARES <input type="checkbox"/> OTROS			
CONDICIÓN DE PACIENTE: <input type="checkbox"/> BIEN <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> POBRE			
DRENAJES :	<input type="checkbox"/> SI	ESPECIFIQUE _____	<input type="checkbox"/> N/A
HERIDAS	<input type="checkbox"/> SECA	<input type="checkbox"/> LIMPIA	<input type="checkbox"/> N/A
VENDAJES :	<input type="checkbox"/> SECA	<input type="checkbox"/> LIMPIA	<input type="checkbox"/> N/A
PRÓTESIS :	<input type="checkbox"/> SI, ESPECIFIQUE _____	<input type="checkbox"/> N/A	
PACIENTE EN : <input type="checkbox"/> NARCÓTICOS <input type="checkbox"/> ANALGÉSICOS <input type="checkbox"/> ANTIBIÓTICOS <input type="checkbox"/> ANTICOAGULANTES <input type="checkbox"/> HIPOGLICÉMICO			
II. EL PACIENTE HA SIDO INSTRUÍDO DE LO SIGUIENTE:			
DIETA:	<input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> DIABÉTICA <input type="checkbox"/> RENAL <input type="checkbox"/> BAJA EN SAL <input type="checkbox"/> ALTA PROTEÍNAS <input type="checkbox"/> SUPLEMENTOS		
CUIDADO EN HERIDA :	DRENAGE:		
CITA MÉDICA :	<input type="checkbox"/> OFICINA	<input type="checkbox"/> ESPECIFIQUE OTROS	
SE ENTREGÓ HOJA DE RECONCILIACIÓN MEDICAMENTOS	SI <input type="checkbox"/>		
INSTRUCCIÓN ESPECIAL:	D. Pte evaluado por Dra Medina y dado de alta. A - Se Dic. IV fluido y se le entrega documentus		

CERTIFICO QUE ENTENDÍ LAS INSTRUCCIONES OFRECIDAS:

Revisado: Marzo -2014 - LRT/EWA/CMF

FIRMA DE LA ENFERMERA #LIC



DISCHARGE SUMMARY

MEDICINE DEPARTMENT

Admission Date:	Discharge Date:
10/28/16	11/04/16
Attending Physician:	<i>Dr. Medina La Salle</i>
Provisional Diagnosis:	Room: <i>Complicated</i>
Final Diagnosis:	<i>Esophageal Disease</i>
Operation:	<i>Esophagostomy</i>

Patient Name: NAC [REDACTED] XO : M
 RM :0000567278 CNT :0201608052
 S.S XXX-XX-6076 CC :400-01
 ADM :10/28/2016 01:10 PM
 TP :0 - ACUTE INPATIENT
 DR :MEDINA LA SALLE, LISA
 PLAN :MEDICARE Y MUCHO MAS(HMO-MM)

Brief History and Essential Physical Findings:

94yo male pt who presents w resp diff 503 and CRP & severe endopharyngeal changes completed IVABX

Significant Laboratories and studies:

Crab 8.8 BDN II. Na 134

Cultures (-) WBC 3.6 Hgb 13.8 plt 282700

Course in Hospital with Compliance, if any:

Asde

Infections:

YES

NO

Nosocomial:

YES

NO

Condition of Discharge:

Prognosis

Poor

Guarded

Fair

Good

Activity:

1. () Bed ridden

2. () Activities restricted:

3. () Activities not restricted

Final Disposition:

Home

Other

Follow - Up & Discharge Instructions:

OPD w primary physician

Appointment:

Medications/Treatments:

PPI about 003% + accutag 400 mg

Diet:

Regular

Diabetic

Other

Pneumococcal Vaccination Given if Apply:

YES

NO

N/A

If no, why _____

Influenza Vaccination Given if Apply:

YES

NO

N/A

If no, why _____

Beta Blocker or Contraindication:

YES

NO

N/A

ACEI / ARB or Contraindication:

YES

NO

N/A

ASA or Contraindication:

YES

NO

N/A

Instructions Address Weight Monitoring:

YES

NO

N/A

Smoking Counseling:

YES

NO

N/A

Instructions notify Symptoms worsening:

YES

NO

N/A

Physician's signature:

S. Medina

Date: 11/04/16

vvs/03-07



Identificación de paciente

ESG 72 73

RESUMEN DE ALTA ENFERMERÍA

FECHA

8/3/17

HORA

18³⁰ pm

ORDEN DE DR.

Villafane

T 36°

P 104

R 26

B/P

114/71

PESO 100

VÍA SILLA DE RUEDAS CAMILLA CAMINANDO ESPECIFIQUE OTROS

INSTRUCCIONES AL ALTA

 HOGAR HOGAR CONVALECIENTE SERVICIO DE SALUD EN EL HOGAR ASILO DE ANCIANOS ESPECIFIQUE OTROSACOMPAÑADO POR FAMILIARES OTROSCONDICIÓN DE PACIENTE: BIEN REGULAR POBREDRENAJES: SI ESPECIFIQUE _____ N/AHERIDAS SECA OLIMPIA N/AVENDAJES: SECA LIMPIA N/APRÓTESIS: SI, ESPECIFIQUE _____ N/APACIENTE EN: NARCÓTICOS ANALGÉSICOS ANTIBIÓTICOS ANTICOAGULANTES HIPOGLICÉMICO

II. EL PACIENTE HA SIDO INSTRUÍDO DE LO SIGUIENTE:

DIETA: REGULAR DIABÉTICA RENAL BAJA EN SAL ALTA PROTEÍNAS SUPLEMENTOS

CUIDADO EN HERIDA :

DRENAJE:

CITA MÉDICA: OFICINA ESPECIFIQUE OTROSSE ENTREGÓ HOJA DE RECONCILIACIÓN MEDICAMENTOS SI

INSTRUCCIÓN ESPECIAL: Dr. Villafane manda a pte y es ddo de alta. Se orienta sobre card y tr

CERTIFICA QUE ENTENDÍ LAS INSTRUCCIONES OFRECIDAS:



A handwritten signature in black ink, appearing to read "Alfonsina" followed by a date or number.

FIRMA DE LA ENFERMERA #LIC



DISCHARGE SUMMARY

MEDICINE DEPARTMENT

Admission Date: 29 Jul 17	Discharge Date: 3 Aug 17	Patient Name: [REDACTED] 567278
Attending Physician: E Villafane MD	Room:	
Provisional Diagnosis: Septicemia, Community Respiratory Syndrome	Final Diagnosis: Bacillary angiomatosis, Dehydration, Urinary Tract Infection. Alzheimer's disease	
Operation:		

Brief History and Essential Physical Findings:
95yo man's "systemic disease" but bedridden
at home. Cared by daughter, wt: lethargy, anorexia, cough
few fr 3 days pta.

Significant Laboratories and studies: U/A: Large leukocytes >50/upt background: Nucleus	Ali:NEN CXR: volume loss upper lobe FBS 106 BUN 19 Cr 0.86 SGOT 136/03 Hb 13.52 4.5/29 Hct: 43.11 DlC: mg X2
Course in Hospital with Compliance, if any: The pt improved well to B/Fs + full urination of 24 hours.	Gnc. 13,140
Infections:	Nosocomial: P/H 302, 300
<input checked="" type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input checked="" type="checkbox"/> NO

Condition of Discharge:

Prognosis	<input type="checkbox"/> Poor	<input type="checkbox"/> Guarded	<input checked="" type="checkbox"/> Fair	<input type="checkbox"/> Good
-----------	-------------------------------	----------------------------------	--	-------------------------------

Activity: 1. () Bed ridden 2. Activities restricted: _____

3. () Activities not restricted

Final Disposition: Home Other

Follow - Up & Discharge Instructions:

Flu by PCP within 7 days

Appointment:

Medications/Treatments: _____

Diet: Regular () Diabetic _____ () Other _____Pneumococcal Vaccination Given if Apply: YES NO N/AIf no, why _____
*The annual*Influenza Vaccination Given if Apply: YES NO N/AIf no, why _____
Annual

Physician's signature:

vvs/03-07

Z. Villafane

S/47

Date:

3 Aug 17

ACCEPT

Record Médico Electrónico

Impreso en : 09/08/2017

Impreso por: Luz E Rosado RM

Hospital Hermanos Meléndez

Carr # 2 KM 11.7

BAYAMON, PR 00960

(787) 620-8181



HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ

Encuentro: 2016212165

Récord: 0000567278

Fecha Admisión: 06/13/2016

09:42 AM

Doc. Clínica

Doc. Clínica

Emergency Room Record Re-Evaluation and Disposition

Fecha Creada: 06/13/16 7:49PM

RE-EVALUATION AND DISPOSITION**RE-EVALUATION****Lab Interpretation:**

Unremarkable

Remarks: u/a- nitritos positivos.

Lab Results:

Specimen Source:

Specimen Con. Disp.:

PATIENT: N [REDACTED] MRN: 0000567278 LOC: SALA EMERGENC
 HIS ORD: 006010001001131 DOB: 1/01/1922 SEX: M
 ORDERED BY: SANTANA-RODRIGUEZ, CLORIAM ORDERED : 13 JUN 16 1:07PM
 ORDER : 006010001001131 COLLECTED : 13 JUN 16 1:44PM
 LICENSE : 57 RECEIVED : 13 JUN 16 3:21PM
 CLIA # : 40D0658006 REPORTED : 13 JUN 16 4:00PM
 DIRECTOR : LCDA. ADRIA M. GRIFFITH SUPERVISOR: AMG

TESTS	UNITS	RESULTS	FLAGS	REFERENCE RANGE
CHEMISTRY (COMPREHENSIVE METABOLIC PANEL)				
SGPT (ALT).....U/L....	22.00	12.00	78.00	
AST (SGOT).....U/L....	26.00	14.00	59.00	
GLUCOSE.....MG/DL....	101.00	65.00	109.00	
BUN.....MG/DL....	13.00	7.00	21.00	
CREATININE.....MG/DL....	1.00	0.70	1.30	
CALCIUM.....MG/DL....	9.20	8.40	10.20	
TOTAL BILIRUBIN.....MG/DL....	0.79	0.20	1.00	
TOTAL PROTEIN.....G/DL....	7.10	6.40	8.20	
ALBUMIN.....G/DL....	3.40	3.40	5.00	
GLOBULIN.....G/DL....	3.70	2.80	4.40	
A/G RATIO.....	0.92 LOW	1.50	2.50	
ALKALINE PHOSPHATASE....U/L....	116.00	46.00	116.00	
SODIUM.....MMOL/L...	135.00 LOW	136.00	145.00	
POTASSIUM.....MMOL/L...	5.00	3.50	5.00	
CHLORIDE.....MMOL/L...	102.00	98.00	107.00	
CARBON DIOXIDE.....MMOL/L...	26.40	21.00	32.00	

TO CONFIRM THE DIAGNOSIS OF DIABETES MELLITUS ANY OF THE FOLLOWING GLUCOSE VALUES ON 2 DIFFERENT DAYS ARE NEEDED.

*FASTING (FOR AT LEAST 8 HRS) >= 126 MG/DL

*RANDOM (NON FASTING) >=200 MG/DL (PLUS CLASSIC SYMPTOMS OF DIABETES)

*2 HRS >=200 MG/DL DURING OGTT (1 SPECIMEN)

OGTT=ORAL GLUCOSE TOLERANCE TEST (NORMAL VALUE AT 2 HRS <140 MG/DL)

IFG AND IGT ARE RISK FACTOR FOR DEVELOPMENT OF TYPE 2 DIABETES:

*IMPAIRED FASTING GLUCOSE (110 TO 125 MG/DL)

*IMPAIRED GLUCOSE TOLERANCE (140 TO 199)

FASTING GLUCOSE NORMAL VALUE (65 TO 109 MG/DL)

SOURCE: BURTON L, LABORATORY MEDICINE. FEB 2000, VOL 31, NO 2:84-90.

BY:..... SIEMENS DIMENSION.RXL MAX-1

BY: SIEMENS DIMENSION METHOD

Record Médico Electrónico

Impreso en : 09/08/2017
 Impreso por: Luz E Rosado RM

Hospital Hermanos Meléndez
Carr # 2 KM 11.7

BAYAMON, PR 00960
(787) 620-8181



HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ

Encuentro: 2016212165
Récord: 0000567278

Fecha Admisión: 06/13/2016
09:42 AM

PERFORMED-REVIEWED: L:8376- EDWIN E. ROMAN-HERNANDEZ

Order Created : 6/13/2016 1:07PM

by : REGISTERED ORDER

Sample Number: 004088268 Taken : 6/13/2016 1:44PM
 by: REGISTERED ORDER

Specimen Source:
 Specimen Con. Disp.:

PATIENT	MRN: 0000567278 LOC: SALA EMERGENC
HIS ORD: 006010001001131	DOB: 1/01/1922 SEX: M
ORDERED BY: SANTANA-RODRIGUEZ, CLORIAM	ORDERED : 13 JUN 16 1:07PM
ORDER : 006010001001131	COLLECTED : 13 JUN 16 1:44PM
LICENSE : 57	RECEIVED : 13 JUN 16 3:29PM
CLIA # : 40D0658006	REPORTED : 13 JUN 16 3:41PM
DIRECTOR : LCDA. ADRIA M. GRIFFITH	SUPERVISOR: AMG

TESTS	UNITS	RESULTS	FLAGS	REFERENCE RANGE
HEMATOLOGY: COMPLETE BLOOD COUNT W/PLTS				
WHITE BLOOD COUNT.....	X10 ³ /uL..	9.83		4.80 10.80
RED BLOOD COUNT.....	X10 ⁶ /uL..	4.881		4.700 6.100
HEMOGLOBIN.....	g/dL....	14.28		14.00 18.00
HEMATOCRIT.....	%.....	43.47		42.00 52.00
MCV.....	fL.....	89.06		80.00 94.00
MCH.....	pg.....	29.26		27.00 31.00
MCHC.....	g/dl.....	32.85		32.00 36.00
RDW.....	%.....	13.82		11.50 14.50
PLATELETS.....	10 ³ /uL...	325.90		150.00 450.00
MPV.....	fL.....	7.85		7.40 10.40

DIFERENTIAL

NEUTROPHILS.....	%.....	71.26		42.20 75.20
LYMPHOCYTES.....	%.....	20.47	LOW	20.50 51.10
MONOCYTES.....	%.....	6.99		1.70 13.00
EOSINOPHILS.....	%.....	0.99		0.00 10.00
BASOPHILS.....	%.....	0.29		0.00 0.80
NEUTROPHILS #.....	10 ³ /uL...	7.00	HIGH	1.40 6.50
LYMPHOCYTES #.....	10 ³ /uL...	2.01		2.00 3.40
MONOCYTES #.....	10 ³ /uL...	0.69		0.10 1.10
EOSINOPHILES #.....	10 ³ /uL...	0.10		0.00 0.70
BASOPHILES #.....	10 ³ /uL...	0.03		0.00 0.20

RBC MORPHOLOGY

Comments:

BY:.....LH 750-1 METHOD

PERFORMED-REVIEWED: L:5989- JANET RAMOS-GRANA

Order Created : 6/13/2016 1:07PM

by : REGISTERED ORDER

Sample Number: 004088266 Taken : 6/13/2016 1:44PM
 by: REGISTERED ORDER

Col. Tec. Med. P.R.

Pat. No.: 0000029

Paid 5 Cents

Exp: 4/30/2017

Num: 1704-003009982

Record Médico ElectrónicoImpreso en : 09/08/2017
Impreso por: Luz E Rosado RM**Hospital Hermanos Meléndez**
Carr # 2 KM 11.7

HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ

BAYAMON, PR 00960
(787) 620-8181**Encuentro: 2016212165**
Récord: 0000567278**Fecha Admisión: 06/13/2016**
09:42 AMSpecimen Source:
Specimen Con. Disp.:

PATIENT: [REDACTED] MRN: 0000567278 LOC: SALA EMERGENC
 HIS ORD: 006010001001131 DOB: 1/01/1922 SEX: M
 ORDERED BY: SANTANA-RODRIGUEZ, CLORIAM ORDERED : 13 JUN 16 1:07PM
 ORDER : 006010001001131 COLLECTED : 13 JUN 16 1:07PM
 LICENSE : 57 RECEIVED : 13 JUN 16 1:49PM
 CLIA # : 40D0658006 REPORTED : 13 JUN 16 2:01PM
 DIRECTOR : LCDA. ADRIA M. GRIFFITH SUPERVISOR: AMG

TESTS	UNITS	RESULTS	FLAGS	REFERENCE RANGE
CHEMISTRY: ARTERIAL BLOOD GASES				
pH.....	7.436	7.350	7.450	
pCO2.....mmHG....	39.30	35.00	45.00	
PO2.....mmHG....	94.40	80.00	100.00	
*HCO3(-act) (BICARBONATE) ..MMOL/L...	25.90		20.00	26.00
*BE(B) (BASE EXCESS)MMOL/L1.7				BE(B) REFERENCE RANGE FOR ADULTS -3.0 to +3.0 AND FOR PEDIATRICS AND NEONATES -5.0 to +5.0
*ctCO2.....MMOL/L...	27.10	24.00	30.00	
*O2 SATURATION(est).....%	97.40	95.00	100.00	

*CALCULATED VALUES ALLEN'S TEST: SATISFACTORY

COMMENTS:

ARTERIAL BLOOD GASES ANALYSIS IS RECOMMENDED FOR ASSESS ACID-BASE PHYSIOLOGY AND OXYGENATION STATUS. AS A FACT, METABOLIC ACTIVITY OCCURS AT ALL TIMES IN THE SPECIMEN BETWEEN SAMPLING AND COMPLETION OF THE ANALYSIS; BUT SPECIMEN ANALYZED WITHIN 30 MINUTES OF COLLECTION BLOOD GASES ARE MINIMALLY AFFECTED, EXCEPT IN THE PRESENCE OF AN ELEVATED LEUKOCYTE, PLATELET, OR RETICULOCYTE COUNT, WHERE SPECIMEN COULD BE AFFECTED MORE RAPIDLY.

BY:.....SIEMENS..RAPIDLAB 1240-1

PERFORMED-REVIEWED: L:8376- EDWIN E. ROMAN-HERNANDEZ

Order Created : 6/13/2016 1:07PM
 by : REGISTERED ORDER
 Sample Number: 004088267 Taken : 6/13/2016 1:07PM
 by: REGISTERED ORDER

Col. Tec. Med. P.R.
 Pat. No.: 0000029
 Paid 5 Cents
 Exp: 4/30/2017
 Num: 1704-003009941

Specimen Source:
Specimen Con. Disp.:

PATIENT: [REDACTED] MRN: 0000567278 LOC: SALA EMERGENC
 HIS ORD: 006010001001131 DOB: 1/01/1922 SEX: M
 ORDERED BY : SANTANA-RODRIGUEZ, CLORIAM ORDERED : 13 JUN 16 1:07PM
 ORDER : 006010001001131 COLLECTED : 13 JUN 16 1:07PM
 PERFORMED AT: HOSPITAL HERMANOS MELENDEZ LAB CLINICO

Record Médico ElectrónicoImpreso en : 09/08/2017
Impreso por: Luz E Rosado RM**Hospital Hermanos Meléndez**
Carr # 2 KM 11.7**BAYAMON, PR 00960**
(787) 620-8181**Encuentro: 2016212165**
Récord: 0000567278**Fecha Admisión: 06/13/2016**
09:42 AM

LICENSE : BAYAMON MEDICAL PLAZA BUILDING CARR. #2 KM 11.3, BAYAMON PR
: 57 RECEIVED : 13 JUN 16 3:27PM
CLIA # : 40D0658006 REPORTED : 13 JUN 16 3:51PM
DIRECTOR : LCDA. ADRIA M. GRIFFITH SUPERVISOR: AMG

TESTS	UNITS	RESULTS	FLAGS	REFERENCE RANGE
MICROBIOLOGY: INFLUENZA A AND B ANTIGEN				

INFLUENZA A ANTIGEN TEST RESULT:.....NEGATIVE	NEGATIVE
INFLUENZA B ANTIGEN TEST RESULT:.....NEGATIVE	NEGATIVE

COMMENT:

A NEGATIVE RESULT FOR FLU (A) AND/OR FLU (B) PROTEIN ANTIGEN CANNOT RULE-OUT INFECTIONS DUE TO FLU (A) AND/OR FLU (B). FLU (A) AND/OR FLU (B) ANTIGENS IN THE SAMPLE MAY BE BELOW THE DETECTION LIMIT OF THE TEST. THE PROCEDURE METHOD OF BINAXNOW SUGGETS CULTURE OF NEGATIVE SAMPLE.

INSERT METHOD NOTIFICATION:

-A NEGATIVE TEST RESULT DOES NOT EXCLUDE INFECTION WITH INFLUENZA A OR B THEREFORE, THE RESULTS OBTAINED WITH THE BINAXNOW INFLUENZA A - B TEST SHOULD BE USED IN CONJUNCTION WITH CLINICAL FINDINGS TO MAKE AN ACCURATE DIAGNOSIS. ADDITIONAL TESTING IS REQUIRED TO DIFFERENTIATE ANY SPECIFIC INFLUENZA A - B SUBTYPES OR STRAINS, IN CONSULTATION WITH STATE OR LOCAL PUBLIC HEALTH DEPARTMENTS.

-THE BINAXNOW INFLUENZA A - B TEST DETECTS BOTH Viable (LIVE) AND NON Viable INFLUENZA A AND B. TEST PERFORMANCE DEPENDS ON THE AMOUNT OF VIRUS (ANTIGEN) IN THE SPECIMEN AND MAY OR NOT COMPARE WITH CELL CULTURE RESULTS PERFORMED ON THE SAME SPACIMEN.

-INADEQUATE SPECIMEN COLLECTION OR IMPROPER SAMPLE HANDLING OR TRANSPORT MAY YIELD A FALSE-NEGATIVE RESULT.

-PERFORMANCE OF THE BINAXNOW INFLUENZA A - B TEST HAS NOT BEEN ESTABLISHED FOR MONITORING ANTIVIRAL TREATMENT OF INFLUENZA.

-POSITIVE AND NEGATIVE PREDICTIVE VALUES OF IN VITRO DIAGNOSTIC TEST ARE HIGHLY DEPENDENT ON PREVALENCE. FALSE NEGATIVE TEST RESULTS ARE MORE LIKELY DURING PEAK ACTIVITY WHEN PREVALENCE OF DISEASE IS HIGH. FALSE POSITIVE RESULTS ARE MORE LIKELY DURING PERIODS OF LOW INFLUENZA ACTIVITY WHEN PREVALENCE IS MODERATE TO LOW.

-INDIVIDUALS WHO HAVE RECEIVED NASALLY ADMINISTERED INFLUENZA A VACCINE MAY TEST POSITIVE IN COMMERCIALLY AVAILABLE INFLUENZA RAPID DIAGNOSTIC TESTS FOR UP TO THREE DAYS AFTER VACCINATION.

-CHILDREN TEND TO DISCARD VIRUS MORE ABUNDANTLY

:
CHEST SINGLE VIEW:

HISTORY: COUGH.

FINDINGS/IMPRESSION:

THERE IS HOMOGENEOUS OPACIFICATION OF THE LEFT LUNG APEX. DIFFERENTIAL CONSIDERATIONS INCLUDE: FIBROATELECTATIC CHANGES, POSTSURGICAL CHANGES, AMONG OTHERS. THERE ARE SEVERAL OVAL-SHAPED DENSITIES AT THE RIGHT UPPER LUNG FIELD SUGGESTING CALCIFIED GRANULOMATA. THERE ARE FULLNESS OF THE RIGHT HILUM AND BILATERAL RETICULAR OPACITIES. DIFFERENTIAL CONSIDERATIONS INCLUDE: CHRONIC INTERSTITIAL CHANGES, CHRONIC LUNG DISEASE, INFLAMMATION OR EDEMA. THERE IS LEFTWARD SHIFTING OF THE CARDIOMEDIASTINAL STRUCTURES. THERE IS A LYtic LESION PARTIALLY OBSCURED BY THE SIDE MARKER ON THE LEFT HUMERUS. CLINICAL CORRELATION AND PULMONOLOGY ASSESSMENT ARE RECOMMENDED. CONSIDER CT SCAN OF THE THORAX, IF NOT ALREADY PERFORMED. IN ADDITION, CONSIDER DEDICATED VIEWS OF THE LEFT SHOULDER AND LEFT HUMERUS.

Record Médico Electrónico

Impreso en : 09/08/2017
 Impreso por: Luz E Rosado RM

Hospital Hermanos Meléndez
 Carr # 2 KM 11.7

BAYAMON, PR 00960
 (787) 620-8181



HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ

Encuentro: 2016212165
 Record: 0000567278

Fecha Admisión: 06/13/2016
 09:42 AM

Interpreted by: Hernandez-Pillich, Victor, MD 6/13/2016 3:34:28 PM
 Transcribed by: MIRANDA, BETZAIDA 6/13/2016 3:37:38 PM
 Electronically Signed by: Hernandez-Pillich, Victor, MD 6/13/2016 3:40:28 PM

Specimen Source:
 Specimen Con. Disp.:

PATIENT: [REDACTED]	MRN: 0000567278	LOC: SALA EMERGENC
HIS.ORD: 0000567278	DOB: 1/01/1922	SEX: M
ORDERED BY: SANTANA-RODRIGUEZ, CLORIAM	ORDERED : 13 JUN 16	2:56PM
ORDER : 006010001001178	COLLECTED : 13 JUN 16	2:56PM
LICENSE : 57	RECEIVED : 13 JUN 16	4:28PM
CLIA # : 40D0658006	REPORTED : 13 JUN 16	4:56PM
DIRECTOR : LCDA. ADRIA M. GRIFFITH	SUPERVISOR: AMG	

TESTS	UNITS	RESULTS	FLAGS	REFERENCE RANGE
URINALYSIS				
COLOR.....	YELLOW	YELLOW		
CLARITY.....	CLOUDY	CLEAR		
GLUCOSE.....	MG/DL....NEGATIVE	NEGATIVE		
BILIRUBIN.....	NEGATIVE	NEGATIVE		
KETONE.....	MG/DL....NEGATIVE	NEGATIVE		
SPECIFIC GRAVITY (RANDOM).....	1.010	1.001-1.035		
PROTEIN.....	MG/DL....30 mg/dL	NEGATIVE		
pH.....	6.5	4.6 - 8.0		
UROBILINOGEN.....	EU/DL....0.2 E.U./dL	UP TO 1.0		
NITRITE.....	POSITIVE	NEGATIVE		
BLOOD.....	LARGE	NEGATIVE		
LEUCOCYTES.....	LARGE	NEGATIVE		
URINALYSIS - MICROSCOPIC				
CASTS.....	/LPF....NEGATIVE	NEGATIVE		
W.B.C.....	/HPF....>50	NEGATIVE		
R.B.C.....	/HPF....>30	NEGATIVE		
CRYSTALS.....	NEGATIVE	NEGATIVE		
SQUAMOUS EPITHELIAL CELLS../LPF....	SOME			
YEASTS.....	NEGATIVE	NEGATIVE		
TRICHOMONAS SP.....	NEGATIVE	NEGATIVE		
BACTERIA.....	/HPF....LOADED	NEGATIVE		
MUCOUS THREADS.....	/LPF....NEGATIVE	NEGATIVE		
WBC CLUMPS.....	MANY			
CONFIRMATORY TEST				
PROTEIN BY ROBERT'S.....	1+			
BY:.....	ATLAS 1 METHOD			
PERFORMED-REVIEWED: L:3338-	LYNNETTE HERNANDEZ-RODRIGUEZ			

Order Created : 6/13/2016 2:56PM

by : REGISTERED ORDER

Sample Number: 004088328 Taken : 6/13/2016 2:56PM

by: REGISTERED ORDER

Col. Tec. Med. P.R.
 Pat. No.: 0000029
 Paid 5 Cents
 Exp: 4/30/2017

X-Ray Interpretation:
 Unremarkable.

EHR 10:23 AM

Powered by Infomedika

Page 5 of 6

Record Médico Electrónico

Impreso en : 09/08/2017
Impreso por: Luz E Rosado RM

Hospital Hermanos Meléndez
Carr # 2 KM 11.7

BAYAMON, PR 00960
(787) 620-8181



HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ

Additional Medical Orders

RESPONSE TO TREATMENT

Patient improved with Treatment.

FINAL DIAGNOSIS (ES)

Final Diagnostic UTI.

PATIENT DISPOSITION

Discharge Home.

PATIENT CONDITION AT DISCHARGE / TRANSFER / CONSULTED / ADMISSION

V/S Checked.

Vital Signs

Good.

Encuentro: 2016212165
Récord: 0000567278

Fecha Admisión: 06/13/2016
09:42 AM

Firma Electrónica: 06/13/16 7:51PM JORGE CEDENO ESPAILLAT , , Licencia: 17552.

Emergency Room Record Re-Evaluation and Disposition

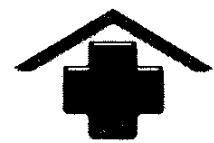
Fecha Creada: 06/13/16 7:49PM

Record Médico Electrónico

Impreso en : 09/08/2017
Impreso por: Luz E Rosado RM

Hospital Hermanos Meléndez
Carr # 2 KM 11.7

BAYAMON, PR 00960
(787) 620-8181



HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ

Encuentro: 2016212165
Récord: 0000567278

Fecha Admisión: 06/13/2016
09:42 AM

Demográfico

Demográfico

Nombre [REDACTED]
Fecha de Alta: 6/13/2016 7:51:00 PM
Tipo de Paciente: EMERGENCY ROOM
Código Diag.: N390

Edad: 94 Año(s)

Género: M

Información dada por: [REDACTED]

Admitido de: Physician Referral

Dr. de Admisiones: NON STAFF, MEMBER

Requiere Privacidad: No

Persona a Notificar: ARCE , RICHARD

Teléfono: (787) 529-8911

Raza: OTHER RACE

Doc. Clínica

Doc. Clínica

Emergency Room Record Initial Evaluation

Fecha Creada: 06/13/16 12:52PM

INITIAL EVALUATION

VITAL SIGNS

MEDICATION RECONCILIATION

PROBLEM LIST

SUBJECTIVE

HISTORY OF PRESENT ILLNESS

94 y/o m with alzheimer w hx. of prostate ca 10 year s ago tx w chemotherapy and discharge from urology clinics. pt is brought by daughter olga nieves b/c foul smelling urine for 2 weeks and decrease urination since today. fever since the las 2 days by thermomether of 38.9-39.00 Also pt w episodes of b/l low extremity swelling when pt is seated since 2 weeks ago. also pt had an influenza 2 weeks ago treated with tamiflu for 5 days but has continue with cough. pt with good appetite.

PAST MEDICAL HISTORY

Psychiatric Disorder

Other: alzheimer, tuberculosis treated at y oung age.

SOCIAL HISTORY

None.

PREVIOUS SURGERIES

None.

ALLERGIES

None.

OB - GYN

N/A.

FAMILY HISTORY

None.

REVIEW OF SYSTEMS

CONSTITUTIONAL

None.

GASTROINTESTINAL

None

Nausea.

CARDIOVASCULAR

None.

RESPIRATORY

None.

Record Médico Electrónico

Impreso en : 09/08/2017
Impreso por: Luz E Rosado RM

Hospital Hermanos Meléndez
Carr # 2 KM 11.7

BAYAMON, PR 00960
(787) 620-8181



HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ

Encuentro: 2016212165
Récord: 0000567278

Fecha Admisión: 06/13/2016
09:42 AM

HEMATOLOGY

None.

MUSCULOSKELETAL

None.

NEUROLOGICAL

None.

PSYCHIATRIC

None.

GENITOURINARY

None.

MEDICATION

See Reconciliation.

OBJECTIVE

PHYSICAL EXAM

GENERAL APPERANCE

Alert

Other, Specify: disoriented.

HEENT

No Abnormal Findings

Normocephatic Atraumatic

Oropharynx Clear.

NECK

No Abnormal Findings.

SKIN

No Abnormal Findings.

RESPIRATORY

Ronchi.

CARDIOVASCULAR

No Murmurs

Regular Rhythm and Rate.

GASTROINTESTINAL

Tenderness

Suprapubic.

MUSCULOSKELETAL / EXTREMITIES

Other, Specify: mild b/l feet swelling, no erythema.

NEUROLOGICAL / PSYCHIATRIC

No Abnormal Findings.

RECTAL

Not Examined.

OB-GYN EVALUATION

Not Examined.

ASSESSMENT

DIAGNOSTIC IMPRESSION urinary infection, respiratory infection,.

PLAN

See Physician Orders.

MEDICAL ORDERS.

Firma Electrónica: 06/13/16 1:06PM DRA CLORIAM SANTANA RODRIGUEZ , Licencia: 18830.

Emergency Room Record Initial Evaluation

Fecha Creada: 06/13/16 12:52PM

TRASLADO INTERNO DE PACIENTES "HAND OFF"

NAC
RN: J0567278 CNT:0201608052
S.S XXX-XX-6076 CC:400-01
ADM:10/28/2016 01:10 PM
TP:0 - ACUTE INPATIENT
DR: MEDINA LA SALLE, LISA
PLAN: MEDICARE Y MUCHO MAS(HMO-MA)

SITUACION:

Unidad que transfiere: Anexo I S/E

Unidad a ser transferido: 400-A

Nombre del Médico: L. Medina

Fecha: 10 / 28 / 16 Hora: 1:10 AM PM

Razón para el traslado: Admisión Cambio nivel de cuidado Otros:

TRASFONDO:

Dx. de admisión: Acute Bronquitis

Fecha de Admisión: 10/28/16

Procedimiento: Se le realizan nuestros orclanados y se

Historial del Paciente: Converde postata, Alzame, ASNA

Condición del Paciente al momento del Traslado: Alerta Orientado Desorientado Estuporoso Letárgico Coma

Otros: Anciana

Integridad de la piel: Intacta Alterada Especifique:

ESTIMADO:

Signos Vitales: BP: _____ Pulsos: _____ Respiración: _____ Temp.: _____ Dolor: Si, Nivel de Dolor _____ No

Alergias: Si, No Cuál: _____ IV Fluid's: 0.45% 40 ml/hr

Directrices Adelantadas: Sí No DNR: Sí No DNI: Sí No Riesgo a Caída: Sí, Nivel _____ No

Paciente en Restricción: Sí No Dieta: Regular NPO TPN Enteral PPN Gastrostomía Otra _____

Paciente tiene alguna barrera de comunicación: Sí, Marque: lenguaje visual auditivo cognoscitiva No

Paciente está en oxígeno o Ventilador Mecánico: Sí, Especifique _____ No

Requiere aislamiento: Sí, Especifique: Gotas Resp Contacto Protectivo No

Medicamentos pendientes a administrarse: _____

Consultas ordenadas notificadas: Sí Especifique AICALA No

Últimos Laboratorios: Normal Alterados, Especifique: _____

Laboratorios Pendientes: CBC FBS CMP PT PTT U/A TYPE&CROSS _____ unidades AMYLASE

CPK BUN CREATININE U/C B/C S/C OTROS: _____

Estudios diagnósticos pendientes: Rayos X CT SONOGRAFIA ABG EKG OTROS: _____

Condición del paciente al momento del traslado:

Al compamiento de enfermera

Condición en que se recibe el paciente:

Al momento. Alerta, orientada y estable

Paciente acompañado: Escolta Personal de Enfermería Médico Terapia Respiratoria Familiares

Firma

Asistid BSN 70500

Firma y # Lic. Enfermera(o) que traslada

Firma y # Lic. Enfermera(o) que recibe



HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ

Hospital Hermanos Meléndez
Carr # 211.11.7

BAYAMON, PR 00960
(787)620-8181

Sala de Emergencia Adultos

Nomb[REDACTED]	Años[REDACTED]
Fecha Nac. 01/01/1922	
Género: M	Estatura: 5'9"
Peso: 170Lbs	SS: XXX-XX-6076
Médico:	
Admisión: 10/27/2016 05:21 PM	

Estimado para Alergias a Latex

- | | SI | NO |
|--|--------------------------|-------------------------------------|
| 1. ¿Alguna vez ha tenido alergia, fiebre, eczema o "rash" ? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. ¿Alguna vez ha tenido anafilaxias o reacción inexplicable durante algún procedimiento médico? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. ¿Alguna vez ha tenido picor, edema (hinchazón) o sensación de "hormigueo" en algunas de las siguientes situaciones? : | | |
| - ¿Examen vaginal o rectal? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| - ¿Al tener un diafragma o profiláctico? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| - ¿Después de ser examinado con guantes de goma o látex? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| - ¿Alrededor de la boca después de inflar un globo, o al utilizar mamaderas, o después de un procedimiento dental? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| - ¿En las manos antes o después de ponerse guantes de goma? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4. ¿Alguna vez ha tenido "rash" en las manos que le ha durado más de una semana? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5. ¿Alguna vez ha tenido picor, edema (hinchazón) sensación de "hormigueo", gotero nasal, ojos irritados, sibilancia o asma después de tener contacto con productos de latex o goma? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6. ¿Le ha dicho su médico que usted es alérgico al látex o goma? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 7. ¿Es usted alérgico al guineo, aguacate o "chestnut" (castañas)? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 8. ¿Está usted en Beta bloqueadores? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

BETA BLOQUEADORES

Lopresol (Todas sus formas)
Inderal (Todas sus formas)
Sectral
Querlone
Tenoretic
Tarma

Timelol
Temormin
Levatol
Breiblock
SIAC

Maria
Firma de la enfermera

10/28/16

Fecha

C. Lopez
Firma del paciente o familiar

10 - 27 - 16

Fecha



HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

EVALUACIÓN INICIAL / NOTA DE ENFERMERÍA

I. INTERVENCIÓN N/A

Nombre del Paciente: _____

Número de Récord: 0000567278

Número de Cuenta: 2016221571

Fecha de Nacimiento: 01/01/1922

Sexo: M

Identificación de Paciente

Medicamento(s)	Fecha	Hora	Vía y área de administración	Firma RN	# LIC.	
Solución Intravenosa (IVF's)	Angio #	Área de Canalización	Hora	Firma RN	# LIC.	
Oxígeno:						
Notas:						
Paciente Evaluado por Dr.	Paciente Re-evaluado por Dr.					

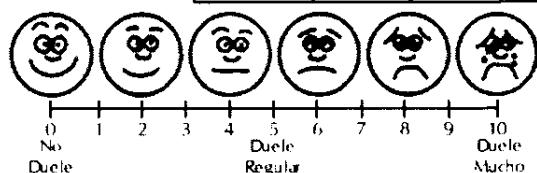
II. CASO NOTIFICADO A LA POLICÍA N/A

Naturaleza de Accidente: Tiros Objeto Punzante Maltrato Violencia Doméstica D.O.A. - Muerto
 Sospecha de Abuso Sexual Violación Intento Suicida (Estimado de Riesgos Si No)
 Accidente: Auto Motora Bicicleta

Policía Notificado: Si No Hora: ____ am / pm Nombre del Policía: _____ Placa # _____

III. SI LA QUEJA PRINCIPAL DEL PACIENTE ES DOLOR N/A

Intervención:	(MED) Medicación (ver sección I), (A) Actividad, (C) Confortable, (M) Masaje, (H) Hielo, (CA) Caliente, (O) Otro:							
Características:	(1) Punzante, (2) Profundo, (3) Ardor, (4) Pesadez, (5) Presión, (6) Cólico, (7) Retortijón, (8) Penetrante, (9) Calambre							
Nivel de Consciencia:	(1) Alerta y Orientado, (2) Alerta y Desorientado, (3) Confundido, (4) Letárgico, (5) Estuporoso							
<input type="checkbox"/> Estimado	Fecha	Hora	# Escala	Intervención	Características	Nivel de Consciencia	Firma RN	# Lic.
<input type="checkbox"/> Re-Estimado								
<input type="checkbox"/> Re-Estimado Alta								



Laboratorios / Rayos X / Estudios.

Firma RN: _____ Siglas: _____ # Lic. _____

IV - DISPOSICIÓN DEL PACIENTE (Seleccione la que aplique)

- A. Traslado a otra institución (Especifique) Lugar: _____ Fecha: _____ Hora: _____
- B. Abandona la SE después de ser evaluado por el médico. Fecha: _____ Hora: _____ Exoneración: Si No

- C. Abandona la SE sin ser evaluado por el médico. Fecha: _____ Hora: _____

Hora que se llama al paciente para evaluación médica: _____

- D. Alta Muerto Admisión a Unidad Clínica: _____
- Vivo Acompañado por: _____ Relación: _____ Fecha: _____ Hora: _____

- Educación a paciente: Dieta Medicamentos Cuidado del Yeso Cuidado de Herida Cita (s)
 Consejería de no fumar Consejería de no ingerir bebidas alcohólicas Otro: _____

Signos Vitales en alta - BP: _____ P: _____ R: _____ T: _____ Firma RN: _____ Siglas: _____ # Lic. _____

d ALKO
C-1

Hoja Cernimiento del Paciente

Sala de Emergencia Adultos



HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ

Información del Paciente

Cuenta:

Nombre del Paciente: [REDACTED]

Fecha Nacimiento: 01/01/1922

Médico:

Fecha Visita: 10/27/2016 5:25:49PM

Género: M

Teléfono: (787)423-1816

Edad: 94 Años

SS: XXX-XX-6076

Peso: 170Lbs0Oz - 77Kg 110.7g

Estatura: 5'9" - 1m 75.26cm

Turno: 059

Nivel de Urgencia: II Urgente (II AMARILLO)

Queja Principal PTE RECIBIDA EN AMBULANCIA POR TOS Y EDEMA EN AMBAS EXTREMIDADES	Inmunización Sí	Dolor No
Sistema Cardiovascular Pulso Normal	Revisión de Sistemas Visión Normal	Trajo Referido Médico? No
Historial Pasado Cancer, Otros, PROSTATA	Sistema Circulatorio (Pulso) Braquial	Revisión de Oídos Audición Normal
Sistema Gastrointestinal Normal	Revisión de Boca, Nariz y Garg Normal	Acompañado Por Familiar
Historial Psicosocial Ninguno	Sistema Urinario Normal	Eliminación Normal
Método de Llegada Ambulancia	Número de Evacuaciones Diarias 1	Sistema Respiratorio Tos
Signos Vitales Presión: 122/44 Temp: 37 oC % SpO: Pulso: 78 bpm Resp: 18 rpm MAP: 70 RC Fetal: CC: "	Convulsiones Ninguna	Estado Emocional Tranquilo

Firma de la Enfermera(o):

Julimary Serrano Rodriguez

Lic. Num 09856

Page 1 of 3

Hoja Cernimiento del Paciente

Sala de Emergencia Adultos



HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ

Información del Paciente

Cuenta:

Nombre del Paciente:

Fecha Nacimiento: 01/01/1922

Médico:

Fecha Visita: 10/27/2016 5:25:49PM

Género: M

Teléfono: (787)423-1816

Edad: 94 Años

SS: XXX-XX-6076

Peso: 170Lbs0Oz - 77Kg 110.7g

Estatura: 5'9" - 1m 75.26cm

Turno: 059

Nivel de Urgencia: II Urgente (II AMARILLO)

Viajes (últimos 4 meses) Ninguno	Transfusiones de Sangre Transfusiones Previas: NO Reacción: NO	Estado Mental Alerta, Orientado
Fecha de su último viaje No ha viajado	Apetito Bueno	Sistema Integumentario Edema
¿Cuando regresó del viaje? No ha viajado	Signos y Síntomas de TB Ninguna	Demográfico Nota: SE RECIBE PTE EN AMBULANCIA UNITED CON PARAMEDICOS CRESPO Y MEDINA
Viajó África Últimas3 Semanas? NO	Localización Sala de Emergencia Anexo	Hospitalizado en los pasados 30 días? No

Medicamentos en uso

No Está Tomando Medicamentos

Alergias

PACIENTE DESCONOCE,PACIENTE DESCONOCE,

Notas VIP

Observación de enfermería:

SE OBS PTE CON EXTREMIDADES INFERIORES EDAMATOSAS

Firma de la Enfermera(o):

Julimary Serrano Rodriguez

Lic. Num 09856

Page 2 of 3

Hoja Cernimiento del Paciente

Sala de Emergencia Adultos



HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ

Información del Paciente

Cuenta:

Nombre del Paciente:

Fecha Nacimiento: 01/01/1922

Médico:

Fecha Visita: 10/27/2016 5:25:49PM

Género: M

Teléfono: (787)423-1816

Edad: 94 Años

SS: XXX-XX-6076

Peso: 170Lbs0Oz - 77Kg 110.7g

Estatura: 5'9" - 1m 75.26cm

Turno: 059

Nivel de Urgencia: II Urgente (II AMARILLO)

Firma del Paciente:(padre,
tutor o encargado):

Parentesco:

Firma de la Enfermera(o):

Julimary Serrano Rodriguez

Lic. Num 09856

Page 3 of 3

Record Médico Electrónico

Impreso en : 11/07/2016

Impreso por: Jennifer Vergara Guzman

Hospital Hermanos Meléndez

Carr # 2 KM 11.7

BAYAMON, PR 00960

(787) 620-8181



HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ

Encuentro: 0201608052

Récord: 0000567278

Fecha Admisión: 10/28/2016

01:10 PM

Doc. Clínica

Doc. Clínica

Emergency Room Record Re-Evaluation and Disposition

Fecha Creada: 10/28/16 11:24AM

RE-EVALUATION AND DISPOSITION

RE-EVALUATION

Lab Interpretation:

Lab Results:

Additional Medical Orders

CONSULTANT

Physician Dra. Medina

Notified By Dr. Almodovar.

Date 10/28/2016 11:25 AM

Time 10:30 am.

FINAL DIAGNOSIS (ES)

Final Diagnostic Suspected bronchopneumonia.

PATIENT CONDITION AT DISCHARGE / TRANSFER / CONSULTED / ADMISSION

Vital Signs

Fair.

Firma Electrónica: 10/28/16 11:26AM JUAN G ALMODOVAR FABREGAS , Licencia: 19044.

Record Médico Electrónico

Impreso en : 10/27/2016
Impreso por: Dr. Omar Diaz Sojo

Hospital Hermanos Meléndez

Carr # 2 KM 11.7

BAYAMON, PR 00960
(787) 620-8181



HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ

Encuentro: 2016221571
Record: 0000567278

Fecha Admisión: 10/27/2016
05:45 PM

Autorizaciones

Documento:

NO DIRECTIVES

Autorizado:

DIRECTRICES ANTICIPADAS

Estatus

NO APLICA

Firma Electrónica: 10/27/16 5:53PM Ivette Medina Soto SE REG

Demográfico

Nombre:

Encuentro: 2016221571

Médico: DIAZ SOJO, OMAR

Edad: 94 Año(s)

Género: M

Peso: 170lb 0oz - 77kg 110.70g

Información dada por:

Admitido de: Physician Referral

Dr. de Admisiones: NON STAFF, MEMBER

Requiere Privacidad: No

Persona a Notificar: ARCE , RICHARD

Teléfono: (787) 529-8911

Raza: OTHER RACE

Fecha de Admisión: 10/27/2016 5:45:00 PM

Tipo de Paciente: EMERGENCY ROOM

Descripción Diag.: PTE RECIBIDA EN AMBULANCIA POR TOS Y EDEMA EN AMBAS EXTREMIDADES

Fecha de Nacimiento: 01/01/1922

Estatura: 5ft 9in - 1m 75.26cm

Servicio: OP-SALA EMERG.ADULTO

Relación: SI MISMO

Tipo de Admisión: Emergency

Condición: PTE RECIBIDA EN AMBULANCI

Permite Visitas: Si

Relación: NIETO(A)

Origen Etnico: HISPANO O LATINO

Idioma: SPANISH

Órdenes Médicas (Laboratorio)

Descripción	Fecha Orden	Fecha Resultado	Estatus
ARTERIAL BLOOD GASES ABGS	10/27/16 7:47PM	10/27/2016 9:15PM	Completada - Rutina
COMPLET BLOOD COUNT & PLATELET	10/27/16 7:47PM	10/27/2016 9:33PM	Completada - Rutina
COMPREHENSIVE METABOLIC PANEL	10/27/16 7:47PM	10/27/2016 9:35PM	Completada - Rutina
INFLUENZA ANTIGEN (A&B)	10/27/16 7:47PM		Creado Por: Dr. Omar Diaz Sojo 10/27/16 7:47PM
URINALYSIS CLEAN CATCH	10/27/16 7:47PM		Ordenado por: Dr. Omar Diaz Sojo 10/27/16 7:47PM
URINALYSIS ROUTINE	10/27/16 7:47PM		Ordenada - Rutina
			Creado Por: Dr. Omar Diaz Sojo 10/27/16 7:47PM
			Ordenado por: Dr. Omar Diaz Sojo 10/27/16 7:47PM
			Ordenada - Rutina
			Creado Por: Dr. Omar Diaz Sojo 10/27/16 7:47PM
			Ordenado por: Dr. Omar Diaz Sojo 10/27/16 7:47PM
			Ordenada - Rutina
			Creado Por: Dr. Omar Diaz Sojo 10/27/16 7:47PM
			Ordenado por: Dr. Omar Diaz Sojo 10/27/16 7:47PM
			Ordenada - Rutina

Órdenes Médicas (Radiología)

Descripción	Fecha Orden	Fecha Resultado	Estatus
CHEST ONE VIEW	10/27/16 7:47PM		Pend. Proc. - Rutina
PORTABLE MACHINE ADD. CHGE.	10/27/16 7:47PM		Creado Por: Dr. Omar Diaz Sojo 10/27/16 7:47PM
			Ordenado por: Dr. Omar Diaz Sojo 10/27/16 7:47PM
			Pend. Proc. - Rutina
			Creado Por: Dr. Omar Diaz Sojo 10/27/16 7:47PM
			Ordenado por: Dr. Omar Diaz Sojo 10/27/16 7:47PM

Problemas (DX/Problemas)

Record Médico Electrónico

Impreso en : 10/27/2016
 Impreso por: Dr. Omar Diaz Sojo

Hospital Hermanos Meléndez
 Carr # 2 KM 11.7

BAYAMON, PR 00960
 (787) 620-8181



HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ

Encuentro: 2016221571
 Record: 0000562728

Fecha Admisión: 10/27/2016

05:45 PM

SNOMED	Descripción	Fecha	Estatus
	ACUTE PNEUMONIA	10/27/16	Activo

Alergias

Alergias	Reacción	Estado
PACIENTE DESCONOCE	Información dada por: Firma Electrónica: 08/10/14 11:02PM Waleska Gutierrez S/E	Activo
Informado en: 08/10/14		
PACIENTE DESCONOCE	Información dada por: Firma Electrónica: 11/12/14 6:35AM Sheila Nieves Maldonado SE	Activo
Informado en: 11/12/14		

Doc. Clínica

Doc. Clínica

Emergency Room Record Initial Evaluation

Fecha Creada: 10/27/16 9:40PM

INITIAL EVALUATION**VITAL SIGNS**

10/27/16 5:22PM RR:18 SPO2: P:78 BP:122/44 MAP:70 W:170 LB - 0 OZ H:5' 9" BMI:25.1
 T:37 oC Nota de Transfusión: Nota de Reacción:
 10/27/16 5:51PM RR: SPO2: P: BP:/ MAP: W:170 LB - 0 OZ H:5' 9" BMI:25.1 T: Nota de Transfusión: Nota de Reacción:

MEDICATION RECONCILIATION

10/27/2016 No Está Tomando Medicamentos

PROBLEM LIST

Description: ACUTE PNEUMONIA Seq.: Primary Start Date: 10/27/2016

SUBJECTIVE

HISTORY OF PRESENT ILLNESS familiar of patient refer productive cough 3 days evolution no other complaint.

PAST MEDICAL HISTORY

None.

SOCIAL HISTORY

None.

PREVIOUS SURGERIES

None.

ALLERGIES

None.

OB - GYN

N/A.

FAMILY HISTORY

None.

REVIEW OF SYSTEMS**CONSTITUTIONAL**

None.

GASTROINTESTINAL

None.

CARDIOVASCULAR

None.

RESPIRATORY

Cough: .

HEMATOLOGY

None.

Record Médico Electrónico

Impreso en : 10/27/2016
Impreso por: Dr. Omar Diaz Sojo

Hospital Hermanos Meléndez
Carr # 2 KM 11.7

BAYAMON, PR 00960
(787) 620-8181



HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ

Encuentro: 2016221571
Récord: 0000567278

Fecha Admisión: 10/27/2016
05:45 PM

MUSCULOSKELETAL

None.

NEUROLOGICAL

None.

PSYCHIATRIC

None.

GENITOURINARY

None.

MEDICATION

See Reconciliation.

OBJECTIVE

PHYSICAL EXAM

GENERAL APPERANCE

Alert

Oriented x 3.

HEENT

Conjuntiva Pale.

Mucosa

Moist

Oropharynx Clear.

NECK

No Abnormal Findings.

SKIN

No Abnormal Findings.

RESPIRATORY

Breath Sounds

Ronchi.

CARDIOVASCULAR

Regular Rhythm.

GASTROINTESTINAL

Bowel Sounds

Soft and Depressible.

MUSCULOSKELETAL / EXTREMITIES

No Abnormal Findings.

NEUROLOGICAL / PSYCHIATRIC

No Abnormal Findings.

Glasgow

Eye: 4

Verbal: 5

Motor: 6

Total: 15

Memory Normal

Motor Normal

Normal Reflex

Sensory Normal.

RECTAL

Not Examined.

OB-GYN EVALUATION

Not Examined.

ASSESSMENT

DIAGNOSTIC IMPRESSION BKP.

PLAN

See Physician Orders.

MEDICAL ORDERS

10/27/2016	7:45PM	COMPREHENSIVE METABOLIC PANEL
10/27/2016	7:45PM	COMPLET BLOOD COUNT & PLATELET
10/27/2016	7:45PM	ARTERIAL BLOOD GASES ABGS
10/27/2016	7:45PM	URINALYSIS ROUTINE
10/27/2016	7:45PM	URINALYSIS CLEAN CATCH

Record Médico Electrónico

Impreso en : 10/27/2016
Impreso por: Dr. Omar Diaz Sojo

Hospital Hermanos Meléndez
Carr # 2 KM 11.7

BAYAMON, PR 00960
(787) 620-8181



HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ

Encuentro: 2016221571
Récord: 0000567278

Fecha Admisión: 10/27/2016
05:45 PM

10/27/2016 7:45PM INFLUENZA ANTIGEN (A&B)
10/27/2016 7:45PM CHEST ONE VIEW
10/27/2016 7:45PM PORTABLE MACHINE ADD. CHGE.

Firma Electrónica: 10/27/16 9:50PM OMAR DIAZ SOJO, Licencia: 16148.

**HERMANOS
MELENDEZ
APARTADO 306
BAYAMON, PUERTO RICO 00960
798-8181**

NAC :01/01/1922 EDAD :94Y SEXO :M
RM :0000567278 CNT :0201608052
S.S XXX-XX-6076 CC :400-01
ADM :10/28/2016 01:10 PM
TP :0 - ACUTE INPATIENT
DR :MEDINA LA SALLE, LISA
PLAN :MEDICARE Y MUCHO MAS(HMO-MM)

198-8181

Expediente Interdisciplinario De Educación a Paciente

Nombre _____ Fecha de Admisión 19/09/16 #Expediente 0001600

Estimado Inicial: *R\$ 1.000,00* **Uso Financiero:** *Sí* **No:** *Não*

Escolaridad _____ Ocupación peón/a Religión cristiano Necesidad financiera Si No

Etapa de Crecimiento y desarrollo:

Niñez (0 - 12 años)

Adolescente (13 - 20 años)

Adulto Joven (21 - 35 años)

Adulto Medio (36 - 65)

Vejez (66 años o más)

Comentarios: _____

Idioma: Español Inglés Otro:

Idioma: Espanol Ingles Otro: _____
Escribo: Si No Capaz de leer: Si No

Respondo a preguntas: Si No Verbaliza sentimientos: Si No

Sigue Instrucciones: Si No Usa espejuelos: Si No

Ciego: Si No Uso Audífonos: Si No Sordo: Si No

Ciego: Si No Usa Aditivos: Si No Sorder: Si No

10. The following table shows the number of hours worked by each employee in a company.

Comentarios: _____

Nombre _____ **Necesidad** _____ **Método de Aprendizaje** _____ **Evaluación** _____

Barreras de Aprendizaje		Necesidad	Metodo de Aprendizaje		Evaluación		
			A = Audiovisual	D = Demostración	M = Material impreso	I = Instrucciones verbales	V = Ver sección de comentarios
N = Ninguno	1. Tiene conocimiento						Paciente/familiar
C = Limitación cognitiva	2. Necesidad de repasar						1. Capaz de repetir la información y/o devolver demostración.
E = Emocional	3. Material nuevo						2. Necesita más instrucciones (requiere anotación en comentarios)
D = Desorientado	V = Ver sección de comentarios						3. Incapaz de retener información y de devolver demostración.
F = Financiero							4. No está listo para aprender (requiere anotación en comentarios)
L = Lenguaje							
M = Motivación/Deseo							
P = Limitaciones Físicas							
R = Religiosas/Culturales							
V = Ver Sección							
Fecha	Hora	Tópico	Estimado		Instrucciones / Evaluaciones / Iniciales		
Fecha	Hora	Tratamiento / Procedimiento Diagnóstico	Código Barreras	Código Necesidades	Código Método	Código Evaluación	Inicial
							Paciente / Familiar
12/28/14 6:30		Protocolo de Caídas	N	I	M	I	A
"	"	Planeación de Altas	N	I	M	I	A
"	"	Auto cuidado en el Hogar	N	I	M	I	A
"	"	Recursos Disponibles en la Comunidad	N	I	M	I	A
"	"	Rehabilitación	N	I	M	I	O
"	"	911	N	I	M	I	O
12/28/14 6:30		Nutrición / Dieta	N	I	M	I	C
1/1/15 2:30pm		Alimentación Infantil	NIV	3	I	I	M
							Alfabetizar
Inicial	Firma		Inicial	Firma		Inicial	Firma
JUL	<i>Sophie</i>						

**PLAN DE CUIDADO A PACIENTE POR SISTEMAS
INTERDISCIPLINARIO**
DIAGNÓSTICO INICIAL: Ante Bronquitis
Cuidado apropiado de acuerdo a la edad: () Neonatal () Infante () Adolescente () Adulto () Geriátrico

Identificación Paciente

N 1/01/1922 EDAD : 94Y SEXO : M
 000567278 CNT : 0201608052
 s.s XXX-XX-6076 CC : 400-01
 ADM : 10/28/2016 01:10 PM
 TP : 0 - ACUTE INPATIENT
 DR : MEDINA LA SALLE, LISA
 PLAN : MEDICARE Y MUCHO MAS(HMO-M)
Jes

RE: NEO- (0-28 días) INF- (29días -1 año) ADO- (+12-20 años) ADU- (21-64años) GE -(+65 años ó más)

ESTIMADO Fecha y Hora Implantación	Problema o Necesidad que refiere y/o se observa en paciente.	Resultado Clínico/Meta	INTERVENCIONES	RE-ESTIMADO	Resuelto/Solucionado			
				Fecha	Firma / Iniciales	Fecha	Firma / Iniciales	
	Enfermería: Cambios en el Aspecto Psicológico y Espiritual relacionado a : <input type="checkbox"/> Lloroso <input type="checkbox"/> Poco Comunicativo <input type="checkbox"/> Rehúsa Visitas <input type="checkbox"/> Sentimiento de soledad <input type="checkbox"/> Aceptación de condición <input type="checkbox"/> Necesidad de ayuda espiritual <input type="checkbox"/> Otros.		<input type="checkbox"/> Pte. expresa sentirse tranquilo <input type="checkbox"/> Pte. Logre expresar sentimientos y necesidades. <input type="checkbox"/> Pte. Acepta visitas de familiares. <input type="checkbox"/> Pte. Logre aceptar etapas de la muerte. <input type="checkbox"/> Otros.	<input type="checkbox"/> Tomar Signos Vitales. <input type="checkbox"/> Observar por cambios en Comportamiento. <input type="checkbox"/> Notificar Cambios de Conducta al Médico. <input type="checkbox"/> Referir paciente a Servicios de Capellánía, Trabajo Social y Planificación de Alta. <input type="checkbox"/> Administrar Medicamentos ordenados por el Médico. <input type="checkbox"/> Mantener paciente libre de daños Físicos. <input type="checkbox"/> Otros.				
10/28/14 6:30PM JG	Sistema Neurológico Alterado en: <input type="checkbox"/> Nivel de Conciencia <input type="checkbox"/> Respuesta a Estímulos <input type="checkbox"/> Movimientos Involuntarios en extremidades. <input type="checkbox"/> Conducta inapropiada a situación. <input type="checkbox"/> Agresividad. <input checked="" type="checkbox"/> Intranquilidad. <input type="checkbox"/> Limitación de movimientos. <input type="checkbox"/> Dificultad para comunicarse. <input type="checkbox"/> Otros.		<input type="checkbox"/> Paciente verbaliza o demuestra estar alerta y orientado en tiempo, lugar y persona. <input type="checkbox"/> Control de movimientos. <input type="checkbox"/> Libre de daños durante la convulsión o estado de inconsciencia. <input type="checkbox"/> Recobra fuerza y función del área afectada. <input type="checkbox"/> Realiza actividades del diario vivir con un mínimo de asistencia. <input type="checkbox"/> Paciente /familia pueden utilizar mecanismos y sistemas de apoyo para manejo de situaciones estresantes. <input type="checkbox"/> Paciente se manifiesta libre de daño a sí mismo o a otros. <input type="checkbox"/> Pte. no se retira tubos, líneas o tratamientos.	<input type="checkbox"/> Estimar nivel neurológico. (orden MD) <input type="checkbox"/> Estimar fuerza, resistencia y limitación de movimientos. <input type="checkbox"/> Monitoreo de Signos Vitales según MD. <input type="checkbox"/> Observar por cambios tales como: adormecimiento de las extremidades, movimientos involuntarios y/o disminución de movimientos. <input type="checkbox"/> Proteger paciente de daño físico. <input type="checkbox"/> Permitir que paciente/familiar exprese dudas o inquietudes sobre condición. <input type="checkbox"/> Evaluar necesidades educativas en paciente y pte/familia durante la adm. <input type="checkbox"/> Identificar factores que precipiten ansiedad al paciente. <input type="checkbox"/> Estimar necesidades fisiológicas, ambientales y de conducta. <input type="checkbox"/> Promover alternativas y evaluar la efectividad de las mismas antes de restringir paciente. <input type="checkbox"/> Mantener la habitación iluminada y las barandas de la cama elevadas según estimado de necesidades del paciente y orden médica. <input type="checkbox"/> Evaluar si la condición del pte. se puede resolver con medicamentos sedativos, terapias, higiene u otros. <input type="checkbox"/> Estimar causas de cambio en conducta, la necesidad de activar el protocolo de restricción de paciente <input type="checkbox"/> Restringir por una hora y notificar al médico de inmediato para la orden MD. <input type="checkbox"/> Activar Protocolo de prevención de Úlceras. <input type="checkbox"/> Adm. de medicamentos según orden MD.	10/29 11/1 11/2 11/3			

ESTIMADO Fecha y Hora Implantación	Problema o Necesidad que refiere y/o se observa en paciente.	Resultado Clínico/Meta	INTERVENCIONES				
			RE-ESTIMADO	Resuelto/Solucionado	Fecha	Firma / Iniciales	Fecha
	Cont. Sistema Neurológico	<input type="checkbox"/> No evidencia en daño en reflejo, agarre, moro, babinski, tono y chupado. <input type="checkbox"/> Otros:	<input type="checkbox"/> Mantener la renovación de orden médica cada 24hrs. <input type="checkbox"/> Realizar cambios de posición y dar movimientos a extremidades cada 2hrs. <input type="checkbox"/> Liberar áreas de presión por 15 minutos. <input type="checkbox"/> Vigilar por necesidades básicas y la alimentación del paciente. <input type="checkbox"/> Orientar al paciente y los familiares. <input type="checkbox"/> Liberar la restricción cuando la causa que activó el protocolo se resuelva y notificar al médico. <input type="checkbox"/> Administrar medicamentos ordenados.				
	Sistema Sensorial Alterado relacionado a : <input type="checkbox"/> Visión () Derecho () Izquierdo. <input type="checkbox"/> Audición () Derecho () Izquierdo. <input type="checkbox"/> Comunicación <input type="checkbox"/> Olfato <input type="checkbox"/> Tacto <input type="checkbox"/> Dolor () Proceso Quirúrgico () Condición Clínica () Experiencia sensorial y/o emocional. () Trauma.	<input type="checkbox"/> Pte. utiliza sus sentidos para lograr comunicación efectiva. <input type="checkbox"/> Adaptación dentro de sus limitaciones. <input type="checkbox"/> Pte. reduce el nivel del dolor evidenciado por verbalización de disminución o ausencia de dolor, expresión facial relajado S/V estables (dependiendo del estado clínico del paciente)	<input type="checkbox"/> Estimar déficit en comunicación. <input type="checkbox"/> Estimar actividades del diario vivir. <input type="checkbox"/> Evaluar déficit del conocimiento. <input type="checkbox"/> Estimar nivel de ansiedad. <input type="checkbox"/> Proveer ambiente seguro. <input type="checkbox"/> Informar al paciente / familia sobre facilidades y recursos de la comunidad. <input type="checkbox"/> Estimar intensidad del dolor utilizando la escala numérica del dolor. <input type="checkbox"/> Realizar el estimado del dolor utilizando el formato establecido. <input type="checkbox"/> Administrar medicamentos ordenados según ordenados. <input type="checkbox"/> Utilice métodos no farmacológicos como; aplicación de masaje, frío y/o calor. <input type="checkbox"/> Utilice medidas de distracción cuando sea posible. <input type="checkbox"/> Re-estime el dolor según la escala de dolor. <input type="checkbox"/> Referido a disciplinas correspondientes según clínica del paciente: <input type="checkbox"/> Otros:				
	Sistema Cardiovascular Alterado relacionado a : <input type="checkbox"/> Exceso y/o déficit de fluidos <input type="checkbox"/> Disminución de output cardiaco. <input type="checkbox"/> Ritmo cardiaco. <input type="checkbox"/> Dolor de Pecho. <input type="checkbox"/> Signos Vitales alterados. <input type="checkbox"/> Marcapaso. <input type="checkbox"/> Aumento y/o disminución de componentes sanguíneos. <input type="checkbox"/> Pulso periférico débil o ausente. <input type="checkbox"/> Llenado capilar <input type="checkbox"/> Observar por disritmia cardíaca (taquicardias y/o bradicardias.	Paciente mantenga: <input type="checkbox"/> Volumen de fluidos necesarios luego de 8hrs de tratamiento. <input type="checkbox"/> Presión arterial en límites normales y de acuerdo a condición. (próximas 24hrs) <input type="checkbox"/> Ausencia de disritmia. (24hrs.) <input type="checkbox"/> Pte. exprese alivio del dolor. (4hrs) <input type="checkbox"/> Estado hemodinámico en parámetros establecidos según condición a las próximas 24hrs. <input type="checkbox"/> Resultados de _____ dentro de los límites normales.	<input type="checkbox"/> Monitor cardíaco según orden médica. <input type="checkbox"/> Realizar electrocardiograma. (EKG) según orden médica. <input type="checkbox"/> Medir ingreso y egreso. (Intake & Output) según orden médica. <input type="checkbox"/> Peso diario y/o cada _____ hrs. <input type="checkbox"/> Medir y registrar signos vitales según orden médica. <input type="checkbox"/> Administrar medicamentos según orden médica. <input type="checkbox"/> Evaluar resultados de laboratorio diario. <input type="checkbox"/> Notificar MD sobre cambios en condición. <input type="checkbox"/> Realizar estimado de dolor. <input type="checkbox"/> Mantener limitación física según orden MD. <input type="checkbox"/> Vigilancia de medidas hemodinámicas C/8hrs. <input type="checkbox"/> Transfundir de ser ordenado por el MD. <input type="checkbox"/> Vigilancia de telemetría. <input type="checkbox"/> Educar y orientar paciente /familia sobre importancia de participación en actividades de auto cuidado. <input type="checkbox"/> Referir disciplina :				

Nombre de Pte:

Record:

ESTIMADO Fecha y Hora implantación	Problema o Necesidad que refiere y/o se observa en paciente.	Resultado Clínico/Meta	INTERVENCIONES		
			RE-ESTIMADO Fecha:	Firma / Iniciales	Resuelto/Solucionado Fecha: Firma / Iniciales
	Sistema Endocrino Alterado relacionado a: <input type="checkbox"/> Hiperglucemia <input type="checkbox"/> Hipoglucemia <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo <input type="checkbox"/> Otros.	<input type="checkbox"/> Que el paciente logre mantener niveles de glucosa en sangre dentro de los parámetros normales en las próximas 8 hrs. (> 60 <110) o de acuerdo a condición. <input type="checkbox"/> Aceptación de su condición manejo adecuado del tratamiento a seguir. <input type="checkbox"/> Paciente mantenga niveles de TSH, T ₃ y T ₄ en niveles normales. <input type="checkbox"/> Otros:	<input type="checkbox"/> Estimar/registrar signos vitales según MD. <input type="checkbox"/> Evaluar resultados de laboratorio. <input type="checkbox"/> Destrostix cada _____ hrs. <input type="checkbox"/> Cubrir Dxt. Según escala ordenada. <input type="checkbox"/> Administrar medicamentos según orden MD. <input type="checkbox"/> Observar paciente por signos y síntomas de hipo e hiperglucemia. (polidipsia –sed excesiva, polifagia – Deseo excesivo de comer excesiva, poliuria – excreción excesiva de orina, diaforesis – sudoración excesiva) <input type="checkbox"/> Observar presencia y gravedad de síntomas como condición letárgica, déficit de la memoria, falta de atención, disminución de reflejos, hipo ventilación. <input type="checkbox"/> Vigilar por cambios extremos, hiperactividad y falta de sueño. <input type="checkbox"/> Referir a educación a paciente / familiar a la nutricionista. <input type="checkbox"/> Ofrecer educación a pte. sobre condición.		
	Sistema Musculoesquelético Alterado relacionado a : <input type="checkbox"/> Amputación <input type="checkbox"/> Fractura <input type="checkbox"/> Prótesis <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Distrofia Muscular <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Debilidad () generalizada () extremidades () superior () derecha () izquierda () inferior () derecha () izquierda <input type="checkbox"/> Otros:	<input type="checkbox"/> Pte. verbaliza incomodidad mínima o ausencia de dolor. <input type="checkbox"/> Pte. Demuestra aumento en movilidad progresivamente. <input type="checkbox"/> S/V reflejan estado de comodidad. <input type="checkbox"/> Libre de complicaciones. <input type="checkbox"/> Paciente / familia demuestran conocimiento sobre cuidado en el hogar. <input type="checkbox"/> Expresión positiva de su imagen corporal. <input type="checkbox"/> Demuestra aumento en fuerza muscular. <input type="checkbox"/> Demuestra desarrollo de independencia en actividades del diario vivir.	<input type="checkbox"/> Mantener alineamiento corporal adecuado. <input type="checkbox"/> Evaluar movimiento/sensación en extremidad afectada. <input type="checkbox"/> Utilizar mareas de aire o protectores de extremidad según necesidad. <input type="checkbox"/> Observar la tolerancia a la actividad ordenada. <input type="checkbox"/> Mantener ambiente seguro. <input type="checkbox"/> Ofrecer apoyo emocional. <input type="checkbox"/> Orientar sobre uso correcto de equipo. <input type="checkbox"/> Referido a planificación de alta. <input type="checkbox"/> Exhortar paciente/familia a participar en su auto cuidado. <input type="checkbox"/> Referir a otras disciplinas: <input type="checkbox"/> Estimar y re-estimar el dolor. <input type="checkbox"/> Otros:		
	Sistema Reproductor Alterado relacionado a : Femenino <input type="checkbox"/> Quistes <input type="checkbox"/> Sangrado vaginal <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Contracciones uterinas. <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Trauma post violación. <input type="checkbox"/> Cáncer. Masculino <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Disfunción sexual	<input type="checkbox"/> Paciente y familiar trabajan hacia la adaptación a las consecuencias del diagnóstico. <input type="checkbox"/> Dolor eliminado o controlado en las próximas 4hrs. <input type="checkbox"/> Pte. libre de sangrado. <input type="checkbox"/> Otros:	<input type="checkbox"/> Medir y registrar signos vitales según orden médica. <input type="checkbox"/> Evaluar resultados de laboratorios. <input type="checkbox"/> Estimar grado de incomodidad y dolor según necesidad. <input type="checkbox"/> Administrar medicamentos según orden MD. <input type="checkbox"/> Ayuda a llevar a paciente/ familiar a la aceptación de cambios dentro del cuerpo. <input type="checkbox"/> Orientar proveer masajes uterinos. <input type="checkbox"/> Estimar cantidad de sangrado, color (brillante, oscuro) viscosidad. <input type="checkbox"/> Monitoreo fetal <input type="checkbox"/> Orientar paciente/familiar sobre manejo de la condición. <input type="checkbox"/> Otros:		

ESTIMADO Fechas y Horas Implementación	Problema o Necesidad que refiere y/o se observa en paciente.	Resultado Clínico/Meta	INTERVENCIONES	RE-ESTIMADO	Resuelto/Solucionado	
				Fecha	Firma y Iniciales	Fecha
<p>10/28/14 6:30 AM A</p>	Sistema Respiratorio Alterado relacionado a : Dificultad Respiratoria relacionada a :	Paciente mantenga: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Broncoespasmo <input type="checkbox"/> Secreciones y/o <input type="checkbox"/> Pobre higiene. <input type="checkbox"/> Infección <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Perdida de función pulmonar. <input type="checkbox"/> Obstrucción vía aire <input type="checkbox"/> Hipoxémia <input checked="" type="checkbox"/> Intercambio de gases no efectivo. <input type="checkbox"/> Fallo Respiratorio (Vent./Mecánico) <input type="checkbox"/> Neumotórax <input type="checkbox"/> Otras complicaciones mayores 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Patrón de Ventilación alveolar (12-20min). <input type="checkbox"/> Vía de aire independiente y continua. <input type="checkbox"/> Libre de secreciones. <input type="checkbox"/> Proceso quirúrgico libre de complicaciones respiratorio. <input type="checkbox"/> Mejorar oxigenación arterial. <input type="checkbox"/> Proveer y promover mecanismo de tos. <p>Prevenir colapso del pulmón.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Evaluar y registrar características del patrón respiratorio. (obstrucciones, Movimientos de pecho, auscultar, evaluar S/V, color de piel) <input type="checkbox"/> Seguimiento de laboratorio y gases arteriales. <input type="checkbox"/> Oximetría <input checked="" type="checkbox"/> Administración de medicamentos según orden MD. <input type="checkbox"/> Espirometría incentiva cada ____ hrs ____ días. <input type="checkbox"/> Terapia de oxígeno. <input type="checkbox"/> Prevenir la acumulación de secreciones con succión/CPT. (chest tapping) <input type="checkbox"/> Vigilar parámetros correctos de ventilación mecánica. <input type="checkbox"/> Monitorear tolerancia del paciente en ventilador mecánico. <input type="checkbox"/> Mantener pte. sedado según orden médica. <input type="checkbox"/> Mantener vías de aire patentes <input type="checkbox"/> Evitar succión endotraqueal frecuentemente. 	<p>10/28/14 JW</p> <p>10/30/14 JW</p> <p>10/31/14 JW</p> <p>11/1/14 JW</p> <p>11/3/14 JW</p> <p>11/12/14 JW</p>	
		Sistema Integumentario Alterado relacionado a :	Pte. mantenga: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Perdida de la integridad de la piel relacionado a: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Disminución de movimiento. <input type="checkbox"/> Quemaduras grado: _____ <input type="checkbox"/> Enrojecimiento de la piel. <input type="checkbox"/> Edema. <input type="checkbox"/> Aumento en temperatura. <input type="checkbox"/> Proceso infeccioso. <input type="checkbox"/> Proceso quirúrgico. <input type="checkbox"/> Extravación líquidos y/o medicamentos. <input type="checkbox"/> Proceso enfermedad crónica. <input type="checkbox"/> Desbalance de líquidos electrolitos <input type="checkbox"/> Úlceras de presión grado: _____ 		<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Estimar y documentar la condición de la piel y membranas mucosas para detectar: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Enrojecimiento, lesiones, secreciones, otros. <input type="checkbox"/> Realizar cambios de posición cada 2hrs. según el protocolo de Prevención y Manejo de Pacientes con Alteración en Integridad de Piel. <input type="checkbox"/> Colocar protectores de pies. <input type="checkbox"/> Vigilar ingestión y tolerancia de alimentos. <input type="checkbox"/> Referido a Terapia Física. <input type="checkbox"/> Orientar a paciente/familia sobre la importancia de la nutrición / movilidad. <input type="checkbox"/> Medir ingreso y egreso (Intake & Output) cada: _____ hrs. según orden médica. <input type="checkbox"/> Estimar dolor según la escala. <input type="checkbox"/> Administrar medicamentos para el dolor según orden médica. <input type="checkbox"/> Peso. _____ Según orden médica. <input type="checkbox"/> Mantener área periférica/perineal limpia y/o seca. <input type="checkbox"/> Referido a dietista. <input type="checkbox"/> Asistir y enseñar al paciente y familia sobre cambios de posición y ejercicios activos y pasivos. <input type="checkbox"/> Aumentar la actividad según le sea permitido. <input type="checkbox"/> Estimar tamaño, color olor, cantidad y tipo de exudado de la úlcera. (si aplica) <input type="checkbox"/> Curación área quirúrgica según orden médica. <input type="checkbox"/> Otros: Escala Braden 	

Nombre de Pte:

ecord:

ESTIMADO Fecha/Hora Implantación:	Problema o Necesidad que refiere y/o se observa en paciente:	Resultado Clínico/Meta	INTERVENCIONES		
			RE-ESTIMADO	Firma / Iniciales	Resuelto/Solucionado
	<p>Sistema Hematopoyético Alterado relacionado a :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Niveles de hemoglobina (Hgb.) fuera de límites normales: <input type="checkbox"/> Plaquetas fuera de los límites normales <input type="checkbox"/> Reacción adversa al componente sanguíneo. <input type="checkbox"/> Déficit en el factor de coagulación. <ul style="list-style-type: none"> () Agente Trombolítico. () Terapia de Heparina. () Lovenox. () ASA () Coumadin <input type="checkbox"/> Prevención de DVT proceso quirúrgico <input type="checkbox"/> Otros: 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pte. mantiene niveles de Hgb. normales (M 14-18, F 12-16 mg/dl) <input type="checkbox"/> Pte. mantiene niveles de plaquetas dentro de los límites normales. (150-375). <input type="checkbox"/> Pte. mantiene patrón de coagulación dentro del tiempo normal. <input type="checkbox"/> Pte./familiar tenga conocimiento sobre el procedimiento de transfusión de componentes sanguíneos. <input type="checkbox"/> Pte. reconozca y notifique signos y síntomas de reacción adversa al componente sanguíneos. <input type="checkbox"/> Paciente no presente complicaciones durante la administración del componente sanguíneo. <input type="checkbox"/> Mantiene factores de coagulación dentro de límites que no provoquen sangrado excesivo. <input type="checkbox"/> Evitar desarrollo de embolia o problemas circulatorios – posterior a procesos quirúrgicos. <input type="checkbox"/> Otros: 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Antes de transfundir el componente sanguíneo: <ol style="list-style-type: none"> a. Evaluar resultados de laboratorio. b. Evaluar cambios en los signos vitales. c. Verificar la orden médica. d. Verificar que tenga el permiso de transfusión del componente sanguíneo. e. Orientar al paciente y familiar sobre el procedimiento de transfusión de componente sanguíneo. f. sobre signos y síntomas de reacción adversa como; dificultad respiratoria, rash, dolor de pecho o espalda, ansiedad entre otros. <input type="checkbox"/> Antes de administrar el componente sanguíneo. <ol style="list-style-type: none"> a. Verificar el componente sanguíneo disponible en el banco de sangre y el tipo y grupo del paciente. b. Paciente este canalizado con un angio #18 y tenga bajando una normal salina 0.9 y tenga una línea de sangre. c. Cuando reciba el componente sanguíneo verifica que sea el pte. correcto, tipo y grupo sanguíneo, fecha de expiración. (la doble verificación es un requisito cuando se recibe el componente sanguíneo en el depto. y frente a pte.) <input type="checkbox"/> Durante la Transfusión: <ol style="list-style-type: none"> a. Tomar los Signos Vitales antes y según norma establecida. (C/15 min) b. Ofrecer rondas frecuentes al pte. para verificar por signos de reacción adversa. c. Administrar el componente sanguíneo utilizando un IV pump. <input type="checkbox"/> Activar el protocolo de reacción adversa: <ol style="list-style-type: none"> a. Detener la transfusión y comenzar a bajar normal salina 0.9. % b. Notificar al MD sobre signos y síntomas de la reacción adversa. c. Notificar al banco de sangre la reacción adversa y bajar sobrante del componente sanguíneo. <input type="checkbox"/> Administrar medicamentos ordenados y notificar cambios al MD. <input type="checkbox"/> Mantener vigilancia constante. <input type="checkbox"/> Tomar muestras de laboratorio seriadas, PT, PTT, fibrinógeno, CBC, plaquetas y notificar alteración resultados de Lab. al médico. <input type="checkbox"/> Utilizar medias anti embolicas o neumáticas según orden médica. <input type="checkbox"/> Monitoreo de signos y síntomas de sangrado: encías, excreta, hematuria, tracto intestinal y petequias. <input type="checkbox"/> Evitar medicamentos intramusculares. 		

ESTIMADOR Fecha y Hora Implantación	Problema o Necesidad que refiere y/o se observa en paciente	Resultado Clínico/Meta	INTERVENCIONES		
			RE-ESTIMADO	Resuelto/Solucionado	
Fecha	Firma / Iniciales	Fecha	Firma / Iniciales		
	<p>Sistema Urinario Alterado relacionado a :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Incontinencia <input type="checkbox"/> Retención <input type="checkbox"/> Infección <input type="checkbox"/> Hematuria (Sangre en orina) <input type="checkbox"/> Otros 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Paciente vacié vejiga en las próximas 8hrs independiente sin. <input type="checkbox"/> Urgencia. <input type="checkbox"/> Incontinencia. <input type="checkbox"/> Frecuencia. <input type="checkbox"/> Retención. <input type="checkbox"/> Se evidencia resultados de orina normales en las próximas 48 hrs. <input type="checkbox"/> Pte. mantiene WBC entre niveles normales. <input type="checkbox"/> Catéter limpio y seco 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Monitoreo de signos vitales de infección. <input type="checkbox"/> Medir ingreso y egreso según orden médica. <input type="checkbox"/> Ofrecer chata/urinal según necesidad. <input type="checkbox"/> Toma de muestra de cultivo de urinálisis según orden médica. <input type="checkbox"/> Evaluar frecuencia y características de micción según orden médica. <input type="checkbox"/> Proveer cuidado perineal o catéter urinario. <input type="checkbox"/> Aplicación de técnicas asépticas para colocar y/o manipular dispositivos invasivos de monitorización, vías intravenosas y sondas urinarias para mantener entorno estéril. <input type="checkbox"/> Observar área de catéter por edema, supuración, enrojecimiento, dolor y aumento en temperatura de área. fecha inserción: <input type="checkbox"/> Hacer inspección diaria de los dispositivos invasivos para detectar signos de infección. <input type="checkbox"/> Otros 		
	<p>Función Renal Alterado relacionado a :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Disminución en la filtración glomerular. <input type="checkbox"/> Disminución en la excreción de urea y creatinina. <input type="checkbox"/> Potencial a complicaciones durante la diálisis: <ul style="list-style-type: none"> () Coagulación () Embolia Gaseosa. () Náuseas y Vómitos. () Hemorragia. <input type="checkbox"/> Otro: 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Paciente logre mantener niveles de Bun de 7 a 20mg/dl. <input type="checkbox"/> Paciente logre mantener niveles de creatinina de 0.70 a q1.50mg/dl. <input type="checkbox"/> Prevenir pérdida de sangre. <input type="checkbox"/> Evitar entrada de aire en el circuito extra corpóreo durante el tratamiento. <input type="checkbox"/> Mantener BP en niveles tratamiento. <input type="checkbox"/> Prevenir pérdida sustancial de sangre. <input type="checkbox"/> No dejar pte. desatendido en ningún momento. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Verificar orden médica del nefrólogo para hemodiálisis. <input type="checkbox"/> Verificar que tenga el permiso de hemodiálisis firmado por el Nefrólogo, paciente y familiar. <input type="checkbox"/> Orientar paciente y familiar sobre el tratamiento de hemodiálisis, posibles complicaciones y normas de la unidad. <input type="checkbox"/> Evaluar muestras de laboratorio previo a la hemodiálisis: niveles de hemoglobina, hematocrito, plaquetas, Bun, Creatinina, etc. <input type="checkbox"/> Administrar dosis de heparina correcta según orden médica. <input type="checkbox"/> Observar por la formación de coágulos en el filtro y cámara de goteo. <input type="checkbox"/> Observar si hay coagulo cuando se aspiren las agujas de la fistula interna, externa o catéter subclavia. <input type="checkbox"/> Vigilar por signos y síntomas de embolia pulmonar: cianosis, dificultad respiratoria, dolor torácico, ansiedad y tos persistente. <input type="checkbox"/> Verificar que todas las conexiones están adecuadamente introducidas en la bomba de sangre y están bien aseguradas. <input type="checkbox"/> Aplicar presión a la fistula luego de la hemodiálisis para prevenir hemorragias. <input type="checkbox"/> Asegúrese de que el detector de fuga de sangre está encendido y funcionando. <input type="checkbox"/> Otros : 		

Nombre de Pt.

Record:

ESTIMADO Festividad/ Feriado implantación	Problema o Necesidad que refiere y/o se observa en paciente	Resultado Clínico/Meta	INTERVENCIONES	RE-ESTIMADO	Firma / Iniciales	Resuelto/Solucionado
				Fecha	Fecha	Firma / Iniciales
	<p>Sistema Gastrointestinal Alterado relacionado a :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> PEG (gastrostomía) <input type="checkbox"/> Tubo nasogástrico <input type="checkbox"/> Requisitos nutricionales. <input type="checkbox"/> Mucosa oral. <input type="checkbox"/> Dolor. <input type="checkbox"/> Sangrado. <input type="checkbox"/> Tolerancia a lácteos y otros alimentos. <input type="checkbox"/> Ausencia Peristasis. <input type="checkbox"/> Peso Corporal <input type="checkbox"/> Hiperbilirrubinemia <p>Patrón de eliminación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Estreñimiento. <input type="checkbox"/> Desbalance de líquidos y electrolitos por: <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Drenajes <p>DESORDENES METABOLICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Distención Abd. <input type="checkbox"/> Heces fecal/sangre. <input type="checkbox"/> Secreciones gástricas biliosas y/o con sangre 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Paciente mantenga un patrón adecuado de eliminación. (mínimo. 1 diaria) <input type="checkbox"/> Ingesta nutricional adecuada. 24 a 48hrs <input type="checkbox"/> Peso adecuado. <input type="checkbox"/> Tolerancia a los alimentos. <input type="checkbox"/> Buen turgor de piel. <input type="checkbox"/> Glucosa en sangre >60 ó <100. <input type="checkbox"/> Paciente mantiene un balance adecuado de líquidos y electrolitos dentro de los parámetros. <input type="checkbox"/> Libre de sangrado <input type="checkbox"/> Libre de dolor (4hrs.) <input type="checkbox"/> Lograr niveles de bilirrubina adecuados <input type="checkbox"/> Evitar Kerniterus <input type="checkbox"/> Neonato mantenga intacto tracto gastrointestinal. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Peso diario y/o según orden médica. <input type="checkbox"/> Medir ingreso y egreso según orden MD. <input type="checkbox"/> Referido a servicios nutricionales. <input type="checkbox"/> Evaluar frecuencias y características de evacuaciones. <input type="checkbox"/> Estimular ingesta de líquidos y dieta ordenada. <input type="checkbox"/> Palpar abdomen y observar por distensión <input type="checkbox"/> Administrar medicamentos según orden médica. <input type="checkbox"/> Evaluar resultados de Laboratorio. <input type="checkbox"/> Observar por hipoglucemias /hiperglucemias <input type="checkbox"/> Evaluar presencia de peristasis en pacientes post quirúrgicos. <input type="checkbox"/> Orientar a familiar sobre necesidades educativas identificadas. <input type="checkbox"/> Proveer higiene oral. <input type="checkbox"/> Colocar fototerapia según orden médica. <input type="checkbox"/> Medir circunferencia. Abdomen según orden médica. <input type="checkbox"/> Administrar alimentación parenteral. <input type="checkbox"/> Mantener succión nasogástrico según orden médica. <input type="checkbox"/> Otros: 			
	<p>Fiebre Relacionado a :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Síndrome Viral <input type="checkbox"/> Proceso infeccioso <input type="checkbox"/> Otros: 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pte. libre de signos y síntomas de infección durante hospitalización. <input type="checkbox"/> Incisión/herida libre de signos y síntomas de infección y con proceso de cicatrización. <input type="checkbox"/> Pte. mantenga temperatura corporal 36.5 – 37.4 en 8 – 16 hrs. de comenzado el tratamiento. <input type="checkbox"/> Otro 	<p>Evaluar signos y síntomas de infección.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fiebre, <input type="checkbox"/> Eritema <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Secreciones, <input type="checkbox"/> Piel caliente al tacto <input type="checkbox"/> Monitorear signos vitales <input type="checkbox"/> Monitorear pruebas de Laboratorio. <input type="checkbox"/> Aislamiento. () Tipo: <input type="checkbox"/> Cuidado local de incisión / herida con: <input type="checkbox"/> Cambios de angio c/ 48-72hrs. <input type="checkbox"/> Administración de Medicamentos ordenados <input type="checkbox"/> Estimular a ingesta de líquidos. <input type="checkbox"/> Aplicar medidas físicas para disminuir fiebre. <input type="checkbox"/> Tomar muestras según orden médica. 			

ESTIMADO Fecha / hora Implementación	Problema o Necesidad que refiere y/o se observa en paciente.	Resultado Clínico/Meta	INTERVENCIONES			
			RE-ESTIMADO Fecha	Firma / Iniciales:	Nº de Ficha	Firma / Iniciales
10/28	<p>Paciente en riesgo /potencial de caída. Relacionado a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> PACIENTE MAYOR DE 60 años. <input type="checkbox"/> Historial de caídas <input type="checkbox"/> Diagnósticos secundarios (más de una enfermedad) <input type="checkbox"/> Utiliza ayuda para caminar (andador, bastón, otros) <input type="checkbox"/> Estado mental: Paciente no está consciente sobre sus habilidades ni limitaciones. 	<input type="checkbox"/> Disminuir / evitar que paciente sufra traumas debido a caídas durante estadía en el hospital <input type="checkbox"/> Otro:	Factores de Riesgo: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Activar protocolo de caídas: <input checked="" type="checkbox"/> Mantener paciente con brazalete de identificación todo el tiempo. <input type="checkbox"/> Colocar brazalete Rojo. <input type="checkbox"/> Identificar Expediente clínico, Kardex de tratamiento con sello "riesgo a caída" <input type="checkbox"/> Mantener la cama baja. <input type="checkbox"/> Mantener timbre urinal y jarra de agua al alcance del paciente. <input type="checkbox"/> Ambular con asistencia <input checked="" type="checkbox"/> Realizar rondas preventivas cada 2 horas. <input type="checkbox"/> Motivar pte a utilizar sandalias / no resbalen. <input type="checkbox"/> Mantener la cama, sillas y commodes con sus seguros. Estimado: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Estimar la habilidad del paciente para seguir instrucciones. <input checked="" type="checkbox"/> Estimar el conocimiento del paciente antes la necesidad de equipo de adaptación <input type="checkbox"/> Evaluar la necesidad de mantener las barandas elevadas. <input type="checkbox"/> Identificar pacientes en medicamentos: HCTZ, ACE inhibidores, bloqueadores de calcio. B bloqueador o de dolor. <input checked="" type="checkbox"/> Estimar necesidad de alimentar paciente. Educación Paciente / Familia: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Involucrar al familiar en los casos donde el paciente esté desorientado. <input type="checkbox"/> Orientar paciente / Familia a solicitar asistencia cuando se requiera mover paciente fuera de la cama. <input type="checkbox"/> Orientar sobre seguridad en el hogar. Ambiente <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mantener paciente cerca de la estación de enfermería, mientras sea posible. <input type="checkbox"/> Mantener habitación libre de obstáculos. <input type="checkbox"/> Mantener habitación alumbrada. <input type="checkbox"/> Mantener piso limpio, libre de derrames. 	10/28 10/29		
10/28/14 6:30PM A	Proceso de Muerte	<input type="checkbox"/> Paciente y familiar mantienen calidad de vida durante el proceso de muerte. <input type="checkbox"/> Paciente / familia expresan temores.	<input type="checkbox"/> Permitir suficiente tiempo de comunicación con el paciente para que exprese sus temores. <input type="checkbox"/> Mantener un ambiente tranquilo. <input type="checkbox"/> Proveer soporte emocional pte. / familia. <input type="checkbox"/> Permitir horario de visitas flexibles para las personas significantes del paciente. <input type="checkbox"/> Referir al paciente a otros profesionales de la salud, según la necesidad y etapa de muerte manifestada. (Trabajo Social, Capellánía etc.)			
10/28/14 6:30PM A	Riesgo de Infección relacionado a : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Procedimientos invasivos <input checked="" type="checkbox"/> Venopunción <input type="checkbox"/> Umbilical <input type="checkbox"/> Canalización etc. <input type="checkbox"/> Nasogástrico <input type="checkbox"/> Compromiso Inmunológico (HIV,TB) Sistema de drenaje	<input checked="" type="checkbox"/> Pte. libre de infecciones por procedimientos invasivos y/o de Enfermedades Nosocomiales. <input type="checkbox"/> Puntos de inserción de catéter secos/limpios <input type="checkbox"/> Pte mantenga niveles WBC entre normales.	<input type="checkbox"/> Lavado de manos entre ptes. <input type="checkbox"/> Uso de guantes /Mascarilla/Respiradores/ EPP/batas etc. según intervención, orden de aislamiento; contacto, Resp etc. <input type="checkbox"/> Mantener medidas asépticas /estériles <input type="checkbox"/> Cambio de angio de 48-72hrs. <input type="checkbox"/> Medicamentos según orden medica. <input type="checkbox"/> Desinfección de equipos de uso común entre ptes. (Termómetros, glucómetros, IV Pumps).	10/28 11/1 11/2 11/3		

ESTIMADO Fecha y Hora implantación	Problema o Necesidad que refiere y/o se observa en paciente.	Resultado Clínico/Meta	INTERVENCIONES	RE-ESTIMADO	Resuelto/Solucionado	
				Fecha	Firma / Iniciales	Fecha
<p><i>Med 11/11/16</i></p> <p><i>Med</i></p>	Nutrición Clínica <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> NPO o líquidos claros por más de 3 días: <input type="checkbox"/> Dificultad para masticar y/o tragar. <input type="checkbox"/> Inhabilidad para ingerir alimentos P.O. (alimentación enteral requerida) <input type="checkbox"/> Inhabilidad para utilizar tracto GI para alimentación. (PN requerido) <input type="checkbox"/> Interacción drogas y alimentos. <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Úlceras dermiales grado I - IV. <input type="checkbox"/> Pérdida o ganancia involuntaria de peso. <p>Consulta médica.</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Otros: 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Lograr ingesta y tolerancia adecuada de dieta ordenada para satisfacer las necesidades nutricionales de pte. <input type="checkbox"/> Prevenir la interacción de drogas y alimentos. <input type="checkbox"/> Concientizar al pte y/o familiar sobre la importancia de seguir las recomendaciones nutricionales de acuerdo a la condición de pte. <input type="checkbox"/> Otros: 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Recomendar progreso en la alimentación P.O. <input type="checkbox"/> Modificar consistencia de la dieta. <input type="checkbox"/> Modificar tolerancia de la dieta ordenada. <input type="checkbox"/> Recomendar alimentación enteral TEN <input type="checkbox"/> Recomendar Nutrición Parenteral. (PN) <input type="checkbox"/> Monitorear tolerancia a PN o TEN hasta alcanzar meta estimada. <input type="checkbox"/> Educar sobre posible interacción de drogas y alimentos. <input type="checkbox"/> Recomendar suplementos nutricionales. <input type="checkbox"/> Recomendar cambios a la dieta ordenada de acuerdo a la condición del paciente. <input type="checkbox"/> Recomendar proteína pre-digerida. <input type="checkbox"/> Proveer alimentación controlada en calorías y azúcares simples. <input type="checkbox"/> Orientación sobre dieta ordenada. <input type="checkbox"/> Otros. 			
	<p><i>Med 11/11/16</i></p> <p><i>Med</i></p>	Terapia Física <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Movilidad en la cama afectada. () Volteo de lado () Asumir posición sentado. <input type="checkbox"/> Balance y tolerancia afectados. () Posición sentado () Posición de pie. <input type="checkbox"/> Dependencias en actividades de transferencias. <input type="checkbox"/> Coordinación afectada <input type="checkbox"/> Debilidad muscular <input type="checkbox"/> Tono muscular ausente y disminuido <input type="checkbox"/> Limitación de arco de movimiento. <input type="checkbox"/> Otros: 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Independencia en actividades en cama. <input type="checkbox"/> Balance y tolerancia funcional. <input type="checkbox"/> Independencia en actividades de transferencias. <input type="checkbox"/> Coordinación mejorada. <input type="checkbox"/> Aumentar fuerza muscular. <input type="checkbox"/> Aumentar tono muscular. <input type="checkbox"/> Aumentar el arco de movimiento. <input type="checkbox"/> Disminución y/o eliminación del dolor evidenciado mediante: <ul style="list-style-type: none"> () Palpación del área afectada verbalizado por paciente. () Aumento en la movilidad. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Adiestramiento en actividades en cama. <ul style="list-style-type: none"> () Voltearse hacia los lados. () Sentado en borde de la cama. <input type="checkbox"/> Ejercicios de balance <ul style="list-style-type: none"> () posición sentado () Posición de pie. <input type="checkbox"/> Adiestramiento en actividades de transferencias. <input type="checkbox"/> Ejercicios de coordinación. <input type="checkbox"/> Ejercicios terapéuticos y/o modalidades <ul style="list-style-type: none"> () Ejercicios pasivos () Ejercicios activos () Ejercicios activos - asistidos () Ejercicios resistidos () Ejercicios isométricos () Ejercicios de estiramiento. () Manipulación <input type="checkbox"/> Aplicación de modalidades para el manejo de dolor : <input type="checkbox"/> Coordinación con personal de enfermería el horario de terapias y la administración de medicamentos. <input type="checkbox"/> Otros: 		

ESTIMADO Fecha y Hora Implementación:	Problema o Necesidad que refiere y/o se observa en paciente.	Resultado Clínico/Meta	INTERVENCIONES	RE-ESTIMADO		Resuelto/Solucionado	
				Fecha	Firma / Iniciales	Fecha	Firma / Iniciales
	<p>Cont.</p> <p>Terapia Física</p> <p><input type="checkbox"/> Alteración en la movilidad relacionada a dolor en :</p> <p><input type="checkbox"/> Alteración en la integridad de la piel área:</p> <p><input type="checkbox"/> Inflamación y/o edema área:</p> <p><input type="checkbox"/> Patrón de ambulación afectado.</p> <p><input type="checkbox"/> Déficit de conocimiento relacionado a: () Tratamiento () Equipo () Programa de ejercicios () Prevención.</p>	<input type="checkbox"/> Cicatrización parcial o total de las áreas afectadas. <input type="checkbox"/> Disminución de inflamación y/o edema. <input type="checkbox"/> Independencia en ambulación con o sin equipo asistido. <input type="checkbox"/> Demostración y verbalización de conocimiento por parte del paciente y/o familiar sobre: () Procedimientos. () Tratamientos. () Uso de equipos. () Uso de Ortopédica / prótesis. <input type="checkbox"/> Cuidado de heridas y/o ulceras. <input type="checkbox"/> Otros:	<input type="checkbox"/> Aplicación de Whirlpool <input type="checkbox"/> Desbridación <input type="checkbox"/> Curación local. <input type="checkbox"/> Ejercicios de balance. () Posición sentado () Posición de pie. <input type="checkbox"/> Adiestramiento en actividades de transferencias. <input type="checkbox"/> Ejercicios de coordinación. <input type="checkbox"/> Ejercicios terapéuticos y/o modalidades. () Ejercicios pasivos () Ejercicios activos () Ejercicios activos - asistidos <input type="checkbox"/> Adiestramiento en patrón de ambulación. Equipo: <input type="checkbox"/> Orientación al paciente / familia según la necesidad identificada. <input type="checkbox"/> Demostración de procedimientos. <input type="checkbox"/> Entrega de literatura sobre: <hr/> <input type="checkbox"/> Programa de ejercicios en el hogar. <input type="checkbox"/> Otros.				
	<p>Planificación de Alta Necesidad de:</p> <p><input type="checkbox"/> Equipo médico</p> <p><input type="checkbox"/> Servicio de salud en el hogar u hospicio</p> <p><input type="checkbox"/> Traslado a otra Institución para: () Rehabilitación. () Continuar Cuidado.(Renal)</p> <p><input type="checkbox"/> Trasportación / ambulancia</p> <p><input type="checkbox"/> Falta de apoyo y/o recursos familiares.</p> <p><input type="checkbox"/> IV a Hogar</p> <p><input type="checkbox"/> Casa de salud</p> <p><input type="checkbox"/> Necesidad de apoyo y orientación asociada a la condición y/o enfermedad.</p> <p><input type="checkbox"/> Servicio de antibiótico intravenoso.</p> <p><input type="checkbox"/> Otros</p>	<input type="checkbox"/> Mediante coordinación con agencias de equipo médico/suplidos/ IV proveer al pte. los servicios adecuados a su condición en el hogar. <input type="checkbox"/> Coordinar servicios de enfermería, terapia física y de habla en el hogar según aplique. <input type="checkbox"/> Coordinar Servicios para el hogar en pacientes con condiciones terminales. <input type="checkbox"/> Coordinar con otros hospitales la transferencia del paciente para recibir servicios de rehabilitación y continuidad de cuidado. <input type="checkbox"/> Promover la participación del paciente y familiares en la planificación de alta. <input type="checkbox"/> Coordinar la transportación del paciente de alta. <input type="checkbox"/> Promover educación sobre la condición. <input type="checkbox"/> Coordinar antibiótico IV al hogar.	Coordinar Servicios y/o Referido a: <input type="checkbox"/> Compañía de equipo médico, alimentación enteral, parenteral, IV en el hogar y otros. <input type="checkbox"/> Agencias de servicios de Salud en el hogar. <input type="checkbox"/> Servicios de hospicio. <input type="checkbox"/> Unidades de cuidado diestro de enfermería. <input type="checkbox"/> Unidad Renal <input type="checkbox"/> Otros hospitales y/o instituciones. <input type="checkbox"/> Agencias de ayuda económica. <input type="checkbox"/> Grupos de apoyo. <input type="checkbox"/> Intrahospitalarios a Trabajo Social, Nutricionista, Cuidado de la piel, enfermería, terapia física, terapia respiratoria, farmacia clínica, Control de Infecciones, Educadora en Salud. <input type="checkbox"/> Coordinación de antibiótico intravenoso. <input type="checkbox"/> Manejo de casos con plan médico. <input type="checkbox"/> Paciente de Medicina Tradicional coordinación con agencias. <input type="checkbox"/> Coordinación de ambulancia /transportes. <input type="checkbox"/> Otros				

Nombre _____

Record:

ESTIMADO / Fecha y Hora Implementación	Problema o Necesidad que refiere y/o se observa en paciente.	Resultado Clínico/Meta	INTERVENCIONES			RE-ESTIMADO Fecha	Firma / Iniciales	Resuelto/Solucionado Fecha	Firma / Iniciales
	Trabajo Social	<input type="checkbox"/> Referido a agencia que provea protección. <input type="checkbox"/> Canalización de servicios de salud mental y/o contra la adicción mediante traslado o cita de continuidad. <input type="checkbox"/> Motivar al paciente a la rehabilitación <input type="checkbox"/> Obtención de un recurso de cuidado familiar o institucional. <input type="checkbox"/> Promover una comunicación efectiva entre paciente/familia y familia/familia. <input type="checkbox"/> Gestión de obtención de un seguro médico antes de alta. <input type="checkbox"/> Disminuir la ansiedad en el manejo de su condición. <input type="checkbox"/> Garantizar que el paciente /familiar recibe la orientación necesaria para comprender los aspectos bióticos. <input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Contacto o referido a: <hr/> <hr/> <hr/> <input type="checkbox"/> Promover ambiente seguro. <input type="checkbox"/> Ofrecer soporte emocional y orientación. <input type="checkbox"/> Involucrar al paciente / familia en el plan de cuidado. <input type="checkbox"/> Educar sobre servicios de cuidado diurno. hogares de cuidado) <input type="checkbox"/> Contactar y promover la comunicación entre paciente/familia. <input type="checkbox"/> Motivar familiares a ofrecer cuidado y apoyo en el hogar. <input type="checkbox"/> Referir a asistencia médica. <input type="checkbox"/> Coordinar soporte espiritual y emocional de ser necesario. <input type="checkbox"/> Otros.						

Nombre	Iniciales	Dept.	Nombre	Iniciales	Dept.	Nombre	Iniciales	Dept.
Blas Gutiérrez	JG	PT						
Bogotá	BB	PTD						
Chileverde	CH	UD						
Zenón G	ZG	OT						

Aprobado por Dr.: _____ Lic. _____ Fecha: _____

Notas:

ESTIMADO Fecha/Hora Implementación	Problema o Necesidad que refiere y/o se observa en paciente	Resultado Clínico/Meta	INTERVENCIONES			RE-ESTIMADO Fecha	Firma / Iniciales	Resuelto/Solucionar Fecha Iniciales
	Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					



**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
"FLOW SHEET"**

NAC:01/01/1922 EDAD: 94Y SEXO: M
RM:0000567278 CNT:0201608052
S.S XXX-XX-6076 CC:400-01
ADM:10/28/2016 01:10 PM
TP:0 - ACUTE INPATIENT
DR: MEDINA LA SALLE, LISA
PLAN: MEDICARE Y MUCHO MAS(HMO-MM)

Fecha: 11-24-16

Hora: 1200

Hora: 12PM

Hora:

1. NIVEL DE CONCIENCIA	TURNO	11-7		7-3		3-11	
		() ORIENTADO	() DESORIENTADO	() ORIENTADO	() DESORIENTADO	() ORIENTADO	() DESORIENTADO
		() Alerta	() Letárgico*	() Alerta	() Letárgico*	() Alerta	() Letárgico*
		() Comunicativo	() Comatoso*	() Comunicativo	() Comatoso*	() Comunicativo	() Comatoso*
		() Aparentemente dormido	() Inquietud	() Aparentemente dormido	() Inquietud	() Aparentemente dormido	() Inquietud
		() Inconsciente	() Agitado	() Inconsciente	() Agitado	() Inconsciente	() Agitado
2. SISTEMA RESPIRATORIO	RESPIRACIÓN	() Regular	() Irregular	() Regular	() Irregular	() Regular	() Irregular
	Tos	() Llana	() Profunda	() Llana	() Profunda	() Llana	() Profunda
	Succión	() Productiva	() No Productiva	() Productiva	() No Productiva	() Productiva	() No Productiva
		() SI	() NO	() SI	() NO	() SI	() NO
	Especifique:		Especifique:		Especifique:		
	Oxígeno	() SI	() NO	() SI	() NO	() SI	() NO
	Especifique:		Especifique:		Especifique:		
	Terapia Respiratoria	() SI	() NO	() SI	() NO	() SI	() NO
3. SISTEMA CARDIOVASCULAR	PULSO	() Taquicardia	() Bradicardia	() Taquicardia	() Bradicardia	() Taquicardia	() Bradicardia
	Presión sanguínea alterada	() Otro*	() N/A	() Otro*	() N/A	() Otro*	() N/A
	Conectado a monitor	() SI*	() NO	() SI*	() NO	() SI*	() NO
	Edema	() SI	() NO	() SI	() NO	() SI	() NO
	Especifique:		Especifique:		Especifique:		
4. SISTEMA GASTRO	Abdomen	Blando	() SI	() NO	Blando	() SI	() NO
		Duro	() SI*	() NO	Duro	() SI*	() NO
		Distendido	() SI	() NO	Distendido	() SI	() NO
		NGT	() SI*	() NO	NGT	() SI*	() NO
	() succión intermitente	() SI	() NO	() succión intermitente	() SI	() NO	
	Apariencia y Color			Apariencia y Color		Apariencia y Color	
	Eliminación (Heces Fecales)	() No ha evacuado		() No ha evacuado		() No ha evacuado	
		() Blanda		() Blanda		() Blanda	
		() Diarreas		() Diarreas		() Diarreas	
		() Dura		() Dura		() Dura	
5. SISTEMA GENITOURINARIO	Orina	() Espontáneo		() Espontáneo		() Espontáneo	
		() Cateterizado		() Cateterizado		() Cateterizado	
		Hora _____ Cantidad _____ ml		Hora _____ Cantidad _____ ml		Hora _____ Cantidad _____ ml	
		Apariencia y Color		Apariencia y Color		Apariencia y Color	
	Sonda Urinaria	() SI	() NO	() SI	() NO	() SI	() NO
	Cuidado al Catéter	() SI	() NO	() SI	() NO	() SI	() NO
	Apariencia Genital	() Normal	() Anormal*	() Normal	() Anormal*	() Normal	() Anormal*
	Secreciones	() SI*	() NO	() SI*	() NO	() SI*	() NO

*Toda selección que esté identificada con este símbolo requiere documentación adicional.

19. ESTIMADO DE RIESGO A CAÍDAS (U.H.Downton)

TURNO		11-7		7-3		3-11	
CAÍDAS PREVIAS	No	0	No	0	No	0	0
	SI	1	SI	1	SI	1	1
ESTADO MENTAL	Orientado	0	Orientado	0	Orientado	0	0
	Confuso	1	Confuso	1	Confuso	1	1
DÉFICIT SENSORIAL/MOTOR	Ninguno	0	Ninguno	0	Ninguno	0	0
	Alteraciones visuales	1	Alteraciones visuales	1	Alteraciones visuales	1	1
	Alteraciones auditivas	1	Alteraciones auditivas	1	Alteraciones auditivas	1	1
	Extremidades (parálisis- paresia)	1	Extremidades (parálisis- paresia)	1	Extremidades (parálisis- paresia)	1	1
MOVILIDAD	Normal	0	Normal	0	Normal	0	0
	Segura con ayuda	1	Segura con ayuda	1	Segura con ayuda	1	1
	Insegura con ayuda/sin ayuda	1	Insegura con ayuda/sin ayuda	1	Insegura con ayuda/sin ayuda	1	1
	Imposible	1	Imposible	1	Imposible	1	1
EDAD	< 60 Años	0	< 60 Años	0	< 60 Años	0	1
	> 61 Años	1	> 61 Años	1	> 61 Años	1	0
MEDICAMENTOS	Ningunos	0	Ningunos	0	Ningunos	0	0
	Tranquilizantes, sedantes	1	Tranquilizantes, sedantes	1	Tranquilizantes, sedantes	1	1
	Diuréticos,	1	Diuréticos,	1	Diuréticos,	1	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1	Hipotensores (no diuréticos)	1	Hipotensores (no diuréticos)	1	1
	Antiparkinsonianos	1	Antiparkinsonianos	1	Antiparkinsonianos	1	1
	Antidepresivos	1	Antidepresivos	1	Antidepresivos	1	1
	TOTAL	3	TOTAL	2	TOTAL		

Instrucciones para Escala Braden: En cada turno estime la puntuación que se requiere en cada renglón y documente el total en el espacio indicado. Indique el riesgo de acuerdo al total estimado en el espacio suministrado en cada turno.

20. ESTIMADO DE LA PIEL - Escala Braden	PERCEPCIÓN SENSORIAL	Completemente limitada	1	Completemente limitada	1	Completemente limitada	1
		Muy limitada	2	Muy limitada	2	Muy limitada	2
EXPOSICIÓN HUMEDAD	Ligeramente limitada	3	Ligeramente limitada	3	Ligeramente limitada	3	3
	Sin limitaciones	4	Sin limitaciones	4	Sin limitaciones	4	4
ACTIVIDAD	Constantemente húmeda	1	Constantemente húmeda	1	Constantemente húmeda	1	1
	A menudo húmeda	2	A menudo húmeda	2	A menudo húmeda	2	2
MOVILIDAD	Ocasionalmente húmeda	3	Ocasionalmente húmeda	3	Ocasionalmente húmeda	3	3
	Raramente húmeda	4	Raramente húmeda	4	Raramente húmeda	4	4
NUTRICIÓN	Encamado/a	1	Encamado/a	1	Encamado/a	1	1
	En silla	2	En silla	2	En silla	2	2
FRICCIÓN/LESION	Ambula ocasionalmente	3	Ambula ocasionalmente	3	Ambula ocasionalmente	3	3
	Ambula frecuentemente	4	Ambula frecuentemente	4	Ambula frecuentemente	4	4
ESTIME RIESGO/TOTAL	Completemente inmóvil	1	Completemente inmóvil	1	Completemente inmóvil	1	1
	Muy limitada	2	Muy limitada	2	Muy limitada	2	2
	Ligeramente limitada	3	Ligeramente limitada	3	Ligeramente limitada	3	3
	Sin limitaciones	4	Sin limitaciones	4	Sin limitaciones	4	4
	Muy pobre	1	Muy pobre	1	Muy pobre	1	1
	Probablemente inadecuada	2	Probablemente inadecuada	2	Probablemente inadecuada	2	2
	Adecuada	3	Adecuada	3	Adecuada	3	3
	Excelente	4	Excelente	4	Excelente	4	4
	Problema	1	Problema	1	Problema	1	1
	Problema potencial	2	Problema potencial	2	Problema potencial	2	2
	No existe problema aparente	3	No existe problema aparente	3	No existe problema aparente	3	3
	No problema	4	No problema	4	No problema	4	4
	RIESGO:		RIESGO:		RIESGO:		
		18 TOTAL			18 TOTAL		

Escala: Mayor de 18 = Riesgo Ninguno, 15 – 18 = Riesgo Leve, 13 – 14 = Riesgo Moderado, 10 – 12 = Riesgo Alto, 9 o menos = Riesgo Muy Alto
 Nota: Una puntuación de 18 o menos se considera un riesgo de desarrollo a úlcera por presión. Ver protocolo de integridad de la piel. Continué las medidas de prevención y/o Manejo implementadas en la admisión hasta el alta del paciente.

1-7

Firma RN y # licencia

Firma RN y # licencia

Firma RN y # licencia

FLOW SHEET- ENERO 2014 – LRT/EWA

14. EMERGENCIAS		11-7	7-3	3-11
TURNOS	DOLOR	<input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO
	Localización:	0 123 4567 8910 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	0 123 4567 8910 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	0 123 4567 8910 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo
	Medicamentos Administrados	<input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO Ver Perfil de Medicamentos	<input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO Ver Perfil de Medicamentos	<input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO Ver Perfil de Medicamentos
ALIVIO		<input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A	<input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A	<input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
		<input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO
		<input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO
Precauciones de Aislamiento	Indique fecha de comienzo:	<input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO
	Tipo de Aislamiento	<input type="checkbox"/> Contacto <input type="checkbox"/> Por gotas <input type="checkbox"/> Por aire <input type="checkbox"/> Protectivo	<input type="checkbox"/> Contacto <input type="checkbox"/> Por gotas <input type="checkbox"/> Por aire <input type="checkbox"/> Protectivo	<input type="checkbox"/> Contacto <input type="checkbox"/> Por gotas <input type="checkbox"/> Por aire <input type="checkbox"/> Protectivo
		<input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO
Educación Paciente o Familia	Expresó conocimiento	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
	Ver Hoja de Educación Multidisciplinaria	<input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO
		<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
16. MEDICAMENTOS	VISITAS MÉDICAS	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
	VISITAS FAMILIARES	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO () Restringidas por orden médica	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO () Restringidas por orden médica	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO () Restringidas por orden médica
	Medicamentos	<input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO
Documento: hora, medicamento, dosis y ruta	Documento: hora, medicamento, dosis y ruta	<input type="checkbox"/> SI Ver Perfil de Medicamentos	<input type="checkbox"/> SI Ver Perfil de Medicamentos	<input type="checkbox"/> SI Ver Perfil de Medicamentos
		<input type="checkbox"/> SI Ver Perfil de Medicamentos	<input type="checkbox"/> SI Ver Perfil de Medicamentos	<input type="checkbox"/> SI Ver Perfil de Medicamentos
		<input type="checkbox"/> SI Ver Perfil de Medicamentos	<input type="checkbox"/> SI Ver Perfil de Medicamentos	<input type="checkbox"/> SI Ver Perfil de Medicamentos
17. OTROS	Pacientes OB & GYN	Sangrado: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Mínimo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Profuso <input type="checkbox"/> N/A	Sangrado: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Mínimo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Profuso <input type="checkbox"/> N/A	Sangrado: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Mínimo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Profuso <input type="checkbox"/> N/A
	Post-Parto y Cesarea	Loquía: <input type="checkbox"/> Rubra <input type="checkbox"/> Alba <input type="checkbox"/> Serosa	Loquía: <input type="checkbox"/> Rubra <input type="checkbox"/> Alba <input type="checkbox"/> Serosa	Loquía: <input type="checkbox"/> Rubra <input type="checkbox"/> Alba <input type="checkbox"/> Serosa
	Procedimientos	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO Especifique: _____	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO Especifique: _____	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO Especifique: _____
Estudios		<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
		<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO Especifique: _____	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO Especifique: _____	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO Especifique: _____
	Muestras de Laboratorio (Especifique hora en que se tomó)	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO Especifique: _____	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO Especifique: _____	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO Especifique: _____
18. COMODIDAD	BANDA IDENTIFICACIÓN	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	BARANDA ELEVADA	<input checked="" type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO
	TIMBRE ACCESIBLE	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
RESTRICCIÓN	<input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO *Ver hoja seguimiento restricciones	<input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO *Ver hoja seguimiento restricciones	<input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO *Ver hoja seguimiento restricciones	

*Toda selección que esté identificada con este símbolo requiere documentación adicional.

TURNO		11-7	7-3	3-11
TEMPERATURA	() Febril	<input checked="" type="checkbox"/> Afebril	() Febril	<input checked="" type="checkbox"/> Afebril
Sensación al Tacto	() Tibia () Seca () *Otro <input checked="" type="checkbox"/> Buen Color	() Fría () Sudorosa <input checked="" type="checkbox"/> Enrojecida*	() Caliente () Seca () Sudorosa () *Otro <input checked="" type="checkbox"/> Buen Color	() Caliente () Fría () Sudorosa () *Otro <input checked="" type="checkbox"/> Enrojecida*
Color	() Pálida* () Clanótica* Describa: _____	() Ictérica () Otro	() Pálida* () Clanótica* Describa: _____	() Ictérica () Otro Describa: _____
Integridad Cuidado a la piel Herida Quirúrgica	() Intacta () SI* () NO Lugar: _____	() Alterada* <input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> NO	() Intacta () SI* () NO Lugar: _____	() Alterada* () SI* () NO Lugar: _____
Turgor	() Bueno	() Regular	() Pobre	() Bueno
DIETA	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	() SI	() NO	() SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
RUTA	<input checked="" type="checkbox"/> Oral () Enteral () Parenteral () Gastrostomía () Yeyunostomía () Residual Gástrico _____ ml <input checked="" type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> Oral () Enteral () Parenteral () Gastrostomía () Yeyunostomía () Residual Gástrico _____ ml <input checked="" type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> Oral () Enteral () Parenteral () Gastrostomía () Yeyunostomía () Residual Gástrico _____ ml <input checked="" type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> Oral () Enteral () Parenteral () Gastrostomía () Yeyunostomía () Residual Gástrico _____ ml <input checked="" type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
Tolerada	() Ambulatorio () Descanso absoluto en cama () Cambio de posición () SI <input checked="" type="checkbox"/> NO () Matress de Aire () Terapia Física () SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	() Ambulatorio () Descanso absoluto en cama () Cambio de posición () SI () NO () Matress de Aire () Terapia Física () SI () NO	() Ambulatorio () Descanso absoluto en cama () Cambio de posición () SI () NO () Matress de Aire () Terapia Física () SI () NO	() Ambulatorio () Descanso absoluto en cama () Cambio de posición () SI () NO () Matress de Aire () Terapia Física () SI () NO
BAÑO	() Cama () Solo	() Ducha <input checked="" type="checkbox"/> Asistencia <input checked="" type="checkbox"/> N/A	() Cama () Solo	() Ducha <input checked="" type="checkbox"/> Asistencia <input checked="" type="checkbox"/> N/A
HIGIENE BUCAL	() Solo	() Asistencia <input checked="" type="checkbox"/> N/A	() Solo	() Asistencia <input checked="" type="checkbox"/> N/A
Área de Venopunción Localización	<input checked="" type="checkbox"/> Periferal () Ninguna Especifique: _____	() Central () Ninguna Especifique: _____	() Periferal () Central () Ninguna Especifique: _____	() Periferal () Central () Ninguna Especifique: _____
Apariencia Área de punción	<input checked="" type="checkbox"/> Normal () Infiltración* () Otro	() Edema* () Eritema* <input checked="" type="checkbox"/> Asistencia <input checked="" type="checkbox"/> N/A	() Normal () Infiltración* () Otro	() Edema* () Eritema* <input checked="" type="checkbox"/> Asistencia <input checked="" type="checkbox"/> N/A
Solución Intravenosa	Especifique: <u>Q8 / C7D</u>	<u>QUS 540</u>	Especifique: <u>QUS 540</u>	Especifique: <u>QUS 540</u>
IVF's Patentes Número de Angio Cuidado área catéter Cambio de línea I.V.	<input checked="" type="checkbox"/> SI Especifique: _____ () SI () SI	() NO <input checked="" type="checkbox"/> NO () NO	<input checked="" type="checkbox"/> SI Especifique: _____ () SI () SI	() NO <input checked="" type="checkbox"/> NO () NO
Limitación de movimiento Presencia de:	() SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO			
	() Contracturas () Anquilosis () Debilidad () Espasticidad () Parálisis () Tracción () Yeso	() Contracturas () Anquilosis () Debilidad () Espasticidad () Parálisis () Tracción () Yeso	() Contracturas () Anquilosis () Debilidad () Espasticidad () Parálisis () Tracción () Yeso	() Contracturas () Anquilosis () Debilidad () Espasticidad () Parálisis () Tracción () Yeso

La selección que esté identificada con este símbolo requiere documentación adicional.

HOSPITAL
HERMANOS
MELÉNDEZ

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
"FLOW SHEET"

Fecha: 11-3-16

Hora: 12 AM

Hora: 9:15 AM

AC:01/01/1922 EDAD: 94Y SEXO: M
RM:0000567278 CNT:0201608052
S.S XXX-XX-6076 CC:400-01
ADM:10/28/2016 01:10 PM
TP:0 - ACUTE INPATIENT
DR: MEDINA LA SALLE, LISA
PLAN: MEDICARE Y MUCHO MAS(HMO-MM)

Hora: 9:2

	TURNO	11-7	7-8	3-11	
1. NIVEL DE CONCIENCIA		<input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Letárgico* <input type="checkbox"/> Comunicativa <input type="checkbox"/> Comatoso* <input checked="" type="checkbox"/> Aparentemente dormido <input type="checkbox"/> Inquietud <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Otro*	<input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Letárgico* <input type="checkbox"/> Comunicativa <input type="checkbox"/> Comatoso* <input checked="" type="checkbox"/> Aparentemente dormido <input type="checkbox"/> Inquietud <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Otro*	<input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Letárgico* <input type="checkbox"/> Comunicativa <input type="checkbox"/> Comatoso* <input checked="" type="checkbox"/> Aparentemente dormido <input type="checkbox"/> Inquietud <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Otro*	
	RESPIRACIÓN	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Llana <input type="checkbox"/> Profunda <input type="checkbox"/> Otro*	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Llana <input type="checkbox"/> Profunda <input type="checkbox"/> Otro*	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Llana <input type="checkbox"/> Profunda <input type="checkbox"/> Otro*	
	Tos	<input type="checkbox"/> Productiva <input type="checkbox"/> No Productiva	<input type="checkbox"/> Productiva <input type="checkbox"/> No Productiva	<input type="checkbox"/> Productiva <input type="checkbox"/> No Productiva	
	Succión	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Especifique: _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Especifique: _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Especifique: _____	
	Oxígeno	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Especifique: _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Especifique: _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Especifique: _____	
2. SISTEMA RESPIRATORIO	Terapia Respiratoria	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	PULSO	<input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Otro* <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Otro* <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Otro* <input type="checkbox"/> N/A	
	Presión sanguínea alterada Conectado al monitor Edema	<input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Especifique: _____	<input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Especifique: _____	<input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Especifique: _____	
	3. SISTEMA CARDIOVASCULAR	Abdomen	Blando <input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO Duro <input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO Distendido <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO NGT <input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Succión intermitente <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Apariencia y Color _____	Blando <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Duro <input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO Distendido <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO NGT <input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Succión intermitente <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Apariencia y Color _____	Blando <input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO Duro <input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO Distendido <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO NGT <input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Succión intermitente <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Apariencia y Color _____
		Eliminación (Heces Fecales)	<input type="checkbox"/> No ha evacuado <input type="checkbox"/> Blanda <input type="checkbox"/> Diarrreas <input type="checkbox"/> Dura	<input type="checkbox"/> No ha evacuado <input type="checkbox"/> Blanda <input type="checkbox"/> Diarrreas <input type="checkbox"/> Dura	<input type="checkbox"/> No ha evacuado <input type="checkbox"/> Blanda <input type="checkbox"/> Diarrreas <input type="checkbox"/> Dura
4. SISTEMA GASTRO		Orina	<input type="checkbox"/> Espontáneo <input type="checkbox"/> Catedartizado Hora _____ Cantidad _____ ml Apariencia y Color _____	<input type="checkbox"/> Espontáneo <input type="checkbox"/> Catedartizado Hora _____ Cantidad _____ ml Apariencia y Color _____	<input type="checkbox"/> Espontáneo <input type="checkbox"/> Catedartizado Hora _____ Cantidad _____ ml Apariencia y Color _____
		Sonda Urinaria Cuidado al Catéter Apariencia Genital Secrecciones:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal* <input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal* <input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal* <input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO
		5. SISTEMA GENITOURINARIO			

*Toda selección que está identificada con este símbolo requiere documentación adicional.

TURNO		11-7			7-8			3-12					
TEMPERATURA		<input type="checkbox"/> Febrero	<input checked="" type="checkbox"/> Abril		<input type="checkbox"/> Febrero	<input checked="" type="checkbox"/> Abril		<input type="checkbox"/> Febrero	<input checked="" type="checkbox"/> Abril				
Sensación al Tácto		<input checked="" type="checkbox"/> Tibia	<input type="checkbox"/> Fría	<input type="checkbox"/> Caliente	<input checked="" type="checkbox"/> Tibia	<input type="checkbox"/> Fría	<input type="checkbox"/> Caliente	<input checked="" type="checkbox"/> Tibia	<input type="checkbox"/> Fría	<input type="checkbox"/> Caliente			
Color		<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Sudorosa		<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Sudorosa		<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Sudorosa				
		<input type="checkbox"/> *Otro			<input type="checkbox"/> *Otro			<input type="checkbox"/> *Otro					
		<input type="checkbox"/> Buen Color			<input type="checkbox"/> Buen Color			<input type="checkbox"/> Buen Color					
		<input type="checkbox"/> Pálida*	<input type="checkbox"/> Enrojecida*		<input type="checkbox"/> Pálida*	<input type="checkbox"/> Enrojecida*		<input type="checkbox"/> Pálida*	<input type="checkbox"/> Enrojecida*				
		<input type="checkbox"/> Cladótica*	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Cladótica*	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Cladótica*	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input type="checkbox"/> Otro			
Descripción:													
Integridad Cubido a la piel Herida Quirúrgica		<input checked="" type="checkbox"/> Intacta	<input type="checkbox"/> Alterada*		<input checked="" type="checkbox"/> Intacta	<input type="checkbox"/> Alterada*		<input checked="" type="checkbox"/> Intacta	<input type="checkbox"/> Alterada*				
		<input type="checkbox"/> Si*	<input checked="" type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> Si*	<input checked="" type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> Si*	<input checked="" type="checkbox"/> NO				
Lugar:													
*Ver protocolo de Integridad de la piel													
Turgor		<input type="checkbox"/> Bueno	<input checked="" type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Pobre	<input type="checkbox"/> Bueno	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Pobre	<input type="checkbox"/> Bueno	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Pobre			
DIETA		<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO				
RUTA		<input type="checkbox"/> Oral			<input type="checkbox"/> Oral			<input type="checkbox"/> Oral					
		<input type="checkbox"/> Enteral			<input checked="" type="checkbox"/> Enteral			<input type="checkbox"/> Enteral					
		<input type="checkbox"/> Parenteral			<input type="checkbox"/> Parenteral			<input type="checkbox"/> Parenteral					
		<input type="checkbox"/> Gastrostomía			<input type="checkbox"/> Gastrostomía			<input type="checkbox"/> Gastrostomía					
		<input type="checkbox"/> Yeyunostomía			<input type="checkbox"/> Yeyunostomía			<input type="checkbox"/> Yeyunostomía					
Tolerancia		<input type="checkbox"/> Residual Gástrico		ml	<input type="checkbox"/> Residual Gástrico		ml	<input type="checkbox"/> Residual Gástrico		ml			
		<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO				
		<input type="checkbox"/> Ambulatorio			<input type="checkbox"/> Ambulatorio			<input type="checkbox"/> Ambulatorio					
		<input type="checkbox"/> Descanso absoluto en cama			<input type="checkbox"/> Descanso absoluto en cama			<input type="checkbox"/> Descanso absoluto en cama					
		<input type="checkbox"/> Cambio de posición	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Cambio de posición	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Cambio de posición	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO			
		<input type="checkbox"/> Matress de Alra			<input type="checkbox"/> Matress de Alra			<input type="checkbox"/> Matress de Alra					
		<input type="checkbox"/> Terapia Física	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Terapia Física	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Terapia Física	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO			
BARO		<input type="checkbox"/> Cama	<input type="checkbox"/> Ducha		<input type="checkbox"/> Cama	<input type="checkbox"/> Ducha		<input type="checkbox"/> Cama	<input type="checkbox"/> Ducha				
HIGIENE BUCAL		<input type="checkbox"/> Solo	<input type="checkbox"/> Asistencia	N/A	<input type="checkbox"/> Solo	<input checked="" type="checkbox"/> Asistencia	N/A	<input type="checkbox"/> Solo	<input type="checkbox"/> Asistencia	N/A			
Área de Venopunción		<input checked="" type="checkbox"/> Periferal	<input type="checkbox"/> Central	<input type="checkbox"/> Medport	<input type="checkbox"/> Periferal	<input type="checkbox"/> Central	<input type="checkbox"/> Medport	<input type="checkbox"/> Periferal	<input type="checkbox"/> Central	<input type="checkbox"/> Medport			
Localización		<input type="checkbox"/> Ninguna			<input type="checkbox"/> Ninguna			<input type="checkbox"/> Ninguna					
Apariencia Áreas de punción		Especifique:				Especifique:				Especifique:			
		<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Edema*		<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Edema*		<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Edema*				
		<input type="checkbox"/> Infiltración*	<input type="checkbox"/> Eritema*		<input type="checkbox"/> Infiltración*	<input type="checkbox"/> Eritema*		<input type="checkbox"/> Infiltración*	<input type="checkbox"/> Eritema*				
		<input type="checkbox"/> Otra			<input type="checkbox"/> Otra			<input type="checkbox"/> Otra					
Solución intravascular		Especifique:	45 L 40			Especifique:	0.45 L 40			Especifique:	0.45 L 40		
IV's Patentes		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO				
Número de Angio		Especifique:				Especifique:				Especifique:			
Cuidado área catéter		<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO				
Cambio de líneas I.V.		<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO				
Limitación de movimiento		<input type="checkbox"/> SI*	<input checked="" type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI*	<input checked="" type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI*	<input type="checkbox"/> NO				
Presencia de:		<input type="checkbox"/> Contracturas			<input type="checkbox"/> Contracturas			<input type="checkbox"/> Contracturas					
		<input type="checkbox"/> Anquilosis			<input type="checkbox"/> Anquilosis			<input type="checkbox"/> Anquilosis					
		<input type="checkbox"/> Debilidad			<input type="checkbox"/> Debilidad			<input type="checkbox"/> Debilidad					
		<input type="checkbox"/> Especialidad			<input type="checkbox"/> Especialidad			<input type="checkbox"/> Especialidad					
		<input type="checkbox"/> Parálisis			<input type="checkbox"/> Parálisis			<input type="checkbox"/> Parálisis					
		<input type="checkbox"/> Traction			<input type="checkbox"/> Traction			<input type="checkbox"/> Traction					
		<input type="checkbox"/> Yeso			<input type="checkbox"/> Yeso			<input type="checkbox"/> Yeso					
Indicación que estát identificada con este símbolo requiere documentación adicional.													
EP URT/EWA													

12. COMORBIDAS	TURNOS DOLOR	<input type="checkbox"/> SI* Localización: 0 123 4567 8910 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> SI* Localización: 0 123 4567 8918 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> SI* 7-3 <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI* Localización: 0 123 4567 8910 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> SI* 3-11 <input type="checkbox"/> NO
	Medicamentos Administrados	<input type="checkbox"/> SI* Ver Perfil de Medicamentos <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> SI* Ver Perfil de Medicamentos <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> SI* Ver Perfil de Medicamentos <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
	ALIVIO	<input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
13. AISLAMIENTO	Precusiones de Aislamiento	<input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO	
	Indique fecha de comienzo:					
14. EDUCACION	Tipo de Aislamiento	<input type="checkbox"/> Contacto <input type="checkbox"/> Por gotas <input type="checkbox"/> Por aire <input type="checkbox"/> Protectivo	<input type="checkbox"/> Contacto <input type="checkbox"/> Por gotas <input type="checkbox"/> Por aire <input type="checkbox"/> Protectivo	<input type="checkbox"/> Contacto <input type="checkbox"/> Por gotas <input type="checkbox"/> Por aire <input type="checkbox"/> Protectivo	<input type="checkbox"/> Contacto <input type="checkbox"/> Por gotas <input type="checkbox"/> Por aire <input type="checkbox"/> Protectivo	
	Educación Paciente o Familia	<input type="checkbox"/> SI* Ver Hoja de Educación Multidisciplinaria <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI* Ver Hoja de Educación Multidisciplinaria <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI* Ver Hoja de Educación Multidisciplinaria <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI* Ver Hoja de Educación Multidisciplinaria <input type="checkbox"/> NO	
	Expresó conocimiento	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
15. VISTAS	VISITAS MÉDICAS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	VISITAS FAMILIARES	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Restringidas por orden médica	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Restringidas por orden médica	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Restringidas por orden médica	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Restringidas por orden médica	
	Medicamentos	<input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO	
16. DOCUMENTACION	Documenta: hora, medicamento, dosis y ruta	<input type="checkbox"/> Ver Perfil de Medicamentos	<input type="checkbox"/> Ver Perfil de Medicamentos	<input type="checkbox"/> Ver Perfil de Medicamentos	<input type="checkbox"/> Ver Perfil de Medicamentos	
	Pacientes OB & GYN	Sangrado: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Mínimo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Profuso <input type="checkbox"/> N/A	Sangrado: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Mínimo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Profuso <input type="checkbox"/> N/A	Sangrado: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Mínimo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Profuso <input type="checkbox"/> N/A	Sangrado: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Mínimo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Profuso <input type="checkbox"/> N/A	
	Post-Parto y Cesárea	Loquía: <input type="checkbox"/> Rubra <input type="checkbox"/> Alba <input type="checkbox"/> Serosa	Loquía: <input type="checkbox"/> Rubra <input type="checkbox"/> Alba <input type="checkbox"/> Serosa	Loquía: <input type="checkbox"/> Rubra <input type="checkbox"/> Alba <input type="checkbox"/> Serosa	Loquía: <input type="checkbox"/> Rubra <input type="checkbox"/> Alba <input type="checkbox"/> Serosa	
17. SEGUIMIENTO	Procedimientos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Especifique: _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Especifique: _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Especifique: _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Especifique: _____	
	Estudios	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Especifique: _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Especifique: _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Especifique: _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Especifique: _____	
	Muestras de Laboratorio (Especifique hora en que se tomó)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Especifique: <u>12:00 pm</u>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Especifique: _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Especifique: _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Especifique: _____	
BANDA IDENTIFICACIÓN	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
BARANDA ELEVADA	<input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO		
TIMBRE ACCESIBLE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
RESTRICCIÓN	<input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO *Ver hoja seguimiento restricciones	<input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO *Ver hoja seguimiento restricciones	<input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO *Ver hoja seguimiento restricciones	<input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO *Ver hoja seguimiento restricciones		

*Toda selección que esté identificada con este símbolo requiere documentación adicional.

19. ESTIMADO DE RIESGO A CAÍDAS (H.Downton)

TURNOS	11-7	7-2	3-11
CAÍDAS PREVIAS	No 0 Sí 1	No 0 Sí 1	No 0 Sí 1
ESTADO MENTAL	Orientado 0 Confuso 1	Orientado 0 Confuso 1	Orientado 0 Confuso 1
DÉFICIT SENSORIAL/MOTOR	Ninguno 0 Alteraciones visuales 1 Alteraciones auditivas 1 Extremidades (parálisis- paresia) 1	Ninguno 0 Alteraciones visuales 1 Alteraciones auditivas 1 Extremidades (parálisis- paresia) 1	Ninguno 0 Alteraciones visuales 1 Alteraciones auditivas 1 Extremidades (parálisis- paresia) 1
MOVILIDAD	Normal 0 Segura con ayuda 1 Insegura con ayuda/sin ayuda 1 Imposible 1	Normal 0 Segura con ayuda 1 Insegura con ayuda/sin ayuda 1 Imposible 1	Normal 0 Segura con ayuda 1 Insegura con ayuda/sin ayuda 1 Imposible 1
EDAD	< 60 Años 0 > 61 Años 1 Ningunos 0	< 60 Años 0 > 61 Años 1 Ningunos 0	< 60 Años 0 > 61 Años 1 Ningunos 0
MEDICAMENTOS	Tranquilizantes, sedantes 1 Diuréticos 1 Hipotensores (no diuréticos) 1 Antiparkinsonianos 1 Antidepresivos 1	Tranquilizantes, sedantes 1 Diuréticos 1 Hipotensores (no diuréticos) 1 Antiparkinsonianos 1 Antidepresivos 1	Tranquilizantes, sedantes 1 Diuréticos 1 Hipotensores (no diuréticos) 1 Antiparkinsonianos 1 Antidepresivos 1
Alto Riesgo: Mayor de 2 puntos / 15 <input type="checkbox"/> Riesgo Nulo 0-2 <input type="checkbox"/> Riesgo Alto (3 ó más)*	TOTAL 3	TOTAL 2	TOTAL 2

Instrucciones para Escala Braden: En cada turno estime la puntuación que se requiera en cada rango y documente el total en el espacio indicado. Indique el riesgo de acuerdo al total estimado en el espacio suministrado en cada turno.

PERCEPCIÓN SENSORIAL	Completemete limitada 1 Muy limitada 2 Ligeramente limitada 3 Sin limitaciones 4	Completemete limitada 1 Muy limitada 2 Ligeramente limitada 3 Sin limitaciones 4	Completemete limitada 1 Muy limitada 2 Ligeramente limitada 3 Sin limitaciones 4
EXPOSICIÓN HUMEDAD	Constantemente húmeda 1 A menudo húmeda 2 Ocasionalmente húmeda 3 Raramente húmeda 4	Constantemente húmeda 1 A menudo húmeda 2 Ocasionalmente húmeda 3 Raramente húmeda 4	Constantemente húmeda 1 A menudo húmeda 2 Ocasionalmente húmeda 3 Raramente húmeda 4
ACTIVIDAD	Encamado/a 1 En silla 2 Ambula ocasionalmente 3 Ambula frecuentemente 4	Encamado/a 1 En silla 2 Ambula ocasionalmente 3 Ambula frecuentemente 4	Encamado/a 1 En silla 2 Ambula ocasionalmente 3 Ambula frecuentemente 4
MOVILIDAD	Completemente inmóvil 1 Muy limitada 2 Ligeramente limitada 3 Sin limitaciones 4	Completemete inmóvil 1 Muy limitada 2 Ligeramente limitada 3 Sin limitaciones 4	Completemete inmóvil 1 Muy limitada 2 Ligeramente limitada 3 Sin limitaciones 4
NUTRICIÓN	Muy pobre 1 Probablemente inadecuada 2 Adecuada 3 Excelente 4	Muy pobre 1 Probablemente inadecuada 2 Adecuada 3 Excelente 4	Muy pobre 1 Probablemente inadecuada 2 Adecuada 3 Excelente 4
FRICCIÓN/LESION	Problema 1 Problema potencial 2 No existe problema aparente 3 No problema 4	Problema 1 Problema potencial 2 No existe problema aparente 3 No problema 4	Problema 1 Problema potencial 2 No existe problema aparente 3 No problema 4
STIME RIESGO/TOTAL	RIESGO: TOTAL 18	RIESGO: TOTAL 12	RIESGO: TOTAL 12

scale: Mayor de 18 = Riesgo Ninguno, 15 - 18 = Riesgo Leve, 13 - 14 = Riesgo Moderado, 10 - 12 = Riesgo Alto, 9 o menos = Riesgo Muy Alto
not: Una puntuación de 18 o menos se considera un riesgo de desarrollo a discusión por presión. Ver protocolo de integridad de la piel. Continúe las medidas de intervención y/o Manejo implementadas en la admisión hasta el alta del paciente.

1-7

Firma RN y # licencia

7-2

Firma RN y # licencia

3-11

Firma RN y # licencia

"FLOW SHEET- ENERO 2014 – LRT/EWA



**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
"FLOW SHEET"**

MM:0000567278 EDAD: 94Y SÉXO: M
S.S: XXX-XX-6076 CNT: 0201608052
ADM: 10/28/2016 01:10 PM CC: 400-01
TP: 0 - ACUTE INPATIENT
DR: MEDINA LA SALLE, LISA
PLAN: MEDICARE Y MUCHO MAS(HMO-MA)

Fecha: 11-2-16 Hora: 1:00 AM

Hora: 1:00 AM

Hora: _____

1. NIVEL DE CONCIENCIA	TURNO	11-7		7-3		S-11	
		() ORIENTADO	() DESORIENTADO	() ORIENTADO	() DESORIENTADO	() ORIENTADO	() DESORIENTADO
		() Alerta	() Letárgico*	() Alerta	() Letárgico*	() Alerta	() Letárgico*
		() Comunicativo	() Comatoso*	() Comunicativo	() Comatoso*	() Comunicativo	() Comatoso*
		() Aparentemente dormido	() Inquietud	() Aparentemente dormido	() Inquietud	() Aparentemente dormido	() Inquietud
		() Inconsciente	() Agitado	() Inconsciente	() Agitado	() Inconsciente	() Agitado
		() Otro*		() Otro*		() Otro*	
2. SISTEMA RESPIRATORIO	RESPIRACIÓN	() Regular	() Irregular	() Regular	() Irregular	() Regular	() Irregular
	Tos	() Llana	() Profunda	() Llana	() Profunda	() Llana	() Profunda
	Succión	() Productiva	() No Productiva	() Productiva	() No Productiva	() Productiva	() No Productiva
		() N/A		() N/A		() N/A	
	() SI	() NO	() SI	() NO	() SI	() NO	
	Especifique:		Especifique:		Especifique:		
3. SISTEMA CARDIOVASCULAR	Oxígeno	() SI	() NO	() SI	() NO	() SI	() NO
		Especifique:		Especifique:		Especifique:	
	Terapia Respiratoria	() SI	() NO	() SI	() NO	() SI	() NO
4. SISTEMA GASTRO	PULSO	() Taquicardia	() Bradicardia	() Taquicardia	() Bradicardia	() Taquicardia	() Bradicardia
		() Otro*	() N/A	() Otro*	() N/A	() Otro*	() N/A
	Presión sanguínea alterada	() SI*	() NO	() SI*	() NO	() SI*	() NO
	Conectado a monitor	() SI	() NO	() SI	() NO	() SI	() NO
Edema	() SI	() NO	() SI	() NO	() SI	() NO	
	Especifique:		Especifique:		Especifique:		
5. SISTEMA GENITOURINARIO	Abdomen	Blando	() SI	() NO	Blando	() SI	() NO
		Duro	() SI*	() NO	Duro	() SI*	() NO
		Distendido	() SI	() NO	Distendido	() SI	() NO
		NGT	() SI*	() NO	NGT	() SI*	() NO
	() Succión Intermitente	() SI	() NO	() Succión Intermitente	() SI	() NO	
	Apariencia y Color		Apariencia y Color		Apariencia y Color		
Eliminación (Heces Fecales)							
		() No ha evacuado		() No ha evacuado		() No ha evacuado	
		() Blanda		() Blanda		() Blanda	
		() Diarreas		() Diarreas		() Diarreas	
	() Dura		() Dura		() Dura		
Orina							
		() Espontáneo		() Espontáneo		() Espontáneo	
		() Cateterizado		() Cateterizado		() Cateterizado	
		Hora _____ Cantidad _____ ml		Hora _____ Cantidad _____ ml		Hora _____ Cantidad _____ ml	
Sonda Urinaria							
		() SI	() NO	() SI	() NO	() SI	() NO
		() SI	() NO	() SI	() NO	() SI	() NO
		() Normal	() Anormal*	() Normal	() Anormal*	() Normal	() Anormal*
Cuidado al Catéter							
		() SI*	() NO	() SI*	() NO	() SI*	() NO
Apariencia Genital							
		() Normal	() Anormal*	() Normal	() Anormal*	() Normal	() Anormal*
Secreciones							
		() SI*	() NO	() SI*	() NO	() SI*	() NO

*Toda selección que esté identificada con este símbolo requiere documentación adicional.

		11-7	7-3	3-11
TURNOS				
TEMPERATURA	() Febril	(X) Febril	() Febril	() Febril
Sensación al Tacto	() Tibia () Fría () Caliente	() Tibia () Fría () Caliente	() Tibia () Fría () Caliente	() Tibia () Fría () Caliente
Color	() Seca () Sudorosa () Otro () Buen Color () Pálida* () Enrojecida* () Cianótica* () Ictericia () Otro	() Seca () Sudorosa () *Otro () Buen Color () Pálida* () Enrojecida* () Cianótica* () Ictericia () Otro	() Seca () Sudorosa () *Otro () Buen Color () Pálida* () Enrojecida* () Cianótica* () Ictericia () Otro	() Seca () Sudorosa () *Otro () Buen Color () Pálida* () Enrojecida* () Cianótica* () Ictericia () Otro
Integridad Cuidado a la piel Herida Quirúrgica	Describa: _____	Describa: _____	Describa: _____	Describa: _____
Turgor	() Intacta () Alterada* () SI* () NO () SI* () NO	() Intacta () Alterada* () SI* () NO () SI* () NO	() Intacta () Alterada* () SI* () NO () SI* () NO	() Intacta () Alterada* () SI* () NO () SI* () NO
DIETA	() SI () NO			
RUTA	() Oral () Enteral () Parenteral () Gastrostomía () Yeyunostomía	() Oral () Enteral () Parenteral () Gastrostomía () Yeyunostomía	() Oral () Enteral () Parenteral () Gastrostomía () Yeyunostomía	() Oral () Enteral () Parenteral () Gastrostomía () Yeyunostomía
Tolerada	() Residual Gástrico _____ ml () SI () NO	() Residual Gástrico _____ ml () SI () NO	() Residual Gástrico _____ ml () SI () NO	() Residual Gástrico _____ ml () SI () NO
	() Ambulatorio () Descanso absoluto en cama () Cambio de posición () SI () NO () Matress de Aire () Terapia Física () SI () NO	() Ambulatorio () Descanso absoluto en cama () Cambio de posición () SI () NO () Matress de Aire () Terapia Física () SI () NO	() Ambulatorio () Descanso absoluto en cama () Cambio de posición () SI () NO () Matress de Aire () Terapia Física () SI () NO	() Ambulatorio () Descanso absoluto en cama () Cambio de posición () SI () NO () Matress de Aire () Terapia Física () SI () NO
BAÑO	() Cama () Ducha () Solo () Asistencia () N/A () Solo () Asistencia () N/A	() Cama () Ducha () Solo () Asistencia () N/A () Solo () Asistencia () N/A	() Cama () Ducha () Solo () Asistencia () N/A () Solo () Asistencia () N/A	() Cama () Ducha () Solo () Asistencia () N/A () Solo () Asistencia () N/A
HIGIENE BUCAL				
Área de Venopunción	() Periferal () Central () Medport () Ninguna Especifique: _____	() Periferal () Central () Medport () Ninguna Especifique: _____	() Periferal () Central () Medport () Ninguna Especifique: _____	() Periferal () Central () Medport () Ninguna Especifique: _____
Localización				
Apariencia Área de punción	() Normal () Edema* () Infiltración* () Eritema* () Otro	() Normal () Edema* () Infiltración* () Eritema* () Otro	() Normal () Edema* () Infiltración* () Eritema* () Otro	() Normal () Edema* () Infiltración* () Eritema* () Otro
Solución Intravenosa	Especifique: W/S. 4S - 100C 40	Especifique: W/S. 4S - 100C 40	Especifique: W/S. 4S - 100C 40	Especifique: (O/I) (W/I)
IVF's Patentes	() SI () NO			
Número de Angio	Especifique: _____	Especifique: _____	Especifique: _____	Especifique: _____
Cuidado área catéter	() SI () NO () SI () NO	() SI () NO () SI () NO	() SI () NO () SI () NO	() SI () NO () SI () NO
Cambio de línea I.V.				
Limitación de movimiento	() SI* () NO			
Presencia de:	() Contracturas () Anquilosis () Debilidad () Espasticidad () Parálisis () Tracción () Yeso	() Contracturas () Anquilosis () Debilidad () Espasticidad () Parálisis () Tracción () Yeso	() Contracturas () Anquilosis () Debilidad () Espasticidad () Parálisis () Tracción () Yeso	() Contracturas () Anquilosis () Debilidad () Espasticidad () Parálisis () Tracción () Yeso

*Toda selección que esté identificada con este símbolo requiere documentación adicional.

12. COMODIDAD	TURNOS	11-7		7-3	3-11
	DOLOR	<input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO Localización: 0 123 4567 8910 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO Localización: 0 123 4567 8910 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO Localización: 0 123 4567 8910 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	
	Medicamentos Administrados	<input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO Ver Perfil de Medicamentos	<input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO Ver Perfil de Medicamentos	<input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO Ver Perfil de Medicamentos	
ALIVIO	<input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO () N/A	<input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO () N/A	<input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO () N/A		
13. AISLAMIENTO	Precauciones de Aislamiento Indique fecha de comienzo: ____	<input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO Tipo de Aislamiento <input type="checkbox"/> Contacto <input type="checkbox"/> Por gotas <input type="checkbox"/> Por aire <input type="checkbox"/> Protectivo	<input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO Tipo de Aislamiento <input type="checkbox"/> Contacto <input type="checkbox"/> Por gotas <input type="checkbox"/> Por aire <input type="checkbox"/> Protectivo	<input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO Tipo de Aislamiento <input type="checkbox"/> Contacto <input type="checkbox"/> Por gotas <input type="checkbox"/> Por aire <input type="checkbox"/> Protectivo	
14. EDUCACIÓN	Educación Paciente o Familia Expresó conocimiento	<input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO Ver Hoja de Educación Multidisciplinaria <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO Ver Hoja de Educación Multidisciplinaria <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO Ver Hoja de Educación Multidisciplinaria <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	
15. VISITAS	VISITAS MÉDICAS	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	
	VISITAS FAMILIARES	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO () Restringidas por orden médica	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO () Restringidas por orden médica	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO () Restringidas por orden médica	
16. MEDICACIÓN	Medicamentos Documento: hora, medicamento, dosis y ruta	<input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO Ver Perfil de Medicamentos	<input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO Ver Perfil de Medicamentos	<input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO Ver Perfil de Medicamentos	
	Pacientes OB & GYN Post-Parto y Cesarea	Sangrado: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Mínimo <input type="checkbox"/> Profuso <input type="checkbox"/> Moderado <input checked="" type="checkbox"/> N/A Loquía: <input type="checkbox"/> Rubra <input type="checkbox"/> Alba <input type="checkbox"/> Serosa	Sangrado: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Mínimo <input type="checkbox"/> Profuso <input type="checkbox"/> Moderado <input checked="" type="checkbox"/> N/A Loquía: <input type="checkbox"/> Rubra <input type="checkbox"/> Alba <input type="checkbox"/> Serosa	Sangrado: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Mínimo <input type="checkbox"/> Profuso <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> N/A Loquía: <input type="checkbox"/> Rubra <input type="checkbox"/> Alba <input type="checkbox"/> Serosa	
17. OTROS	Procedimientos Estudios Muestras de Laboratorio (Especifique hora en que se tomó)	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO Especifique: _____ <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO Especifique: _____ <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO Especifique: _____	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO Especifique: _____ <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO Especifique: _____ <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO Especifique: _____	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO Especifique: _____ <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO Especifique: _____ <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO Especifique: _____	
18. COMODIDAD	BANDA IDENTIFICACIÓN BARANDA ELEVADA TIMBRE ACCESIBLE RESTRICCIÓN	<input checked="" type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO *Ver hoja seguimiento restricciones	<input checked="" type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO *Ver hoja seguimiento restricciones	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO *Ver hoja seguimiento restricciones	

*Toda selección que esté identificada con este símbolo requiere documentación adicional.

19. ESTIMADO DE RIESGO A CAÍDAS (J.H.Downton)

		11-7	7-3	3-11
CAÍDAS PREVIAS	No	0	0	No
	SI	1	1	SI
ESTADO MENTAL	Orientado	0	0	Orientado
	Confuso	1	1	Confuso
DÉFICIT SENSORIAL/MOTOR	Ninguno	0	0	Ninguno
	Alteraciones visuales	1	1	Alteraciones visuales
	Alteraciones auditivas	1	1	Alteraciones auditivas
	Extremidades (parálisis- paresia)	1	1	Extremidades (parálisis- paresia)
MOVILIDAD	Normal	0	0	Normal
	Segura con ayuda	1	1	Segura con ayuda
	Insegura con ayuda/sin ayuda	1	1	Insegura con ayuda/sin ayuda
	Imposible	2	1	Imposible
EDAD	< 60 Años	0	0	< 60 Años
	> 61 Años	1	1	> 61 Años
MEDICAMENTOS	Ningunos	0	0	Ningunos
	Tranquilizantes, sedantes	1	1	Tranquilizantes, sedantes
	Diuréticos,	1	1	Diuréticos,
	Hipotensores (no diuréticos)	1	1	Hipotensores (no diuréticos)
	Antiparkinsonianos	1	1	Antiparkinsonianos
	Antidepresivos	1	1	Antidepresivos
	TOTAL	4	4	TOTAL
Alto Riesgo: Mayor de 2 puntos / 15				
<input type="checkbox"/> Riesgo Nulo (0-2)				
<input checked="" type="checkbox"/> Riesgo Alto (3 ó más)*				

Instrucciones para Escala Braden: En cada turno estime la puntuación que se requiere en cada renglón y documente el total en el espacio indicado. Indique el riesgo de acuerdo al total estimado en el espacio suministrado en cada turno.

PERCEPCIÓN SENSORIAL	Completamente limitada	1	Completamente limitada	1	Completamente limitada	1
	Muy limitada	2	Muy limitada	2	Muy limitada	2
	Ligeramente limitada	3	Ligeramente limitada	3	Ligeramente limitada	3
	Sin limitaciones	4	Sin limitaciones	4	Sin limitaciones	4
	Constantemente húmeda	1	Constantemente húmeda	1	Constantemente húmeda	1
	A menudo húmeda	2	A menudo húmeda	2	A menudo húmeda	2
	Ocasionalmente húmeda	3	Ocasionalmente húmeda	3	Ocasionalmente húmeda	3
	Raramente húmeda	4	Raramente húmeda	4	Raramente húmeda	4
	Encamado/a	1	Encamado/a	1	Encamado/a	1
	En silla	2	En silla	2	En silla	2
EXPOSICIÓN HUMEDAD	Ambula ocasionalmente	3	Ambula ocasionalmente	3	Ambula ocasionalmente	3
	Ambula frecuentemente	4	Ambula frecuentemente	4	Ambula frecuentemente	4
	Completa e inmóvil	1	Completa e inmóvil	1	Completa e inmóvil	1
	Muy limitada	2	Muy limitada	2	Muy limitada	2
	Ligeramente limitada	3	Ligeramente limitada	3	Ligeramente limitada	3
	Sin limitaciones	4	Sin limitaciones	4	Sin limitaciones	4
	Muy pobre	1	Muy pobre	1	Muy pobre	1
	Probablemente inadecuada	2	Probablemente inadecuada	2	Probablemente inadecuada	2
	Adecuada	3	Adecuada	3	Adecuada	3
	Excelente	4	Excelente	4	Excelente	4
ACTIVIDAD	Problema	1	Problema	1	Problema	1
	Problema potencial	2	Problema potencial	2	Problema potencial	2
	No existe problema aparente	3	No existe problema aparente	3	No existe problema aparente	3
	No problema	4	No problema	4	No problema	4
	TOTAL	4	TOTAL	4	TOTAL	4
MOVILIDAD	RIESGO:	4	RIESGO:	4	RIESGO:	4
	riesgo	4	riesgo	4	riesgo	4
	TOTAL	4	TOTAL	4	TOTAL	4
NUTRICIÓN	RIESGO:	4	RIESGO:	4	RIESGO:	4
	riesgo	4	riesgo	4	riesgo	4
	TOTAL	4	TOTAL	4	TOTAL	4
FRICCIÓN/LESION	RIESGO:	4	RIESGO:	4	RIESGO:	4
	riesgo	4	riesgo	4	riesgo	4
	TOTAL	4	TOTAL	4	TOTAL	4
ESTIMAR RIESGO/TOTAL	RIESGO:	4	RIESGO:	4	RIESGO:	4
	riesgo	4	riesgo	4	riesgo	4

Escala: Mayor de 18 = Riesgo Ninguna, 15 - 18 = Riesgo Leve, 13 - 14 = Riesgo Moderado, 10 - 12 = Riesgo Alto, 9 o menos = Riesgo Muy Alto
 Nota: Una puntuación de 18 o menos se considera un riesgo de desarrollo a corto plazo. Ver protocolo de integridad de la piel. Continúe las medidas de Prevención y/o Manejo implementadas en la admisión hasta el alta del paciente.

11-7	7-3	3-11

Firma RN y # licencia

Firma RN y # licencia

Firma RN y # licencia



DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

"FLOW SHEET"

ADM : 94Y SEXO : M
CNT : 0201608052
SS : XXX-XX-6076 CC : 400-01
ADM : 10/28/2016 01:10 PM
TP : 0 - ACUTE INPATIENT
DR : MEDINA LA SALLE, LISA
PLAN : MEDICARE Y MUCHO MAS(HMO-MA)

Fecha: 11/11/10

Hora: 10:00 AM

Hora: 11:00 AM

Hora: 4:15

TURNO		11-7	7-3	3-11
1. NIVEL DE CONCIENCIA		<input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Alerta <input checked="" type="checkbox"/> Letárgico* <input type="checkbox"/> Comunicativo <input checked="" type="checkbox"/> Comatoso* <input checked="" type="checkbox"/> Aparentemente dormido <input type="checkbox"/> Inquietud <input type="checkbox"/> Inconsciente <input checked="" type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Otro*	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input checked="" type="checkbox"/> Alerta <input checked="" type="checkbox"/> Letárgico* <input checked="" type="checkbox"/> Comunicativo <input checked="" type="checkbox"/> Comatoso* <input checked="" type="checkbox"/> Aparentemente dormido <input type="checkbox"/> Inquietud <input type="checkbox"/> Inconsciente <input checked="" type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Otro*	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input checked="" type="checkbox"/> Alerta <input checked="" type="checkbox"/> Letárgico* <input type="checkbox"/> Comunicativo <input type="checkbox"/> Comatoso* <input checked="" type="checkbox"/> Aparentemente dormido <input type="checkbox"/> Inquietud <input type="checkbox"/> Inconsciente <input checked="" type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Otro*
2. SISTEMA RESPIRATORIO	RESPIRACIÓN	<input type="checkbox"/> Regular <input checked="" type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Llana <input type="checkbox"/> Profunda <input type="checkbox"/> Otro* _____	<input type="checkbox"/> Regular <input checked="" type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Llana <input type="checkbox"/> Profunda <input type="checkbox"/> Otro* _____	<input type="checkbox"/> Regular <input checked="" type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Llana <input type="checkbox"/> Profunda <input type="checkbox"/> Otro* _____
	Tas Succión	<input type="checkbox"/> Productiva <input checked="" type="checkbox"/> No Productiva <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Especifique: _____	<input type="checkbox"/> Productiva <input checked="" type="checkbox"/> No Productiva <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Especifique: _____	<input type="checkbox"/> Productiva <input checked="" type="checkbox"/> No Productiva <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Especifique: _____
	Oxígeno	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Especifique: <u>26 litros</u>	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Especifique: <u>26 litros</u>	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Especifique: <u>26 litros</u>
	Terapia Respiratoria	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3. SISTEMA CARDIOVASCULAR	PULSO	<input type="checkbox"/> Taquicardia <input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Otro* <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Taquicardia <input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Otro* <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Taquicardia <input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Otro* <input type="checkbox"/> N/A
	Presión sanguínea alterada Conectado a monitor Edema	<input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Especifique: <u>130/70</u>	<input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO Especifique: <u>130/70</u>	<input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO Especifique: <u>130/70</u>
4. SISTEMA GASTRO	Abdomen	Blando <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Duro <input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO Distendido <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO NGT <input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Succión Intermitente <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Apariencia y Color _____	Blando <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO Duro <input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO Distendido <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO NGT <input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Succión Intermitente <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Apariencia y Color _____	Blando <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Duro <input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO Distendido <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO NGT <input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Succión Intermitente <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Apariencia y Color _____
	Eliminación (Heces Fecales)	<input type="checkbox"/> No ha evacuado <input type="checkbox"/> Blanda <input type="checkbox"/> Diarréas <input type="checkbox"/> Dura	<input type="checkbox"/> No ha evacuado <input type="checkbox"/> Blanda <input type="checkbox"/> Diarréas <input type="checkbox"/> Dura	<input type="checkbox"/> No ha evacuado <input type="checkbox"/> Blanda <input type="checkbox"/> Diarréas <input type="checkbox"/> Dura
5. SISTEMA GENITOURINARIO	Oriña	<input checked="" type="checkbox"/> Espontáneo <input type="checkbox"/> Cateterizado Hora _____ Cantidad _____ ml Apariencia y Color _____	<input checked="" type="checkbox"/> Espontáneo <input type="checkbox"/> Cateterizado Hora _____ Cantidad _____ ml Apariencia y Color _____	<input type="checkbox"/> Espontáneo <input type="checkbox"/> Cateterizado Hora _____ Cantidad _____ ml Apariencia y Color _____
	Sonda Urinaria Cuidado al Catéter Apariencia Genital Secreciones	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal* <input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal* <input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal* <input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO

**Toda selección que esté identificada con este símbolo requiere documentación adicional.*

1. TURNO	TEMPERATURA	11-7		7-3		3-11							
		<input type="checkbox"/> Febrero	<input checked="" type="checkbox"/> Abril	<input type="checkbox"/> Febrero	<input checked="" type="checkbox"/> Abril	<input type="checkbox"/> Febrero	<input checked="" type="checkbox"/> Abril						
		<input type="checkbox"/> Tibia	<input type="checkbox"/> Fría	<input type="checkbox"/> Caliente	<input type="checkbox"/> Tibia	<input type="checkbox"/> Fría	<input type="checkbox"/> Caliente	<input type="checkbox"/> Tibia	<input type="checkbox"/> Fría	<input type="checkbox"/> Caliente			
		<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Sudorosa		<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Sudorosa		<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Sudorosa				
		<input type="checkbox"/> *Otro			<input type="checkbox"/> *Otro			<input type="checkbox"/> *Otro					
		<input type="checkbox"/> Buen Color			<input type="checkbox"/> Buen Color			<input type="checkbox"/> Buen Color					
		<input type="checkbox"/> Pálida*	<input type="checkbox"/> Enrojecida*		<input type="checkbox"/> Pálida*	<input type="checkbox"/> Enrojecida*		<input type="checkbox"/> Pálida*	<input type="checkbox"/> Enrojecida*				
		<input type="checkbox"/> Cianótica*	<input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Cianótica*	<input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Cianótica*	<input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> Otro			
		Describa:					Describa:						
2. CUIDADO A LA PIEL	HERIDA QUIRÚRGICA	<input type="checkbox"/> Intacta		<input type="checkbox"/> Alterada*	<input type="checkbox"/> Intacta		<input type="checkbox"/> Alterada*	<input type="checkbox"/> Intacta		<input type="checkbox"/> Alterada*			
		<input type="checkbox"/> SI*	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI*	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI*	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI*	<input type="checkbox"/> NO				
		Lugar:					Lugar:						
		*Ver protocolo de integridad de la piel											
		*Ver protocolo de integridad de la piel											
		<input type="checkbox"/> Bueno		<input checked="" type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Pobre	<input type="checkbox"/> Bueno		<input checked="" type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Pobre	<input type="checkbox"/> Bueno		<input checked="" type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Pobre
		DIETA											
		<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO											
		<input type="checkbox"/> Oral											
<input type="checkbox"/> Enteral													
<input type="checkbox"/> Parenteral													
<input type="checkbox"/> Gastrostomía													
<input type="checkbox"/> Yeyunostomía													
<input type="checkbox"/> Residual Gástrico _____ ml													
<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO													
3. RUTA													
<input type="checkbox"/> Oral													
<input type="checkbox"/> Enteral													
<input type="checkbox"/> Parenteral													
<input type="checkbox"/> Gastrostomía													
<input type="checkbox"/> Yeyunostomía													
<input type="checkbox"/> Residual Gástrico _____ ml													
<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO													
4. TOLERADA													
<input type="checkbox"/> Ambulatorio													
<input type="checkbox"/> Descanso absoluto en cama													
<input type="checkbox"/> Cambio de posición <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO													
<input type="checkbox"/> Matress de Aire													
<input type="checkbox"/> Terapia Física <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO													
5. ACTIVIDAD													
<input type="checkbox"/> Ambulatorio													
<input type="checkbox"/> Descanso absoluto en cama													
<input type="checkbox"/> Cambio de posición <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO													
<input type="checkbox"/> Matress de Aire													
<input type="checkbox"/> Terapia Física <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO													
6. HIGIENE													
<input type="checkbox"/> BAÑO													
<input type="checkbox"/> Cama <input checked="" type="checkbox"/> Ducha													
<input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Asistencia <input type="checkbox"/> N/A													
<input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Asistencia <input checked="" type="checkbox"/> N/A													
<input type="checkbox"/> HIGIENE BUCAL													
<input type="checkbox"/> Cama <input checked="" type="checkbox"/> Ducha													
<input type="checkbox"/> Solo <input checked="" type="checkbox"/> Asistencia <input type="checkbox"/> N/A													
<input type="checkbox"/> Solo <input checked="" type="checkbox"/> Asistencia <input type="checkbox"/> N/A													
7. TERAPIA INTRAVENOSA													
<input type="checkbox"/> Área de Venopunción													
<input type="checkbox"/> Periferal <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Medport													
<input type="checkbox"/> Ninguna													
Especifique: _____													
<input type="checkbox"/> Localización													
<input type="checkbox"/> Ninguna													
Especifique: _____													
<input type="checkbox"/> Apariencia Área de punción													
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Edema*													
<input type="checkbox"/> Infiltración* <input type="checkbox"/> Eritema*													
<input type="checkbox"/> Otro													
Especifique: <u>N/S. 4S-1000</u>													
<input type="checkbox"/> Solución Intravenosa													
<input type="checkbox"/> IVF's Patentes													
<input type="checkbox"/> Número de Angio													
<input type="checkbox"/> Cuidado área catéter													
<input type="checkbox"/> Cambio de línea I.V.													
Especifique: <u>40</u>													
<input type="checkbox"/> IVF's Patentes													
<input type="checkbox"/> Número de Angio													
<input type="checkbox"/> Cuidado área catéter													
<input type="checkbox"/> Cambio de línea I.V.													
Especifique: <u>40</u>													
<input type="checkbox"/> Localización													
<input type="checkbox"/> Ninguna													
Especifique: _____													
<input type="checkbox"/> Apariencia Área de punción													
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Edema*													
<input type="checkbox"/> Infiltración* <input type="checkbox"/> Eritema*													
<input type="checkbox"/> Otro													
Especifique: <u>N/S 4S-1000</u>													
<input type="checkbox"/> Solución Intravenosa													
<input type="checkbox"/> IVF's Patentes													
<input type="checkbox"/> Número de Angio													
<input type="checkbox"/> Cuidado área catéter													
<input type="checkbox"/> Cambio de línea I.V.													
Especifique: <u>40</u>													
<input type="checkbox"/> Localización													
<input type="checkbox"/> Ninguna													
Especifique: _____													
<input type="checkbox"/> Apariencia Área de punción													
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Edema*													
<input type="checkbox"/> Infiltración* <input type="checkbox"/> Eritema*													
<input type="checkbox"/> Otro													
Especifique: <u>N/S 4S-1000</u>													
<input type="checkbox"/> Solución Intravenosa													
<input type="checkbox"/> IVF's Patentes													
<input type="checkbox"/> Número de Angio													
<input type="checkbox"/> Cuidado área catéter													
<input type="checkbox"/> Cambio de línea I.V.													
Especifique: <u>40</u>													
<input type="checkbox"/> Localización													
<input type="checkbox"/> Ninguna													
Especifique: _____													
<input type="checkbox"/> Apariencia Área de punción													
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Edema*													
<input type="checkbox"/> Infiltración* <input type="checkbox"/> Eritema*													
<input type="checkbox"/> Otro													
Especifique: <u>N/S 4S-1000</u>													
<input type="checkbox"/> Solución Intravenosa													
<input type="checkbox"/> IVF's Patentes													
<input type="checkbox"/> Número de Angio													
<input type="checkbox"/> Cuidado área catéter													
<input type="checkbox"/> Cambio de línea I.V.													
Especifique: <u>40</u>													
<input type="checkbox"/> Localización													
<input type="checkbox"/> Ninguna													
Especifique: _____													
<input type="checkbox"/> Apariencia Área de punción													
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Edema*													
<input type="checkbox"/> Infiltración* <input type="checkbox"/> Eritema*													
<input type="checkbox"/> Otro													
Especifique: <u>N/S 4S-1000</u>													
<input type="checkbox"/> Solución Intravenosa													
<input type="checkbox"/> IVF's Patentes													
<input type="checkbox"/> Número de Angio													
<input type="checkbox"/> Cuidado área catéter													
<input type="checkbox"/> Cambio de línea I.V.													
Especifique: <u>40</u>													
<input type="checkbox"/> Localización													
<input type="checkbox"/> Ninguna													
Especifique: _____													
<input type="checkbox"/> Apariencia Área de punción													
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Edema*													
<input type="checkbox"/> Infiltración* <input type="checkbox"/> Eritema*													
<input type="checkbox"/> Otro													
Especifique: <u>N/S 4S-1000</u>													
<input type="checkbox"/> Solución Intravenosa													
<input type="checkbox"/> IVF's Patentes													
<input type="checkbox"/> Número de Angio													
<input type="checkbox"/> Cuidado área catéter													
<input type="checkbox"/> Cambio de línea I.V.													
Especifique: <u>40</u>													
<input type="checkbox"/> Localización													
<input type="checkbox"/> Ninguna													
Especifique: _____													
<input type="checkbox"/> Apariencia Área de punción													
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Edema*													
<input type="checkbox"/> Infiltración* <input type="checkbox"/> Eritema*													
<input type="checkbox"/> Otro													
Especifique: <u>N/S 4S-1000</u>													
<input type="checkbox"/> Solución Intravenosa													
<input type="checkbox"/> IVF's Patentes													
<input type="checkbox"/> Número de Angio													
<input type="checkbox"/> Cuidado área catéter													
<input type="checkbox"/> Cambio de línea I.V.													
Especifique: <u>40</u>													
<input type="checkbox"/> Localización													
<input type="checkbox"/> Ninguna													
Especifique: _____													
<input type="checkbox"/> Apariencia Área de punción													
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Edema*													
<input type="checkbox"/> Infiltración* <input type="checkbox"/> Eritema*													
<input type="checkbox"/> Otro													
Especifique: <u>N/S 4S-1000</u>													
<input type="checkbox"/> Solución Intravenosa													
<input type="checkbox"/> IVF's Patentes													
<input type="checkbox"/> Número de Angio													
<input type="checkbox"/> Cuidado área catéter													
<input type="checkbox"/> Cambio de línea I.V.													
Especifique: <u>40</u>													
<input type="checkbox"/> Localización													
<input type="checkbox"/> Ninguna													
Especifique: _____													
<input type="checkbox"/> Apariencia Área de punción													
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Edema*													
<input type="checkbox"/> Infiltración* <input type="checkbox"/> Eritema*													
<input type="checkbox"/> Otro													
Especifique: <u>N/S 4S-1000</u>													
<input type="checkbox"/> Solución Intravenosa													
<input type="checkbox"/> IVF's Patentes													
<input type="checkbox"/> Número de Angio													
<input type="checkbox"/> Cuidado área catéter													
<input type="checkbox"/> Cambio de línea I.V.													
Especifique: <u>40</u>													
<input type="checkbox"/> Localización													
<input type="checkbox"/> Ninguna													
Especifique: _____													
<input type="checkbox"/> Apariencia Área de punción													
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Edema*													
<input type="checkbox"/> Infiltración* <input type="checkbox"/> Eritema*													
<input type="checkbox"/> Otro													
Especifique: <u>N/S 4S-1000</u>													
<input type="checkbox"/> Solución Intravenosa													
<input type="checkbox"/> IVF's Patentes													
<input type="checkbox"/> Número de Angio													
<input type="checkbox"/> Cuidado área catéter													
<input type="checkbox"/> Cambio de línea I.V.													
Especifique: <u>40</u>													
<input type="checkbox"/> Localización													
<input type="checkbox"/> Ninguna													
Especifique: _____													
<input type="checkbox"/> Apariencia Área de punción													
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Edema*													
<input type="checkbox"/> Infiltración* <input type="checkbox"/> Eritema*													
<input type="checkbox"/> Otro													
Especifique: <u>N/S 4S-1000</u>													
<input type="checkbox"/> Solución Intravenosa													
<input type="checkbox"/> IVF's Patentes													
<input type="checkbox"/> Número de Angio													
<input type="checkbox"/> Cuidado área catéter													
<input type="checkbox"/> Cambio de línea I.V.													
Especifique: <u>40</u>													
<input type="checkbox"/> Localización													
<input type="checkbox"/> Ninguna													
Especifique: _____													
<input type="checkbox"/> Apariencia Área de punción													
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Edema*													
<input type="checkbox"/> Infiltración* <input type="checkbox"/> Eritema*													
<input type="checkbox"/> Otro													
Especifique: <u>N/S 4S-1000</u>													
<input type="checkbox"/> Solución Intravenosa													
<input type="checkbox"/> IVF's Patentes													
<input type="checkbox"/> Número de Angio													
<input type="checkbox"/> Cuidado área catéter													
<input type="checkbox"/> Cambio de línea I.V.													
Especifique: <u>40</u>													
<input type="checkbox"/> Localización													
<input type="checkbox"/> Ninguna													
Especifique: _____													
<input type="checkbox"/> Apariencia Área de punción													
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Edema*													
<input type="checkbox"/> Infiltración* <input type="checkbox"/> Eritema*													
<input type="checkbox"/> Otro													
Especifique: <u>N/S 4S-1000</u>													
<input type="checkbox"/> Solución Intravenosa													
<input type="checkbox"/> IVF's Patentes													
<input type="checkbox"/> Número de Angio													
<input type="checkbox"/> Cuidado área catéter													
<input type="checkbox"/> Cambio de línea I.V.													
Especifique: <u>40</u>													
<input type="checkbox"/> Localización													
<input type="checkbox"/> Ninguna													
Especifique: _____													
<input type="checkbox"/> Apariencia Área de punción													
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Edema*													
<input type="checkbox"/> Infiltración* <input type="checkbox"/> Eritema*													
<input type="checkbox"/> Otro													
Especifique: <u>N/S 4S-1000</u>													
<input type="checkbox"/> Solución Intravenosa													
<input type="checkbox"/> IVF's Patentes													
<input type="checkbox"/> Número de Angio													
<input type="checkbox"/> Cuidado área catéter													
<input type="checkbox"/> Cambio de línea I.V.													
Especifique: <u>40</u>													
<input type="checkbox"/> Localización													
<input type="checkbox"/> Ninguna													
Especifique: _____													
<input type="checkbox"/> Apariencia Área de punción													
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Edema*													
<input type="checkbox"/> Infiltración* <input type="checkbox"/> Eritema*													
<input type="checkbox"/> Otro													
Especifique: <u>N/S 4S-1000</u>													
<input type="checkbox"/> Solución Intravenosa													
<input type="checkbox"/> IVF's Patentes													
<input type="checkbox"/> Número de Angio													
<input type="checkbox"/> Cuidado área catéter													
<input type="checkbox"/> Cambio de línea I.V.													
Especifique: <u>40</u>													
<input type="checkbox"/> Localización													
<input type="checkbox"/> Ninguna													
Especifique: _____													
<input type="checkbox"/> Apariencia Área de punción													
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Edema*													
<input type="checkbox"/> Infiltración* <input type="checkbox"/> Eritema*													
<input type="checkbox"/> Otro													
Especifique: <u>N/S 4S-1000</u>													
<input type="checkbox"/> Solución Intravenosa													
<input type="checkbox"/> IVF's Patentes													
<input type="checkbox"/> Número de Angio													
<input type="checkbox"/> Cuidado área catéter													
<input type="checkbox"/> Cambio de línea I.V.													
Especifique: <u>40</u>													
<input type="checkbox"/> Localización													
<input type="checkbox"/> Ninguna													
Especifique: _____													
<input type="checkbox"/> Apariencia Área de punción													
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Edema*													
<input type="checkbox"/> Infiltración* <input type="checkbox"/> Eritema*													
<input type="checkbox"/> Otro													
Especifique: <u>N/S 4S-1000</u>													
<input type="checkbox"/> Solución Intravenosa													
<input type="checkbox"/> IVF's Patentes													
<input type="checkbox"/> Número de Angio													
<input type="checkbox"/> Cuidado área catéter													
<input type="checkbox"/> Cambio de línea I.V.													
Especifique: <u>40</u>													
<input type="checkbox"/> Localización													
<input type="checkbox"/> Ninguna													
Especifique: _____													
<input type="checkbox"/> Apariencia Área de punción													
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Edema*													
<input type="checkbox"/> Infiltración* <input type="checkbox"/> Eritema*													
<input type="checkbox"/> Otro													
Especifique: <u>N/S 4S-1000</u>													
<input type="checkbox"/> Solución Intravenosa													
<input type="checkbox"/> IVF's Patentes													
<input type="checkbox"/> Número de Angio													
<input type="checkbox"/> Cuidado área catéter													
<input type="checkbox"/> Cambio de línea I.V.													
Especifique: <u>40</u>													
<input type="checkbox"/> Localización													
<input type="checkbox"/> Ninguna													
Especifique: _____													
<input type="checkbox"/> Apariencia Área de punción													
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Edema*													
<input type="checkbox"/> Infiltración* <input type="checkbox"/> Eritema*													
<input type="checkbox"/> Otro													
Especifique: <u>N/S 4S-1000</u>													
<input type="checkbox"/> Solución Intravenosa													
<input type="checkbox"/> IVF's Patentes													
<input type="checkbox"/> Número de Angio													
<input type="checkbox"/> Cuidado área catéter													
<input type="checkbox"/> Cambio de línea I.V.													
Especifique: <u>40</u>													
<input type="checkbox"/> Localización													
<input type="checkbox"/> Ninguna													
Especifique: _____													
<input type="checkbox"/> Apariencia Área de punción													
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Edema*													
<input type="checkbox"/> Infiltración* <input type="checkbox"/> Eritema*													
<input type="checkbox"/> Otro													
Especifique: <u>N/S 4S-1000</u>													
<input type="checkbox"/> Solución Intravenosa													
<input type="checkbox"/> IVF's Patentes													
<input type="checkbox"/> Número de Angio													
<input type="checkbox"/> Cuidado área catéter													
<input type="checkbox"/> Cambio de línea I.V.													
Especifique: <u>40</u>													
<input type="checkbox"/> Localización													
<input type="checkbox"/> Ninguna													
Especifique: _____													
<input type="checkbox"/> Apariencia Área de punción													
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Edema*													
<input type="checkbox"/> Infiltración* <input type="checkbox"/> Eritema*													
<input type="checkbox"/> Otro													
Especifique: <u>N/S 4S-1000</u>													
<input type="checkbox"/> Solución Intravenosa													
<input type="checkbox"/> IVF's Patentes													
<input type="checkbox"/> Número de Angio													
<input type="checkbox"/> Cuidado área catéter													
<input type="checkbox"/> Cambio de línea I.V.													
Especifique: <u>40</u>													
<input type="checkbox"/> Localización													
<input type="checkbox"/> Ninguna													
Especifique: _____													
<input type="checkbox"/> Apariencia Área de punción													
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Edema*													
<input type="checkbox"/> Infiltración* <input type="checkbox"/> Eritema*													
<input type="checkbox"/> Otro													
Especifique: <u>N/S 4S-1000</u>													
<input type="checkbox"/> Solución Intravenosa													
<input type="checkbox"/> IVF's Patentes													
<input type="checkbox"/> Número de Angio													
<input type="checkbox"/> Cuidado área catéter													
<input type="checkbox"/> Cambio de línea I.V.													
Especifique: <u>40</u>													
<input type="checkbox"/> Localización													
<input type="checkbox"/> Ninguna													
Especifique: _____													
<input type="checkbox"/> Apariencia Área de punción													
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Edema*													
<input type="checkbox"/> Infiltración* <input type="checkbox"/> Eritema*													
<input type="checkbox"/> Otro													
Especifique: <u>N/S 4S-1000</u>													
<input type="checkbox"/> Solución Intravenosa													
<input type="checkbox"/> IVF's Patentes													
<input type="checkbox"/> Número de Angio													
<input type="checkbox"/> Cuidado área catéter													
<input type="checkbox"/> Cambio de línea I.V.													
Especifique: <u>40</u>													
<input type="checkbox"/> Localización													
<input type="checkbox"/> Ninguna													
Especifique: _____													
<input type="checkbox"/> Apariencia Área de punción													
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Edema*													
<input type="checkbox"/> Infiltración* <input type="checkbox"/> Eritema*													
<input type="checkbox"/> Otro													
Especifique: <u>N/S 4S-1000</u>													
<input type="checkbox"/> Solución Intravenosa													
<input type="checkbox"/> IVF's Patentes													
<input type="checkbox"/> Número de Angio													
<input type="checkbox"/> Cuidado área catéter													
<input type="checkbox"/> Cambio de línea I.V.													
Especifique: <u>40</u>													

12. COMODIDAD	TURNOS	11.	13.	3-11
	DOLOR	() SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO Localización: 0 123 4567 8910 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	() SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO Localización: 0 123 4567 8910 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	() SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO Localización: 0 123 4567 8910 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo
	Medicamentos Administrados	() SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO Ver Perfil de Medicamentos	() SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO Ver Perfil de Medicamentos	() SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO Ver Perfil de Medicamentos
	ALIVIO	() SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO () N/A	() SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO () N/A	() SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO () N/A
13. AISLAMIENTO	Precauciones de Aislamiento	() SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO	() SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO	() SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO
	Indique fecha de comienzo: _____ Tipo de Aislamiento <input type="checkbox"/> Contacto <input type="checkbox"/> Por gotas <input type="checkbox"/> Por aire <input type="checkbox"/> Protectivo	 Tipo de Aislamiento <input type="checkbox"/> Contacto <input type="checkbox"/> Por gotas <input type="checkbox"/> Por aire <input type="checkbox"/> Protectivo	 Tipo de Aislamiento <input type="checkbox"/> Contacto <input type="checkbox"/> Por gotas <input type="checkbox"/> Por aire <input type="checkbox"/> Protectivo	 Tipo de Aislamiento <input type="checkbox"/> Contacto <input type="checkbox"/> Por gotas <input type="checkbox"/> Por aire <input type="checkbox"/> Protectivo
14. EDUCACIÓN	Educación Paciente o Familia	() SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO Ver Hoja de Educación Multidisciplinaria	() SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO Ver Hoja de Educación Multidisciplinaria	() SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO Ver Hoja de Educación Multidisciplinaria
	Expresó conocimiento	() SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	() SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	() SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
15. VISITAS	VISITAS MÉDICAS	() SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	() SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	() SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
	VISITAS FAMILIARES	() SI <input checked="" type="checkbox"/> NO () Restringidas por orden médica	() SI <input checked="" type="checkbox"/> NO () Restringidas por orden médica	() SI <input checked="" type="checkbox"/> NO () Restringidas por orden médica
16. MEDICACIÓN	Medicamentos	() SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO	() SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO	() SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO
	Documenta: hora, medicamento, dosis y ruta Ver Perfil de Medicamentos	Ver Perfil de Medicamentos	Ver Perfil de Medicamentos	Ver Perfil de Medicamentos
17. OTROS	Pacientes OB & GYN	Sangrado: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Mínimo <input checked="" type="checkbox"/> Profuso <input type="checkbox"/> Moderado <input checked="" type="checkbox"/> N/A	Sangrado: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Mínimo <input checked="" type="checkbox"/> Profuso <input type="checkbox"/> Moderado <input checked="" type="checkbox"/> N/A	Sangrado: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Mínimo <input checked="" type="checkbox"/> Profuso <input type="checkbox"/> Moderado <input checked="" type="checkbox"/> N/A
	Post-Parto y Cesarea	Loquía: <input type="checkbox"/> Rubra <input checked="" type="checkbox"/> Alba <input type="checkbox"/> Serosa	Loquía: <input type="checkbox"/> Rubra <input checked="" type="checkbox"/> Alba <input type="checkbox"/> Serosa	Loquía: <input type="checkbox"/> Rubra <input checked="" type="checkbox"/> Alba <input type="checkbox"/> Serosa
18. COMODIDAD	Procedimientos	() SI <input checked="" type="checkbox"/> NO Especifique: _____	() SI <input checked="" type="checkbox"/> NO Especifique: _____	() SI <input checked="" type="checkbox"/> NO Especifique: _____
	Estudios	() SI <input checked="" type="checkbox"/> NO Especifique: _____	() SI <input checked="" type="checkbox"/> NO Especifique: _____	() SI <input checked="" type="checkbox"/> NO Especifique: _____
	Muestras de Laboratorio (Especifique hora en que se tomó)	() SI <input checked="" type="checkbox"/> NO Especifique: _____	() SI <input checked="" type="checkbox"/> NO Especifique: _____	() SI <input checked="" type="checkbox"/> NO Especifique: _____
BANDA IDENTIFICACIÓN	() SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	() SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	() SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	
BARANDA ELEVADA	() SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO	() SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO	() SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO	
TIMBRE ACCESIBLE	() SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	() SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	() SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	
RESTRICCIÓN	() SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO *Ver hoja seguimiento restricciones	() SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO *Ver hoja seguimiento restricciones	() SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO *Ver hoja seguimiento restricciones	

*Toda selección que esté identificada con este símbolo requiere documentación adicional.

TURNO		11-7		7-3		3-11	
19. ESTIMADO DE RIESGO A CAÍDAS (I.H Downton)	CAÍDAS PREVIAS	No	0	No	0	No	0
	SI	1	SI	1	SI	1	1
	Orientado	0	Orientado	0	Orientado	0	0
	Confuso	1	Confuso	1	Confuso	1	1
	Ninguno	0	Ninguno	0	Ninguno	0	0
	Alteraciones visuales	1	Alteraciones visuales	1	Alteraciones visuales	1	1
	Alteraciones auditivas	1	Alteraciones auditivas	1	Alteraciones auditivas	1	1
	Extremidades (parálisis- paresia)	1	Extremidades (parálisis- paresia)	1	Extremidades (parálisis- paresia)	1	1
	Normal	0	Normal	0	Normal	0	0
	Segura con ayuda	1	Segura con ayuda	1	Segura con ayuda	1	1
ESTADO MENTAL	Insegura con ayuda/sin ayuda	1	Insegura con ayuda/sin ayuda	1	Insegura con ayuda/sin ayuda	1	1
	Imposible	1	Imposible	1	Imposible	1	1
	< 60 Años	0	< 60 Años	0	< 60 Años	0	0
	> 61 Años	1	> 61 Años	1	> 61 Años	1	1
	Ningunos	0	Ningunos	0	Ningunos	0	0
DÉFICIT SENSORIAL/MOTOR	Tranquilizantes, sedantes	1	Tranquilizantes, sedantes	1	Tranquilizantes, sedantes	1	1
	Diuréticos,	1	Diuréticos,	1	Diuréticos,	1	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1	Hipotensores (no diuréticos)	1	Hipotensores (no diuréticos)	1	1
	Antiparkinsonianos	1	Antiparkinsonianos	1	Antiparkinsonianos	1	1
	Antidepresivos	1	Antidepresivos	1	Antidepresivos	1	1
Alto Riesgo: Mayor de 2 puntos / 15		TOTAL	1	TOTAL	1	TOTAL	4
<input type="checkbox"/> Riesgo Nulo (0-2)							
<input type="checkbox"/> Riesgo Alto (3 ó más)*							

Instrucciones para Escala Braden: En cada turno estime la puntuación que se requiere en cada renglón y documente el total en el espacio indicado. Indique el riesgo de acuerdo al total estimado en el espacio suministrado en cada turno.

20. ESTIMADO DE LA PIEL - Escala Braden	PERCEPCIÓN SENSORIAL	Completemente limitada	1	Completemente limitada	1	Completemente limitada	1
	Muy limitada	2	Muy limitada	2	Muy limitada	2	2
	Ligeramente limitada	3	Ligeramente limitada	3	Ligeramente limitada	3	3
	Sin limitaciones	4	Sin limitaciones	4	Sin limitaciones	4	4
	EXPOSICIÓN HUMEDAD	Constantemente húmeda	1	Constantemente húmeda	1	Constantemente húmeda	1
	A menudo húmeda	2	A menudo húmeda	2	A menudo húmeda	2	2
	Ocasionalmente húmeda	3	Ocasionalmente húmeda	3	Ocasionalmente húmeda	3	3
	Raramente húmeda	4	Raramente húmeda	4	Raramente húmeda	4	4
	ACTIVIDAD	Encamado/a	1	Encamado/a	1	Encamado/a	1
	En silla	2	En silla	2	En silla	2	2
MOVILIDAD	Ambula ocasionalmente	3	Ambula ocasionalmente	3	Ambula ocasionalmente	3	3
	Ambula frecuentemente	4	Ambula frecuentemente	4	Ambula frecuentemente	4	4
	Completamente inmóvil	1	Completamente inmóvil	1	Completamente inmóvil	1	1
	Muy limitada	2	Muy limitada	2	Muy limitada	2	2
	Ligeramente limitada	3	Ligeramente limitada	3	Ligeramente limitada	3	3
	Sin limitaciones	4	Sin limitaciones	4	Sin limitaciones	4	4
	NUTRICIÓN	Muy pobre	1	Muy pobre	1	Muy pobre	1
	Probablemente inadecuada	2	Probablemente inadecuada	2	Probablemente inadecuada	2	2
	Adecuada	3	Adecuada	3	Adecuada	3	3
	Excelente	4	Excelente	4	Excelente	4	4
FRICCION/LESION	Problema	1	Problema	1	Problema	1	1
	Problema potencial	2	Problema potencial	2	Problema potencial	2	2
	No existe problema aparente	3	No existe problema aparente	3	No existe problema aparente	3	3
	No problema	4	No problema	4	No problema	4	4
ESTIME RIESGO/TOTAL		RIESGO: <i>Leve</i>	TOTAL <i>4</i>	RIESGO: <i>Leve</i>	TOTAL <i>4</i>	RIESGO: <i>Cine</i>	TOTAL <i>4</i>

Escala: Mayor de 18 = Riesgo Ninguno, 15 - 18 = Riesgo Leve, 13 - 14 = Riesgo Moderado, 10 - 12 = Riesgo Alto, 9 o menos = Riesgo Muy Alto

Nota: Una puntuación de 18 o menos se considera un riesgo de desarrollo a úlcera por presión. Ver protocolo de integridad de la piel. Continué las medidas de Prevención y/o Manejo implementadas en la admisión hasta el alta del paciente.

11-7	<i>11-7</i>	7-3	<i>7-3</i>	3-11	<i>3-11</i>
------	-------------	-----	------------	------	-------------

Firma RN y # licencia

Firma RN y # licencia

Firma RN y # licencia



DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

"FLOW SHEET"

EDAD: 94Y SEXO: M
 RM: 000056728 CNT: 0201608052
 S.S XXX-XX-6076 CC: 400-01
 ADM: 10/28/2016 01:10 PM
 TP: 0 - ACUTE INPATIENT
 DR: MEDINA LA SALLE LISA
 PLAN: MEDICARE Y MUCHO MAS (HMO-M)

Fecha: 10/8/16

Hora: 10m

Hora: 10m

Hora: 10m

1. NIVEL DE CONCIENCIA	TURNO		11-7	7-3	3-11		
			() ORIENTADO () Alerta () Comunicativo () Aparentemente dormido () Inconsciente	() DESORIENTADO () Letárgico* () Comatoso* () Inquietud () Agitado () Otro*	() ORIENTADO () Alerta () Comunicativo () Aparentemente dormido () Inconsciente	() DESORIENTADO () Letárgico* () Comatoso* () Inquietud () Agitado () Otro*	() ORIENTADO () Alerta () Comunicativo () Aparentemente dormido () Inconsciente
2. SISTEMA RESPIRATORIO	RESPIRACIÓN	() Regular () Llana () Otro*	() Irregular () Profunda	() Regular () Llana () Otro*	() Irregular () Profunda	() Regular () Llana () Otro*	() Irregular () Profunda
	Tos	() Productiva () N/A () SI	() No Productiva () NO	() Productiva () N/A () SI	() No Productiva () NO	() Productiva () N/A () SI	() No Productiva () NO
	Succión	Especifique: _____					
	Oxígeno	() SI Especifique: 24%	() NO	() SI Especifique: 24%	() NO	() SI Especifique: 24%	() NO
3. SISTEMA CARDIOVASCULAR	Terapia Respiratoria	() SI Especifique: PAP	() NO	() SI Especifique: PAP	() NO	() SI Especifique: PAP	() NO
	PULSO	() Taquicardia () Otro*	() Bradicardia () N/A	() Taquicardia () Otro*	() Bradicardia () N/A	() Taquicardia () Otro*	() Bradicardia () N/A
	Presión sanguínea alterada	() SI* () SI () SI	() NO Especifique: _____	() SI* () SI () SI	() NO Especifique: _____	() SI* () SI () SI	() NO Especifique: _____
	Conectado a monitor						
Edema	Especifique: _____						
4. SISTEMA GASTRO	Abdomen	Blando () SI* Duro () SI* Distendido () SI NGT () SI*	() NO () NO () NO () NO () NO	Blando () SI* Duro () SI* Distendido () SI NGT () SI*	() NO () NO () NO () NO () NO	Blando () SI* Duro () SI* Distendido () SI NGT () SI*	() NO () NO () NO () NO () NO
	Eliminación (Heces Fecales)	() Succión intermitente () Apariencia y Color _____	() SI () NO	() Succión intermitente () Apariencia y Color _____	() SI () NO	() Succión intermitente () Apariencia y Color _____	() SI () NO
		() No ha evacuado () Blanda () Diarréas () Dura		() No ha evacuado () Blanda () Diarréas () Dura		() No ha evacuado () Blanda () Diarréas () Dura	
		Apariencia y Color _____					
5. SISTEMA GENITOURINARIO	Orina	() Espontáneo () Cateterizado		() Espontáneo () Cateterizado		() Espontáneo () Cateterizado	
		Hora _____ Cantidad _____ ml		Hora _____ Cantidad _____ ml		Hora _____ Cantidad _____ ml	
		Apariencia y Color _____		Apariencia y Color _____		Apariencia y Color _____	
	Sonda Urinaria Cuidado al Catéter Apariencia Genital Secreciones	() SI () SI () Normal () SI*	() NO () NO () Anormal* () NO	() SI () SI () Normal () SI*	() NO () NO () Anormal* () NO	() SI () SI () Normal () SI*	() NO () NO () Anormal* () NO

*Toda selección que esté identificada con este símbolo requiere documentación adicional.

6. SISTEMA INTEGUMENTARIO

7. NUTRICIÓN

8. ACTIVIDAD

9. HIGIENE

10. TERAPIA INTRAVENOSA

*Toda selección que esté identificada con este símbolo requiere documentación adicional.

	TURNOS	11-7		7-3		3-11	
		() Febrero	(X) Afebrero	() Febrero	(X) Afebrero	() Febrero	(X) Afebrero
TEMPERATURA		() Tibia	() Fría	() Caliente	() Tibia	() Fría	() Caliente
Sensación al Tacto		() Seca	() Sudorosa		() Seca	() Sudorosa	
Color		() *Otro		() *Otro		() *Otro	
		() Buen Color		() Buen Color		() Buen Color	
		() Pálida*	() Enrojecida*	() Pálida*	() Enrojecida*	() Pálida*	() Enrojecida*
		() Clanótica*	() Ictericia	() Otro	() Clanótica*	() Ictericia	() Otro
	Describa:			Describa:		Describa:	
Integridad Cuidado a la piel Herida Quirúrgica		() Intacta	() Alterada*	() Intacta	() Alterada*	() Intacta	() Alterada*
		() SI *	() NO	() SI *	() NO	() SI *	() NO
		() SI*	() NO	() SI*	() NO	() SI*	() NO
Lugar:				Lugar:		Lugar:	
		*Ver protocolo de integridad de la piel				*Ver protocolo de integridad de la piel	
Turgor		() Bueno	() Regular	() Pobre	() Bueno	() Regular	() Pobre
DIETA		(X) SI	() NO	(X) SI	() NO	(X) SI	() NO
RUTA		() Oral		() Oral		() Oral	
		(X) Enteral		(X) Enteral		(X) Enteral	
		() Parenteral		() Parenteral		() Parenteral	
		() Gastrostomía		() Gastrostomía		() Gastrostomía	
		() Yeyunostomía		() Yeyunostomía		() Yeyunostomía	
Tolerada		() Residual Gástrico _____ ml		() Residual Gástrico _____ ml		() Residual Gástrico _____ ml	
		() SI	() NO	() SI	() NO	() SI	() NO
		() Ambulatorio				() Ambulatorio	
		(X) Descanso absoluto en cama				() Descanso absoluto en cama	
		() Cambio de posición () SI () NO				() Cambio de posición () SI () NO	
		() Matress de Aire				() Matress de Aire	
		() Terapia Física () SI () NO				() Terapia Física () SI () NO	
BAÑO		() Cama	(X) Ducha	() Cama	() Ducha	() Cama	() Ducha
HIGIENE BUCAL		(X) Solo	() Asistencia	() N/A	() Solo	() Asistencia	() N/A
		(X) Solo	() Asistencia	() N/A	() Solo	() Asistencia	() N/A
Área de Venopunción		() Periferal	() Central	() Medport	() Periferal	() Central	() Medport
Localización		() Ninguna			() Ninguna		
Especifique:				Especifique:			
Apariencia Área de punción		() Normal	() Edema*		() Normal	() Edema*	
		() Infiltración*	() Eritema*		() Infiltración*	() Eritema*	
		() Otro			() Otro		
Solución Intravenosa		Especifique: 45 a 40		Especifique: 45 a 40		Especifique:	
IVF's Patentes		() SI	() NO	() SI	() NO	() SI	() NO
Número de Angio		Especifique:		Especifique:		Especifique:	
Cuidado área catéter		() SI	() NO	() SI	() NO	() SI	() NO
Cambio de línea I.V.		() SI	() NO	() SI	() NO	() SI	() NO
Limitación de movimiento		() SI*	() NO	() SI*	() NO	() SI*	() NO
Presencia de:		() Contracturas		() Contracturas		() Contracturas	
		() Anquilosis		() Anquilosis		() Anquilosis	
		() Debilidad		() Debilidad		() Debilidad	
		() Espasticidad		() Espasticidad		() Espasticidad	
		() Parálisis		() Parálisis		() Parálisis	
		() Tracción		() Tracción		() Tracción	
		() Yeso		() Yeso		() Yeso	

TURNO		11	7-3	3-11
12. COMODIDAD	DOLOR	() SI* () NO Localización: 0 123 4567 8910 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	() SI* () NO Localización: 0 123 4567 8910 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	() SI* () NO Localización: 0 123 4567 8910 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo
	Medicamentos Administrados	() SI* () NO Ver Perfil de Medicamentos	() SI* () NO Ver Perfil de Medicamentos	() SI* () NO Ver Perfil de Medicamentos
	AUVIO	() SI* () NO / N/A	() SI* () NO / N/A	() SI* () NO / N/A
13. AISLAMIENTO	Precauciones de Aislamiento	() SI* / NO	() SI* / NO	() SI* () NO
	Indique fecha de comienzo: _____ Tipo de Aislamiento <input type="checkbox"/> Contacto <input type="checkbox"/> Por gotas <input type="checkbox"/> Por aire <input type="checkbox"/> Protectivo	 _____ Tipo de Aislamiento <input type="checkbox"/> Contacto <input type="checkbox"/> Por gotas <input type="checkbox"/> Por aire <input type="checkbox"/> Protectivo	 _____ Tipo de Aislamiento <input type="checkbox"/> Contacto <input type="checkbox"/> Por gotas <input type="checkbox"/> Por aire <input type="checkbox"/> Protectivo	 _____ Tipo de Aislamiento <input type="checkbox"/> Contacto <input type="checkbox"/> Por gotas <input type="checkbox"/> Por aire <input type="checkbox"/> Protectivo
14. EDUCACIÓN	Educación Paciente o Familia	() SI* () NO Ver Hoja de Educación Multidisciplinaria	() SI* / NO Ver Hoja de Educación Multidisciplinaria	() SI* () NO Ver Hoja de Educación Multidisciplinaria
	Expresó conocimiento	() SI () NO	() SI / NO	() SI () NO
15. VISITAS	VISITAS MÉDICAS	() SI () NO	() SI / NO	() SI / NO
	VISITAS FAMILIARES	() SI / NO () Restringidas por orden médica	() SI () NO () Restringidas por orden médica	() SI / NO () Restringidas por orden médica
16. MEDICACIÓN	Medicamentos	() SI* () NO	() SI* () NO	() SI* () NO
	Documento: hora, medicamento, dosis y ruta Ver Perfil de Medicamentos		Ver Perfil de Medicamentos	Ver Perfil de Medicamentos
17. OTROS	Pacientes OB & GYN	Sangrado: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Mínimo <input type="checkbox"/> Profuso <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> N/A	Sangrado: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Mínimo <input type="checkbox"/> Profuso <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> N/A	Sangrado: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Mínimo <input type="checkbox"/> Profuso <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> N/A
	Post-Parto y Cesárea	Loquía: <input type="checkbox"/> Rubra <input type="checkbox"/> Alba <input type="checkbox"/> Serosa	Loquía: <input type="checkbox"/> Rubra <input type="checkbox"/> Alba <input type="checkbox"/> Serosa	Loquía: <input type="checkbox"/> Rubra <input type="checkbox"/> Alba <input type="checkbox"/> Serosa
	Procedimientos	() SI / NO Especifique: _____	() SI / NO Especifique: _____	() SI () NO Especifique: _____
Estudios	() SI / NO Especifique: _____	() SI () NO Especifique: _____	() SI () NO Especifique: _____	
	Muestras de Laboratorio (Especifique hora en que se tomó)	() SI () NO Especifique: _____	() SI () NO Especifique: _____	() SI () NO Especifique: _____
18. COMODIDAD	BANDA IDENTIFICACIÓN	() SI () NO	() SI () NO	() SI () NO
	BARANDA ELEVADA	() SI* () NO	() SI* () NO	() SI* () NO
	TIMBRE ACCESIBLE	() SI () NO	() SI () NO	() SI () NO
	RESTRiccIÓN	() SI* () NO *Ver hoja seguimiento restricciones	() SI* () NO *Ver hoja seguimiento restricciones	() SI* () NO *Ver hoja seguimiento restricciones

*Toda selección que esté identificada con este símbolo requiere documentación adicional.

TURNO		11-7		7-3		3-11	
19. ESTIMADO DE RIESGO A CAÍDAS (J.H.Downton)	CAÍDAS PREVIAS	No	0	No	0	No	0
	ESTADO MENTAL	SI	1	SI	1	SI	1
	DÉFICIT SENSORIAL/MOTOR	Orientado	0	Orientado	0	Orientado	0
	MOVILIDAD	Confuso	1	Confuso	1	Confuso	1
	EDAD	Ninguno	0	Ninguno	0	Ninguno	0
	MEDICAMENTOS	Alteraciones visuales	1	Alteraciones visuales	1	Alteraciones visuales	1
	Alto Riesgo: Mayor de 2 puntos / 15	Alteraciones auditivas	1	Alteraciones auditivas	1	Alteraciones auditivas	1
	<input type="checkbox"/> Riesgo Nulo (0-2)	Extremidades (parálisis- paresia)	1	Extremidades (parálisis- paresia)	1	Extremidades (parálisis- paresia)	1
	<input type="checkbox"/> Riesgo Alto (3 ó más)*	Normal	0	Normal	0	Normal	0
		Segura con ayuda	1	Segura con ayuda	1	Segura con ayuda	1
		Insegura con ayuda/sin ayuda	1	Insegura con ayuda/sin ayuda	1	Insegura con ayuda/sin ayuda	1
		Imposible	1	Imposible	1	Imposible	1
		< 60 Años	0	< 60 Años	0	< 60 Años	0
		> 61 Años	1	> 61 Años	1	> 61 Años	1
		Ningunos	0	Ningunos	0	Ningunos	0
		Tranquilizantes, sedantes	1	Tranquilizantes, sedantes	1	Tranquilizantes, sedantes	1
		Diuréticos,	1	Diuréticos,	1	Diuréticos,	1
		Hipotensores (no diuréticos)	1	Hipotensores (no diuréticos)	1	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1	Antiparkinsonianos	1	Antiparkinsonianos	1	
	Antidepresivos	1	Antidepresivos	1	Antidepresivos	1	
	TOTAL	3	TOTAL	2	TOTAL	2	

Instrucciones para Escala Braden: En cada turno estime la puntuación que se requiere en cada renglón y documente el total en el espacio indicado. Indique el riesgo de acuerdo al total estimado en el espacio suministrado en cada turno.

20. ESTIMADO DE LA PIEL - Escala Braden	PERCEPCIÓN SENSORIAL	Completemente limitada	1	Completemente limitada	1	Completemente limitada	1
	Muy limitada	2	Muy limitada	2	Muy limitada	2	
	Ligeramente limitada	3	Ligeramente limitada	3	Ligeramente limitada	3	
	Sin limitaciones	4	Sin limitaciones	4	Sin limitaciones	4	
	EXPOSICIÓN HUMEDAD	Constantemente húmeda	1	Constantemente húmeda	1	Constantemente húmeda	1
	A menudo húmeda	2	A menudo húmeda	2	A menudo húmeda	2	
	Ocasionalmente húmeda	3	Ocasionalmente húmeda	3	Ocasionalmente húmeda	3	
	Raramente húmeda	4	Raramente húmeda	4	Raramente húmeda	4	
	ACTIVIDAD	Encamado/a	1	Encamado/a	1	Encamado/a	1
		En silla	2	En silla	2	En silla	2
		Ambula ocasionalmente	3	Ambula ocasionalmente	3	Ambula ocasionalmente	3
		Ambula frecuentemente	4	Ambula frecuentemente	4	Ambula frecuentemente	4
	MOVILIDAD	Completemente inmóvil	1	Completemente inmóvil	1	Completemente inmóvil	1
		Muy limitada	2	Muy limitada	2	Muy limitada	2
		Ligeramente limitada	3	Ligeramente limitada	3	Ligeramente limitada	3
		Sin limitaciones	4	Sin limitaciones	4	Sin limitaciones	4
	NUTRICIÓN	Muy pobre	1	Muy pobre	1	Muy pobre	1
	FRICCIÓN/LESION	Probablemente inadecuada	2	Probablemente inadecuada	2	Probablemente inadecuada	2
		Adecuada	3	Adecuada	3	Adecuada	3
		Excelente	4	Excelente	4	Excelente	4
	ESTIME RIESGO/TOTAL	RIESGO: <i>uuu</i>	14 TOTAL	RIESGO: <i>Leve</i>	17 TOTAL	RIESGO:	17 TOTAL

Escala: Mayor de 18 = Riesgo Ninguno, 15 – 18 = Riesgo Leve, 13 – 14 = Riesgo Moderado, 10 – 12 = Riesgo Alto, 9 o menos = Riesgo Muy Alto
 Nota: Una puntuación de 18 o menos se considera un riesgo de desarrollo a úlcera por presión. Ver protocolo de integridad de la piel. Continúe las medidas de Prevención y/o Manejo implementadas en la admisión hasta el alta del paciente.

11-7	<i>m333333</i>	7-3	<i>Dwinkewert</i>	3-11	<i>Celso</i>
------	----------------	-----	-------------------	------	--------------

Firma RN y # licencia

Firma RN y # licencia

Firma RN y # licencia



DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

"FLOW SHEET"

NAC: 01/01/1922 EDAD: 94Y SEXO: M
 RM: 0000567278 CNT: 0201608052
 S.S: XXX-XX-6076 CC: 400-01
 ADM: 10/28/2016 01:10 PM
 TP: 0 - ACUTE INPATIENT
 DR: MEDINA LA SALLE, LISA
 PLAN: MEDICARE Y MUCHO MAS(HMO-MN)

Fecha: 10/30

Hora: 10am

Hora: 10AM

Hora: 4pm

1. NIVEL DE CONCIENCIA	TURNO	11-7		7-3		3-11	
		() ORIENTADO	() DESORIENTADO	() ORIENTADO	() DESORIENTADO	() ORIENTADO	() DESORIENTADO
		() Alerta	() Letárgico*	() Alerta	() Letárgico*	() Alerta	() Letárgico*
		() Comunicativo	() Comatoso*	() Comunicativo	() Comatoso*	() Comunicativo	() Comatoso*
		() Aparentemente dormido	() Inquietud	() Aparentemente dormido	() Inquietud	() Aparentemente dormido	() Inquietud
		() Inconsciente	() Agitado	() Inconsciente	() Agitado	() Inconsciente	() Agitado
		() Otro*		() Otro*		() Otro*	
2. SISTEMA RESPIRATORIO	RESPIRACIÓN	() Regular	() Irregular	() Regular	() Irregular	() Regular	() Irregular
	Tos	() Uana	() Profunda	() Uana	() Profunda	() Uana	() Profunda
	Suación	() Productiva	() No Productiva	() Productiva	() No Productiva	() Productiva	() No Productiva
		() N/A	() SI	() NO	() N/A	() SI	() NO
	Especifique:			Especifique:		Especifique:	
3. SISTEMA CARDIOVASCULAR	Oxígeno	() SI	() NO	() SI	() NO	() SI	() NO
	Espécifique:			Espécifique:		Espécifique:	
	Terapia Respiratoria	() SI	() NO	() SI	() NO	() SI	() NO
4. SISTEMA GASTRO	PULSO	() Taquicardia	() Bradicardia	() Taquicardia	() Bradicardia	() Taquicardia	() Bradicardia
	Presión sanguínea alterada	() Otro*	() N/A	() Otro*	() N/A	() Otro*	() N/A
	Conectado a monitor	() SI*	() NO	() SI*	() NO	() SI*	() NO
	Edema	() SI	() NO	() SI	() NO	() SI	() NO
	Especifique:			Especifique:		Especifique:	
5. SISTEMA GENITOURINARIO	Abdomen	Blando	() SI	() NO	Blando	() SI	() NO
	Duro	() SI*	() NO	Duro	() SI*	() NO	
	Distendido	() SI	() NO	Distendido	() SI	() NO	
	NGT	() SI*	() NO	NGT	() SI*	() NO	
	() succión intermitente	() SI	() NO	() succión intermitente	() SI	() NO	
	Apariencia y Color			Apariencia y Color		Apariencia y Color	
Eliminación (Heces Fecales)							
Orina							
Sonda Urinaria	() SI	() NO	() SI	() NO	() SI	() NO	
Cuidado al Catéter	() SI	() NO	() SI	() NO	() SI	() NO	
Apariencia Genital	() Normal	() Anormal*	() Normal	() Anormal*	() Normal	() Anormal*	
Secreciones	() SI*	() NO	() SI*	() NO	() SI*	() NO	

*Toda selección que está identificada con este símbolo requiere documentación adicional.

6. SISTEMA INTERGUMENTARIO

7. NUTRICIÓN

8. ACTIVIDAD

9. HIGIENE

10. TERAPIA INTRAVENOSA

11. MÚSCULO ESQUELETICO

*Toda selección que esté identificada con este símbolo requiere documentación adicional.

TURNOS	11-7		7-3		3-11	
TEMPERATURA	() Febril	(✓) Afebril	() Febril	(✓) Afebril	() Febril	(✓) Afebril
Sensación al Tacto	(✓) Tibia	() Fría	() Caliente	(✓) Tibia	() Fría	() Caliente
Color	() Seca	() Sudorosa	() Seca	() Sudorosa	() Seca	() Sudorosa
	() Otro		() *Otro		() Otro	
	() Buen Color		(✓) Buen Color		() Buen Color	
	() Pálida*	() Enrojecida*	() Pálida*	() Enrojecida*	() Pálida*	() Enrojecida*
	() Cianótica*	() Ictericia	() Otro	() Cianótica*	() Ictericia	() Otro
	Describa:		Describa:		Describa:	
Integridad	(✓) Intacta	() Alterada*	(✓) Intacta	() Alterada*	(✓) Intacta	() Alterada*
Cuidado a la piel	() SI *	() NO	() SI *	() NO	() SI *	() NO
Herida Quirúrgica	() SI*	() NO	() SI*	() NO	() SI*	() NO
Lugar:			Lugar:		Lugar:	
	*Ver protocolo de integridad de la piel					
Turgor	(✓) Bueno	() Regular	() Pobre	() Bueno	(✓) Regular	() Pobre
DIETA	(✓) SI	() NO	(✓) SI	() NO	(✓) SI	() NO
RUTA	() Oral		() Oral		(✓) Oral	
	(✓) Enteral		() Enteral		() Enteral	
	() Parenteral		() Parenteral		() Parenteral	
	() Gastrostomía		() Gastrostomía		() Gastrostomía	
	() Yeyunostomía		() Yeyunostomía		() Yeyunostomía	
Tolerada	() Residual Gástrico _____ ml		() Residual Gástrico _____ ml		() Residual Gástrico _____ ml	
	(✓) SI	() NO	(✓) SI	() NO	(✓) SI	() NO
	() Ambulatorio					
	() Descanso absoluto en cama					
	() Cambio de posición () SI () NO					
	() Matress de Aire					
	() Terapia Física () SI () NO					
BAÑO	() Cama	(✓) Ducha	() Cama	(✓) Ducha	() Cama	() Ducha
HIGIENE BUCAL	(✓) Solo	() Asistencia	() N/A	(✓) Solo	() Asistencia	() N/A
	(✓) Solo	() Asistencia	() N/A	(✓) Solo	() Asistencia	() N/A
Área de Vencopunción	() Periferal	() Central	() Medport	(✓) Periferal	() Central	() Medport
Localización	() Ninguna		() Ninguna		() Ninguna	
	Especifique:					
Apariencia Área de punción	() Normal	() Edema*	() Normal	() Edema*	() Normal	() Edema*
	() Infiltración*	() Eritema*	() Infiltración*	() Eritema*	() Infiltración*	() Eritema*
	() Otro		() Otro		() Otro	
Solución Intravenosa	Especifique: <i>US J 40</i>					
IVF's Patentes	(✓) SI	() NO	(✓) SI	() NO	(✓) SI	() NO
Número de Angio	Especifique:					
Cuidado área catéter	() SI	() NO	() SI	() NO	() SI	() NO
Cambio de línea I.V.	() SI	() NO	() SI	() NO	() SI	() NO
Limitación de movimiento	() SI*	(✓) NO	() SI*	(✓) NO	() SI*	() NO
Presencia de:	() Contracturas		() Contracturas		() Contracturas	
	() Anquilosis		() Anquilosis		() Anquilosis	
	() Debilidad		() Debilidad		() Debilidad	
	() Espasticidad		() Espasticidad		() Espasticidad	
	() Parálisis		() Parálisis		() Parálisis	
	() Tracción		() Tracción		() Tracción	
	() Yeso		() Yeso		() Yeso	

12. COMODIDAD	TURNOS	11	7-3	3-11
	DOLOR	() SI* () NO Localización: 0 123 4567 8910 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	() SI* () NO Localización: 0 123 4567 8910 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	() SI* () NO Localización: 0 123 4567 8910 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo
	Medicamentos Administrados	() SI* () NO Ver Perfil de Medicamentos	() SI* () NO Ver Perfil de Medicamentos	() SI* () NO Ver Perfil de Medicamentos
ALIVIO	() SI* () NO /N/A	() SI* () NO /N/A	() SI* () NO /N/A	
13. AISLAMIENTO	Precauciones de Aislamiento	() SI* /N/A	() SI* /N/A	() SI* () NO
	Indique fecha de comienzo: Tipo de Aislamiento <input type="checkbox"/> Contacto <input type="checkbox"/> Por gotas <input type="checkbox"/> Por aire <input type="checkbox"/> Protectivo		Tipo de Aislamiento <input type="checkbox"/> Contacto <input type="checkbox"/> Por gotas <input type="checkbox"/> Por aire <input type="checkbox"/> Protectivo	
14. EDUCACIÓN	Educación Paciente o Familia	() SI* () NO Ver Hoja de Educación Multidisciplinaria	() SI* () NO Ver Hoja de Educación Multidisciplinaria	() SI* () NO Ver Hoja de Educación Multidisciplinaria
	Expresó conocimiento	() SI () NO	() SI () NO	() SI () NO
15. VISITAS	VISITAS MÉDICAS	() SI () NO	() SI () NO	() SI () NO
	VISITAS FAMILIARES	() SI () NO () Restringidas por orden médica	() SI () NO () Restringidas por orden médica	() SI () NO () Restringidas por orden médica
16. MEDICACIÓN	Medicamentos	() SI* () NO	() SI* () NO	() SI* () NO
	Documento: hora, medicamento, dosis y ruta	Ver Perfil de Medicamentos	Ver Perfil de Medicamentos	Ver Perfil de Medicamentos
17. OTROS	Pacientes OB & GYN	Sangrado: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Mínimo () Profuso <input type="checkbox"/> Moderado () N/A	Sangrado: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Mínimo () Profuso <input type="checkbox"/> Moderado () N/A	Sangrado: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Mínimo () Profuso <input type="checkbox"/> Moderado () N/A
	Post-Parto y Cesarea	Loquía: <input type="checkbox"/> Rubra () Alba () Serosa	Loquía: <input type="checkbox"/> Rubra () Alba () Serosa	Loquía: <input type="checkbox"/> Rubra () Alba () Serosa
18. COMODIDAD	Procedimientos	() SI () NO Especifique: _____	() SI () NO Especifique: _____	() SI () NO Especifique: _____
	Estudios	() SI () NO Especifique: _____	() SI () NO Especifique: _____	() SI () NO Especifique: _____
	Muestras de Laboratorio (Especifique hora en que se tomó)	() SI () NO Especifique: _____	() SI () NO Especifique: _____	() SI () NO Especifique: _____
BANDA IDENTIFICACIÓN	() SI () NO	() SI () NO	() SI () NO	
BARANDA ELEVADA	() SI* () NO	() SI* () NO	() SI* () NO	
TIMBRE ACCESIBLE	() SI () NO	() SI () NO	() SI () NO	
RESTRICCIÓN	() SI* () NO *Ver hoja seguimiento restricciones	() SI* () NO *Ver hoja seguimiento restricciones	() SI* () NO *Ver hoja seguimiento restricciones	

*Toda selección que esté identificada con este símbolo requiere documentación adicional.

TURNO		11-7		7-3		3-11	
19. ESTIMADO DE RIESGO A CAÍDAS (J.H.Downton)	CAÍDAS PREVIAS	No	0	No	0	No	0
	SI	1	SI	1	SI	1	
	Orientado	0	Orientado	0	Orientado	0	
	Confuso	1	Confuso	1	Confuso	1	
	Ninguno	0	Ninguno	0	Ninguno	0	
	Alteraciones visuales	1	Alteraciones visuales	1	Alteraciones visuales	1	
	Alteraciones auditivas	1	Alteraciones auditivas	1	Alteraciones auditivas	1	
	Extremidades (parálisis- paresia)	1	Extremidades (parálisis- paresia)	1	Extremidades (parálisis- paresia)	1	
	Normal	0	Normal	0	Normal	0	
	Segura con ayuda	1	Segura con ayuda	1	Segura con ayuda	1	
	Insegura con ayuda/sin ayuda	1	Insegura con ayuda/sin ayuda	1	Insegura con ayuda/sin ayuda	1	
	Imposible	1	Imposible	1	Imposible	1	
	< 60 Años	0	< 60 Años	0	< 60 Años	0	
	> 61 Años	1	> 61 Años	1	> 61 Años	1	
	Ningunos	0	Ningunos	0	Ningunos	0	
MEDICAMENTOS	Tranquilizantes, sedantes	1	Tranquilizantes, sedantes	1	Tranquilizantes, sedantes	1	
	Diuréticos,	1	Diuréticos,	1	Diuréticos,	1	
	Hipotensores (no diuréticos)	1	Hipotensores (no diuréticos)	1	Hipotensores (no diuréticos)	1	
	Antiparkinsonianos	1	Antiparkinsonianos	1	Antiparkinsonianos	1	
	Antidepresivos	1	Antidepresivos	1	Antidepresivos	1	
		TOTAL	4	TOTAL	4	TOTAL	4

Instrucciones para Escala Braden: En cada turno estime la puntuación que se requiere en cada renglón y documente el total en el espacio indicado. Indique al riesgo de acuerdo al total estimado en el espacio suministrado en cada turno.

20. ESTIMADO DE LA PIEL - Escala Braden	PERCEPCIÓN SENSORIAL	Completemente limitada	1	Completemente limitada	1	Completemente limitada	1
	Muy limitada	2	Muy limitada	2	Muy limitada	2	
	Ligeramente limitada	3	Ligeramente limitada	3	Ligeramente limitada	3	
	Sin limitaciones	4	Sin limitaciones	4	Sin limitaciones	4	
	EXPOSICIÓN HUMEDAD	Constantemente húmeda	1	Constantemente húmeda	1	Constantemente húmeda	1
	A menudo húmeda	2	A menudo húmeda	2	A menudo húmeda	2	
	Ocasionalmente húmeda	3	Ocasionalmente húmeda	3	Ocasionalmente húmeda	3	
	Raramente húmeda	4	Raramente húmeda	4	Raramente húmeda	4	
	ACTIVIDAD	Encamado/a	1	Encamado/a	1	Encamado/a	1
	En silla	2	En silla	2	En silla	2	
	Ambula ocasionalmente	3	Ambula ocasionalmente	3	Ambula ocasionalmente	3	
	Ambula frecuentemente	4	Ambula frecuentemente	4	Ambula frecuentemente	4	
	MOVILIDAD	Completemente inmóvil	1	Completemente inmóvil	1	Completemente inmóvil	1
	Muy limitada	2	Muy limitada	2	Muy limitada	2	
	Ligeramente limitada	3	Ligeramente limitada	3	Ligeramente limitada	3	
	NUTRICIÓN	Sin limitaciones	4	Sin limitaciones	4	Sin limitaciones	4
	PROBLEMA/LESION	Muy pobre	1	Muy pobre	1	Muy pobre	1
	Probablemente inadecuada	2	Probablemente inadecuada	2	Probablemente inadecuada	2	
	Adecuada	3	Adecuada	3	Adecuada	3	
	Excelente	4	Excelente	4	Excelente	4	
	ESTIME RIESGO/TOTAL	RIESGO: <i>Lev</i>	TOTAL 4	RIESGO: <i>Lev</i>	TOTAL 4	RIESGO: <i>Lev</i>	TOTAL 4

Escala: Mayor de 18 = Riesgo Ninguno, 15 - 18 = Riesgo Leve, 13 - 14 = Riesgo Moderado, 10 - 12 = Riesgo Alta, 9 o menos = Riesgo Muy Alta
 Nota: Una puntuación de 18 o menos se considera un riesgo de desarrollo a diferencia por presión. Ver protocolo de integridad de la piel. Continué las medidas de Prevención y/o Manejo implementadas en la admisión hasta el alta del paciente.

11-7	<i>AMBASS</i>	7-3	<i>D. Dossow</i>	3-11	<i>Downton</i>
------	---------------	-----	------------------	------	----------------

Firma RN y # licencia

Firma RN y # licencia

Firma RN y # licencia



DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
"FLOW SHEET"

NAC:01/07/1922 EDAD: 94Y SEXO: M
RM:0000567278 CNT:0201608052
S.S:XXX-XX-6076 CC:400-01
ADM:10/28/2016 01:10 PM
TP:0 - ACUTE INPATIENT
DR: MEDINA LA SALLE, LISA
PLAN: MEDICARE Y MUCHO MAS(HMO-MI)

Fecha: 10/26/16

Hora: 1:00 AM

Hora: 8:00 AM

Hora: 4 PM

1. NIVEL DE CONCIENCIA	TURNO	11-7		7-3		3-11	
		() Orientado	() Desorientado	() Orientado	() Desorientado	() Orientado	() Desorientado
		() Alerta	() Letárgico*	() Alerta	() Letárgico*	() Alerta	() Letárgico*
		() Comunicativo	() Comatoso*	() Comunicativo	() Comatoso*	() Comunicativo	() Comatoso*
		(+) Aparentemente dormido	(-) Inquietud	(-) Aparentemente dormido	(-) Inquietud	(-) Aparentemente dormido	(-) Inquietud
		(-) Inconsciente	(+) Agitado	(+) Inconsciente	(+) Agitado	(-) Inconsciente	(+) Agitado
		() Otro*		() Otro*		() Otro*	
2. SISTEMA RESPIRATORIO	RESPIRACIÓN	() Regular	() Irregular	(+) Regular	() Irregular	() Regular	() Irregular
	Tos	() Uana	() Profunda	() Uana	() Profunda	() Uana	() Profunda
	Succión	() Productiva	(-) No Productiva	(-) Productiva	(-) No Productiva	(-) Productiva	(-) No Productiva
		() N/A		() N/A		() N/A	
	() SI	(-) NO	() SI	(-) NO	() SI	(-) NO	
	Especifique:		Especifique:		Especifique:		
	Oxígeno	() SI	(-) NO	(-) SI	(-) NO	(-) SI	(-) NO
		Especifique:		Especifique:		Especifique:	
	Terapia Respiratoria	(-) SI	(-) NO	(-) SI	(-) NO	(-) SI	(-) NO
3. SISTEMA CARDIOVASCULAR	PULSO	() Taquicardia	() Bradicardia	() Taquicardia	() Bradicardia	() Taquicardia	() Bradicardia
	Presión sanguínea alterada	() Otro*	(-) N/A	() Otro*	(-) N/A	() Otro*	(-) N/A
	Conectado a monitor	() SI*	(-) NO	() SI*	(-) NO	() SI*	(-) NO
	Edema	() SI	(-) NO	() SI	(-) NO	() SI	(-) NO
	Especifique:		Especifique:		Especifique:		
4. SISTEMA GASTRO	Abdomen	Blando	(-) SI	(-) NO	Blando	(-) SI	(-) NO
		Duro	(-) SI*	(-) NO	Duro	(-) SI*	(-) NO
		Distendido	(-) SI	(-) NO	Distendido	(-) SI	(-) NO
		NGT	(-) SI*	(-) NO	NGT	(-) SI*	(-) NO
	(-) Succión Intermitente	(-) SI	(-) NO	(-) Succión Intermitente	(-) SI	(-) NO	
	Apariencia y Color			Apariencia y Color		Apariencia y Color	
	Eliminación (Heces Fecales)	(-) No ha evacuado		(-) No ha evacuado		(-) No ha evacuado	
		(+) Blanda		(+) Blanda		(+) Blanda	
		(-) Diarreas		(-) Diarreas		(-) Diarreas	
		(-) Dura		(-) Dura		(-) Dura	
5. SISTEMA GENITOURINARIO	Orina	(-) Espontáneo		(-) Espontáneo		(-) Espontáneo	
		(-) Cateterizado		(-) Cateterizado		(-) Cateterizado	
		Hora _____ Cantidad _____ ml		Hora _____ Cantidad _____ ml		Hora _____ Cantidad _____ ml	
		Apariencia y Color		Apariencia y Color		Apariencia y Color	
	Sonda Urinaria	(-) SI	(-) NO	(-) SI	(-) NO	(-) SI	(-) NO
	Cuidado al Catéter	(-) SI	(-) NO	(-) SI	(-) NO	(-) SI	(-) NO
	Apariencia Genital	(-) Normal	(-) Anormal*	(-) Normal	(-) Anormal*	(-) Normal	(-) Anormal*
	Secrecciones	(-) SI*	(-) NO	(-) SI*	(-) NO	(-) SI*	(-) NO

*Toda selección que esté identificada con este símbolo requiere documentación adicional.

6. SISTEMA INTERGUMENTARIO

7. NUTRICIÓN

8. ACTIVIDAD

9. HIGIENE

10. TERAPIA INTRAVENOSA

11. MÚSCULO ESQUELÉTICO

*Toda selección que esté identificada con este símbolo requiere documentación adicional.

TURNOS		11-7	7-3	3-11
TEMPERATURA		() Febril <input checked="" type="checkbox"/> Afebril	() Febril <input checked="" type="checkbox"/> Afebril	() Febril <input checked="" type="checkbox"/> Afebril
Sensación al Tacto		() Tibia () Fría () Caliente () Seca () Sudorosa	() Tibia () Fría () Caliente () Seca () Sudorosa	() Tibia () Fría () Caliente () Seca () Sudorosa
Color		() *Otro () Buen Color () Pálida* () Enrojecida* () Cianótica* () Ictericia () Otro Describa: _____	() *Otro () Buen Color () Pálida* () Enrojecida* () Cianótica* () Ictericia () Otro Describa: _____	() *Otro () Buen Color () Pálida* () Enrojecida* () Cianótica* () Ictericia () Otro Describa: _____
Integridad Cuidado a la piel Herida Quirúrgica		() Intacta () Alterada* () SI* () NO () SI* () NO Lugar: _____	() Intacta () Alterada* () SI* () NO () SI* () NO Lugar: _____	() Intacta () Alterada* () SI* () NO () SI* () NO Lugar: _____
Turgor		() Bueno () Regular () Pobre	() Bueno () Regular () Pobre	() Bueno () Regular () Pobre
DIETA		() SI () NO	() SI () NO	() SI () NO
RUTA		() Oral () Enteral () Parenteral () Gastrostomía () Yeyunostomía () Residual Gástrico _____ ml () SI () NO	() Oral () Enteral () Parenteral () Gastrostomía () Yeyunostomía () Residual Gástrico _____ ml () SI () NO	() Oral () Enteral () Parenteral () Gastrostomía () Yeyunostomía () Residual Gástrico _____ ml () SI () NO
Tolerada		() Ambulatorio () Descanso absoluto en cama () Cambio de posición () SI () NO () Matress de Aire () Terapia Física () SI () NO	() Ambulatorio () Descanso absoluto en cama () Cambio de posición () SI () NO () Matress de Aire () Terapia Física () SI () NO	() Ambulatorio () Descanso absoluto en cama () Cambio de posición () SI () NO () Matress de Aire () Terapia Física () SI () NO
BAÑO		() Cama () Ducha () Solo () Asistencia () N/A () Solo () Asistencia () N/A	() Cama () Ducha () Solo () Asistencia () N/A () Solo () Asistencia () N/A	() Cama () Ducha () Solo () Asistencia () N/A () Solo () Asistencia () N/A
HIGIENE BUCAL		() Periferal () Central () Medport () Ninguna Especifique: _____	() Periferal () Central () Medport () Ninguna Especifique: _____	() Periferal () Central () Medport () Ninguna Especifique: _____
Área de Venopunción		() Normal () Edema* () Infiltración* () Eritema* () Otro	() Normal () Edema* () Infiltración* () Eritema* () Otro	() Normal () Edema* () Infiltración* () Eritema* () Otro
Localización		Especifique: 45-140	Especifique: 45-140	Especifique: 45-140
Apariencia Área de punción		() SI () NO Especifique:	() SI () NO Especifique:	() SI () NO Especifique:
Solución Intravenosa		() SI () NO Especifique: 45-140	() SI () NO Especifique: 45-140	() SI () NO Especifique: 45-140
IVF's Patentes		() SI () NO	() SI () NO	() SI () NO
Número de Angio		() SI () NO	() SI () NO	() SI () NO
Cuidado área catéter		() SI () NO	() SI () NO	() SI () NO
Cambio de línea I.V.		() SI () NO	() SI () NO	() SI () NO
Limitación de movimiento		() SI* () NO	() SI* () NO	() SI* () NO
Presencia de:		() Contracturas () Anquilosis () Debilidad () Espasticidad () Parálisis () Tracción () Yeso	() Contracturas () Anquilosis () Debilidad () Espasticidad () Parálisis () Tracción () Yeso	() Contracturas () Anquilosis () Debilidad () Espasticidad () Parálisis () Tracción () Yeso

12. COMODIDAD	TURNOS	11.	7-3	3-21
	DOLOR	() SI* () NO Localización: 0 123 4567 8910 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	() SI* () NO Localización: 0 123 4567 8910 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	() SI* () NO Localización: 0 123 4567 8910 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo
	Medicamentos Administrados	() SI* () NO Ver Perfil de Medicamentos	() SI* () NO Ver Perfil de Medicamentos	() SI* () NO Ver Perfil de Medicamentos
AUVIO	() SI* () NO () N/A	() SI* () NO () N/A	() SI* () NO () N/A	
13. AISLAMIENTO	Precauciones de Aislamiento	() SI* () NO	() SI* () NO	() SI* () NO
	Indique fecha de comienzo: _____ Tipo de Aislamiento <input type="checkbox"/> Contacto <input type="checkbox"/> Por gotas <input type="checkbox"/> Por aire <input type="checkbox"/> Protectivo	 Tipo de Aislamiento <input type="checkbox"/> Contacto <input type="checkbox"/> Por gotas <input type="checkbox"/> Por aire <input type="checkbox"/> Protectivo	 Tipo de Aislamiento <input type="checkbox"/> Contacto <input type="checkbox"/> Por gotas <input type="checkbox"/> Por aire <input type="checkbox"/> Protectivo	 Tipo de Aislamiento <input type="checkbox"/> Contacto <input type="checkbox"/> Por gotas <input type="checkbox"/> Por aire <input type="checkbox"/> Protectivo
14. EDUCACIÓN	Educación Paciente o Familia	() SI* () NO Ver Hoja de Educación Multidisciplinaria	() SI* () NO Ver Hoja de Educación Multidisciplinaria	() SI* () NO Ver Hoja de Educación Multidisciplinaria
	Expresó conocimiento	() SI () NO	() SI () NO	() SI () NO
15. VISITAS	VISITAS MÉDICAS	() SI () NO	() SI () NO	() SI () NO
	VISITAS FAMILIARES	() SI () NO () Restringidas por orden médica	() SI () NO () Restringidas por orden médica	() SI () NO () Restringidas por orden médica
16. MEDICACIÓN	Medicamentos	() SI* () NO	() SI* () NO	() SI* () NO
	Documento: hora, medicamento, dosis y ruta Ver Perfil de Medicamentos		Ver Perfil de Medicamentos	Ver Perfil de Medicamentos
17. OTROS	Pacientes OB & GYN	Sangrado: () Normal () Mínimo <input type="checkbox"/> Profuso () Moderado () N/A	Sangrado: () Normal () Mínimo <input type="checkbox"/> Profuso () Moderado () N/A	Sangrado: () Normal () Mínimo <input type="checkbox"/> Profuso () Moderado () N/A
	Post-Parto v Cesarea	Loquia: () Rubra () Alba () Serosa	Loquia: () Rubra () Alba () Serosa	Loquia: () Rubra () Alba () Serosa
18. COMODIDAD	Procedimientos	() SI () NO Especifique: _____	() SI () NO Especifique: _____	() SI () NO Especifique: _____
	Estudios	() SI () NO Especifique: _____	() SI () NO Especifique: _____	() SI () NO Especifique: _____
	Muestras de Laboratorio (Especifique hora en que se tomó)	() SI () NO Especifique: _____	() SI () NO Especifique: _____	() SI () NO Especifique: _____
BANDA IDENTIFICACIÓN	() SI () NO	() SI () NO	() SI () NO	
BARANDA ELEVADA	() SI* () NO	() SI* () NO	() SI* () NO	
TIMBRE ACCESIBLE	() SI () NO	() SI () NO	() SI () NO	
RESTRICCIÓN	() SI* () NO *Ver hoja seguimiento restricciones	() SI* () NO *Ver hoja seguimiento restricciones	() SI* () NO *Ver hoja seguimiento restricciones	

*Toda selección que esté identificada con este símbolo requiere documentación adicional.

TURNOS		11-7		7-3		3-11	
19. ESTIMADO DE RIESGO A CAÍDAS (J.H.Downton)	CAÍDAS PREVIAS	No	0	No	0	No	0
		SI	1	SI	1	SI	1
	ESTADO MENTAL	Orientado	0	Orientado	0	Orientado	0
		Confuso	1	Confuso	1	Confuso	1
	DÉFICIT SENSORIAL/MOTOR	Ninguno	0	Ninguno	0	Ninguno	0
		Alteraciones visuales	1	Alteraciones visuales	1	Alteraciones visuales	1
		Alteraciones auditivas	1	Alteraciones auditivas	1	Alteraciones auditivas	1
		Extremidades (parálisis- paresia)	1	Extremidades (parálisis- paresia)	1	Extremidades (parálisis- paresia)	1
	MOVILIDAD	Normal	0	Normal	0	Normal	0
		Segura con ayuda	1	Segura con ayuda	1	Segura con ayuda	1
		Insegura con ayuda/sin ayuda	1	Insegura con ayuda/sin ayuda	1	Insegura con ayuda/sin ayuda	1
		Imposible	1	Imposible	1	Imposible	1
	EDAD	< 60 Años	0	< 60 Años	0	< 60 Años	0
		> 61 Años	1	> 61 Años	1	> 61 Años	1
	MEDICAMENTOS	Ningunos	0	Ningunos	0	Ningunos	0
Alto Riesgo: Mayor de 2 puntos / 15 <input type="checkbox"/> Riesgo Nulo (0-2) <input type="checkbox"/> Riesgo Alto (3 ó más)*		Tranquilizantes, sedantes	1	Tranquilizantes, sedantes	1	Tranquilizantes, sedantes	1
		Diuréticos,	1	Diuréticos,	1	Diuréticos,	1
		Hipotensores (no diuréticos)	1	Hipotensores (no diuréticos)	1	Hipotensores (no diuréticos)	1
		Antiparkinsonianos	1	Antiparkinsonianos	1	Antiparkinsonianos	1
		Antidepresivos	1	Antidepresivos	1	Antidepresivos	1
		TOTAL	3	TOTAL	3	TOTAL	3

Instrucciones para Escala Braden: En cada turno estime la puntuación que se requiere en cada renglón y documente el total en el espacio indicado. Indique el riesgo de acuerdo al total estimado en el espacio suministrado en cada turno.

20. ESTIMADO DE LA PIEL - Escala Braden	PERCEPCIÓN SENSORIAL	Completemente limitada	1	Completemente limitada	1	Completemente limitada	1
		Muy limitada	2	Muy limitada	2	Muy limitada	2
		Ligeramente limitada	3	Ligeramente limitada	3	Ligeramente limitada	3
		Sin limitaciones	4	Sin limitaciones	4	Sin limitaciones	4
	EXPOSICIÓN HUMEDAD	Constantemente húmeda	1	Constantemente húmeda	1	Constantemente húmeda	1
		A menudo húmeda	2	A menudo húmeda	2	A menudo húmeda	2
		Ocasionalmente húmeda	3	Ocasionalmente húmeda	3	Ocasionalmente húmeda	3
		Raramente húmeda	4	Raramente húmeda	4	Raramente húmeda	4
	ACTIVIDAD	Encamado/a	1	Encamado/a	1	Encamado/a	1
		En silla	2	En silla	2	En silla	2
		Ambula ocasionalmente	3	Ambula ocasionalmente	3	Ambula ocasionalmente	3
		Ambula frecuentemente	4	Ambula frecuentemente	4	Ambula frecuentemente	4
	MOVILIDAD	Completemente inmóvil	1	Completemente inmóvil	1	Completemente inmóvil	1
		Muy limitada	2	Muy limitada	2	Muy limitada	2
		Ligeramente limitada	3	Ligeramente limitada	3	Ligeramente limitada	3
	NUTRICIÓN	Sin limitaciones	4	Sin limitaciones	4	Sin limitaciones	4
FRICCION/LESION		Muy pobre	1	Muy pobre	1	Muy pobre	1
		Probablemente inadecuada	2	Probablemente inadecuada	2	Probablemente inadecuada	2
		Adecuada	3	Adecuada	3	Adecuada	3
		Excelente	4	Excelente	4	Excelente	4
		Problema	1	Problema	1	Problema	1
ESTIME RIESGO/TOTAL		RIESGO:	10	RIESGO:	12	RIESGO:	14

Escala: Mayor de 18 = Riesgo Ninguno, 15 - 18 = Riesgo Leve, 13 - 14 = Riesgo Moderado, 10 - 12 = Riesgo Alto, 9 o menos = Riesgo Muy Alto
Nota: Una puntuación de 18 o menos se considera un riesgo de desarrollo a úlcera por presión. Ver protocolo de integridad de la piel. Continúe las medidas de Prevención y/o Manejo implementadas en la admisión hasta el alta del paciente.

11-7	MFB 2035	7-3	BH 1008	3-11	BL 1008
------	----------	-----	---------	------	---------

Firma RN y # licencia

Firma RN y # licencia

Firma RN y # licencia



DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

NAC: 01/01/1922 EDAD: 94Y SEXO: M
 RM:0000567278 CNT:0201608052
 S.S XXX-XX-6076 CC:400-01
 ADM:10/28/2016 01:10 PM
 TP:0 - ACUTE INPATIENT
 DR: MEDINA LA SALLE, LISA
 PLAN: MEDICARE Y MUCHO MAS(HMO-MM)

Nombre: Natividad Nieves Cruz
 Identificación de Paciente

HISTORIAL DE ENFERMERÍA

Fecha 10/28/16 Hora 6:30 A.M. P.M. HAB. 400 A

I. DATOS GENERALES

Nombre: Natividad Nieves Cruz Médico Dra. L. Medina

Edad: 94 Sexo: F M Estado Civil: Soltero Divorciado Casado Separado Viudo

Modo de llegada: Ambulancia Acompañado por: _____ Parentesco Hija

Información ofrecida por: _____ Paciente Familiar Otro _____

Diagnóstico: Agute Bronquitis

Embarazada: Si No Meses de Gestación: _____

Lactando: Si No N/A Tiempo: _____

PESO ACTUAL	<u>170</u>
ESTATURA	<u>5'9"</u>

II. HISTORIAL DE ENFERMEDADES PASADAS Y ACTUALES		Pasada Actual		III. HISTORIAL DE ALERGIAS
Hipertensión	no	no		A. ALERGIAS A MEDICAMENTOS
Enfermedad del Corazón	no	no		1. <u>None</u>
Derrame Cerebral	no	no		2.
Diabetes	no	no		3.
Cáncer	si	si		4.
Asma / Alergias	no	no		B. ALERGIAS A ALIMENTOS
Anemia	no	no		1. <u>None</u>
Enfisema	no	no		2.
Pulmonía	no	si		3.
Enfermedad Renal				C. OTRAS ALERGIAS
Condiciones Emocionales/Mentales/ Psiquiátricas	si	si		1. <u>None</u>
Indique: <u>Alzheimer</u>				2.
Enfermedades Infecciosas	no	no		IV. MEDICAMENTOS
Enfermedades de Tiroides	no	no		A. MEDICAMENTOS ACTUALMENTE RECETADOS
Convulsiones	no	no		<input type="checkbox"/> SI, INDIQUE EN HOJA DE RECONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS <input checked="" type="checkbox"/> NO
Fiebre Reumática	no	no		B. MEDICAMENTOS NO RECETADOS ("OTC")
Sangrado Gastrointestinal	no	no		<input type="checkbox"/> SI, INDIQUE EN HOJA DE RECONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS <input checked="" type="checkbox"/> NO
Úlcera en el estómago /duodeno	no	no		C. MEDICAMENTOS NATURALES
Hemorroides	no	no		<input type="checkbox"/> SI, INDIQUE EN HOJA DE RECONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS <input checked="" type="checkbox"/> NO
Accidente/fracturas	no	no		V. HISTORIAL DE VACUNAS
Otras:	no	no		1. INFLUENZA <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO FECHA: <u>2016</u>
				2. PNEUMOCOCCO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO FECHA: <u>2016</u>
				3. OTRA: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO FECHA: <u>2016</u>

VI. HISTORIAL DE SALUD PASADO

Hospitalizaciones previas: SI NO Hospital: no recuerda Fecha de la última hospitalización no recuerda

Razón de la hospitalización: _____

Transfusiones de Sangre: SI NO Indique fecha: _____ Reacciones adversas: SI NO Explique: _____

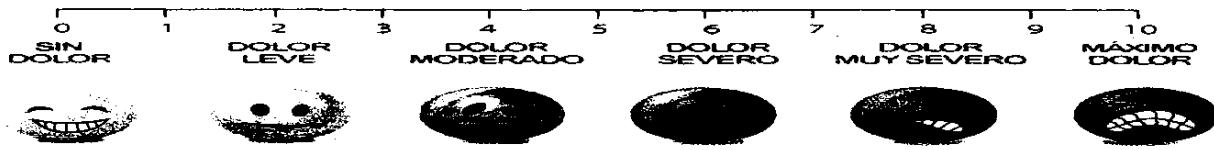
Acepta Transfusiones: SI NO Explique: _____

Operaciones: SI NO Especifique: Variilla en pierna izquierda

VII. HISTORIAL DE DOLOR

DOLOR: SI NO INDIQUE: AGUDO CRÓNICO LOCALIZACIÓN: _____

INTENSIDAD (Estime en una escala del 0-10): _____



DESCRIPCIÓN: PUNZANTE OPRESIVO INTERMITENTE CONSTANTE OTRO: _____
Se irradia, explique: _____

Le afecta el dolor en: Actividades Físicas Estado de Ánimo Sueño Al Socializar El Apetito La eliminación Otro

VIII. ETAPAS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

INFANCIA (Recién nacido - 8 meses), NIÑEZ TEMPRANA (Trotón 2-3 años), PRE-ESCOLAR (4-5 años), NIÑEZ MEDIA (ESCOLAR 6-11 años)

ADOLESCENCIA (12-18 años), ADULTEZ TEMPRANA (Joven 18-35 años), MEDIANA EDAD (35-65 años) VEJEZ (mayores de 65 años)

IX. CERNIMIENTO SICOSOCIAL

a. Escolaridad 1er grado

h. HÁBITOS: FUMA SI NO Núm. cigarrillos por día _____

b. Religión Católica

ALCOHOL SI NO Tomador Social Núm. de tragos al día _____

c. Ocupación Retirado

DROGAS SI NO Especifique _____

d. Se vale por sí mismo Sí No, explique _____

i. ALTERACIÓN EN SU ESTADO MENTAL SI NO
 Ansiedad Temor Intranquilo/Agitado Hostilidad
 Retraído Confundido Desorientado Agresivo/violento

e. Vive con Solo Familia Otro: _____

j. IDEAS O PENSAMIENTOS SUICIDAS SI NO
Indique: _____

f. Teléfono de Emergencias 787-423-1814

k. CONDICIÓN TERMINAL SI NO Indique Cancer

g. Actividades Recreativas No

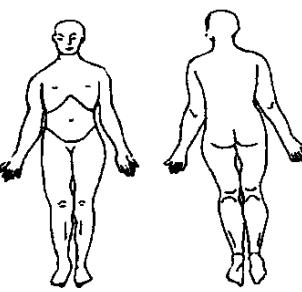
X. HISTORIAL DE SALUD ACTUAL

Problema de Salud que lo trae al Hospital: Tos persistente

¿Desde cuándo? 16/12/14 Recibió Tratamiento: SI NO Indique: S. E

SIGNOS VITALES: B.P. 110/70 PULSO 81 RESP. 18 TEMPERATURA 36.1°C

XI. REVISIÓN DE SISTEMAS

OJOS	SISTEMA GASTROINTESTINAL	ESTADO MENTAL
NORMAL	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vómitos* <input type="checkbox"/> Distensión <input type="checkbox"/> Dolor Abdominal <input type="checkbox"/> Sangrado <input type="checkbox"/> Boca <input type="checkbox"/> Rectal <input type="checkbox"/> NGT <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Apetito <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Pobre <input checked="" type="checkbox"/> ELIMINACIÓN: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal Indique: _____	<input type="checkbox"/> Comunicativo <input type="checkbox"/> Simpático <input type="checkbox"/> Tímido <input type="checkbox"/> Depresivo <input checked="" type="checkbox"/> Ansioso <input type="checkbox"/> Agitado <input checked="" type="checkbox"/> Intranquilo <input type="checkbox"/> Temeroso
OÍDOS	Indique: _____	ABUSO, NEGLIGENCIA (SIGNOS Y SÍNTOMAS)
AUDICIÓN NORMAL	Núm. de evacuaciones: <u>1</u> <input type="checkbox"/> Diarreas <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Incontinencia <input type="checkbox"/> Hematoquecia	<input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, Identifique <input type="checkbox"/> Abuso Mental <input type="checkbox"/> Abuso Sexual <input type="checkbox"/> Abuso Físico: <input type="checkbox"/> Ojo Negro <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Laceración <input type="checkbox"/> Manchas <input type="checkbox"/> Herida Abierta <input type="checkbox"/> Fracturas <input type="checkbox"/> Dislocación, Torcedura <input type="checkbox"/> Cambios repentinos en conducta <input type="checkbox"/> Otros: _____
BOCA, NARIZ Y GARGANTA	SISTEMA GENITOURINARIO <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> Retención <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Incontinencia <input type="checkbox"/> Hematuria Enfermedades Venéreas <input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO Especifique: _____ SECRETIONES VAGINALES <input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> N/A Especifique: _____ EMBARAZOS: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> N/A Grava _____ Para _____ Abortos _____ SONDA URINARIA <input type="checkbox"/> SI * # _____ <input checked="" type="checkbox"/> NO Fecha inserción: _____	SISTEMA MÚSCULO/ESQUELETAL
SISTEMA CARDIORESPIRATORIO	SISTEMA NEUROLOGICO <input checked="" type="checkbox"/> ALERTA <input type="checkbox"/> ORIENTADO X 4 <input type="checkbox"/> Inquieto <input type="checkbox"/> Confundido <input type="checkbox"/> Desorientado: <input type="checkbox"/> Tiempo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Espacio <input type="checkbox"/> Lugar <input type="checkbox"/> Persona <input type="checkbox"/> Soñoliento <input type="checkbox"/> Letárgico <input type="checkbox"/> Estuporoso <input type="checkbox"/> Coma MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS <input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO CONVULSIONES <input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO TIPO: <input type="checkbox"/> Focales <input type="checkbox"/> Generalizadas <input type="checkbox"/> Otro _____ Dificultad para hablar <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> NO Afasia <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> NO Disfagia <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> NO Debilidad / Parálisis <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> NO Lado : <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo	<input checked="" type="checkbox"/> INTACTO <input type="checkbox"/> ALTERADO , identifique áreas de alteración de la piel en la admisión
CARDIACO		
PULSO: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> Lento* <input type="checkbox"/> Rápido <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular* <input type="checkbox"/> Palpitaciones <input type="checkbox"/> Marcapaso <input type="checkbox"/> Dolor de pecho <input type="checkbox"/> Hipertensión RITMO: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____		a. Quemadura b. Cicatriz c. Contusión/Golpe d. Amputación e. Eritema f. Erupción g. Deformación h. Herida Traumática i. Laceración j. Úlcera por presión (Indique estadio) Localización: _____ Tamaño: _____ Estadio (I a V) _____ Área de riesgo a deteriorar: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO Indique: _____
SISTEMA HEMATOPOYÉTICO		
<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> Hemorragias <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Petequias <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Otros: _____		

* Toda selección que este identificada con este símbolo requiere documentación adicional nota enfermería

XII. ESTIMADO INICIAL DE LA PIEL
ESCALA BRADEN

Percepción Sensorial		Exposición a Humedad		Actividad		Movilidad		Nutrición		Efectos de la medicación	
Completemetamente limitada:	1	Constantemente Húmeda:	1	Encamado/a:	1	Completemetamente Inmóvil:	1	Muy Pobre:	1	Problema:	1
Muy limitada:	2	A menudo Húmeda:	2	En silla:	2	Muy Limitada:	2	Probablemente Inadecuada:	2	Problema Potencial:	2
Ligeramente Limitada:	3	Ocasionalmente Húmeda:	3	Ambula Ocasionalmente:	3	Ligeramente Limitada:	3	Adecuada:	3	No existe problema aparente:	3
Sin Limitaciones:	4	Raramente Húmeda:	4	Ambula Frecuentemente:	4	Sin Limitación:	4	Excelente:	4	No Problema:	4
	1		4		1		2		3		2

Escala: Mayor de 18 = Riesgo Ninguno, 15-18 = Riesgo Leve, 13-14 = Riesgo Moderado, 10-12 = Riesgo Alto, 9 o menos = Riesgo Muy Alto
 Nota: Active las Medidas de Prevención y/o Manejo de Alteración de la piel desde la admisión. Ver Hoja Prevención Y Manejo de Piel.

Total de Riesgo

12

XIII. ESTIMADO DE RIESGO A CAÍDAS (J.H.Downton)

CAÍDAS PREVIAS	No	0
	Si	1
ESTADO MENTAL	Orientado	0
	Confuso	1
DÉFICIT SENSORIAL/ MOTOR	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (parálisis- paresia...)	1
MOVILIDAD	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda/sin ayuda	1
	Imposible	1
EDAD	< 60 Años	0
	> 61 Años	1
MEDICAMENTOS	Ningunos	0
	Tranquilizantes, sedantes	1
	Diuréticos,	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Anestesia	1
TOTAL	Alto Riesgo: Mayor de 2 puntos /rs <input type="checkbox"/> Riesgo Nulo (0-2) <input type="checkbox"/> Riesgo Alto (3 ó más)	4

XIV. NUTRICIÓN

- Desayuna Almuerza Cena Merienda
 Dieta especial Sí No Tipo: _____
- CERNIMIENTO NUTRICIONAL:** Pérdida de peso mayor de 10 libras por mes
 Vómitos y/o diarreas por más de 3 días Dificultad al tragar o masticar
 Pobre Apetito por 3 o más días Úlceras por presión (Estadio II al IV)
 Paciente alcohólico Cirugía Geriátrica ≥ 65 años
 Alergia severas alimentos Pacientes con alimentación enteral por tubo
- Diagnósticos de alto riesgo :** Diabetes de Novo o descontrolada
 Obesidad Mórbida Malnutrición SIDA
 Embarazada con Hiperemesis Gravídica, Preeclampsia, Diabetes Gestacional

*** De identificar 1 ó más factores de riesgo referir a la dietista clínica para evaluación.***

XV. CERNIMIENTO FUNCIONAL

- Paciente propenso a desarrollar úlceras por presión relacionado a problemas de movilidad por las siguientes razones:
 CVA Trauma al cordón espinal Artritis
 Dolores de espalda Otro: _____
- Pacientes que reciban fisioterapia ambulatoria al momento de ser admitidos.
 Otros: _____
- Ausencia de riesgo

De identificar 1 ó más factores de riesgo referir a fisioterapia para evaluación.

XVI. NECESIDADES AUTO CUIDADO

- HABILIDAD PARA:**
- 1.Baño** Cama Ducha
 Con Ayuda Sin Ayuda
- 2.Alimentación** Con Ayuda Sin Ayuda

XVII. ESTIMADO DE NECESIDADES EDUCATIVAS

- Estudios
 Medicamentos
 Procedimientos
 Condición
 Dieta

- Cuidado pre/post op
 Autocuidado
 Prevención Caídas
 Otros

XVIII. OBJETOS PERSONALES

- Retenidos por paciente
 Entregados a familiar
 Guardados en la Unidad
 En custodia del Hospital
 Especifique: _____

XIX. PRUEBAS DIAGNOSTICAS: CBC BMP CMP PTO & PTT DUA FBS CXR EKG CULTIVOS

XX. PROBLEMAS IDENTIFICADOS DURANTE ESTIMADO INICIAL: _____

XXI. PLANIFICACIÓN ALTA: ¿Dónde regresará después del alta? Hogar Casa salud Otros _____

 POSIBLE CANDIDATO PARA OTROS SERVICIOS: Capellánía Terapia Física Intérprete Servicios en el Hogar por los siguientes Dx

 CVA AMPUTACIÓN CONDICIONES TERMINALES CRÓNICO RENAL CABG'S PACIENTES CUIDADO CRÍTICO

 ULCERAS SALUD MENTAL MALTRATO SIN RECURSO O FAMILIAR

 Referido a Trabajo Social, SI NO

Cristina R. 70500

ID. >	Escala que afecta expresión de la cara: (Wong-Baker Faces)										
PAIN SCALE											
	0	1	2	3	4	5					
	NO DOLOR	POCO DOLOR	UN POCO MAS DE DOLOR	DOLOR CONSTANTE	DOLOR FUERTE	DOLOR SEVERO					
	(No Hurt)	(Hurt Little Bit)	(Hurts Little More)	(Hurts Even More)	(Hurts Less)	(Hurts Harsh)					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ADULT >	NO DUELE	DUELE REGULAR				DUELE MUCHO					



Hospital Hermanos Meléndez
Carr # 2 KM 11.7

BAYAMON, PR 00960

Sala de Emergencia. Adultos

Name _____

Birthday: 01/01/1922

Age: 94 Años

Sex: M

Height: 5'9"

Weight: 170Lbs

S.S.: XXX-XX-6076

Doctor:

Admission: 10/27/2016 05:21 PM

VITAL SIGNS AND PAIN CHART

PED.	Escala que afecta expresión de la cara: (Wong-Baker-Faces)									
PAIN SCALE										
	0	1	2	3	4	5				
	NO DOLOR	POCO	UN POCO MAS DE DOLOR	DOLOR CONSTANTE	DOLOR FUERTE	DOLOR SEVERO				
(No Hurt)	(Hurt Little bit)	(Hurt Little More)	(Hurt Even More)	(Hurts Less)	(Hurts Harsh)					
ADULT	0 NO DUELE	1	2	3	4 DUELE REGULAR	5	6	7	8	9 DUELE MUCHO

HOSPITAL
HERMANOS
MELENDEZ BAYAMON, PUERTO RICO 00621
NOMBRE: [REDACTED] *11/28/16*

NAC: 01/01/1922 EDAD: 94Y SEXO: M
RM: 0000567278 CNT: 0201608052
S.S: XXX-XX-6076 CC: 400-01
ADM: 10/28/2016 01:10 PM
TP: 0 - ACUTE INPATIENT
DR: MEDINA LA SALLE, LISA
PLAN: MEDICARE Y MUCHO MAS(HMO-MM)

VITAL SIGNS AND PAIN CHART

DATE	HOUR	TEMP	BP	PULSE	RESP.	PAIN	LOCALIZATION	NURSE'S SIGN
10/28/16	6:30 AM	36°	110/70	81	18	0		<i>Liver 13076</i>
10/28/16	8:00 AM	36°	120/60	82	18	0	—	<i>Rosado 6114</i>
						0		<i>Rosa 130617810mt</i>
10/29/16	8:00 AM	36°	130/60	70	18	0	—	<i>Navarro 60351</i>
10/29/16	4:00 PM	36°	120/70	75	17	0	—	<i>Cruz 13076</i>
10/29/16	12:00 PM	35.9	150/80	64	18	0	—	<i>Rosado 6114</i>
10/30/16	3:00 PM	35.5	110/70	69	19	0	—	<i>Navarro 60351</i>
10/30/16	4:00 PM	35.8	130/70	70	18	0	—	<i>Alfons 02784</i>
10/30/16	11:00 PM	36.3	120/70	82	18	0	—	<i>Liver 13076</i>
10/31/16	3:00 AM	35	110/60	101	17	0	—	<i>Rosado 6114</i>
10/31/16	4:00 PM	36.7	110/60	64	18	0	—	<i>Alfons 02784</i>
10/31/16	11:00 PM	36.9	100/60	72	18	0	—	<i>Liver 13076</i>
11/1/16	8:00 AM	36.5	130/60	75	19	0	—	<i>Rosado 6114</i>
11/1/16	4:00 PM	36.6	100/70	76	18	0	—	<i>Liver 33083</i>
11/1/16	11:00 PM	37.0	140/80	77	18	0	—	<i>Alfons 02784</i>
11/2/16	8:00 AM	36.8	120/80	80	19	0	—	<i>Liver 60351</i>
11/2/16	4:00 PM	36.6	120/70	78	18	0	—	<i>Liver 33083</i>
11/2/16	11:00 PM	36.5	130/70	74	18	0	—	<i>Alfons 02784</i>
11/3/16	8:00 AM	36.8	130/70	78	17	0	—	<i>Liver 60351</i>
11/3/16	11:00 PM	36.0	110/70	77	17	0	—	<i>Navarro 60351</i>
11/3/16	4:00 PM	36.2	106/70	74	19	0	—	<i>D.Bonnie 031394</i>



BAYAMON, PUERTO RICO
(787) 620-8181

NAC: 07/07/1922 EDAD: 94Y SEXO: M
RM:0000567278 CNT:0201608052
S.S :XXX-XX-6076 CC:400-01
ADM:10/28/2016 01:10 PM
TP:0 - ACUTE INPATIENT
DR: MEDINA LA SALLE, LISA
PLAN: MEDICARE Y MUCHO MAS(HMO-MA)

DATE	11/4/16						
DAY IN HOSPITAL							
POST OP. DATE							

PRESION ARTERIAL	<u>100/60</u>						
ARTERIAL PRESS							
PESO-WEIGTH							
ORINA-URINE							
HECES-STOOL							



**HOSPITAL
HERMANOS
MELENDEZ**

BAYAMON, PUERTO RICO
(787) 620-8181

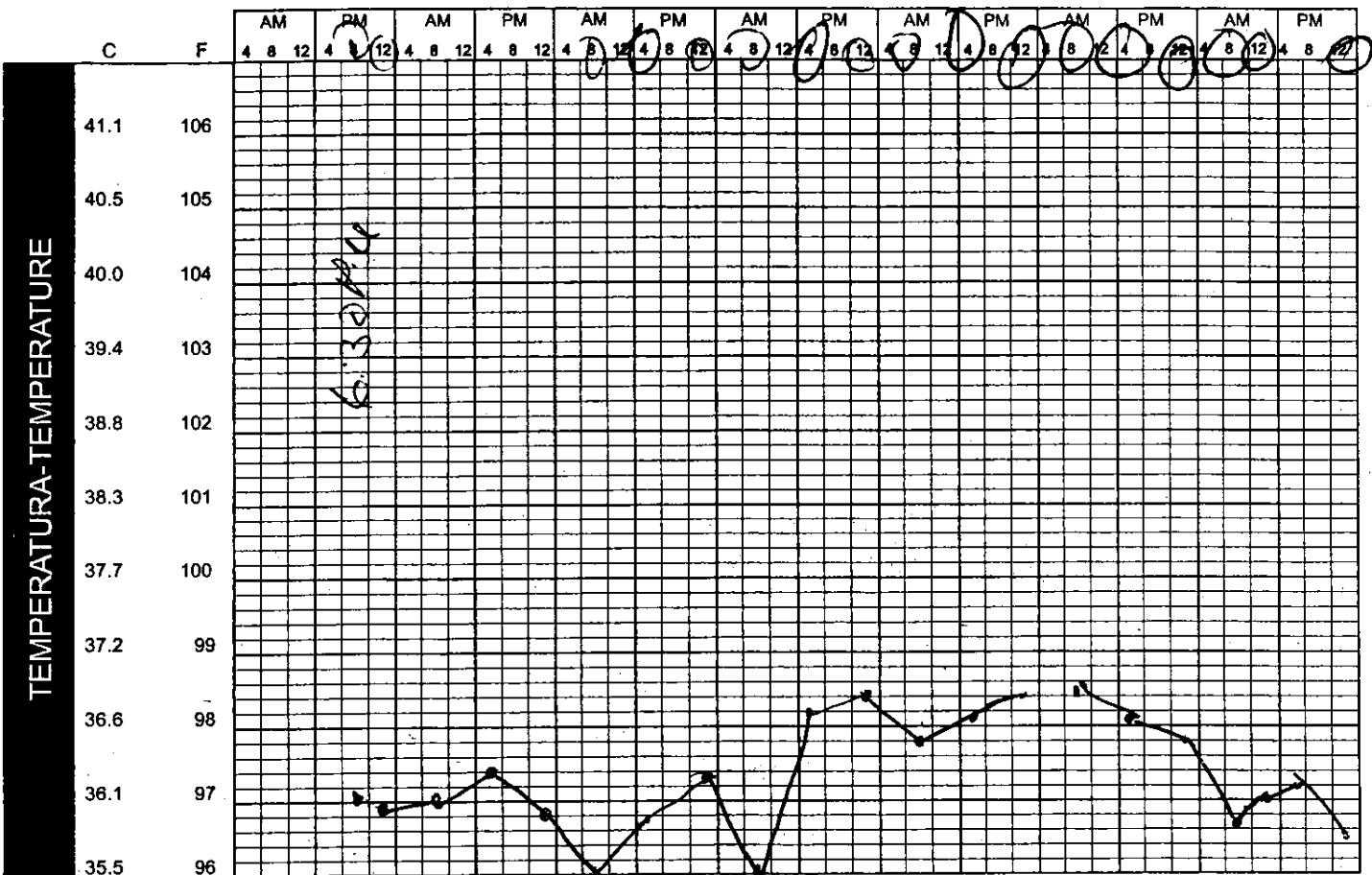
NAME : 01/01/1922 EDDAD : 94Y SEXU : M FICATION
RM:0000567278 CNT:0201608052
S.S: XXX-XX-6076 CC:400-01
ADM:10/28/2016 01:10 PM
TP:0 - ACUTE INPATIENT
DR: MEDINA LA SALLE, LISA
PLAN: MEDICARE Y MUCHO MAS(HMO-MN)
1ES

100

12

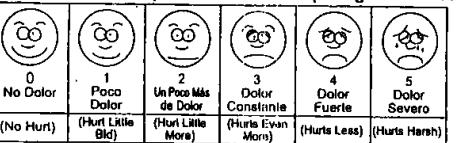
ies

DATE	10/28/16	10-29-16	10/30/16	10/31	11-1-16	11/2/16	11/3/16
DAY IN HOSPITAL	C/S						
POST OP. DATE							



PRESION ARTERIAL	110/70	120/70	110/70	100/60	130/80	130/60
ARTERIAL PRESS				110/60		110/60
PESO-WEIGHT					100/70	120/70
ORINA-URINE						110/60
HECES-STOOL						

PAIN ASSESSMENT / REASSESSMENT MANAGEMENT

Escala que afecta expresión de la cara: (Wong-Taker-faces)																																	
 <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>0 No Dolor</td> <td>1 Poco Dolor</td> <td>2 Un Poco Más de Dolor</td> <td>3 Dolor Constitutive</td> <td>4 Dolor Fuerte</td> <td>5 Dolor Severo</td> </tr> <tr> <td>(No Hurt)</td> <td>(Hurt Little Bit)</td> <td>(Hurt Little More)</td> <td>(Hurts Even More)</td> <td>(Hurts Less)</td> <td>(Hurts Harsh)</td> </tr> </table> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>0 No Duele</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5 Duele Regular</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>10 Duele Mucho</td> </tr> </table>											0 No Dolor	1 Poco Dolor	2 Un Poco Más de Dolor	3 Dolor Constitutive	4 Dolor Fuerte	5 Dolor Severo	(No Hurt)	(Hurt Little Bit)	(Hurt Little More)	(Hurts Even More)	(Hurts Less)	(Hurts Harsh)	0 No Duele	1	2	3	4	5 Duele Regular	6	7	8	9	10 Duele Mucho
0 No Dolor	1 Poco Dolor	2 Un Poco Más de Dolor	3 Dolor Constitutive	4 Dolor Fuerte	5 Dolor Severo																												
(No Hurt)	(Hurt Little Bit)	(Hurt Little More)	(Hurts Even More)	(Hurts Less)	(Hurts Harsh)																												
0 No Duele	1	2	3	4	5 Duele Regular	6	7	8	9	10 Duele Mucho																							
LEYEND:																																	
N/A	0	COLIC	6	MED - MEDICATIONS																													
SHARP	1	TWISTING	7	A - ACTIVITY																													
DEEP	2	TINGLING	8	C - COMFORT																													
BURNING	3	CRAMPS	9	M - MASSAGE																													
HEAVINESS	4	SENSITIVE	10	I - COLD, ICE																													
OPPRESION	5	OTHER	11	H - HEAT																													

I.V. FLUIDS WITH ADDITIVES

PAIN ASSESSMENT / REASSESSMENT MANAGEMENT

I.V. FLUIDS WITH ADDITIVES

CODIGO	TREATMENT	TOTAL
	Tx Aerosol Continuous	
	T. Tube Nebulizer	
	Tx Suction	
	Tx Power Nebulizer	
	Power Nebulizer Kit	
	Tx I.P.P.B.	
	Chest Phys. Ther.	
	Insentive Spirometer	
	Ventilatory Mask	
	Date Art B-LD Gas	
	Art B-LD Gases Puncture	
	AB Gases Interpret.	

MELENDEZ RESPIRATORY THERAPY

PROGRESS NOTES

CODIGO	TREATMENT	TOTAL
	Continuous Respirator	
	Circuito Ventilador	
	C.P.A.P	
	Peep	
	Respirator Stand-By	
	Filtro Ventilador	
	I.P.P.B. Set Up	
	Tracheotomy Mask	
	Spiro Pre Pat. Bro/Dic & Int.	
	S.V.C./SLW Vital Capacity	
	H.W./Max Breath Capacity	

ADMITTING DX:	<u>acute bronquitis</u>
INITIAL IF DONE Patient and Family Education Method:	
Educational Conference	<input type="checkbox"/> OTHER VERIFIED WITH PHYSICIAN ORDER SHEET
Stationary	<input checked="" type="checkbox"/> OBJECTIVES PLACED
Patient Instructed on equipment safety and coached on present modality	<input type="checkbox"/> THERAPY EVALUATED DATE
	<input type="checkbox"/> IMPROVED ALVEOLAR VENTILATION
	<input type="checkbox"/> PREVENT OR TREAT ATELECTASIS
	<input type="checkbox"/> IMPROVE & PROMOTE COUGH MECHANISM
	<input type="checkbox"/> DELIVERY AEROSOL MEDICATION
	<input type="checkbox"/> OTHERS:

PULMONARY DX:	<u>Acute Bronchitis</u>
OBJECTIVES OF RESPIRATORY THERAPY	
IMPROVED ALVEOLAR VENTILATION	<input type="checkbox"/> PREVENT ACCUMULATION OR PROMOTE MOBILIZATION OF BRONCHIAL SECRETIONS
PREVENT OR TREAT ATELECTASIS	<input type="checkbox"/> IMPROVE CARDIOPULMONARY RESERVE
IMPROVE & PROMOTE COUGH MECHANISM	<input type="checkbox"/> THOROUGH PHYSICAL CONDITIONING
DELIVERY AEROSOL MEDICATION	<input type="checkbox"/> IMPROVE ARTERIAL OXYGENATION
OTHERS:	

DATE: <u>1/3/16</u>	TIME: <u>5 PM</u>	POSITION <u>3-Supine</u>	F102 <u>1</u>	RESPIRATORY <u>POST</u>	PULSE <u>80</u>	EQUIPMENT PERFORMANCE <u>1</u>	MECHANICAL VENTILATION <u>NO</u>	IN
Assessment		<input checked="" type="checkbox"/> 1-Fowlers	<input type="checkbox"/> 4-Trend	<input type="checkbox"/> PRE	<input type="checkbox"/> POST	<input type="checkbox"/> PEED	<input type="checkbox"/> RR	<input type="checkbox"/> TECH
Made		<input type="checkbox"/> 2-Sitting	<input checked="" type="checkbox"/> 5-Prone				<input type="checkbox"/> NO	
Sputum								
Auscultation (Pre)								
Auscultation (Post)								
Response								
Side Effects								
DATE: <u>1/3/16</u>	TIME: <u>5 PM</u>	POSITION <u>3-Supine</u>	F102 <u>1</u>	RESPIRATORY <u>POST</u>	PULSE <u>72</u>	EQUIPMENT PERFORMANCE <u>1</u>	MECHANICAL VENTILATION <u>NO</u>	IN
Assessment		<input checked="" type="checkbox"/> 1-Fowlers	<input type="checkbox"/> 4-Trend	<input type="checkbox"/> PRE	<input type="checkbox"/> POST	<input type="checkbox"/> PEED	<input type="checkbox"/> RR	<input type="checkbox"/> TECH
Made		<input type="checkbox"/> 2-Sitting	<input checked="" type="checkbox"/> 5-Prone				<input type="checkbox"/> NO	
Sputum								
Auscultation (Pre)								
Auscultation (Post)								
Response								
Side Effects								

PROGRESS NOTES

Tx Aerosol Continuous
T. Tube Nebulizer
Tx Suction
Tx Power Nebulizer
Power Nebulizer Kit
Tx I.P.B.
Chest Phys. Ther.
Inexpensive Spirometer
Ventury Mask
Date Art B-LD Gas
Art B-D Gases Puncture
AB Gases Interpret.

ADMITTING DX: INITIAL IF DONE	Patient and Family Education Method: Educational Conferences	OTHER VERIFIED WITH PHYSICIAN ORDER SHEET <input checked="" type="checkbox"/>	OBJECTIVES PLACED <input checked="" type="checkbox"/>	THERAPY EVALUATED DAILY <input type="checkbox"/>
SOB	Suspitory	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ROOM NO. 440A

Continous Respirator	
Circuito Ventilador	
C.P.A.P	
Reep	
Respirator Stand-By	
Filtro Ventilador	
I.P.B.B. Set Up	
Tracheotomy Mask	
Spiro Pre Pt. Bro/Bic & Int.	
L.V.C./SVN Vital Capacity	
M.W./Max Breath Capacity	

PULMONARY	<i>SOB</i>
DX:	
OBJECTIVES OF RESPIRATORY THERAPY	
IMPROVED ALVEOLAR VENTILATION	PREVENT ACCUMULATION OR PROMOTE MOBILIZATION OF BRONCHIAL SECRETIONS
V PREVENT OR TREAT ATTELEASIS	IMPROVE CARDIOPULMONARY RESERVE THOROUGH PHYSICAL CONDITIONING
	IMPROVE & PROMOTE COUGH MECHANISM DELIVERY AEROSOL MEDICATION OTHERS

Date & Time, Orders	10/31
Changes, initials	
663Xgreen	
GJ	

Assessment		Mode		Side Effects		Assessment		Mode		Side Effects	
Date	Time	SpO ₂	Flow	Pulse	Rate	Date	Time	SpO ₂	Flow	Pulse	Rate
1/2/16	10:00 AM	98	1 L/min	80	100	1/2/16	10:00 AM	98	1 L/min	80	100
Auscultation (Pre)		Sputum		Response		Auscultation (Post)		Sputum		Response	
Auscultation (Post)		Sputum		Response		Auscultation (Post)		Sputum		Response	
Assessment		Mode		Side Effects		Assessment		Mode		Side Effects	

John Way Jr.

Assessment	DATE: 11/14 TIME: 12:00 PM	POSITION: 3-Supine 1-Fowlers 2-Sitting 4-Trend 5-Prone	F102 FLOW	RESPIRATORY PRE POST	PULSE PRF 103 31	EQUIPMENT PERFORMANCE 1-ADEQUATE 2-CHANGED	MECHANICAL VENTILATION VT RR PEEP PS	YES NO	TECH F102 MODE
Mode									
Sputum									
Auscultation (Pre)									
Response									
Side Effects									

Assessment: Chest tightness, shortness of breath, sputum, crackles, wheezes, cyanosis, tachypnoea, tachycardia, hypotension, hypoxia, oxygen saturation 88%.

Response: Oxygen therapy 6L/min via nasal cannula.

Side Effects: Headache, drowsiness, dizziness, confusion, lightheadedness, hypotension, hypoxia.

Assessment	DATE: 11/14 TIME: 12:00 PM	POSITION: 3-Supine 1-Fowlers 2-Sitting 4-Trend 5-Prone	F102 FLOW	RESPIRATORY PRE POST	PULSE PRF 103 31	EQUIPMENT PERFORMANCE 1-ADEQUATE 2-CHANGED	MECHANICAL VENTILATION VT RR PEEP PS	YES NO	TECH F102 MODE
Mode									
Sputum									
Auscultation (Post)									
Response									
Side Effects									

Assessment: Chest tightness, shortness of breath, sputum, crackles, wheezes, cyanosis, tachypnoea, tachycardia, hypotension, hypoxia, oxygen saturation 90%.

Response: Oxygen therapy 6L/min via nasal cannula.

Side Effects: Headache, drowsiness, dizziness, confusion, lightheadedness, hypotension, hypoxia.

Assessment	DATE: 11/14 TIME: 12:00 PM	POSITION: 3-Supine 1-Fowlers 2-Sitting 4-Trend 5-Prone	F102 FLOW	RESPIRATORY PRE POST	PULSE PRF 103 31	EQUIPMENT PERFORMANCE 1-ADEQUATE 2-CHANGED	MECHANICAL VENTILATION VT RR PEEP PS	YES NO	TECH F102 MODE
Mode									
Sputum									
Auscultation (Pre)									
Response									
Side Effects									

Assessment: Chest tightness, shortness of breath, sputum, crackles, wheezes, cyanosis, tachypnoea, tachycardia, hypotension, hypoxia, oxygen saturation 92%.

Response: Oxygen therapy 6L/min via nasal cannula.

Side Effects: Headache, drowsiness, dizziness, confusion, lightheadedness, hypotension, hypoxia.

CODIGO	TREATMENT	TOTAL
Tx Aerosol Continuous		
T. Tube Nebulizer		
Tx Suction		
Tx Power Nebulizer		
Power Nebulizer Kit		
Tx I.P.B.		
Chest Phys. Ther.		
Incentive Spirometer		
Ventury Mask		
Date Art-B-LD Gas		
Art-B-LD Gases Puncture		
AB Gases Interpret.		

MELENDEZ RESPIRATORY THERAPY

CODIGO	TREATMENT	TOTAL
Continuous Respirator		
Circuito Ventilador		
C.P.A.P		
Peep		
Respirator Stand-By		
Filtro Ventilador		
I.P.B. Set Up		
Tracheotomy Mask		
Spiro Pre Pat. Bioclic & Int.		
S.V.C./SEW Vital Capacity		
H.W./Max Breath Capacity		

1507278

ADMITTING

DX:

INITIAL IF DONE

Patient and Family Education Method:

Educational Conference

Stationary

OTHER VERIFIED WITH PHYSICIAN ORDER SHEET
OBJECTIVES PLACED

THERAPY EVALUATED DATE

Patient instructed on equipment safety and coached on present modality

PULMONARY SDOZ

DX:
OBJECTIVES OF RESPIRATORY THERAPY

- IMPROVED ALVEOLAR VENTILATION
- PREVENT ACCUMULATION OR PROMOTE MOBILIZATION OF BRONCHIAL SECRETIONS
- IMPROVE CARDIOPULMONARY RESERVE THROUGH PHYSICAL CONDITIONING
- IMPROVE ARTERIAL OXYGENATION
- PREVENT OR TREAT ATTELETEASIS
- IMPROVE & PROMOTE COUGH MECHANISM
- DELIVERY AEROSOL MEDICATION
- OTHERS:

ASSESSMENT

DATE

TIME: 11:45 AM POSITION: 3-Supine

1-Fowler's 1-Prone

2-Sitting 2-Post

4-Trend 4-Prone

5-Prone

6-Post

7-Post

8-Post

9-Post

10-Post

11-Post

12-Post

13-Post

14-Post

15-Post

16-Post

17-Post

18-Post

19-Post

20-Post

21-Post

22-Post

23-Post

24-Post

25-Post

26-Post

27-Post

28-Post

29-Post

30-Post

31-Post

32-Post

33-Post

34-Post

35-Post

36-Post

37-Post

38-Post

39-Post

40-Post

41-Post

42-Post

43-Post

44-Post

45-Post

46-Post

47-Post

48-Post

49-Post

50-Post

51-Post

52-Post

53-Post

54-Post

55-Post

56-Post

57-Post

58-Post

59-Post

60-Post

61-Post

62-Post

63-Post

64-Post

65-Post

66-Post

67-Post

68-Post

69-Post

70-Post

71-Post

72-Post

73-Post

74-Post

75-Post

76-Post

77-Post

78-Post

79-Post

80-Post

81-Post

82-Post

83-Post

84-Post

85-Post

86-Post

87-Post

88-Post

89-Post

90-Post

91-Post

92-Post

93-Post

94-Post

95-Post

96-Post

97-Post

98-Post

99-Post

100-Post

101-Post

102-Post

103-Post

104-Post

105-Post

106-Post

107-Post

108-Post

109-Post

110-Post

111-Post

112-Post

113-Post

114-Post

115-Post

116-Post

117-Post

118-Post

119-Post

120-Post

121-Post

122-Post

123-Post

124-Post

125-Post

126-Post

127-Post

128-Post

129-Post

130-Post

131-Post

132-Post

133-Post

134-Post

135-Post

136-Post

137-Post

138-Post

139-Post

140-Post

141-Post

142-Post

143-Post

144-Post

145-Post

146-Post

147-Post

148-Post

149-Post

150-Post

151-Post

152-Post

153-Post

154-Post

155-Post

156-Post

157-Post

158-Post

159-Post

160-Post

161-Post

162-Post

163-Post

164-Post

165-Post

166-Post

167-Post

168-Post

169-Post

170-Post

171-Post

172-Post

173-Post

174-Post

175-Post

176-Post

177-Post

178-Post

179-Post

180-Post

181-Post

182-Post

183-Post

184-Post

185-Post

186-Post

187-Post

188-Post

189-Post

190-Post

191-Post

192-Post

193-Post

194-Post

195-Post

196-Post

197-Post

198-Post

199-Post

200-Post

201-Post

202-Post

203-Post

204-Post

205-Post

206-Post

207-Post

208-Post

209-Post

210-Post

211-Post

212-Post

213-Post

214-Post

215-Post

216-Post

217-Post

218-Post

219-Post

220-Post

221-Post

222-Post

223-Post

224-Post

225-Post

226-Post

227-Post

228-Post

229-Post

230-Post

231-Post

232-Post

233-Post

234-Post

235-Post

236-Post

237-Post

238-Post

239-Post

240-Post

241-Post

CODIGO	TREATMENT	TOTAL
	Tx Aerosol Continuous	
	Tx Tube Nebulizer	
	Tx Suction	
	Tx Power Nebulizer	
	Power Nebulizer Kit	
	Tx I.P.B.	
	Chest Phys. Ther.	
	Incentive Spirometer	
	Ventury/Mask	
	Date Art B-D Gas	
	Art B-D Gases Puncture	
	AB Gases Interpret.	

MELLENDEZ RESPIRATORY THERAPY
PROGRESS NOTES

CODIGO	TREATMENT	TOTAL
	Continuous Respirator	
	Circuito Ventilador	
	C.P.A.P	
	Peep	
	Respirator Stand-By	
	Filtro Ventilador	
	I.P.B. Set Up	
	Tracheotomy Mask	
	Spiro Pre Post Bro/Bic & Int.	
	S.V.C./SLW Vital Capacity	
	M.W./Max Breath Capacity	

400-A

N
RW:0000567278 SUD: 94Y SEXO: M
S.S. XXX-XX-6076 CNT: 0201638052
ADM: 10/28/2016 CC: 400-01
TP: 0 - ACUTE INPATIENT
DR: MEDINA LA SALLE, LISA
PLAN: MEDICARE Y MUCHO MASHMO-MA

ROOM NO.

Date & Time, Orders Changes, Initials	10/31/16
Philly 0.63m Syringe + Syringes 0.0720	
4th	
RE-ASSESSMENT & Plan	10/31/16

ADMITTING DX:	PULMONARY
DX:	Auts, Bronchitis
INITIAL IF DONE	OBJECTIVES OF RESPIRATORY THERAPY
Patient and Family Education Method:	IMPROVED ALVEOLAR VENTILATION PREVENT ACCUMULATION OR PROMOTE MOBILIZATION OF BRONCHIAL SECRETIONS
Educational Conference	PREVENT OR TREAT ATTELEASIS IMPROVE CARDIOPULMONARY RESERVE
Stationery	IMPROVE & PROMOTE COUGH MECHANISM THOROUGH PHYSICAL CONDITIONING
OTHER VERIFIED WITH PHYSICIAN ORDER SHEET	IMPROVE ARTERIAL OXYGENATION
OBJECTIVES PLACED	DELIVERY AEROSOL MEDICATION OTHERS:
THERAPY EVALUATED DATE	10/31/16
PATIENT INSTRUCTED ON EQUIPMENT SAFELY AND ANCHORED ON PRESENT MODALITY	

DATE: 1-16 TIME: 10 AM POSITION	3-Supine 1-Fowler PM 2-Sitting 4-Trend 5-Prone	RESPIRATORY F100% Flow PR	PULSE 100 100 100	EQUIPMENT PERFORMANCE 1-adequate 2-changed	MECHANICAL VENTILATION VT RR PEEP	IN
Assessment	Philly 0.63m Syringe + Syringes 0.0720			1	NO	TECH
Mode						
Sputum						
Auscultation (Pre)						
Auscultation (Post)						
Response						
Side Effects						
DATE: 1-16 TIME: 10 AM POSITION	3-Supine 1-Fowler PM 2-Sitting 4-Trend 5-Prone	RESPIRATORY F100% Flow PR	PULSE 80 100 100	EQUIPMENT PERFORMANCE 1-adequate 2-changed	MECHANICAL VENTILATION VT RR PEEP	IN
Assessment	Philly 0.63m Syringe + Syringes 0.0720			1	NO	TECH
Mode						
Sputum						
Auscultation (Pre)						
Auscultation (Post)						
Response						
Side Effects						

10/28/16

None

DATE: 11/14 TIME: 6 AM	POSITION 1-Supine 2-Fowlers 3-Sitting	F102 4-Trend 5-Prone	PULSE PRE 91 POST 93	RESPIRATORY FLOW	EQUIPMENT PERFORMANCE 1-ADEQUATE 2-CHANGED	MECHANICAL VENTILATION RR VT PEEP	YES NO F102 MODE
Assessment	Open						
Mode	6-3X Opened						
Sputum							
Auscultation (Pre)							
Auscultation (Post)							
Response	Take						
Side Effects							
DATE: TIME: AM PM	POSITION 1-Fowlers 2-sitting	F102 4-Trend 5-Prone	PULSE PRE POST	RESPIRATORY FLOW	EQUIPMENT PERFORMANCE 1-ADEQUATE 2-CHANGED	MECHANICAL VENTILATION RR VT PEEP	YES NO F102 MODE
Assessment							
Mode							
Sputum							
Auscultation (Pre)							
Auscultation (Post)							
Response							
Side Effects							
DATE: TIME: AM PM	POSITION 1-Fowlers 2-Sitting	F102 4-Trend 5-Prone	PULSE PRE POST	RESPIRATORY FLOW	EQUIPMENT PERFORMANCE 1-ADEQUATE 2-CHANGED	MECHANICAL VENTILATION RR VT PEEP	YES NO F102 MODE
Assessment							
Mode							
Sputum							
Auscultation (Pre)							
Auscultation (Post)							
Response							
Side Effects							
DATE: TIME: AM PM	POSITION 1-Fowlers 2-Sitting	F102 4-Trend 5-Prone	PULSE PRE POST	RESPIRATORY FLOW	EQUIPMENT PERFORMANCE 1-ADEQUATE 2-CHANGED	MECHANICAL VENTILATION RR VT PEEP	YES NO F102 MODE
Assessment							
Mode							
Sputum							
Auscultation (Pre)							
Auscultation (Post)							
Response							
Side Effects							

CODIGO	TREATMENT	TOTAL
Tx Aerosol Continuous		
T. Tube Nebulizer		
Tx Suction		
Tx Power Nebulizer		
Power Nebulizer Kit		
Tx I.P.P.B.		
Chest Phys. Ther.		
Incentive Spirometer		
Ventury Mask		
Date Art B-LD Gas		
Art B-LD Gases Puncture		
AB Gases Interpret.		

MELENDEZ RESPIRATORY THERAPY

PROGRESS NOTES

CODIGO	TREATMENT	TOTAL
Tx Aerosol Continuous		
T. Tube Nebulizer		
Tx Suction		
Tx Power Nebulizer		
Power Nebulizer Kit		
Tx I.P.P.B.		
Chest Phys. Ther.		
Incentive Spirometer		
Ventury Mask		
Date Art B-LD Gas		
Art B-LD Gases Puncture		
AB Gases Interpret.		

ADMITTING DX:	PULMONARY DX: <i>Respiratory</i>
OBJECTIVES OF RESPIRATORY THERAPY	
OTHER VERIFIED WITH PHYSICIAN ORDER SHEET <input checked="" type="checkbox"/> OBJECTIVES PLACED <input checked="" type="checkbox"/> THERAPY EVALUATED DATE <input checked="" type="checkbox"/> DELIVERY AEROSOL MEDICATION <input checked="" type="checkbox"/> OTHERS:	
IMPROVED ALVEOLAR VENTILATION <input checked="" type="checkbox"/> PREVENT OR TREAT ATTELECTASIS <input checked="" type="checkbox"/> IMPROVE & PROMOTE COUGH MECHANISM <input checked="" type="checkbox"/> IMPROVE ARTERIAL OXYGENATION	
PREVENT ACCUMULATION OR PROMOTE MOBILIZATION OF BRONCHIAL SECRETIONS <input checked="" type="checkbox"/> IMPROVE CARDIOPULMONARY RESERVE <input checked="" type="checkbox"/> THOROUGH PHYSICAL CONDITIONING	

Date & Time, Orders Changes, Initials	<i>10/29/16</i>
<i>J. M. J. 10/29/16</i>	<i>ATM 10/29/16</i>
<i>GR 2637</i>	<i>GR 2637</i>
RE-ASSESSMENT:	<i>10/30/16</i>
<i>Review of 8-4K fcu/hr</i>	

DATE: <i>10/29/16</i>	TIME: <i>1 PM</i>	POSITION <input checked="" type="checkbox"/> 3-Supine <input type="checkbox"/> 1-Fowler <input type="checkbox"/> 2-Sitting	F102 FLOW <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5-Phone	RESPIRATORY PRE <i>16</i> POST <i>16</i>	PULSE <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> POST <i>15</i>	EQUIPMENT <input checked="" type="checkbox"/> 1-Adequate <input type="checkbox"/> 2-Changed	MECHANICAL VENTILATION YES <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> RR <input type="checkbox"/> VT <input type="checkbox"/> PEED	TECH <input type="checkbox"/> F102 <input type="checkbox"/> MODE
<i>Assessment: Dry cough - Assessments done</i>								
Mode <i>Mode</i>	<i>Assessment</i>	<i>Findings: Dry cough - Assessments done</i>						
Sputum <i>No</i>	<i>Assessment</i>	<i>No sputum</i>						
Auscultation (Pre) <i>Normal</i>	<i>Assessment</i>	<i>Normal breath sounds</i>						
Response <i>No change</i>	<i>Assessment</i>	<i>No change</i>						
Side Effects <i>No</i>	<i>Assessment</i>	<i>No side effects</i>						
DATE: <i>10/29/16</i>	TIME: <i>2 PM</i>	POSITION <input checked="" type="checkbox"/> 3-Supine <input type="checkbox"/> 1-Fowler <input type="checkbox"/> 2-Sitting	F102 FLOW <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5-Phone	RESPIRATORY PRE <i>16</i> POST <i>16</i>	PULSE <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> POST <i>15</i>	EQUIPMENT <input checked="" type="checkbox"/> 1-Adequate <input type="checkbox"/> 2-Changed	MECHANICAL VENTILATION YES <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> RR <input type="checkbox"/> VT <input type="checkbox"/> PEED	TECH <input type="checkbox"/> F102 <input type="checkbox"/> MODE
<i>Assessment: No change in findings</i>								
Sputum <i>No</i>	<i>Assessment</i>	<i>No sputum</i>						
Auscultation (Post) <i>Normal</i>	<i>Assessment</i>	<i>Normal breath sounds</i>						
Response <i>No change</i>	<i>Assessment</i>	<i>No change</i>						
Side Effects <i>No</i>	<i>Assessment</i>	<i>No side effects</i>						

DATE:	TIME:	POSITION	F ₁₀₂ FLOW	RESPIRATORY PULSE	EQUIPMENT PERFORMANCE	Mechanical Ventilation	
AM	1100 PM	1-Fowlers 2-Sitting 3-Prone	4-Trend 5-Prone	PRE POST	1-Adequate 2-Changed	VT RR PEEP	F ₁₀₂ Mode
Assessment							TECH
Mode	SpO ₂ 97% 0.65 L/min						IN
Sputum							
Auscultation (Pre)							
Response							
Side Effects							
DATE: 11/14	TIME: 11:00 AM	POSITION: 3-Supine 1-Fowlers 2-Sitting	F ₁₀₂ FLOW	RESPIRATORY PULSE	EQUIPMENT PERFORMANCE	Mechanical Ventilation	
Assessment							YES NO
Mode	SpO ₂ 97% 0.65 L/min						F ₁₀₂
Sputum							Mode
Auscultation (Pre)							TECH
Auscultation (Post)							IN
Response							
Side Effects							
DATE: 11/14	TIME: 11:00 AM	POSITION: 3-Supine 1-Fowlers 2-Sitting	F ₁₀₂ FLOW	RESPIRATORY PULSE	EQUIPMENT PERFORMANCE	Mechanical Ventilation	
Assessment							YES NO
Mode	SpO ₂ 97% 0.65 L/min						F ₁₀₂
Sputum							Mode
Auscultation (Pre)							TECH
Auscultation (Post)							IN
Response							
Side Effects							
DATE: 11/14	TIME: 11:00 AM	POSITION: 3-Supine 1-Fowlers 2-Sitting	F ₁₀₂ FLOW	RESPIRATORY PULSE	EQUIPMENT PERFORMANCE	Mechanical Ventilation	
Assessment							YES NO
Mode	SpO ₂ 97% 0.65 L/min						F ₁₀₂
Sputum							Mode
Auscultation (Pre)							TECH
Auscultation (Post)							IN
Response							
Side Effects							
DATE: 11/14	TIME: 11:00 AM	POSITION: 3-Supine 1-Fowlers 2-Sitting	F ₁₀₂ FLOW	RESPIRATORY PULSE	EQUIPMENT PERFORMANCE	Mechanical Ventilation	
Assessment							YES NO
Mode	SpO ₂ 97% 0.65 L/min						F ₁₀₂
Sputum							Mode
Auscultation (Pre)							TECH
Auscultation (Post)							IN
Response							
Side Effects							

CODIGO	TREATMENT	TOTAL
	Tx Aerosol Continuous	
	T. Tube Nebulizer	
	Tx Suction	
	Tx Power Nebulizer	
	Power Nebulizer Kit	
	Tx I.P.P.B.	
	Chest Phys. Ther.	
	Insentive Spirometer	
	Ventury Mask	
	Date Att B-LD Gas	
	Art B-LD Gases Puncture	
	AB Gases Interpret.	

MELLENDEZ RESPIRATORY THERAPY
PROGRESS NOTES

CODIGO	TREATMENT	TOTAL
	Continuous Respirator	
	Circuito Ventilador	
	C.P.A.P	
	Peep	
	Respirator Stand-By	
	Filtro Ventilador	
	I.R.P.B. Set Up	
	Tracheotomy Mask	
	Spiro Pre Post. Iko/Dic & Int.	
	S.V.C./SLW Vital Capacity	
	W.W./Max Breath Capacity	

ADMITTING
DX:

B/c P
DX:

OBJECTIVES OF RESPIRATORY THERAPY

- IMPROVED ALVEOLAR VENTILATION
- PREVENT ACCUMULATION OR PROMOTE MOBILIZATION OF BRONCHIAL SECRETIONS
- PREVENT OR TREAT ATTELESTASIS
- IMPROVE CARDIOPULMONARY RESERVE
- IMPROVE PHYSICAL CONDITIONING
- IMPROVE ARTERIAL OXYGENATION
- IMPROVE & PROMOTE COUGH MECHANISM
- DELIVERY AEROSOL MEDICATION
- OTHERS:

INITIAL IF DONE
Patient and Family Education Method:
 — OTHER VERIFIED WITH PHYSICIAN ORDER SHEET
 — PHYSICIAN ORDER SHEET
 — OBJECTIVES PLACED
 — THERAPY EVALUATED DATE
 — Patient Instructed on equipment safety and coached on present modality

ASSESSMENT

Initial Report

Auscultation (Post)

Response

Side Effects

Mode

Sputum

Auscultation (Post)

Response

Side Effects

Assessment

Initial Report

Response

Side Effects

Type:

AM POSITION

1-Supine
1-Fowler's
PM 2-Sitting
3-Trend
4-Prone

F102
FLOW

100%
PRE
POST

PULSE

74
100
75
POST

EQUIPMENT PERFORMANCE

1-ADEQUATE
2-CHANGED

MECHANICAL VENTILATION

VT
RR
PEEP

FEED

IN

Assessment

Initial Report

Response

Side Effects

Mode

Sputum

Auscultation (Post)

Response

ROOM NO. 4009

Date & Time, Orders Changes, Initials	10/29/11
Place held by:	
OCX Tolerance to Meds	
SO2x C/S C/S	
RE-ASSESSMENT: CH/22	

IN	IN
Assessment	Initial Report
Response	Initial Response
Side Effects	Initial Side Effects
Mode	Initial Mode
Sputum	Initial Sputum
Auscultation (Post)	Initial Auscultation (Post)
Response	Initial Response
Assessment	Initial Assessment
Response	Initial Response
Side Effects	Initial Side Effects
Mode	Initial Mode
Sputum	Initial Sputum
Auscultation (Post)	Initial Auscultation (Post)
Response	Initial Response

Assessment	AM POSITION TIME:..... PM	3-Supine 4-Trend 5-Prone	F102 FLOW	PRE	PULSE RR PEEP	EQUIPMENT PERFORMANCE 1-ADEQUATE 2-CHANGED	MECHANICAL VENTILATION VT PEEP	YES... NO... F102 RR PEEP
Mode	1-Fowlers 2-Sitting							TECH
Sputum								IN

Auscultation (Pre)
Auscultation (Post)
Response

No change

CODIGO	TREATMENT	TOTAL
	Tx Aerosol Continuous	
	T. Tube Nebulizer	
	Tx Suction	
	Tx Power Nebulizer	
	Power Nebulizer Kit	
	Tx I.P.B.	
	Chest Phys. Ther.	
	Insensitive Spirometer	
	Venturi Mask	
	Date Art B-LD Gas	
	Air B-LD Gases Puncture	
	AB Gases Interprete.	

MELENDEZ RESPIRATORY THERAPY
PROGRESS NOTES

CODIGO	TREATMENT	TOTAL
	Continuous Respirator	
	Circuito Ventilador	
	C.P.A.P	
	Peep	
	Respirator Stand-By	
	Filtro Ventilador	
	I.P.B. Set Up	
	Tracheotomy Mask	
	Spiro Pre Pat. Bro/Bic & Int.	
	S.V.C. /SLW Vital Capacity	
	M.W. /Max Breath Capacity	

ADMITTING DX: <u>Acute Bronchitis</u>		PULMONARY DX: <u>Acute Bronchitis</u>
INITIAL IF DONE Patient and Family Education Method: Educational Conference		OBJECTIVES OF RESPIRATORY THERAPY OTHER VERIFIED WITH PHYSICIAN ORDER SHEET OBJECTIVES PLACED
Assessment Stationary		IMPROVED ALVEOLAR VENTILATION PREVENT OR TREAT ATELECTASIS IMPROVE & PROMOTE COUGH MECHANISM DELIVERY AEROSOL MEDICATION OTHERS:
Patient instructed on equipment safety and coached on present modality		PREVENT ACCUMULATION OR PROMOTE MOBILIZATION OF BRONCHIAL SECRETIONS IMPROVE CARDIOPULMONARY RESERVE THOROUGH PHYSICAL CONDITIONING IMPROVE ARTERIAL OXYGENATION

Date & Time, Orders Changes, Initials	<u>10/24/14</u>
<u>P.N.S. = O.63 mg/kg/day</u>	
<u>40-50% about 40L/min</u>	
RE-EVALUATION:	

DATE: <u>10/24/14</u>	TIME: <u>10:00 AM</u>	AN POSITION: <u>3-Supine</u>	F102: <u>100%</u>	RESPIRATORY: <u>Pre</u>	PULSE: <u>100</u>	EQUIPMENT PERFORMANCE: <u>1. Adequate</u>	MECHANICAL VENTILATION: <u>NO</u>
Assessment: <u>Patient T.O. 63 mg/kg/day 40-50 L/min</u>	Consequence: <u>Acute bronchitis</u>	1-Fowler's 2-Sitting 3-Prone	Flow: <u>100%</u>	BAS: <u>100%</u>	Post: <u>100%</u>	1. Adequate 2. Changed	FEED: <u>PS</u>
Mode: <u>Sputum</u>	Auscultation (Pre): <u>Asterix</u>	IN	TECH				
Sputum: <u>Abundant</u>	Auscultation (Post): <u>Change</u>						
Response: <u>None</u>	Side Effects: <u>None</u>						
DATE: <u>10/29/14</u>	TIME: <u>10:00 AM</u>	AN POSITION: <u>3-Supine</u>	F102: <u>100%</u>	RESPIRATORY: <u>Pre</u>	PULSE: <u>100</u>	EQUIPMENT PERFORMANCE: <u>1. Adequate</u>	MECHANICAL VENTILATION: <u>NO</u>
Assessment: <u>Patient improved</u>	Consequence: <u>Acute bronchitis</u>	1-Fowler's 2-Sitting 3-Prone	Flow: <u>100%</u>	BAS: <u>100%</u>	Post: <u>100%</u>	1. Adequate 2. Changed	FEED: <u>PS</u>
Mode: <u>Sputum</u>	Auscultation (Pre): <u>None</u>	IN	TECH				
Sputum: <u>None</u>	Auscultation (Post): <u>Change</u>						
Response: <u>None</u>	Side Effects: <u>None</u>						

DATE:	TIME:	AM POSITION 1-Fowler's 2-sitting	3-Supine 4-Trend 5-Prone	F102 FLOW	PRE	RESPIRATORY POST	PRE	PULSE POST	EQUIPMENT PERFORMANCE 1-ADEQUATE 2-CHANGED	MECHANICAL VENTILATION VT _____ RR _____ PEEP _____ PS _____	YES ____ NO ____ F102 _____ MODE _____
Assessment											
Mode		IN									
Sputum											
Auscultation (Pre)											
Auscultation (Post)											
Response											
Side Effects											
DATE:	TIME:	AM POSITION 1-Fowler's 2-sitting	3-Supine 4-Trend 5-Prone	F102 FLOW	PRE	RESPIRATORY POST	PRE	PULSE POST	EQUIPMENT PERFORMANCE 1-ADEQUATE 2-CHANGED	MECHANICAL VENTILATION VT _____ RR _____ PEEP _____ PS _____	YES ____ NO ____ F102 _____ MODE _____
Assessment											
Mode		IN									
Sputum											
Auscultation (Pre)											
Auscultation (Post)											
Response											
Side Effects											
DATE:	TIME:	AM POSITION 1-Fowler's 2-sitting	3-Supine 4-Trend 5-Prone	F102 FLOW	PRE	RESPIRATORY POST	PRE	PULSE POST	EQUIPMENT PERFORMANCE 1-ADEQUATE 2-CHANGED	MECHANICAL VENTILATION VT _____ RR _____ PEEP _____ PS _____	YES ____ NO ____ F102 _____ MODE _____
Assessment											
Mode		IN									
Sputum											
Auscultation (Pre)											
Auscultation (Post)											
Response											
Side Effects											
DATE:	TIME:	AM POSITION 1-Fowler's 2-sitting	3-Supine 4-Trend 5-Prone	F102 FLOW	PRE	RESPIRATORY POST	PRE	PULSE POST	EQUIPMENT PERFORMANCE 1-ADEQUATE 2-CHANGED	MECHANICAL VENTILATION VT _____ RR _____ PEEP _____ PS _____	YES ____ NO ____ F102 _____ MODE _____
Assessment											
Mode		IN									
Sputum											
Auscultation (Pre)											
Auscultation (Post)											
Response											
Side Effects											

MELENDEZ RESPIRATORY THERAPY
PROGRESS NOTES

CODIGO	TREATMENT	TOTAL
Tx Aerosol Continuous		
T. Tube Nebulizer		
Tx Suction		
Tx Power Nebulizer		
Power Nebulizer Kit		
Tx I.P.B.		
Chest Phys. Ther.		
Incentive Spirometer		
Venturi Mask		
Date Art B-LD Gas		
Art B-LD Gases Puncture		
AB Gases Interpret.		

CODIGO	TREATMENT	TOTAL
	Continuous Respirator	
	Circuito Ventilador	
	C.R.A.P	
	Peep	
	Respirator Stand-By	
	Filtro Ventilador	
	I.R.P.B. Set Up	
	Tracheotomy Mask	
	Spiro Pre Post. Bio/Dic & Int.	
	S.V.C./SLW Vital Capacity	
	H.W./Max Breath Capacity	

ROOM NO. C1 Annex 1

Date & Time, Orders Changes, initials	ABG's, PNebs Albuterol 0.085% + Atrovent 0.08%, Q20X3 2/12/2006
RE-ASSESSMENT:	

PULMONARY	DX: Tos		
ADMITTING	OBJECTIVES OF RESPIRATORY THERAPY		
INITIAL PT DONE	IMPROVED ALVEOLAR VENTILATION	PREVENT ACCUMULATION OR PROMOTE MOBILIZATION OF BRONCHIAL SECRETIONS	
Patient and Family Education Method: Educational Conference Stationary	OTHER VERIFIED WITH PHYSICIAN ORDER SHEET OBJECTIVES PLACED	PREVENT OR TREAT ATELECTASIS	IMPROVE CARDIOPULMONARY RESERVE THOROUGH PHYSICAL CONDITIONING
Patient Instructed on equipment safety and coached on present modality	— THERAPY EVALUATED DATE	IMPROVE & PROMOTE COUGH MECHANISM DELIVERY AEROSOL MEDICATION OTHERS:	IMPROVE ARTERIAL OXYGENATION

DATE: 10/27/06 TIME: 8:15 AM	POSITION: 3-Spine 1-Fowler's 2-sitting 4-Trend 5-Phone	F102 FLOW	RESPIRATORY PRE POST	PULSE PRE POST	EQUIPMENT PERFORMANCE 1.ADEQUATE 2.CHANGED	MECHANICAL VENTILATION RR PEEP	YES NO F102 PS MODE	IN
Auscultation (Pre)	Assessment of Alerta							
Auscultation (Post)	Assessment of Bronchitis							
Response pt tolera to								
Side Effects no								
DATE: 10/27/06 TIME: 9:00 AM	POSITION: 3-Spine 1-Fowler's 2-sitting 4-Trend 5-Phone	F102 FLOW	RESPIRATORY PRE 18 POST 16	PULSE PRE 74 POST 74	EQUIPMENT PERFORMANCE 1.ADEQUATE 2.CHANGED	MECHANICAL VENTILATION RR PEEP	YES NO F102 PS MODE	IN
Auscultation (Pre)	Assessment of Alerta							
Auscultation (Post)	Assessment of Bronchitis							
Response pt tolera to								



Departamento de Terapia Respiratoria

Estimado Inicial del Cuidado Respiratorio

567278

Fecha: 10/29/16	Hora: 1:00	<input type="checkbox"/> AM <input checked="" type="checkbox"/> PM	Género: <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M	Hab: 100A	Diagnóstico de Admisión:
-----------------	------------	--	--	-----------	--------------------------

Diagnóstico Pulmonar: Auto Bronquitis

Datos:

Otros:

Fumador: Si No

Historial de Enfermedades:		Dificultad Respiratoria:	Tos:
Asmático: <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	Embolia Pulmonar: <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	<input checked="" type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Productiva
C.O.P.D.: <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	Apnea de Sueño: <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Leve	Color: _____
Bronquitis: <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	Cardiovascular: <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Moderada	<input checked="" type="checkbox"/> No Productiva
Enfisema: <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	Cáncer: <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Severa	
Pulmonía: <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Otras: <u>Alzheimer</u>		

Evaluación Sistema Respiratorio Pulmones:	Relacionada:	Alergia/medicamentos:
<input type="checkbox"/> Claros <input checked="" type="checkbox"/> Sibilancias <input type="checkbox"/> Ronquidos <input type="checkbox"/> Rales	Broncoespasmos: <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Secreciones: <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Hipoxemia: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fallo Respiratorio: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Vent./Mecánica: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Traqueotomía: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Albuterol: <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No Atrovent: <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No Pulmicort: <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No Otros: _____
Vacunas:		
Gripe: <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Influenza: <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

Terapia Respiratoria en el Hogar: Si NoTerapia de Oxígeno en el Hogar: Si No

RE-ESTIMADO:

 Resuelto/Solucionado Si No Fecha:*(Firma)*

Firma y Licencia de Terapista Respiratorio:

HOSPITAL HERMANOS MELENDEZ, BAYAMON, P.R.
DOCUMENTACION PACIENTE RESTRINGIDO

Identificación Del Paciente

FECHA: _____ ORIENTACION A PACIENTE/FAMILIA SI NO, EXPLIQUE _____

NOTIFICADO A: _____ RELACION: _____

FECHA/HORA INICIO: _____ FECHA/HORA DESCONTINUAR: _____

MEDIDAS DE CONTROL INTENTADAS (haga marcas de cotejo)	7-3	3-11	11-7	COMENTARIOS
COMODIDAD Y ALIVIO DE DOLOR			S+	
CAMBIO DE POSICION E HIGIENE			S+	
REUBICACION PACIENTE CERCA ESTACION ENFERMERAS			S+	
DESCONTINUAR EQUIPO/LINEAS/VENDAJES NO NECESARIOS			S+	
ORIENTAR Y ESCUCHAR AL PACIENTE			M	
COORDINAR VISITAS FAMILIARES Y AMIGOS			M	
SEDACION: Indique tipo: Family Halc.			Si	

TIEMPO DE RESTRICCIÓN NO MAYOR DE 24 HORAS. ORDENES PRN NO SON PERMITIDAS

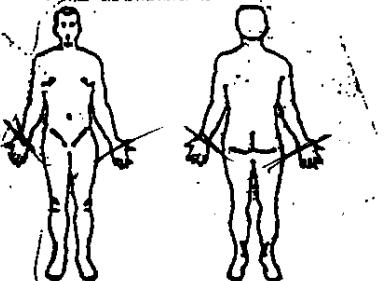
EVALUE CADA CRITERIO CONTESTANDO SI/NO/NA Y DE ACUERDO A LA LEYENDA QUE APlica

CRITERIOS	12MN	24	4A	6A	8A	10A	12P	2P	4P	6P	8P	10P
CONDUCTA	012	012	012	012								
REVISION	UL	UR	3	33	33	33						
CMS	LL	LR	3	33	33	33						
Piel limpia e intacta	S+	S+	S+	S+								
Colocación restricciones apropiada	S+	S+	S+	S+								
Líquidos orales ofrecidos	NO	NO	NO	NO								
Alimentación ofrecida	S+	S+	S+	S+								
Asistencia en eliminación	M	M	NO	M								
Aflojar/soltar restricciones x 15 min.	S+	S+	S+	S+								
Cambio de posición /comodidad	S+	S+	S+	S+								
Ejercicios pasivos (ROM)	M	S+	S+	S+								
Necesidad continuar restricciones	S+	S+	S+	S+								
Iniciales	R	R	R	R								

Firma y Titulo 11-7 R Lopez K7493 7-3 3-11

ASEO PERSONAL	JUSTIFICACION PARA RESTRICCION	TIPO RESTRICCION	COMENTARIOS DEL PACIENTE EN RELACION A LA RESTRICCION:
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> D/A	<input type="checkbox"/> Confundido/desorientado <input type="checkbox"/> Persiste en remover equipo / vendajes <input type="checkbox"/> Mueve bruscamente extremidades <input type="checkbox"/> Agresivo /violento/ sictotico <input type="checkbox"/> No obedece ordenes <input type="checkbox"/> Reaccion adversa a:	<input type="checkbox"/> RESTRICCION SUAVE <input type="checkbox"/> USO DE SABANAS <input type="checkbox"/> BANDA DE SEGURIDAD	
HORA: _____			
□ AM □ PM			

CÓDIGO CONDUCTA	0 - AGRESIVO 1 - DESORIENTADO 2 - INQUIETO 3 - COOPERADOR 4 - ORIENTADO	CÓDIGO PARA CMS	0 - Dedos frios, pálidos o clínoticos, adormecimiento, hormigueo, movimiento disminuido. Color retorna lentamente.
			1 - Dedos frios, pálidos y/o clínoticos, con retorno de color, sensación y movimiento normal. 2 - Dedos frios, pálidos, con retorno rápido del color, sensación y movimiento normal. 3 - Dedos tibios, con retorno rápido del color, sensación y movimiento normal

	<ol style="list-style-type: none"> Señale área de aplicación de restricciones. Indique y vigile áreas de restricción por: a) presión/enrojecimiento b) clanosis c) edema d) hematomas e) laceraciones/piel abierta f) dislocación g) Fractura Observaciones: <hr/> <hr/> <hr/>	1. Señale área de aplicación de restricciones.
		2. Indique y vigile áreas de restricción por: a) presión/enrojecimiento b) clanosis c) edema d) hematomas e) laceraciones/piel abierta f) dislocación g) Fractura

HOSPITAL HERMANOS MELENDEZ, BAYAMON, P.R.
DOCUMENTACION PACIENTE RESTRINGIDO

Identificación Del Paciente

FECHA: 10/29/04 ORIENTACION A PACIENTE/FAMILIA SI NO, EXPLIQUE _____

NOTIFICADO A: _____ RELACION: _____

FECHA/HORA INICIO _____ FECHA/HORA DESCONTINUAR _____

MEDIDAS DE CONTROL INTENTADAS (haga marcas de cotejo)	7-3	3-11	11-7	COMENTARIOS
COMODIDAD Y ALIVIO DE DOLOR				
CAMBIO DE POSICION E HIGIENE				
REUBICACION PACIENTE CERCA ESTACION ENFERMERAS				
DESCONTINUAR EQUIPO/LINEAS/VENDAJES NO NECESARIOS				
ORIENTAR Y ESCUCHAR AL PACIENTE				
COORDINAR VISITAS FAMILIARES Y AMIGOS				
SEDACION: Indique tipo: Haldel, benzodiazepina				

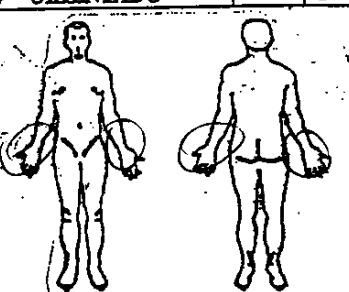
TIEMPO DE RESTRICCIÓN NO MAYOR DE 24 HORAS.

ORDENES PRN NO SON PERMITIDAS

EVALUE CADA CRITERIO CONTESTANDO SI/NO/A Y DE ACUERDO A LA LEYENDA QUE APlica

CRITERIOS	12MN	24	4A	6A	8A	10A	12P	2P	4P	6P	8P	10P
CONDUCTA	QD	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
REVISION	UL	UR	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
CMS	LL	LR	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Piel limpia e intacta	S1	S1	S1	S1	S1	S1	S1	S1	S1	S1	S1	S1
Colocación restricciones apropiada	S2	S2	S2	S2	S2	S2	S2	S2	S2	S2	S2	S2
Líquidos orales ofrecidos	S1	NO	NO	XW	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Alimentación ofrecida	NO	XO	XO	XO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Asistencia en eliminación	S1	B1	B1	B1	S1							
Aflojar/soltar restricciones x 15 min.	S1	B1	B1	B1								
Cambio de posición /comodidad	S1	B1	B1	B1								
Ejercicios pasivos (ROM)	NP	NO	NO	XO								
Necesidad continuar restricciones	S1	D1	D1	S1								
Iniciales	MP											
Firmas Técnico 11-7	10/29/04	7-3							3-11			

ASEO PERSONAL	JUSTIFICACION PARA RESTRICCION	TIPO RESTRICCION	COMENTARIOS DEL PACIENTE EN RELACION A LA RESTRICCION:
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DVA	<input checked="" type="checkbox"/> Confundido/desorientado <input type="checkbox"/> Persiste en moverse equipo / vendajes <input type="checkbox"/> Mueve bruscamente extremidades <input type="checkbox"/> Agresivo /violento/ sicotico <input type="checkbox"/> No obedece ordenes <input type="checkbox"/> Reaccion adversa a:	<input type="checkbox"/> RESTRICCION SILAVE <input type="checkbox"/> USO DE SABANAS <input type="checkbox"/> BANDA DE SEGURIDAD	
HORA: _____			
<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			

CÓDIGO CONDUCTA	0 = AGRESIVO 1 = DESORIENTADO 2 = INQUIETO 3 = COOPERADOR 4 = ORIENTADO	CÓDIGO PARA CMS	<p>0 = Dedos fríos, pálidos o clínoticos, adormecimiento, hormigueo, movimiento disminuido. Color retorna lentamente.</p> <p>1 = Dedos fríos, pálidos y/o clínoticos, con retorno de color, sensación y movimiento normal.</p> <p>2 = Dedos fríos, pálidos, con retorno rápido del color, sensación y movimiento normal.</p> <p>3 = Dedos tibios, con retorno rápido del color, sensación y movimiento normal</p> <p>1. Señale área de aplicación de restricciones.</p> <p>2. Indique y vigile áreas de restricción por: a) presión/enrojecimiento b) clanosis c) edema d) hematomas e) laceraciones/piel abierta f) dislocación g) Fractura</p> <p>3. Observaciones:</p>
			

Habitación 400A	Nombre del Paciente Miguel Angel	#Record 567228	Sexo M	Edad 94	Religión:
Plan Médico MMWY	Fecha de Admisión 10/28/14	Nombre del Médico Ma Medina Blandón Figueres	Entrevistado por:		
Diagnóstico de Admisión: Cerebro Buenejito		Historial servicios recibidos:			
Se recibe Consulta por: N/A		<input type="checkbox"/> Servicios de Salud en el Hogar (RN, PT, OT, TS, NUTRICIÓN, ETC.)	SI	NO	Agencia
Estado Civil:		<input type="checkbox"/> Divorciado(a)			
		<input type="checkbox"/> Consensual (conviviendo)			
		<input type="checkbox"/> Soltero(a)			
		<input type="checkbox"/> Viudo(a)			
		<input type="checkbox"/> Casado(a)			
		<input type="checkbox"/> Separado(a)			
		<input type="checkbox"/> Emancipado(a)			
Al momento del Alta el paciente irá: <i>Otros</i>		<input type="checkbox"/> Hogar Propio	Alcohol	Tabaco	Paciente en el Hospital tiene:
		<input type="checkbox"/> Hogar Sustituto o de cuidado			<input type="checkbox"/> Ventilador
		<input type="checkbox"/> Hogar Familiar			<input type="checkbox"/> Traqueotomía
		<input type="checkbox"/> Hospital de Rehabilitación			<input type="checkbox"/> Vac System
		<input type="checkbox"/> Albergue			<input type="checkbox"/> Gastrostomía
		<input type="checkbox"/> Otros			<input type="checkbox"/> Nasogástrico
Cuidado del Paciente		<input type="checkbox"/> Independiente			<input type="checkbox"/> Foley
		<input checked="" type="checkbox"/> Encamado			<input type="checkbox"/> Diálisis
		<input type="checkbox"/> Requiere ayuda			<input checked="" type="checkbox"/> Ulceras
Capacidad para cuidarse a sí mismo: <input checked="" type="checkbox"/> Sí					<input type="checkbox"/> Oxígeno
Acompañado en el Hospital por: <input type="checkbox"/> Familiar					<input type="checkbox"/> Problemas para caminar
<input type="checkbox"/> Hijo(a)					
<input type="checkbox"/> Enfermera o Cuidadora					
<input type="checkbox"/> Otros:					
Recurso Familiar Directo: Nombre: Olga M. Figueres Dirección: 285 Sección 13 Piso 6 etapa Camino Bayo		Problemas con:			
Teléfono: 923 - 1816		<input type="checkbox"/> Alcohol	<input type="checkbox"/> Tabaco	Paciente en el Hospital tiene:	
		<input type="checkbox"/> Fumar		<input type="checkbox"/> Ventilador	
		<input type="checkbox"/> Historial Psiquiátrico		<input type="checkbox"/> Traqueotomía	
		<i>No</i>		<input type="checkbox"/> Vac System	
		<i>Olga M. Figueres</i>		<input type="checkbox"/> Gastrostomía	
		<i>No tiene</i>		<input type="checkbox"/> Nasogástrico	
		<i>Olga M. Figueres</i>		<input type="checkbox"/> Foley	
		<i>No tiene</i>		<input type="checkbox"/> Diálisis	
		<i>Olga M. Figueres</i>		<input checked="" type="checkbox"/> Ulceras	
		<i>No tiene</i>		<input type="checkbox"/> Oxígeno	
		<i>Olga M. Figueres</i>		<input type="checkbox"/> Problemas para caminar	
Problemas Sociales Identificados:		Alimentación:			
<input type="checkbox"/> Económicos		<input type="checkbox"/> Regular		Dieta _____	
<input type="checkbox"/> Vivienda				TPN _____	
<input type="checkbox"/> Conflictos de Familiares					
<input type="checkbox"/> Envejeciente vive solo					
<input type="checkbox"/> No Recurso Familiar					
<input type="checkbox"/> Casos Departamento de la Familia					
<input type="checkbox"/> Casos Tribunal					
<input type="checkbox"/> Deambulante					
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Transmisión Sexual					
<input type="checkbox"/> Falta de Cubierta Médica					
<input type="checkbox"/> Falta de Higiene					
<input type="checkbox"/> Falta de Cuidado en el Hogar de Cuido					
<input type="checkbox"/> Mal uso del dinero del paciente					
<input type="checkbox"/> Falta de ropa y artículos de primera necesidad					
<input type="checkbox"/> No aplica					
Problemas Sociales Identificados:		Historial de Enfermedades:			
<input type="checkbox"/> Económicos		<input type="checkbox"/> Diabetes	SI	NO	
<input type="checkbox"/> Vivienda		<input type="checkbox"/> Hipertensión			
<input type="checkbox"/> Conflictos de Familiares		<input type="checkbox"/> Enfermedad Cardiaca			
<input type="checkbox"/> Envejeciente vive solo		<input type="checkbox"/> Asma			
<input type="checkbox"/> No Recurso Familiar		<input type="checkbox"/> Cáncer			
<input type="checkbox"/> Casos Departamento de la Familia		<input type="checkbox"/> Gastrointestinal			
<input type="checkbox"/> Casos Tribunal		<input type="checkbox"/> Renal			
<input type="checkbox"/> Deambulante		<input type="checkbox"/> Tendencia Sangrado			
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Transmisión Sexual		<input type="checkbox"/> COPD			
<input type="checkbox"/> Falta de Cubierta Médica		<input type="checkbox"/> CHF			
<input type="checkbox"/> Falta de Higiene		<input type="checkbox"/> Gastrostomía			
<input type="checkbox"/> Falta de Cuidado en el Hogar de Cuido		<input type="checkbox"/> Foley			
<input type="checkbox"/> Mal uso del dinero del paciente		<input type="checkbox"/> Diálisis			
<input type="checkbox"/> Falta de ropa y artículos de primera necesidad		<input type="checkbox"/> Ulceras			
<input type="checkbox"/> No aplica		<input type="checkbox"/> Sordo/Mudo			
		<input type="checkbox"/> Algun Impedimento Físico			
		<input type="checkbox"/> Colostomía			
		<input type="checkbox"/> Alzheimer			
		<input type="checkbox"/> Parkinson			
		<input type="checkbox"/> Demencia			
		<input type="checkbox"/> Problemas al caminar			
		<input type="checkbox"/> Otros:			
Problemas Sociales Identificados:		Estado Mental:			
<input type="checkbox"/> Económicos		<input type="checkbox"/> Orientado	Visitas Previas:		
<input type="checkbox"/> Vivienda		<input type="checkbox"/> Confuso	<input type="checkbox"/> Si _____		
<input type="checkbox"/> Conflictos de Familiares		<input type="checkbox"/> Inconsciente	<input type="checkbox"/> ¿Cuántas? _____		
<input type="checkbox"/> Envejeciente vive solo		<input checked="" type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> No _____		
<input type="checkbox"/> No Recurso Familiar					
<input type="checkbox"/> Casos Departamento de la Familia					
<input type="checkbox"/> Casos Tribunal					
<input type="checkbox"/> Deambulante					
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Transmisión Sexual					
<input type="checkbox"/> Falta de Cubierta Médica					
<input type="checkbox"/> Falta de Higiene					
<input type="checkbox"/> Falta de Cuidado en el Hogar de Cuido					
<input type="checkbox"/> Mal uso del dinero del paciente					
<input type="checkbox"/> Falta de ropa y artículos de primera necesidad					
<input type="checkbox"/> No aplica					

Situación Social-Económica:

- Ingresos
 Pensión
 Seguro Social
 Pensión Alimentaria
 Empleo
 Asistencia Nutricional
 Ayuda de Gobierno
 Ayuda Económica Familiar
 Sección 8
 Vivienda Pública
 Otros: _____

Orientación ante Necesidades Identificadas:

- Servicios de Salud en el Hogar (RMN, PT)
 Equipo Médico (Rads an) _____
 Alimentación _____
 Centro de Rehabilitación Física _____
 Unidad Renal _____
 SNF _____
 Hospicio _____
 Antibiótico _____
 Referidos de Agencias Gubernamentales _____
 Servicios de Salud Mental y Hospitalizaciones _____
 Seguimiento Cita Médica de Salud Mental _____
 Fecha: _____
 Contacto: _____
 Servicio de Ama de llaves _____
 Hogares de Cuido _____
 Otros: _____ (Rads an)

Se discutirá caso con:

- Médico
 Supervisora de Enfermería
 Otros: _____

Transportación para el paciente:

- Requiere Servicio de Ambulancia
 #Autorización _____
 Auto Familiar _____
 Otro: _____

Programa de Educación a paciente y/o Familia:

- Se orienta sobre los servicios de Trabajo Social _____
 Se orienta sobre su Plan de Alta _____

Plan de Alta:

Luisa devuélvete, acompañada por su hijo en Día niñas, quien reside con papá y está pendiente de su cuidado. Su médico de cabecera es Dr. Juan de Luis Luis al que va a ver. Se dirige a residencia de dona Lucía (Raúl) Rads an) sin de ambulancia y se le dan gratis.

El paciente o persona responsable manifiesta de forma verbal que entiende las instrucciones de Plan de Alta y está de acuerdo con el mismo.

Sí No

Firma: _____

Trabajador Social/Planificación de Alta

Núm. Lic. 10167 Fecha: 31/08/14 Hora: 9:00 am



Bayamon Puerto Rico 00960
MULTIDISCIPLINARY RECORD

NAC:01/01/1922 EDAD: 94Y SEXO: M
RM:0000567278 CNT:0201608052
S.S XXX-XX-6076 CC:400-01
ADM:10/28/2016 01:10 PM
TP:0 - ACUTE INPATIENT
DR: MEDINA LA SALLE, LISA
PLAN: MEDICARE Y MUCHO MAS(HMO-MA)

*Observation and Opinion of Visiting, Consultants House Staff, Nursing
A Final Discharge Note Must be Entered on This Sheet, Sign and Date Every Entry.*

Dosis note D- Pte evaluado por Dr Medina
y se le da alta. A - Se Dic
2.15pm TD fluid y se le entregan
documentos de alta.

B. On #22304 Se retira en
Servicio de Ambulancia.

B. On # 22304

Continue Notes on Other Side.

HOSPITAL

HERMANOS

MELENDEZ
 Bayamón Puerto Rico 00960
MULTIDISCIPLINARY RECORD

NIEVES CRUZ, NATIVIDAD
 NAC:01/01/1922 EDAD: 94Y SEXO: M
 RM:0000567278 CNT:0201608052
 S.S XXX-XX-6076 CC:400-01
 ADM:10/28/2016 01:10 PM
 TP:0 - ACUTE INPATIENT
 DR: MEDINA LA SALLE, LISA
 PLAN: MEDICARE Y MUCHO MAS(HMO-M)

Observation and Opinion of Visiting Consultants House Staff. Nursing
A Final Discharge Note Must be Entered on This Sheet, Sign and Date Every Entry.

3/noviembre/16
4:04pm

*Plaipcarion de Acto
seguimiento:*

Señor Yolairis Meléndez, del plan medico
 Autro Pads de aire, Power Nebulizas
 medicamentos de sumo respirar con
 la compañia Coshu by #16308255965
 Home (en 1 Ba, ST) con la compañia
 Clapies no se autorizar. Se cierran
 hoy de noche con Nius.
 Se daran Segundo.

*Hi
10/10/17
B&W*

3/noviembre/16
4:05pm

Plaipcarion de Acto

Señor Francisco Luis, del plan medico
 Autro suj de ambul, con la
 compañia Medul alnt #16308990702
 Se daran Segundo.

*Hi
10/10/17
B&W*

Continue Notes on Other Side.

3 November 16

Plano de alta

2:00pm

Serán 3 órdes. Home (en br/pj)
sin de Ambulancia, para de alta
nuevos rebultos y sus mediciones
se pone en la tabla documentos al
plan medico. Se anota hora de alta
y se le da alta. Se da alta

11/04/16

Discharge date

12:00PM 95yo male pt who presents w COPD & Pneumonia
Completed & ready to go by pt self but adequate
response afebrile lungs are clear.
Pt may be discharged & for COPD. Daughter visited
about condition.

Medications

HOSPITAL
HERMANOS
MELENDEZ
Bayamon Puerto Rico 00960
MULTIDISCIPLINARY RECORD

NAC:01/01/11 CNT:0201608052
RM:000056746 S.S:XXX-XX-6076 CC:400-01
ADM:10/28/2016 01:10 PM
TP:0 - ACUTE INPATIENT
DR: MEDINA LA SALLE, LISA
PLAN: MEDICARE Y MUCHO MAS(HMO-MN)

Na.
Observation and Opinion of Visiting, Consultants House Staff, Nursing
A Final Discharge Note Must be Entered on This Sheet, Sign and Date Every Entry.

11/3/16

Re: patient history etc

*Examen físico s.e. B.cada hora
en perfus. No se ha visto mejoramiento*

Observación

Nurses note

11/3/116

ABM D - Pte desorientado. A 5IV 35.8, 130/70
TB, D. A. Pte al momento tiene
patrón respiratorio se mantiene
en canula nasal 21t. B-B se mantiene en
observación por cambio.

B.Olivett 28304

Continue Notes on Other Side.

11/03/16
1:20pm

Institute
Acute bronchitis
COPD

Arterial blood pressure mmHg's.

Pulse: RR: norm

Spo₂: nasal smds

ABG: ABGs

BPs: no edema

AS Daughter wants to give p.o. feeding she was
instructed about aspiration she insists.

Afebrile mild tachycardia (HR normal
electrolytes). If fed complete w/absx

Medicated

11/03/16

12:00mid

Institute
IV: COPD

Plausible no resp distress

WBC 13.6 Hgb 13.8
pct 23.7%.

Isolated po diet

Spo₂ essentially clear no bronchospasm

Afebrile BP stable Adequate genit rectal

Complete w/absx if stable may be
discharged home.

Medicated

11/03/16
1:20pm
DA
SHR

**HOSPITAL
HERMANOS
MELENDEZ**

Bayamón Puerto Rico 00960

MULTIDISCIPLINARY RECORD

07/07/1922 EDAD : 94Y SEXO : M
RM:0000567278 CNT:0201608052
S.S:XXX-XX-6076 CC:400-01
ADM:10/28/2016 01:10 PM
TP:0 - ACUTE INPATIENT
DR: MEDINA LA SALLE, LISA
PLAN: MEDICARE Y MUCHO MAS(HMO-MA)

*Observation and Opinion of Visiting Consultants House Staff, Nursing
A Final Discharge Note Must be Entered on This Sheet, Sign and Date Every Entry.*

Nurses note P - Pte

11/21/16

11/21/16

Continue Notes on Other Side.

11/01/14

12:00pm

JK Date

By: Dr. BNP

Pt. sleeping no respiratory distress

Heart: RR: 70 bpm

Lungs: diffuse bibasilar exp strach

Abd: soft ssbr

VNS: no edema

A: COPD-Dyspnea w/ episodes of apparent aspiration improved after abg placed a tracheal

pending pt lab. Complete in office.

Gastroenterologist discussed w/ daughter pt won't take

refuses.

Medications

Cuidado Nutricional

Paciente evaluado por Dr. Gutiérrez
Merino

Refiérase a hoja de evaluación nutricional
para recomendaciones. Seguimiento
según sea necesario

Dietista J. M. Gutiérrez LND# 1973
Fecha 11/1/14 Hora 3:00pm

**HOSPITAL
HERMANOS
MELENDEZ**
Bayamón Puerto Rico 00960
MULTIDISCIPLINARY RECORD

NAC:01/01/1922 EDAD:94Y SEXO:M
RM:0000567278 CNT:0201608052
S.S XXX-XX-6076 CC:400-01
ADM:10/28/2016 01:10 PM
TP:0 - ACUTE INPATIENT
DR: MEDINA LA SALLE, LISA
PLAN: MEDICARE Y MUCHO MAS/HMO-MM

*MASS 44
FEB 11 2017
DA
CANT
100*
*Observation and Opinion of Visiting Consultants House Staff, Nursing
A Final Discharge Note Must be Entered on This Sheet, Sign and Date Every Entry.*

Pulmonary

11/08/16

9:10 AM

I have examined

Bp 100/60 P 72 R 18 Temp 36.9

VS BP Afebrile, NN

ABG: NPO 10 min

Weight 80kg

Lungs clear

Axillary: 36.9 soft

Ext: No edema no rashes

1) COPD exacerbation

2) Prothrombin

→ Empyema

- follow up sputum CTS

- anticoag 96h

- Aspirin prevention / keep temp <38°

*CANTERA, Alicia Marquez, M.D.
Lic. 17780
NPI: 1205066124*

Continue Notes on Other Side.

10/31/16

Noche a noche.

10PM S. pte Masculino de 94 años de edad evadido por Sra. J. Kledera suj pantele libre de edema pte. Se desasento y se hace agresivo Se llamo Cela Sra. J. Kledera y le envio Haldorsen stat y Benader soniq iv stat pte. Revisiones 120/70 P. 70 R. 19 T. 36.1 Pte. se mantiene bajo observacion por cambios.

Calle 70847.

11/01/16
ji 30pm

Terapia Respiratoria
PT Tranquilo recibe TO
p. Vals pto de 1 Mto

11/01/2016

HOSPITAL
HERMANOS
MELENDEZ
Bayamón Puerto Rico 00960
MULTIDISCIPLINARY RECORD

NAC:01/01/1922 EDAD: 97
RM:0000567278 CNT:0201608052
S.S:XXX-XX-6076 CC:400-01
ADM:10/28/2016 01:10 PM
TP:0 - ACUTE INPATIENT
DR: MEDINA LA SALLE, LISA
PLAN: MEDICARE Y MUCHO MAS(HMO-MA)

*Observation and Opinion of Visiting, Consultants House Staff, Nursing
A Final Discharge Note Must be Entered on This Sheet, Sign and Date Every Entry.*

10/31/16

1:40PM

JNK/Dale

DR: COPO-D

10/31/16

Daughter refuses choking episodes may secretions
not eating

Heart: RR: 20m

Lungs: Bilat rales i usp exp.

abd: P/S R/S/H

O/G/S: N/A

S: NGT was placed by ms in place nose secretions
foulie, yellow natured by NGT + suction of
secretions continue in airways. Daughter was
assisted about condition + t. Up aspiration

Officed

RE: HOSPITAL
DATE: 10/31/16
TIME: 1:40PM
SIGNATURE: [Signature]

Continue Notes on Other Side.

10/31/16 Nurs. nota. Paciente masculino
10am alerta, orientado. Con liquido
intravenoso patente y libre de signos
y síntomas. Infección? Con restricción en mano.
A él se le ofrece crema personal
A Scle administra medicamento
~~100ml. (cero)~~

Pulmonary

୧୦୮

10:30 AM

Phen w/ exons

VDFP 110/60 8(0) R(1) Temp 350, 95%

Carr Anseke, NAD, (Switzerland)

Heart: No SVD seen

near Lane 1 b

long few shortish RV

A) B) C) D) E)

Ex. Modern Mayhem

Ans) CO₂ Emissions

② Tracheobronchitis

③ Emphysema

out ~~x~~ genes, Phonet who 96%

- Follow up symptom (+) results

- IV Amp or -ed

- or connect

Carlos R. Alcalá Márquez, M.D.

卷之三

HOSPITAL
HERMANOS
MELENDEZ
Bayamón Puerto Rico 00960
MULTIDISCIPLINARY RECORD

NAC:01/01/1922 EDAD: 94Y SEXO: M
RM:0000567278 CNT:0201608052
S.S XXX-XX-6076 CC:400-01
ADM:10/28/2016 01:10 PM
TP:0 - ACUTE INPATIENT
DR: MEDINA LA SALLE, LISA
PLAN: MEDICARE Y MUCHO MAS(HMO-MN)

*Observation and Opinion of Visiting, Consultants House Staff, Nursing
A Final Discharge Note Must be Entered on This Sheet, Sign and Date Every Entry.*

10/30/16
12:20 pm

Dr. J.M. Diaz
Dx: COPD-D/Bronchitis
Empyema

Pt#10 #2

Pt w/o resp distress

Spast: RR: 10/m

Lungs: minimal basal residual rales

Abs: P/S B/C

Cx's: N/A

Affable normotensive minimal dry cough
(No cultures if negative complete 3-5 days)
FV a/bx

Medicad

10/31/16

IT Note

7:00 am Pt seen by Drs on
over ws. Tolerant

perim

Continue Notes on Other Side.

Pulmonary

10/13/16

10:40AM

Plan of care

ABG 12-130 P69 R 9 Temp 35.5

Curr: Asthma, Diarrhea (NAD)

PEFR: No O2 on room

Went to AM 1-1

Ways for BR / bronchus

Occ exp. wheezes

(MT & PCP do not)

SpO₂: No change measured

Plan CMM exacerbation

② Tracheostomies

③ Empyema

- Follow up sputum (+)

- cut X-rayed / attempt NIBS 96%

- O₂ as needed

~~James R. Alcalá Márquez, M.D.
Lic. 17780
NPV 1285088124~~



Bayamon Puerto Rico 00960
MULTIDISCIPLINARY RECORD

NAC:01/01/1922 RM:0000567278 CNT:0201608052
S.S:XXX-XX-6076 CC:400-01
ADM:10/28/2016 01:10 PM
TP:0 - ACUTE INPATIENT
DR: MEDINA LA SALLE, LISA
PLAN: MEDICARE Y MUCHO MAS(HMO-MI)

*Observation and Opinion of Visiting Consultants House Staff, Nursing
A Final Discharge Note Must be Entered on This Sheet, Sign and Date Every Entry.*

10/30/14
17A

Traumatic Resp

Pt masculino de 37 años
Dra. CLE PBM G En
Urgencias

10/30/14

10/30/14

8:00AM D- Se recibe paciente masculino de 37 años en cama con barandas eluidas al momento de estable, mantiene IV fluids patentis libre de emesis y edema. Al momento no tiene queja ni dolor. Se mantiene tranquilo.

A Se toman S.N. Se administran meds. Segun orden prefe. Tolerante

R- Mismo estable se observa gangrena de dedo

Continue Notes on Other Side.

10/29/16

13:45pm

ENT Note

DIS: COPD-D.

Pt w/exsodes of agitated
seiz. fl. adm

Lungs: bilateral diffuse exp. rales dry crackles

abd: N/S H/H

CVS: n/edema

A: Afternoon BP stable. Chest X-ray shows severe
emphysema & fibrotic changes. Will complete
3 days IV at thex + fxi.

Medications

10/29/16

RT Note

1:00 pm

Mr. Juan D. P. N. es un

orden ms. T-2 en rx

letra 2n

10/29/16

9:00 AM

D- Se recibe paciente masculino acostado en camas con
paradas elundadas al momento paciente estable con IV
fluids patentes libre de engorgamiento y edema. Al
momento paciente estable mantiene IV fluids patentes
y tiene continua con diagnóstico de cuadro bronquítico. Al
momento paciente con buen estatus resp. Mantiene CR
2 litros.

A- Se forman SH. Se administran meds segun orden
paciente fiera.

B- En el siguiente momento estable se observa pa-
cambios -



Bayamón Puerto Rico 00960
MULTIDISCIPLINARY RECORD

EDAD: 94Y SEXO: M
RM:0000567278 CNT:0201608052
S.S XXX-XX-6076 CC:400-01
ADM:10/28/2016 01:10 PM
TP:0 - ACUTE INPATIENT
DR: MEDINA LA SALLE, LISA
PLAN: MEDICARE Y MUCHO MAS(HMO-MM)

*Observation and Opinion of Visiting, Consultants House Staff, Nursing
A Final Discharge Note Must be Entered on This Sheet, Sign and Date Every Entry.*

1:30pm 10/28/16 se recibe admisión de la doctora L Medina se procede, se constata tómedas asymp en peritoneal + conanguito de la adm, severo ordenado, y medicamentos B.i.o. y se le extraen muestras, se le orienta a la familia a colectar muestra de sangre y uric, ftg y sudorat de pechos, para subir cuarto, se observa mejoramiento. L. Medina 2952

10/28/16 Nota de Enfermera

6:30 pm: Se recibe paciente Matilde Nieves Cruz, quien estará bajo los servicios de la Dr. Lisa Medina. Se ubica en la habitación 400 como A. Paciente, alerta, no orientada estable al momento de la admisión. Se le monitorizan signos vitales con Bp 110/70 pulso 81 latidos por minuto, Rr: 18 l/minuto, temp. 36.1°C. Se mantiene fértil al paciente dentro (es normas y procedimientos de la unidad, refiriendo entender). Se procede a realizar enfermera. Se continúa bajo monitorización si caen cambios en condición. — Oficina R- BSN Fosa

Continue Notes on Other Side.

11/21/66

ENR # 105713

status tachyarrhythmia

400 ft

MV

TENS

QTC Interval:
QT Dispersion:
P-R-T Axis:

448 ms
66 ms

48° -2° 60°

aVL

V1

I

V2

-AVR

V3

II

V4

III

V5

IV

V6

10 mm/1mV

Graphic Controls

#2 Farnam Instrument Corp.

PRINTED IN U.S.A.

10: #510196 11/20/95

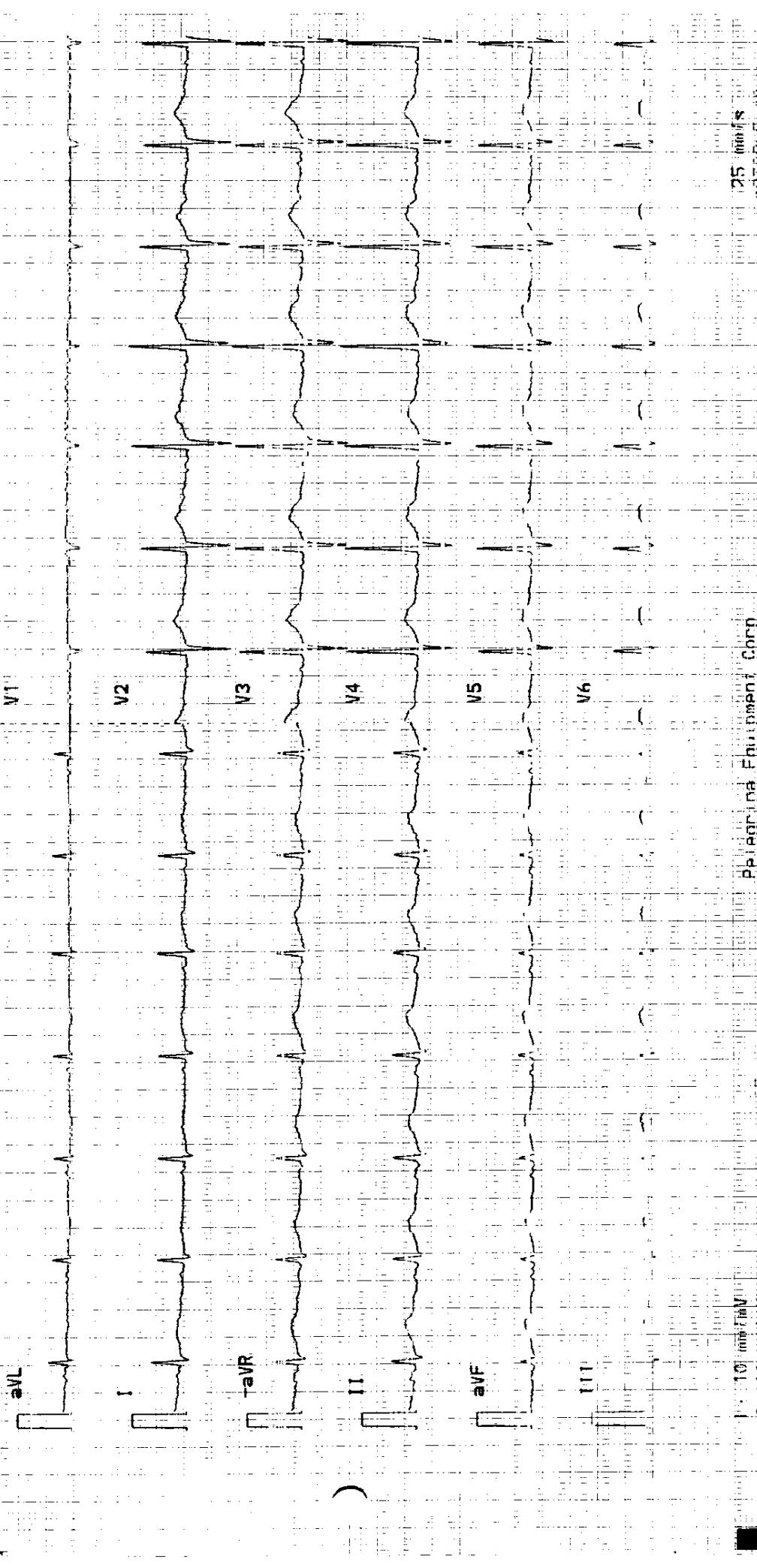
Sinus Rhythm.

11/11/95

per

QTc Interval:
QT Dispersion:
P-R-T Axis:

432 ms
16 ms
55° 36° 73°



11/10/95

P. Piegrosz Epiphysal Chor-

BDK 007983

125 mm/s

HOSPITAL HERMANOS MELENDEZ
BAYAMON, PR

REPORT OF CONSULTATION

NAC:01/01/1922 EDAD: 94Y SEXO: M
RM:0000567278 CNT:0201608052
S.S XXX-XX-6076 CC:400-01
ADM:10/28/2016 01:10 PM
TP:0 - ACUTE INPATIENT
DR: MEDINA LA SALLE, LISA
PLAN: MEDICARE Y MUCHO MAS(HMO-MM)

FROM: _____ TO: Dr. Alcalá

REPORT REQUESTED REGARDING _____

SIGNATURE OF ATTENDING PHYSICIAN _____ TIME AND DATE REQUESTED: _____

REPORT

FINDINGS 94yo man - I returned by who presents w/ the worsening dyspnea associated w/ productive cough (yellowish sputum) for last 3-4 days. Pt -1 no recent hospitalizations. History of tobacco use 20 pack years Pantox CP - Dementia Pantox - Renal problem

ABP 130/60 P 70 R 18 Temp 36.1 O₂ 96% Socio
(cv: Anore, disorient, AM) QI
Hx: No OD mom 13.0 137/105/15/96 QEDM
heart: AM 2.2 10.4 290 4.8 28/0.9 QDWT
Lungs: few BIL expiratory mets meds
CV findings: tachycardia, tachypnoe, A/B(-) - Rocephin
Extensive Emphysematos changes - Haldol

DIAGNOSIS Pneumonia A33 7.42/41/77/26/95 - 2nd max

Ext. No edema Moymann CAR/CT max: - Klonopin

Extensive Emphysematos changes - Haldol

RECOMMENDATIONS Antibiotic Exacerbation IV fluids Mugler

Tracheobronchitis ④ SOB Mugler
Emphysema ⑤ cough Mugler

Xopenex / Albuterol nebs q6h

- DIC Rocephin - sputum CT

- O₂ 2LNC

Notificada a _____ hora _____

Notificada por _____ hora _____

DR.

Carmen R. Alcalá Marquez, M.D.

ERL: 17700

NPI: 1235066124

SIGNATURE OF CONSULTANT

TIME AND DATE ANSWERED: 10/29/16

11:30AM

REPORT OF CONSULTATION

HOSPITAL HERMANOS MELENDEZ
BAYAMON, PR

NAC:01/01/192 DAD:94Y SEAN
RM:0000567278 CNT:020160802
S.S:XXX-XX-6076 CC:400-01
ADM:10/28/2016 01:10 PM
TP:0 - ACUTE INPATIENT
DR: MEDINA LASALLE, LISA
PLAN: MEDICARE Y MUCHO MAS(HMO-MN)

REPORT OF CONSULTATION

FROM:

DR

TO:

Patient Medicine (Dr. A.)
Please evaluate this 94 year old man
with suspected bronchopneumonia.

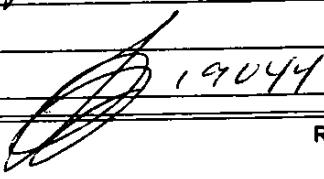
REPORT REQUESTED REGARDING

patient

TIME AND DATE REQUESTED:

Oct 28/16

SIGNATURE OF ATTENDING PHYSICIAN



REPORT

10:30 AM

FINDINGS

Acute Bronchitis
Dx: Pneumonia

W: Admit to Medcene

Medcine 10/28/16 1:10pm

DIAGNOSIS

RECOMMENDATIONS

Oct 28/16
10:30 AM
Notificada a hora

Notificada por hora

DR. _____ TIME AND DATE ANSWERED: _____

SIGNATURE OF CONSULTANT

REPORT OF CONSULTATION

HOSPITAL HERMANOS MELENDEZ
APARTADO 306
BAYAMON, PUERTO RICO

PATIENT NAME:

07/07/1922 EDAD : 94Y SEXO : M
RM:0000567278 CNT:0201608052
S.S :XXX-XX-6076 CC:400-01
ADM:10/28/2016 01:10 PM
TP:0 - ACUTE INPATIENT
DR: MEDINA LA SALLE, LISA
PLAN: MEDICARE Y MUCHO MAS(HMO-MI)

MEDICAL PLAN:

PATIENT NAME:

SEX	AGE	OCCUPATION
M	94	

CHIEF COMPLAINT

SOB.

Alphavirus, Prostate Ca

PRESENT ILLNESS

94yo male pt. bedridden with no known medical illness.
Pt daughter refers pt w/ fever since 2 days ago has been
w prod. cough, SOB, resp diff.
Dries nausea, vomits & no diarrhea.

~~TB M~~

PAST HISTORY	NO	YES	NUMBER AND DESCRIBE IF POSITIVE INCLUDE DATE OF ONSET AND COMPL	CURRENT THERAPY INCLUDING DOSE
1. Diabetes Mellitus	✓	/		
2. Arterial Hypertension	✓	/		
3. Heart Diseases	✓	/		
4. Asthma	✓	/		
5. TB	✓	/		
6. Prior PE/ Phlebitis	✓	/		
7. Bleeding Tendencies	✓	/		
8. G.I. Diseases	✓	/		
9. Renal Diseases	✓	/		
10. Cancer	✓	/		
11. Surgery	✓	x	Knee protheses	
12. Transfusions	✓	/		
13. Drug Allergies	✓	/		
14. Immunizations	✓	/		
15. Lipid Abn.	✓	/		
16. Others				

FAMILY HISTORY	NO	YES	COMMENTS		
DIABETES		✓			
HYPERTENSION		✓			
HEART DISEASES					
CANCER					
OTHERS					
HABITS	NO	YES	DURATION	QUANTITY	COMMENTS
Smoking		✓			
Alcohol Intake		✓			
Dietary		✓			
Over the counter drug					
Exercise					

REVIEW OF SYSTEM: CIRCLE IF POSITIVE
SPECIFY

A. General: Wt Changes Fever,
Chills, Skin, Hair, Other

*Fever (P)
Chills (P)
blurred vision (P)*

B. Eyes: Visual changes,
Diplopia, Others

C. Ears: Hearing difficulty,
Vertigo, Tinnitus, Other

✓

D. Nose & Throat:
Epistaxis, Dysphonia, Other

✓

E. Nodes:

✓

F. Breast: Lumps, Nipple,
Discharge, Other

✓

G. Respiratory: Dyanea, Pain, Cough,
Sputum, Hemoptysis, Other

SOB (P)

H. C. V. : Palpitations, Pain, Orthopnea,
Edema, Claudications, Other

✓

I. G.U. : Pain, Dysuria, Frequency,
Hematuria, Menses, Pregnancies,
Menopause, Other

✓

J. G. I. : Pysoris, Dysphagia, Pain,
Food Intolerance, BM changes,
Hematemesis, Stools, Others

✓

K. M. S. :

Pain, Spasms, Other

✓

L. Joints: Pain, Motion, Deformity,
Edema, Temp., Other

✓

M. Neurologic: Headache, Seizures,
Loss of consciousness, Behavioral
Problems, Others

✓

Department of Medicine
Physical Examination

PATIENT NAME:

B.P: 130/70 P: 88 R: 22 T: 36° WT: 170 HT: 5'9"

General: Acute / Chronically Ill - Nutritional Status

Acutely ill mild resp distress

	N	ABN	IF ABNORMAL DESCRIBE		
Skin, MM					
Hair					
Nails					
Head:					
ENT	✓				
Eyes: Pupils			OD	OS	
Sclerae					
Conjunctiva			✓ (les opacities)		
Fundi					
Others					
Mouth: MM	✓				
Tongue					
Teeth					
Neck: Jugular	✓				
Carotids	✓		Carotids Bruits R L		
Thyroid	✓				
Breast:	✓		R	L	
Chest:			AP	Expansion	Deformity
Palp-Perc	✓		<i>Bilateral coarse exp rhonchi mild resp distress</i>		
Aus			Rales	Wheezes	Rhonchi
					RUB

Department of Medicine
Admission Note

PATIENT NAME:

Dx. Impressions

① Acute Bronchitis
R/o BKP

Plan: 1. Diagnostic

severe changes pulmonary on CXR cannot
exclude BKP R/o fibrotic changes old hx TB
Admit & give IV antibiotic + Chest CT Scan

2. Therapeutic

Additional Comments:

Mhdud
Signature

1:10PM
Hour

10/28/16
Date



Admission - Discharge Summary

Medical Record : 0000567278

Account Number : 0201608052

Patient Type Code : 0

Entered On : 10/28/2016
 Entered By : Luz E Rodriguez Adm
 Changed By : Luz E Rodriguez Adm

Patient's Last Name		First Name	Middle Name	Social Security	Gender	Age	Birth Date	Birth Place	Marital Status
				XXX-XX-6076	Male	94 Years	1/1/1922	COMERIO	SINGLE
Address		Home Phone			Father's Name				
C BOX 6105 AYAMON, PR PR 00960		(787) 423-11			NIEVES, EDUBIGES				
Race		Other Race			Spouse's Name				
					Central Drug DMC Home Care Deminis PT + RH				
Spouse's Work Phone		Given Info.			Work Phone				
		NIEVES CRUZ, NATIVIDAD			(000) 000-0000				
Guarantor's Name		Social Sec			Home Phone				
NIEVES CRUZ, NATIVIDAD		XXX-X-			(787) 529-8911				
Address		Home I			Work Phone				
URB JARDINES DE CAPARRA EDIF 13 APT 285 BAYAMON, PR PUERTO RICO 00959		(787) 4							
Relationship		Relative							
SELF									
Admission Date/Time		Service			Height				
10/28/2016 1:10PM		IP-MEDICINA			5' 9"				
Discharge Date/Time		Admitted From			Weight				
11/4/16		Clinic Referral			170 lb				
Prior Admission		Admitting Officer							
06/13/2016		Luz E Rodriguez Adm							
Coord	Company	Plan	Group No.	Group Name	Name	Patient's Card No.			
1	MEDICARE Y MUCHO MAS(HMO-MMM)	MEDICARE Y MUCHO MAS(HMO-MMM)	80840	DIAMANTE CHOICE PLATINO	NIEVES CRUZ, NATIVIDAD	010464142			

Final Diagnosis :

Bronchopneumonia
Emphysema
Alzheimer Disease/Severe Dementia
Dehydration
Chronic Obstructive Pulmonary Disease - Decompensated

J209

Code No.

J180

J138

G200

T6280

Secondary Diagnosis :

bronchitis

ES100 J209

27461

276011

Procedures Performed :

Consultants :

Hernando

Condition on Discharge

 Recovered Unchanged Diagnosis Only Died Under 48 Hrs. Improved Not Treated Left Against Advice Died Over 48 Hrs.

Autopsy

 Yes
 No

Attending Physician :

Hernando

Date :

11/04/16



Admission - Discharge Summary

On : 10/28/2016
 By : Luz E Rodriguez Adm
 Changed By : Luz E Rodriguez Adm

Medical Record : 0000567278			Account Number : 0201608052				Patient Type Code : 0			
Ident's Last Name	First Name	Middle Name	Social Security	Gender	Age	Birth Date	Birth Place	Marital Status		
			XXX-XX-6076	Male	94 Years	1/1/1922	COMERIO	SINGLE		
Address			Home Phone		Father's Name					
C BOX 6105 AYAMON, PR PR 00960			(787) 423-1816		NIEVES, EDUBIGES					
			Race		Mother's Name					
			Other Race		CRUZ, BARBARA					
Spouse's Name			Patient's Employer				Work Phone			
			RETIRADO				(000) 000-0000			
Spouse's Work Phone		Given Info.		Occupation						
		NIEVES CRUZ, NATIVIDAD		RETIRADO						
Guarantor's Name			Social Security		Notify in Emergency					
			XXX-XX-6076		ARCE, RICHARD					
Address			Home Phone		Address				Home Phone	
URB JARDINES DE CAPARRA EDIF 13 APT 285 BAYAMON, PR PUERTO RICO 00959			(787) 423-1816						(787) 529-8911	
			Relationship						Work Phone	
			SELF							
Admission Date/Time		Service		Admitted Diagnosis						
10/28/2016 1:10PM		IP-MEDICINA		ACUTE BRONCHITIS						
Discharge Date/Time		Admitted From		Admitted Doctor's Name						
11/4/16		Clinic Referral		MEDINA LA SALLE, LISA						
Prior Admission		Admitting Officer		Station	Room	Bed	Accom Code	Height	Weight	
06/13/2016		Luz E Rodriguez Adm		00072	20	08	0110	5' 9"	170 lb	
Coord	Company	Plan	Group No.	Group Name		Patient's Card Name		Patient's Card No.		
I	MEDICARE Y MUCHO MAS(HMO-MMM)	MEDICARE Y MUCHO MAS(HMO-MMM)	80840	DIAMANTE CHOICE PLATINO		NIEVES CRUZ NATIVIDAD		010464142		

Final Diagnosis :

Bronchopneumonia
 Emphysema
 Alzheimer's Disease/Severe Dementia
 Dehydration
 Chronic Obstructive Pulmonary Disease - Decompensated

J209

Code No.
J180

JU38

CP09

F0281

Secondary Diagnosis :

Bronchitis

ES100 J209

27461

236011

Procedures Performed :

Consultants :

Richard

Condition on
Discharge
 Recovered
 Improved

 Unchanged
 Not Treated

 Diagnosis Only
 Left Against Advice

 Died Under 48 Hrs.
 Died Over 48 Hrs.

 Autopsy Yes
 No

Attending Physician :

Richard

Date :

11/04/16

TRASLADO INTERNO DE PACIENTES "HAND OFF"

#567278

SITUACION:

Unidad que transfiere: 7A

Unidad a ser transferido: 8B

Nombre del Médico: D. Villaseca

Fecha: 7/29/17 Hora: _____ AM PM

Razón para el traslado: Admisión Cambio nivel de cuidado Otros:

TRASFONDO:

Dx. de admisión: BKL UTI

Fecha de Admisión: 7/29/17

Procedimiento:

Historial del Paciente: CA prostática, Enfisema.

Condición del Paciente al momento del Traslado: Alerta Orientado Desorientado Estuporoso Letárgico Coma

Otros: _____ Integridad de la piel: Intacta Alterada Especifique: _____

ESTIMADO:

Signos Vitales: BP: 108/68 Pulsos: 68 Respiración: 15 Temp: 36.4 Dolor: Sí, Nivel de Dolor _____ No

Alergias: Sí, No Cuál: _____ IV Fluid's: 0.9% → 100ml/hr.

Directrices Adelantadas: Sí No DNR: Sí No DNI: Sí No Riesgo a Caída: Sí, Nivel _____ No

Paciente en Restricción: Sí No Dieta: Regular NPO TPN Enteral PPN Gastrostomía Otra _____

Paciente tiene alguna barrera de comunicación: Sí, Marque: lenguaje visual auditivo cognoscitiva No

Paciente está en oxígeno o Ventilador Mecánico: Sí, Especifique: _____ No

Requiere aislamiento: Sí, Especifique: Gotas Resp Contacto Protectivo No

Medicamentos pendientes a administrarse:

Seg. TX

Consultas ordenadas notificadas: Sí Especifique _____ No

Últimos Laboratorios: Normal Alterados, Especifique: _____

Laboratorios Pendientes: CBC FBS CMP PT PTT U/A TYPE&CROSS _____ unidades AMYLASE

CPK BUN CREATININE U/C B/C S/C OTROS: _____

Estudios diagnósticos pendientes: Rayos X CT SONOGRAFIA ABG EKG OTROS: _____

Condición del paciente al momento del traslado:

1. Pd con somnolento al momento del traslado alerta

Condición en que se recibe el paciente:

Pd. Estable al momento, Buen patrón respiratorio, alerta y orientado

Paciente acompañado: Escucha Personal de Enfermería Médico Terapia Respiratoria Familiares

D. Villaseca

S. Sanchez

Firma y # Lic. Enfermera(o) que traslada

Firma y # Lic. Enfermera(o) que recibe



HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ

Hospital Hermanos Meléndez
Ca 2 KM 11.7BAYAMON, PR 00960
(787)620-8181

Sala de Emergencia Adultos

Nombre: [REDACTED]	Edad: 95 Años
Fecha Nac: 01/01/1922	Estatura: 5'7"
Género: M	SS: XXX-XX-6076
Peso: 170Lbs	
Médico:	
Admisión: 07/29/2017 04:22 PM	

Estimado para Alergias a Latex

	SI	NO
1. ¿Alguna vez ha tenido alergia, fiebre, eczema o "rash" ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. ¿Alguna vez ha tenido anafilaxias o reacción inexplicable durante algún procedimiento médico?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3. ¿Alguna vez ha tenido picor, edema (hinchazón) o sensación de "hormigueo" en algunas de las siguientes situaciones?:		
- ¿Examen vaginal o rectal?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- ¿Al tener un diafragma o profiláctico?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- ¿Después de ser examinado con guantes de goma o látex?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- ¿Alrededor de la boca después de inflar un globo, o al utilizar mamaderas, o después de un procedimiento dental?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- ¿En las manos antes o después de ponerse guantes de goma?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4. ¿Alguna vez ha tenido "rash" en las manos que le ha durado más de una semana?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5. ¿Alguna vez ha tenido picor, edema (hinchazón) sensación de "hormigueo", gotero nasal, ojos irritados, sibilancia o asma después de tener contacto con productos de latex o goma?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6. ¿Le ha dicho su médico que usted es alérgico al látex o goma?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7. ¿Es usted alérgico al guineo, aguacate o "chestnut" (castañas)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8. ¿Está usted en Beta bloqueadores?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

BETA BLOQUEADORES

Lopresol (Todas sus formas)
 Inderal (Todas sus formas)
 Sectral
 Querlone
 Tenoretic
 Tarca

Timelol
 Temormin
 Levatol
 Brebi-block
 SIAC

Dulkenelle
 Firma de la enfermera
 7/29/17
 Fecha

Oto Jefus
 Firma del paciente o familiar
 7/29/17
 Fecha

7A

TRIAGE: SALA DE EMERGENCIA (Favor de pedir identificación)

Nombre:

Fecha Nac: Ene 1/22

Peso: 170

SS: XXX-XX-6076

Transfusiones: NO

Medico: NO

Estatura: 5'7

Edad: 95

Alergias: NO

Queja Principal:

Fiebre y Tos desde dia

Antihist

S/V: T 36 P 87 R 11 BP 93/60

3 dientes
Audición problema

Visión bien

TB tubo

rac - NO

Enfermedades:

CA pistata / Enfisema / Ferrus sulfato

Medicamentos:

Lasix 20 OD Africar 1mg AM 335mg QD

Temezepam (Restoril) 30 HS VIT B-12 00

Apetito: Regular

Evacuaciones: normal

Orinando: Normal

¿Viajó en los últimos 4 meses? NO

Ambulancia: United

Paramédicos: hacia a Amer

Última hospitalización:

¿Donde?

Hora q se comienza el Triage:

Hora q se termina de realizar:

FAVOR DE NO BOTAR, ESTA HOJA SE ENTREGARA A PERSONAL DE REGISTRO JUNTO AL TRIAGE.



HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Nombre del Paciente _____

Número de Récord: 0000567278

Número de Cuenta: 2017211253

Fecha de Nacimiento: 01/01/1922

Sexo: M

EVALUACIÓN INICIAL / NOTA DE ENFERMERÍA

I. INTERVENCIÓN N/A

Identificación de Paciente

Medicamento(s)	Fecha	Hora	Vía y Área de administración	Firma RN	# LIC.	
Solución Intravenosa (IVF's)	Angio #	Área de Canalización	Hora	Firma RN	# LIC.	
Oxígeno:	<i>Ver paciente tarde.</i>					
Notas:	<i>Ver paciente tarde.</i>					
Paciente Evaluado por Dr.	Paciente Re-evaluado por Dr.					

II. CASO NOTIFICADO A LA POLICÍA N/A

Naturaleza de Accidente: Tiros Objeto Puntiagudo Maltrato Violencia Doméstica D.O.A. - Muerto
 Sospecha de Abuso Sexual Violación Intento Suicida (Estimado de Riesgos) Si No
 Accidente: Auto Motora Bicicleta

Policía Notificado: Si No Hora: am / pm Nombre del Policía: _____ Placa #: _____

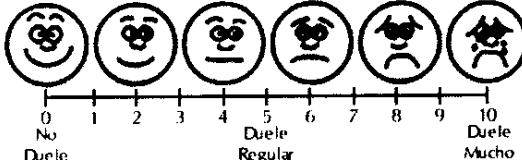
III. SI LA QUEJA PRINCIPAL DEL PACIENTE ES DOLOR N/A

Intervención: (MED) Medicación (ver sección I), (A) Actividad, (C) Confortable, (M) Masaje, (H) Hielo, (CA) Caliente, (O) Otro:

Características: (1) Puntiagudo, (2) Profundo, (3) Ardor, (4) Pesadez, (5) Presión, (6) Cólico, (7) Retortijón, (8) Penetrante, (9) Calambre

Nivel de Consciencia: (1) Alerta y Orientado, (2) Alerta y Desorientado, (3) Confundido, (4) Letárgico, (5) Estuporoso

Fecha	Hora	M	C	A	H	D	O

 Estimado Re-Estimado Re-Estimado Alta

Laboratorios / Rayos X / Estudios.

Ver paciente tarde.
 Firma RN: *DR. MELÉNDEZ* Siglas: *M* #LIC. *DR. M*

IV - DISPOSICIÓN DEL PACIENTE (Seleccione la que aplique)

A. Traslado a otra institución (Especifique) Lugar: _____ Fecha: _____ Hora: _____

B. Abandona la SE después de ser evaluado por el médico. Fecha: _____ Hora: _____ Exoneración: Si No

C. Abandona la SE sin ser evaluado por el médico. Fecha: _____ Hora: _____

Hora que se llama al paciente para evaluación médica: _____

D. Alta Muerto Admisión a Unidad Clínica: _____

Vivo Acompañado por: _____ Relación: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Educación a paciente: Dieta Medicamentos Cuidado del Yeso Cuidado de Herida Cita (s)

Consejería de no fumar Consejería de no ingerir bebidas alcohólicas Otro:

Signos Vitales en alta - BP: _____ P: _____ R: _____ T: _____ Firma RN: _____ Siglas: _____ #LIC. _____

Hoja Cernimiento del Paciente

Sala de Emergencia Adultos

7A

4:50 AM
MAMY,



HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ

Información del Paciente

Cuenta:

Nombre del Paciente: N [REDACTED]

Fecha Nacimiento: 01/01/1922

Edad: 95 Años

Médico:

SS: XXX-XX-6076

Fecha Visita: 7/29/2017 4:36:08PM

Peso: 170Lbs0Oz - 77Kg 110.7g

Género: M

Estatura: 5'7" - 1m 70.18cm

Teléfono: (787)423-1816

Turno: 045

Nivel de Urgencia: II Urgente (II AMARILLO)

Queja Principal

FIERBRE DESDE ESTA MANANA Y TOS DESDE HACE 3 DIAS

Nota Demográfica

HIJA DEL PACIENTE OLGA NIEVES FUE LA QUE ACOMPAÑA AL PACIENTE Y OFRECE LA INFORMACION DEL PTE, EL CUAL ES ENCAMADO.

Inmunización No	Dolor No	Sistema Cardiovascular Pulso Normal
Revisión de Sistemas Visión Normal	Trajo Referido Médico? No	Historial Pasado Cirugías, PROTESIS EN EL PENE / ENFISEMA, Cancer
Sistema Circulatorio (Pulso) Braquial	Revisión de Oídos Otro, TIENE PROBLEMAS AUDITIVOS	Sistema Gastrointestinal Normal
Revisión de Boca, Nariz y Garg Otros, SOLO TIENE 3 DIAS	Acompañado Por Familiar	Historial Psicosocial Ninguno

Firma de la Enfermera(o):

E. Navedo RN

Edna V Navedo Boria

Lic. Num _____ 015903

Page 1 of 3

Hoja Cernimiento del Paciente

Sala de Emergencia Adultos



HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ

Información del Paciente

Cuenta:

Nombre del Paciente: N [REDACTED]

Fecha Nacimiento: 01/01/1922

Edad: 95 Años

Médico:

SS: XXX-XX-6076

Fecha Visita: 7/29/2017 4:36:08PM

Peso: 170Lbs0Oz - 77Kg 110.7g

Género: M

Estatura: 5'7" - 1m 70.18cm

Teléfono: (787)423-1816

Turno: 045

Nivel de Urgencia: II Urgente (II AMARILLO)

Sistema Urinario Normal	Eliminación Normal	Método de Llegada Otro, UNITED, RIVERA Y AMARO.
Número de Evacuaciones Diarias 2	Sistema Respiratorio Tos	Signos Vitales Presión: 93/60 Temp: 36 oC % SpO: Pulso: 87 bpm Resp: 19 rpm MAP: 71 RC Fetal: CC: "
Convulsiones Ninguna	Estado Emocional Tranquilo	Viajes (últimos 4 meses) Ninguno
Transfusiones de Sangre Transfusiones Previas: NO Reacción: NO	Estado Mental Alerta, Desorientado	Fecha de su último viaje No ha viajado
Apetito Regular	Sistema Integumentario Normal	¿Cuando regresó del viaje? No ha viajado
Signos y Síntomas de TB Contacto con Personas con TB, PACIENTE LE DIO TB	Viajó África Últimas3 Semanas? NO	Localización Cubículo Sala Emergencia
Hospitalizado en los pasados 30 días? No		

Firma de la Enfermera(o): E Navedo RN

Edna V Navedo Boria

Lic. Num 015903 Page 2 of 3

Hoja Cernimiento del Paciente

Sala de Emergencia Adultos



HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ

Información del Paciente

Cuenta:

Nombre del Paciente:

Fecha Nacimiento: 01/01/1922

Médico:

Fecha Visita: 7/29/2017 4:36:08PM

Género: M

Teléfono: (787)423-1816

Edad: 95 Años

SS: XXX-XX-6076

Peso: 170Lbs0Oz - 77Kg 110.7g

Estatura: 5'7" - 1m 70.18cm

Turno: 045

Nivel de Urgencia: II Urgente (II AMARILLO)

Medicamentos en uso

Lasix Oral Tablet 20 MG 20 mg oral DIARIO 9AM

Restoril Oral Capsule 30 MG 30 mg oral EVERY BEDTIME

FERROUS SULFATO 325 mg oral DIARIO 9AM

Ativan Oral Tablet 1 MG 1 mg oral DIARIO 9AM

Alergias

PACIENTE DESCONOCE, PACIENTE DESCONOCE

Notas VIP

Observación de enfermería:

SE OBSERVA ALERTA , TRANQUILO NO SIGUE INSTRUCCIONES, PIEL CALIENTE AL TACTO.

Firma del Paciente:(padre, tutor o encargado):

Parentesco:

Hija.

Firma de la Enfermera(o):

E. Navedo Boria

Edna V Navedo Boria

Lic. Num 015903

Page 3 of 3

Record Médico Electrónico

Impreso en : 08/07/2017
Impreso por: Ramonita Torres RM

Hospital Hermanos Meléndez
Carr # 2 KM 11.7

BAYAMON, PR 00960
(787) 620-8181



HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ

Encuentro: 0201704264
Récord: 0000567278

Fecha Admisión: 07/29/2017
08:45 PM

Demográfico

Demográfico

Nombre [REDACTED]
Fecha de Alta: 07/29/2017 2:11:00 PM
Tipo de Paciente: ACUTE INPATIENT
Descripción Diag.: BKP R/O UTI
Fecha de Nacimiento: 01/01/1922
Estatura: 5ft 7in - 1m 70.18cm
Servicio: IP-MEDICINA
Relación: SI MISMO
Tipo de Admisión: Emergency
Condición: BKP R/O UTI
Permite Visitas: Si
Relación: NIETO(A)
Origen Etnico: HISPANO O LATINO
Prefijo: MALE

Fecha de Admisión: 7/29/2017 8:45:00 PM
Encuentro: 0201704264
Médico: VILLAFANE SAN INOCENCIO, EDWIN
Edad: 95 Año(s)
Género: M
Peso: 170lb 0oz - 77kg 110.70g
Información dada por: NIEVES CRUZ, NATIVIDAD
Admitido de: Clinic Referral
Dr. de Admisiones: VILLAFANE SAN INOCENCIO, EDWIN
Requiere Privacidad: No
Persona a Notificar: ARCE , RICHARD
Teléfono: (787) 529-8911
Raza: OTHER RACE
Idioma: SPANISH

Doc. Clínica

Doc. Clínica

Emergency Room Record Initial Evaluation

Fecha Creada: 07/29/17 7:10PM

INITIAL EVALUATION

SUBJECTIVE

HISTORY OF PRESENT ILLNESS 95 y/o M presents with fever and cough of days evolution. Cough .

PAST MEDICAL HISTORY

None
Other: EMphysema.

SOCIAL HISTORY

None.

PREVIOUS SURGERIES

None
Other Prostate CA.

ALLERGIES

None.

REVIEW OF SYSTEMS

CONSTITUTIONAL

None.

GASTROINTESTINAL

None.

CARDIOVASCULAR

None.

RESPIRATORY

None.

HEMATOLOGY

None.

MUSCULOSKELETAL

None.

NEUROLOGICAL

None.

PSYCHIATRIC

None.

GENITOURINARY

None.

MEDICATION

See Reconcilliation

Record Médico Electrónico

Impreso en : 08/07/2017
Impreso por: Ramonita Torres RM

Hospital Hermanos Meléndez

Carr # 2 KM 11.7

BAYAMON, PR 00960
(787) 620-8181

HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ

Encuentro: 0201704264
Récord: 0000567278**Fecha Admisión: 07/29/2017**
08:45 PM**OBJECTIVE****PHYSICAL EXAM****GENERAL APPEREANCE**

Lethargic.

HEENT

No Abnormal Findings.

Eyes

Perrla.

Mucosa

Moist.

NECK

No Abnormal Findings.

SKIN

No Abnormal Findings.

RESPIRATORY

Breath Sounds

Ronchi.

CARDIOVASCULAR

Murmurs.

GASTROINTESTINAL

No Abnormal Findings.

MUSCULOSKELETAL / EXTREMITIES

No Abnormal Findings.

NEUROLOGICAL / PSYCHIATRIC

No Abnormal Findings.

RECTAL

Not Examined

ASSESMENT**DIAGNOSTIC IMPRESSION** Pneumonia

Firma Electrónica: 07/29/17 7:19PM DR JUAN CARLOS NAJARRO CANIZALES , , Licencia: 19495.

**HERMANOS
MELENDEZ
APARTADO 306
BAYAMON, PUERTO RICO 00966
787-8181**

NIEVES C. AD
C001 Req. 002277629 M 95 Años
7/29/17 9:39PM DVR 00442677E
0:000200001177552 R#:0000567278 RM:00813
URINALYSIS

198-8181

Expediente Interdisciplinario De Educación a Paciente

Nombre _____ Fecha de Admisión _____ #Expediente _____

Estimado Inicial: _____ Fecha de Admisión: _____ #Expediente: _____

Escolaridad 9 años Ocupación Asist. Religión Crist. Necesidad financiera Si No

Etapa de Crecimiento y desarrollo: _____ Necesidad financiera Si No

Niñez (0 - 12 años) Idioma: **Español** Inglés Otros

Adolescente (13 - 20 años) Sí No Otro: _____

Adulto Joven (21 - 35 años) **Escriptoriano** Capaz de leer: **Responde a preguntas:** Si No Verbaliza con facilidad:

Responde a preguntas: Sí No
Sigue Instrucciones: Sí No

Sigue instrucciones: Sí No Usa espejuelos: Sí No

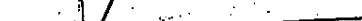
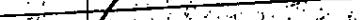
Comentarios:

Barreras de Aprendizaje	Necesidad	Método de Aprendizaje	Evaluación
N = Ninguno	1. Tiene conocimiento	A = Audiovisual	Paciente/familiar
C = Limitación cognitiva	2. Necesidad de repasar	D = Demostración	1. Capaz de repetir la información y/o devolver demostración.
E = Emocional	3. Material nuevo	M = Material impreso	2. Necesita más instrucciones (requiere anotación en comentarios)
D = Desorientado	V = Ver sección de comentarios	I = Instrucciones verbales	3. Incapaz de retener información y de devolver demostración.
F = Financiero		V = Ver sección de comentarios	4. No está listo para aprender (requiere anotación en comentarios)
L = Lenguaje			
M = Motivación/Deseo			
P = Limitaciones Físicas			
R = Religiosas/Culturales			
V = Ver Sección			

Fecha	Hora	Tópico	Estimado.		Instrucciones / Evaluaciones / Iniciales			
Fecha	Hora	Admisión	Código Barreras	Código Necesidades	Código Método	Código Evaluación	Inicial	Firma Paciente / Familiar
7/29/17	8:45pm	Normas Institución	V	V	V		IN	
	8:45pm	Directrices Anticipadas	V	V	V		IN	
		Derechos y Responsabilidades						
	8:45pm	Paciente / Familia	V	V	V		IN	Alfie Lee
		Razón Admisión	N	I	NI	I	IN	
7/30/17	12:35	Uso del Timbre	N	I	NI	I	IN	
		Uso del Equipo	N	I	NI	I	IN	Alfie Lee
		Funcionamiento Cama	N	I	NI	I	IN	
7/29/17	8:45pm	Hora de Visitas	V	V	V		IN	Alfie Lee
		Uso de Oxígeno						
		Canal Educ. Paciente / Familia	N	I	NI	I	IN	Alfie Lee
7/30/17	12:35	Terapia Intravenosa	N	I	NI	I	IN	Alfie Lee

Inicial	Firma	Inicial	Firma	Inicial	Firma
AH					

Barreras de Aprendizaje	Necesidad	Método de Aprendizaje	Evaluación			
			Paciente/familiar			
N = Ninguno C = Limitación cognitiva E = Emocional D = Desorientado F = Financiero L = Lenguaje M = Motivación/Deseo P = Limitaciones-Fisicas R = Religiosas/Culturales V = Ver Sección	1. Tiene conocimiento 2. Necesidad de repasar 3. Material nuevo V = Ver sección de comentarios	A = Audiovisual D = Demostración M = Material impreso I = Instrucciones verbales V = Ver sección de comentarios	1. Capaz de repetir la información y/o devolver demostración. 2. Necesita más instrucciones (requiere anotación en comentarios) 3. Incapaz de retener información y de devolver demostración. 4. No está listo para aprender (requiere anotación en comentarios)			
Fecha	Hora	Tópico	Estimado	Instrucciones / Evaluaciones / Iniciales	Firma Paciente/Familiar	
Fecha	Hora	Tratamiento / Procedimiento Diagnóstico	Código Barreras	Código Necesidades	Código Método Código Evaluación Inicial	
7/30/17	12:35	UTI	N	I	NI I 8	<i>JSA/estafaya</i>
7/30/17	12:35	Protocolo de Caldas	N	I	NI I 8	<i>MPatricio</i>
3/1/abril/17	3:30	Planificación de Altas	D	V	V 4	<i>BKA</i>
3/1/abril/17	3:30	Auto cuidado en el Hogar	D	V	V 4	<i>paciente familiar</i>
3/1/abril/17	3:30	Recursos Disponibles en la Comunidad	D	V	V 4	<i>paciente familiar</i>
		Rehabilitación				
		911				
		Nutrición / Dieta				
Inicial	Firma	Inicial	Firma	Inicial	Firma	
<i>San</i> <i>BKA</i>	<i>Sanchez</i> <i>Bushman</i>					

Fecha	Hora	Folletos / Literatura entregada	Oficial	Firma Paciente / Familiar
17/01/17	18:46pm	Normas del Hospital		
		Derechos y Responsabilidades		
		Directrices Anticipadas		
		Ventilación de Quejas		
		Hable		
		Abuso y Negligencia		
		Restricción de la Privacidad		
		Protocolo de Calidas		
		Instrucciones de Alta		
		P. Y.		

PREVENCIÓN Y MANEJO DE PACIENTE
CON ALTERACIÓN EN LA INTEGRIDAD DE LA PIEL

95 años 4426776

Dr. Villafañe

IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE

DIAGNÓSTICO: UTI, BKP

7/30/17

HORA: 12:35 AM PM

I. EVALUACIÓN INICIAL RE-EVALUACIÓN FECHA:

ESCALA BRADEN:

Percepción Sensorial		Exposición a Humedad		Actividad		Movilidad		Nutrición		Fricción y Lesión	
Completemente limitada:	1	Constantemente Húmeda:	1	Encamado/a:	1	Completemente Inmóvil:	1	Muy Pobre:	1	Problema:	1
Muy limitada:	2	A menudo Húmeda:	2	En silla:	2	Muy Limitada:	2	Probablemente Inadecuada:	2	Problema Potencial:	2
Ligeramente Limitada:	3	Ocasionalmente Húmeda:	3	Ambula Ocasionalmente:	3	Ligeramente Limitada:	3	Adecuada:	3	No existe problema aparente:	3
Sin Limitaciones:	4	Raramente Húmeda:	4	Ambula Frecuentemente:	4	Sin Limitación:	4	Excelente:	4	No Problema:	4
	3		3		1		1		1		2

Escala: 15-18 = Riesgo Leve, 13-14 = Riesgo Moderado, 10-12 = Riesgo Alto, 9 o menos = Riesgo Muy Alto

Nota: Una escala con un total de puntuación de 18 o menos se considera un riesgo de desarrollo a úlcera por presión.

Total de Riesgo

11

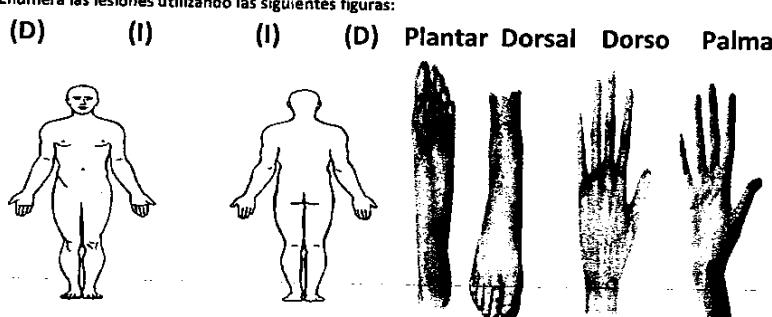
- II. Medidas Preventivas: Si No "Mattress" de: aire gel Hidratación de la piel Protector Codo/Talón
 "Draw Sheet" "Kit de Incontinencia" Cambio de Posición cada 2 (dos) horas Cama limpia, seca y sin arrugas
 Otras

III. Lesión presente en admisión

Dolor: Si (0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10) No

Durante curación: Si (0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10) No Sin dolor

Enumera las lesiones utilizando las siguientes figuras:



- Utiliza el siguiente listado para identificar la localización de las lesiones:
- | | | |
|-----------------------|----------------------|--------------------|
| 1. Sacro | 12. Hombro izquierdo | 23. Mano Izquierda |
| 2. Coxis | 13. Espalda | 24. Pecho |
| 3. Talón derecho | 14. Oreja derecha | 25. Abdomen |
| 4. Talón izquierdo | 15. Oreja izquierda | 26. Temporal |
| 5. Isquión | 16. Pie derecho | 27. Perianal |
| 6. Trocante derecho | 17. Pie izquierdo | 28. Nariz |
| 7. Trocante izquierdo | 18. Pierna derecha | 29. Otro: |
| 8. Maléolo Medial | 19. Pierna izquierda | |
| 9. Maléolo Lateral | 20. Brazo derecho | |
| 10. Occipital | 21. Brazo izquierdo | |
| 11. Hombro derecho | 22. Mano derecha | |

Lesión: # _____ Localización: _____ Tipo de Lesión: Úlcera por presión: Estadio I II III IV DPT

- No Clasificable Úlcera Diabética Quemadura: Grado I II III IV Herida Quirúrgica Herida Traumática
 Laceración Celulitis Ostomía Fístula Otros: _____

Descripción de la lesión: Superficial Parcial Profunda

Túneles Socavados: Localización _____ Tamaño _____ cm

Tamaño de la lesión: Largo _____ cm x Ancho _____ cm x Profundidad x _____ cm

Tipo de tejido Rojo Amarillo Necrótico Otros: _____

Exudado: Ninguno Poco Moderado Abundante Olor: Fétido No Fétido

Tipo de Exudado: Seroso Sero-sanguinolento Sanguinolento Purulento Ninguno

Bordes: Regulares Irregulares Cicatrizado Otro: _____

Piel Circundante: Caliente Tibia Endurecida Macerada Reseca/Escamosa Dermatitis Otros: _____

Lesión: # _____ Localización: _____ Tipo de Lesión: Úlcera por presión: Estadio I II III IV DPT
 No Clasificable Úlcera Diabética Quemadura: Grado I II III IV Herida Quirúrgica Herida Traumática
 Laceración Celulitis Ostomía Fístula Otros: _____

Descripción de la lesión: Superficial Parcial Profunda

Túneles Socavados: Localización _____ Tamaño _____ cm

Tamaño de la lesión: Largo _____ cm x Ancho _____ cm x Profundidad x _____ cm

Tipo de tejido: Rojo Amarillo Necrótico Otros _____

Exudado: Ninguno Poco Moderado Abundante Olor: Fétido No Fétido

Tipo de Exudado: Seroso Sero-sanguinolento Sanguinolento Purulento Ninguno

Bordes: Regulares Irregulares Cicatrizado Otro: _____

Piel Circundante: Caliente Tibia Endurecida Macerada Reseca/ Escamosa Dermatitis Otros _____

Lesión: # _____ Localización: _____ Tipo de Lesión: Úlcera por presión: Estadio I II III IV DPT
 No Clasificable Úlcera Diabética Quemadura: Grado I II III IV Herida Quirúrgica Herida Traumática
 Laceración Celulitis Ostomía Fístula Otros: _____

Descripción de la lesión: Superficial Parcial Profunda

Túneles Socavados: Localización _____ Tamaño _____ cm

Tamaño de la lesión: Largo _____ cm x Ancho _____ cm x Profundidad _____ cm

Tipo de tejido: Rojo Amarillo Necrótico Otros _____

Exudado: Ninguno Poco Moderado Abundante Olor: Fétido No Fétido

Tipo de Exudado: Seroso Sero-sanguinolento Sanguinolento Purulento Ninguno

Bordes: Regulares Irregulares Cicatrizado Otro: _____

Piel Circundante: Caliente Tibia Endurecida Macerada Reseca/ Escamosa Dermatitis Otros _____

IV. Recomendaciones de Tratamiento:

Limpieza de la lesión: "Moisturizing Cleanser" "Wound Cleanser" Otros _____

Cuidado a ofrecer: Apóritos hidrocoloides Apósito Alginato Esponjas Vendaje con plata
 Hidrogeles _____ Apóritos adhesivos transparentes Apóritos adhesivos de espuma
 Gasas estériles Vendaje post-op Gasas vaselinadas Terapia de presión negativa

Tipo de debridamiento: Quirúrgico Enzimático Autolítico Mecánico _____

Educación en relación a: Medidas Preventivas Cuidado de la Piel Cuidado de Úlceras

Cuidado de Herida e Incisión Quirúrgica Cuidado a Ostomía Folletos Informativos

Hoja educación a pacientes y familiares

Educación ofrecida a: Paciente Familia Persona Significativa Otros: _____ Refirió entender: Si No

Referidos: Nutricionista Epidemiólogo/a Trabajo Social Médico Cirujano Médico Infectólogo

Otros: _____

S. Sánchez 70472R
Firma, Título, Número de Licencia

PLAN DE CUIDADO A PACIENTE POR SISTEMAS
INTERDISCIPLINARIO

DIAGNÓSTICO INICIAL: UTI, BFP

Cuidado apropiado de acuerdo a la edad: () Neonatal () Infante () Adolescente () Adulto () Geriátrico

Identificación Paciente

MENOR +42 años 95 años

DR. VILLAFUERTE 567278

RE: NEO- (0-28 días) INF- (29 días - 1 año) ADO- (+12-20 años) ADU- (21-64 años) GE- (+65 años ó más)

ESTIMADO Fecha y Hora Implantación	Problema o Necesidad que refiere y/o se observa en paciente.	Resultado Clínico/Meta	INTERVENCIONES	RE-ESTIMADO	Resuelto/Solucionado		
				Fecha	Firma / Iniciales	Fecha	Firma Iniciales
	Enfermería: Cambios en el Aspecto Psicológico y Espiritual relacionado a : <input type="checkbox"/> Lloroso <input type="checkbox"/> Poco Comunicativo <input type="checkbox"/> Rehusa Visitas <input type="checkbox"/> Sentimiento de soledad <input type="checkbox"/> Aceptación de condición <input type="checkbox"/> Necesidad de ayuda espiritual <input type="checkbox"/> Otros.	Resultado Clínico/Meta <input type="checkbox"/> Pte. expresa sentirse tranquilo <input type="checkbox"/> Pte. Logre expresar sentimientos y necesidades. <input type="checkbox"/> Pte. Acepta visitas de familiares. <input type="checkbox"/> Pte. Logre aceptar etapas de la muerte. <input type="checkbox"/> Otros.	<input type="checkbox"/> Tomar Signos Vitales. <input type="checkbox"/> Observar por cambios en Comportamiento. <input type="checkbox"/> Notificar Cambios de Conducta al Médico. <input type="checkbox"/> Referir paciente a Servicios de Capellanía, Trabajo Social y Planificación de Alta. <input type="checkbox"/> Administrar Medicamentos ordenados por el Médico. <input type="checkbox"/> Mantener paciente libre de daños Físicos. <input type="checkbox"/> Otros.				
	Sistema Neurológico Alterado en: <input type="checkbox"/> Nivel de Conciencia <input type="checkbox"/> Respuesta a Estímulos <input type="checkbox"/> Movimientos Involuntarios en extremidades. <input type="checkbox"/> Conducta inapropiada a situación. <input type="checkbox"/> Agresividad. <input type="checkbox"/> Intranquilidad. <input type="checkbox"/> Limitación de movimientos. <input type="checkbox"/> Dificultad para comunicarse. <input type="checkbox"/> Otros.	<input type="checkbox"/> Paciente verbaliza o demuestra estar alerta y orientado en tiempo, lugar y persona. <input type="checkbox"/> Control de movimientos. <input type="checkbox"/> Libre de daños durante la convulsión o estado de inconsciencia. <input type="checkbox"/> Recobra fuerza y función del área afectada. <input type="checkbox"/> Realiza actividades del diario vivir con un mínimo de asistencia. <input type="checkbox"/> Paciente /familia pueden utilizar mecanismos y sistemas de apoyo para manejo de situaciones estresantes. <input type="checkbox"/> Paciente se manifiesta libre de daño a sí mismo o a otros. <input type="checkbox"/> Pte. no se retira tubos, líneas o tratamientos.	<input type="checkbox"/> Estimar nivel neurológico. (orden MD) <input type="checkbox"/> Estimar fuerza, resistencia y limitación de movimientos. <input type="checkbox"/> Monitoreo de Signos Vitales según MD. <input type="checkbox"/> Observar por cambios tales como: adormecimiento de las extremidades, movimientos involuntarios y/o disminución de movimientos. <input type="checkbox"/> Proteger paciente de daño físico. <input type="checkbox"/> Permitir que paciente/familiar exprese dudas o inquietudes sobre condición. <input type="checkbox"/> Evaluar necesidades educativas en paciente y pte/familia durante la adm. <input type="checkbox"/> Identificar factores que precipiten ansiedad al paciente. <input type="checkbox"/> Estimar necesidades fisiológicas, ambientales y de conducta. <input type="checkbox"/> Promover alternativas y evaluar la efectividad de las mismas antes de restringir paciente. <input type="checkbox"/> Mantener la habitación iluminada y las barandas de la cama elevadas según estimado de necesidades del paciente y orden médica. <input type="checkbox"/> Evaluar si la condición del pte. se puede resolver con medicamentos sedativos, terapias, higiene u otros. <input type="checkbox"/> Estimar causas de cambio en conducta, la necesidad de activar el protocolo de restricción de paciente <input type="checkbox"/> Restringir por una hora y notificar al médico de inmediato para la orden MD. <input type="checkbox"/> Activar Protocolo de prevención de Úlceras. <input type="checkbox"/> Adm. de medicamentos según orden MD.				

ESTIMADO Fecha y Hora Implantación	Problema o Necesidad que refiere y/o se observa en paciente.	Resumen Clínico/Meta	INTERVENCIONES		
			RE-ESTIMADO	Resuelto/Solucionado	
			Fecha	Firma / Iniciales	Fecha
	Cont. Sistema Neurológico	<p><input type="checkbox"/> No evidencia en daño en reflejo, agarre, moro, babinski, tono y chupado.</p> <p><input type="checkbox"/> Otros:</p>	<p><input type="checkbox"/> Mantener la renovación de orden médica cada 24hrs.</p> <p><input type="checkbox"/> Realizar cambios de posición y dar movimientos a extremidades cada 2 hrs.</p> <p><input type="checkbox"/> Liberar áreas de presión por 15 minutos.</p> <p><input type="checkbox"/> Vigilar por necesidades básicas y la alimentación del paciente.</p> <p><input type="checkbox"/> Orientar al paciente y los familiares.</p> <p><input type="checkbox"/> Liberar la restricción cuando la causa que activó el protocolo se resuelva y notificar al médico.</p> <p><input type="checkbox"/> Administrar medicamentos ordenados.</p>		
7/30/17 12:35 AM	Sistema Sensorial Alterado relacionado a : <input checked="" type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo. <input type="checkbox"/> Audición <input checked="" type="checkbox"/> Derecho <input checked="" type="checkbox"/> Izquierdo. <input type="checkbox"/> Comunicación <input type="checkbox"/> Olfato <input type="checkbox"/> Tacto <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Proceso Quirúrgico <input type="checkbox"/> Condición Clínica <input type="checkbox"/> Experiencia sensorial y/o emocional. <input type="checkbox"/> Trauma.	<p><input type="checkbox"/> Pte. utiliza sus sentidos para lograr comunicación efectiva.</p> <p><input type="checkbox"/> Adaptación dentro de sus limitaciones.</p> <p><input type="checkbox"/> Pte. reduce el nivel del dolor evidenciado por verbalización de disminución o ausencia de dolor, expresión facial relajada S/V estables (dependiendo del estado clínico del paciente)</p>	<p><input type="checkbox"/> Estimar déficit en comunicación.</p> <p><input type="checkbox"/> Estimar actividades del diario vivir.</p> <p><input type="checkbox"/> Evaluar déficit del conocimiento.</p> <p><input type="checkbox"/> Estimar nivel de ansiedad.</p> <p><input type="checkbox"/> Proveer ambiente seguro.</p> <p><input type="checkbox"/> Informar al paciente / familia sobre facilidades y recursos de la comunidad.</p> <p><input type="checkbox"/> Estimar intensidad del dolor utilizando la escala numérica del dolor.</p> <p><input type="checkbox"/> Realizar el estimado del dolor utilizando el formato establecido.</p> <p><input type="checkbox"/> Administrar medicamentos ordenados según ordenados.</p> <p><input type="checkbox"/> Utilice métodos no farmacológicos como; aplicación de masaje, frío y/o calor.</p> <p><input type="checkbox"/> Utilice medidas de distracción cuando sea posible.</p> <p><input type="checkbox"/> Re-estime el dolor según la escala de dolor.</p> <p><input type="checkbox"/> Referido a disciplinas correspondientes según clínica del paciente:</p> <p><input type="checkbox"/> Otros:</p>	7/30/17 SC	
	Sistema Cardiovascular Alterado relacionado a : <input type="checkbox"/> Exceso y/o déficit de fluidos <input type="checkbox"/> Disminución de output cardiaco. <input type="checkbox"/> Ritmo cardiaco. <input type="checkbox"/> Dolor de Pecho. <input type="checkbox"/> Signos Vitales alterados. <input type="checkbox"/> Marcapaso. <input type="checkbox"/> Aumento y/o disminución de componentes sanguíneos. <input type="checkbox"/> Pulso periféricos débiles o ausentes. <input type="checkbox"/> Llenado capilar <input type="checkbox"/> Observar por disritmia cardíaca (taquicardias y/o bradicardias.	Paciente mantenga:	<p><input type="checkbox"/> Monitor cardíaco según orden médica.</p> <p><input type="checkbox"/> Realizar electrocardiograma. (EKG) según orden médica.</p> <p><input type="checkbox"/> Medir ingreso y egreso. (Intake & Output) según orden médica.</p> <p><input type="checkbox"/> Peso diario y/o cada _____ hrs.</p> <p><input type="checkbox"/> Medir y registrar signos vitales según orden médica.</p> <p><input type="checkbox"/> Administrar medicamentos según orden médica.</p> <p><input type="checkbox"/> Evaluar resultados de laboratorio diario.</p> <p><input type="checkbox"/> Notificar MD sobre cambios en condición.</p> <p><input type="checkbox"/> Realizar estimado de dolor.</p> <p><input type="checkbox"/> Mantener limitación física según orden MD.</p> <p><input type="checkbox"/> Vigilancia de medidas hemodinámicas C/8hrs.</p> <p><input type="checkbox"/> Transfundir de ser ordenado por el MD.</p> <p><input type="checkbox"/> Vigilancia de telemetría.</p> <p><input type="checkbox"/> Educar y orientar paciente /familia sobre importancia de participación en actividades de auto cuidado.</p> <p><input type="checkbox"/> Referir disciplina :</p>		

ESTIMADO Fecha y Hora implantación:	Problema o Necesidad que refiere y/o se observa en paciente:	Resultado Clínico/Meta:	INTERVENCIONES	RE-ESTIMADO	Resuelto/Solucionado
				Fecha: Firma / Iniciales	Fecha: Firma / Iniciales
	Sistema Endocrino Alterado relacionado a: <input type="checkbox"/> Hiperglucemia <input type="checkbox"/> Hipoglucemia <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo <input type="checkbox"/> Otros.	<input type="checkbox"/> Que el paciente logre mantener niveles de glucosa en sangre dentro de los parámetros normales en las próximas 8 hrs. ($> 60 < 110$) o de acuerdo a condición. <input type="checkbox"/> Aceptación de su condición manejo adecuado del tratamiento a seguir. <input type="checkbox"/> Paciente mantenga niveles de TSH, T_3 y T_4 en niveles normales. <input type="checkbox"/> Otros:	<input type="checkbox"/> Estimar/registrar signos vitales según MD. <input type="checkbox"/> Evaluar resultados de laboratorio. <input type="checkbox"/> Destrostix cada _____ hrs. <input type="checkbox"/> Cubrir Dxt. Según escala ordenada. <input type="checkbox"/> Administrar medicamentos según orden MD. <input type="checkbox"/> Observar paciente por signos y síntomas de hipo e hiperglucemia. (polidipsia – sed excesiva, polifagia – Deseo excesivo de comer excesiva, poliuria – excreción excesiva de orina, diaforesis – sudoración excesiva <input type="checkbox"/> Observar presencia y gravedad de síntomas como condición letárgica, déficit de la memoria, falta de atención, disminución de reflejos, hipo ventilación. <input type="checkbox"/> Vigilar por cambios extremos, hiperactividad y falta de sueño. <input type="checkbox"/> Referir a educación a paciente / familiar a la nutricionista. <input type="checkbox"/> Ofrecer educación a pte. sobre condición.		
	Sistema Musculoesquelético Alterado relacionado a : <input type="checkbox"/> Amputación <input type="checkbox"/> Fractura <input type="checkbox"/> Prótesis <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Distrofia Muscular <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Debilidad () generalizada <input type="checkbox"/> () extremidades () superior <input type="checkbox"/> () derecha <input type="checkbox"/> () izquierda <input type="checkbox"/> () inferior <input type="checkbox"/> () derecha <input type="checkbox"/> () izquierda <input type="checkbox"/> Otros:	<input type="checkbox"/> Pte. verbaliza incomodidad mínima o ausencia de dolor. <input type="checkbox"/> Pte. Demuestra aumento en movilidad progresivamente. <input type="checkbox"/> S/V reflejan estado de comodidad. <input type="checkbox"/> Libre de complicaciones. <input type="checkbox"/> Paciente / familia demuestran conocimiento sobre cuidado en el hogar. <input type="checkbox"/> Expresión positiva de su imagen corporal. <input type="checkbox"/> Demuestra aumento en fuerza muscular. <input type="checkbox"/> Demuestra desarrollo de independencia en actividades del diario vivir.	<input type="checkbox"/> Mantener alineamiento corporal adecuado. <input type="checkbox"/> Evaluar movimiento/sensación en extremidad afectada. <input type="checkbox"/> Utilizar mantes de aire o protectores de extremidad según necesidad. <input type="checkbox"/> Observar la tolerancia a la actividad ordenada. <input type="checkbox"/> Mantener ambiente seguro. <input type="checkbox"/> Ofrecer apoyo emocional. <input type="checkbox"/> Orientar sobre uso correcto de equipo. <input type="checkbox"/> Referido a planificación de alta. <input type="checkbox"/> Exhortar paciente/familia a participar en su auto cuidado. <input type="checkbox"/> Referir a otras disciplinas: <hr/> <input type="checkbox"/> Estimar y re-estimar el dolor. <input type="checkbox"/> Otros:		
	Sistema Reproductor Alterado relacionado a : Femenino <input type="checkbox"/> Quistes <input type="checkbox"/> Sangrado vaginal <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Contracciones uterinas. <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Trauma post violación. <input type="checkbox"/> Cáncer. Masculino <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Disfunción sexual	<input type="checkbox"/> Paciente y familiar trabaja hacia la adaptación a las consecuencias del diagnóstico. <input type="checkbox"/> Dolor eliminado o controlado en las próximas 4hrs. <input type="checkbox"/> Pte. libre de sangrado. <input type="checkbox"/> Otros:	<input type="checkbox"/> Medir y registrar signos vitales según orden médica. <input type="checkbox"/> Evaluar resultados de laboratorios. <input type="checkbox"/> Estimar grado de incomodidad y dolor según necesidad. <input type="checkbox"/> Administrar medicamentos según orden MD. <input type="checkbox"/> Ayuda a llevar a paciente/ familiar a la aceptación de cambios dentro del cuerpo. <input type="checkbox"/> Orientar proveer masajes uterinos. <input type="checkbox"/> Estimar cantidad de sangrado, color (brillante, oscuro) viscosidad. <input type="checkbox"/> Monitoreo fetal <input type="checkbox"/> Orientar paciente/familiar sobre manejo de la condición. <input type="checkbox"/> Otros:		

ESTIMADO Fecha y Hora implantación	Problema o Necesidad que refiere y/o se observa en paciente.	Re alizado Clínico/Meta	INTERVENCIONES	RE-ESTIMADO	Resuelto/Solucionado
				Fecha	Firma y Iniciales
7/30/17 12:35AM	<p>Sistema Respiratorio</p> <p>Alterado relacionado a :</p> <p>Dificultad Respiratoria relacionada a :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Broncoespasmo <input type="checkbox"/> Secreciones y/o <input type="checkbox"/> Pobre higiene. <input type="checkbox"/> Infección <input checked="" type="checkbox"/> TOS <input type="checkbox"/> Perdida de función pulmonar. <input type="checkbox"/> Obstrucción vía aire <input type="checkbox"/> Hipoxémia <input type="checkbox"/> Intercambio de gases no efectivo. <input type="checkbox"/> Fallo Respiratorio <input type="checkbox"/> (Vent./Mecánico) <input type="checkbox"/> Neumotórax <input type="checkbox"/> Otras complicaciones mayores 	<p>Paciente mantenga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Patrón de Ventilación alveolar (12-20min). <input type="checkbox"/> Vía de aire independiente y continua. <input type="checkbox"/> Libre de secreciones. <input type="checkbox"/> Proceso quirúrgico libre de complicaciones respiratorio. <input type="checkbox"/> Mejorar oxigenación arterial. <input type="checkbox"/> Proveer y promover mecanismo de tos. <p>Prevenir colapso del pulmón.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Evaluar y registrar características del patrón respiratorio. (obstrucciones, Movimientos de pecho, auscultar, evaluar S/V, color de piel) <input type="checkbox"/> Seguimiento de laboratorio y gases arteriales. <input type="checkbox"/> Oximetría <input type="checkbox"/> Administración de medicamentos según orden MD. <input type="checkbox"/> Espirometría incentiva cada ____ hrs ____ días. <input checked="" type="checkbox"/> Terapia de oxígeno. <input type="checkbox"/> Prevenir la acumulación de secreciones con succión/CPT. (chest tapping) <input type="checkbox"/> Vigilar parámetros correctos de ventilación mecánica. <input type="checkbox"/> Monitorear tolerancia del paciente en ventilador mecánico. <input type="checkbox"/> Mantener pte. sedado según orden médica. <input type="checkbox"/> Mantener vías de aire patentes <input type="checkbox"/> Evitar succión endotraqueal frecuentemente. 	7/30/17 SC	7/30/17 C 8/2/17 Ronaldo
	<p>Sistema Integumentario</p> <p>Alterado relacionado a :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Perdida de la integridad de la piel relacionado a: <input type="checkbox"/> Disminución de movimiento. <input type="checkbox"/> Quemaduras grado: _____ <input type="checkbox"/> Enrojecimiento de la piel. <input type="checkbox"/> Edema. <input type="checkbox"/> Aumento en temperatura. <input type="checkbox"/> Proceso infeccioso. <input type="checkbox"/> Proceso quirúrgico. <input type="checkbox"/> Extravación líquidos y/o medicamentos. <input type="checkbox"/> Proceso enfermedad crónica. <input type="checkbox"/> Desbalance de líquidos electrolitos <input type="checkbox"/> Úlceras de presión grado: _____ 	<p>Pte. mantenga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pieles integra o en proceso de cicatrización. <input type="checkbox"/> Turgor de piel adecuado en 16 hrs. <input type="checkbox"/> Mantener temperatura corporal entre 36.5 - 37.4 en 24hrs. <input type="checkbox"/> Prevenir daño a integridad de la piel. <input type="checkbox"/> Otros ; 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Estimar y documentar la condición de la piel y membranas mucosas para detectar: <input type="checkbox"/> Enrojecimiento, lesiones, secreciones, otros. <input type="checkbox"/> Realizar cambios de posición cada 2hrs. según el protocolo de Prevención y Manejo de Pacientes con Alteración en Integridad de Piel. <input type="checkbox"/> Colocar protectores de pies. <input type="checkbox"/> Vigilar ingestión y tolerancia de alimentos. <input type="checkbox"/> Referido a Terapia Física. <input type="checkbox"/> Orientar a paciente/familia sobre la importancia de la nutrición / movilidad. <input type="checkbox"/> Medir ingreso y egreso (Intake & Output) cada: _____ hrs. según orden médica. <input type="checkbox"/> Estimar dolor según la escala. <input type="checkbox"/> Administrar medicamentos para el dolor según orden médica. <input type="checkbox"/> Peso. _____ Según orden médica. <input type="checkbox"/> Mantener área periférica/perineal limpia y/o seca. <input type="checkbox"/> Referido a dietista. <input type="checkbox"/> Asistir y enseñar al paciente y familia sobre cambios de posición y ejercicios activos y pasivos. <input type="checkbox"/> Aumentar la actividad según le sea permitido. <input type="checkbox"/> Estimar tamaño, color olor, cantidad y tipo de exudado de la úlcera. (si aplica) <input type="checkbox"/> Curación área quirúrgica según orden médica. <input type="checkbox"/> Otros: Escala Braden 		

Nombre de

Record:

56 7273

ESTIMADO Fecha y Hora de implantación	Problema o Necesidad que refiere y/o se observa en paciente.	Resultado Clínico/Meta	INTERVENCIONES			
			RE-ESTIMADO	Firma / Iniciales	Resuelto/Solucionado	Firma / Iniciales
	<p>Sistema Hematopoyético Alterado relacionado a :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Niveles de hemoglobina (Hgb.) fuera de límites normales: <input type="checkbox"/> Plaquetas fuera de los límites normales <input type="checkbox"/> Reacción adversa al componente sanguíneo. <input type="checkbox"/> Déficit en el factor de coagulación. <ul style="list-style-type: none"> () Agente Trombolítico. () Terapia de Heparina. () Lovenox. () ASA () Coumadin <input type="checkbox"/> Prevención de DVT proceso quirúrgico <input type="checkbox"/> Otros: 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pte. mantiene niveles de Hgb. normales (M 14-18, F 12-16 mg/dl) <input type="checkbox"/> Pte. mantiene niveles de plaquetas dentro de los límites normales. (150-375). <input type="checkbox"/> Pte. mantiene patrón de coagulación dentro del tiempo normal. <input type="checkbox"/> Pte. /familiar tenga conocimiento sobre el procedimiento de transfusión de componentes sanguíneos. <input type="checkbox"/> Pte. reconozca y notifique signos y síntomas de reacción adversa al componente sanguíneos. <input type="checkbox"/> Paciente no presente complicaciones durante la administración del componente sanguíneo. <input type="checkbox"/> Mantiene factores de coagulación dentro de límites que no provoquen sangrado excesivo. <input type="checkbox"/> Evitar desarrollo de embolia o problemas circulatorios – posterior a procesos quirúrgicos. <input type="checkbox"/> Otros: 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Antes de transfundir el componente sanguíneo: <ul style="list-style-type: none"> a. Evaluar resultados de laboratorio. b. Evaluar cambios en los signos vitales. c. Verificar la orden médica. d. Verificar que tenga el permiso de transfusión del componente sanguíneo. e. Orientar al paciente y familiar sobre el procedimiento de transfusión de componente sanguíneo. f. sobre signos y síntomas de reacción adversa como; dificultad respiratoria, rash, dolor de pecho o espalda, ansiedad entre otros. <input type="checkbox"/> Antes de administrar el componente sanguíneo. <ul style="list-style-type: none"> a. Verificar el componente sanguíneo disponible en el banco de sangre y el tipo y grupo del paciente. b. Paciente este canalizado con un angio #18 y tenga bajando una normal salina 0.9 y tenga una línea de sangre. c. Cuando reciba el componente sanguíneo verifica que sea el pte. correcto, tipo y grupo sanguíneo, fecha de expiración. (la doble verificación es un requisito cuando se recibe el componente sanguíneo en el depto. y frente a pte.) <input type="checkbox"/> Durante la Transfusión: <ul style="list-style-type: none"> a. Tomar los Signos Vitales antes y según norma establecida. (C/15 min) b. Ofrecer rondas frecuentes al pte. para verificar por signos de reacción adversa. c. Administrar el componente sanguíneo utilizando un IV pump. <input type="checkbox"/> Activar el protocolo de reacción adversa: <ul style="list-style-type: none"> a. Detener la transfusión y comenzar a bajar normal salina 0.9. % b. Notificar al MD sobre signos y síntomas de la reacción adversa. c. Notificar al banco de sangre la reacción adversa y bajar sobrante del componente sanguíneo. <input type="checkbox"/> Administrar medicamentos ordenados y notificar cambios al MD. <input type="checkbox"/> Mantener vigilancia constante. <input type="checkbox"/> Tomar muestras de laboratorio seriadas, PT, PTT, fibrinógeno, CBC, plaquetas y notificar alteración resultados de Lab. al médico. <input type="checkbox"/> Utilizar medias anti embolicas o neumáticas según orden médica. <input type="checkbox"/> Monitoreo de signos y síntomas de sangrado: encías, excreta, hematuria, tracto intestinal y petequias. <input type="checkbox"/> Evitar medicamentos intramusculares. 			

ESTIMADOR: Nombre y Apellido Firma / Hora Implantación:	Problema o Necesidad: que refiere y/o se observa en paciente.	Resulado Clínico/Meta	INTERVENCIONES		
			RE-ESTIMADO	Resuelto/Solucionado	
			Fecha	Firma / Iniciales	Fecha
	<p>Sistema Urinario Alterado relacionado a :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Incontinencia <input type="checkbox"/> Retención <input checked="" type="checkbox"/> Infección <input type="checkbox"/> Hematuria (Sangre en orina) <input type="checkbox"/> Otros 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Paciente vacié vejiga en las próximas 8hrs independiente sin. <input type="checkbox"/> Urgencia. <input type="checkbox"/> Incontinencia. <input type="checkbox"/> Frecuencia. <input type="checkbox"/> Retención. <input type="checkbox"/> Se evidencia resultados de orina normales en las próximas 48 hrs. <input type="checkbox"/> Pte. mantiene WBC entre niveles normales. <input type="checkbox"/> Catéter limpio y seco 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Monitoreo de signos vitales de infección. <input type="checkbox"/> Medir ingreso y egreso según orden médica. <input checked="" type="checkbox"/> Ofrecer chata/urinal según necesidad. <input checked="" type="checkbox"/> Toma de muestra de cultivo de urinálisis según orden médica. <input type="checkbox"/> Evaluar frecuencia y características de micción según orden médica. <input checked="" type="checkbox"/> Proveer cuidado perineal o catéter urinario. <input type="checkbox"/> Aplicación de técnicas asépticas para colocar y/o manipular dispositivos invasivos de monitorización, vías intravenosas y sondas urinarias para mantener entorno estéril. <input type="checkbox"/> Observar área de catéter por edema, supuración, enrojecimiento, dolor y aumento en temperatura de área. fecha Inserción: <input type="checkbox"/> Hacer inspección diaria de los dispositivos invasivos para detectar signos de infección. <input type="checkbox"/> Otros 		
		<p>Función Renal Alterado relacionado a :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Disminución en la filtración glomerular. <input type="checkbox"/> Disminución en la excreción de urea y creatinina. <input type="checkbox"/> Potencial a complicaciones durante la diálisis: <ul style="list-style-type: none"> () Coagulación () Embolia Gaseosa. () Náuseas y Vómitos. () Hemorragia. <input type="checkbox"/> Otro: 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Paciente logre mantener niveles de Bun de 7 a 20mg/dl. <input type="checkbox"/> Paciente logre mantener niveles de creatinina de 0.70 a q1.50mg/dl. <input type="checkbox"/> Prevenir pérdida de sangre. <input type="checkbox"/> Evitar entrada de aire en el circuito extra corpóreo durante el tratamiento. <input type="checkbox"/> Mantener BP en niveles tratamiento. <input type="checkbox"/> Prevenir pérdida sustancial de sangre. <input type="checkbox"/> No dejar pte. desatendido en ningún momento. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Verificar orden médica del nefrólogo para hemodiálisis. <input type="checkbox"/> Verificar que tenga el permiso de hemodiálisis firmado por el Nefrólogo, paciente y familiar. <input type="checkbox"/> Orientar paciente y familiar sobre el tratamiento de hemodiálisis, posibles complicaciones y normas de la unidad. <input type="checkbox"/> Evaluar muestras de laboratorio previo a la hemodiálisis: niveles de hemoglobina, hematocrito, plaquetas, Bun, Creatinina, etc. <input type="checkbox"/> Administrar dosis de heparina correcta según orden médica. <input type="checkbox"/> Observar por la formación de coágulos en el filtro y cámara de goteo. <input type="checkbox"/> Observar si hay coágulo cuando se aspiren las agujas de la fistula interna, externa o catéter subclavia. <input type="checkbox"/> Vigilar por signos y síntomas de embolia pulmonar: cianosis, dificultad respiratoria, dolor torácico, ansiedad y tos persistente. <input type="checkbox"/> Verificar que todas las conexiones están adecuadamente introducidas en la bomba de sangre y están bien aseguradas. <input type="checkbox"/> Aplicar presión a la fistula luego de la hemodiálisis para prevenir hemorragias. <input type="checkbox"/> Asegúrese de que el detector de fuga de sangre está encendido y funcionando. <input type="checkbox"/> Otros : 	

Nombre: _____ Pte: _____

Record: 567278

ESTIMADO Situación y/o implantación	Problema o Necesidad que refiere y/o se observa en paciente	Resultado Clínico/Meta	INTERVENCIONES	RE-ESTIMADO	Resuelto/Solucionado
				Fecha	Firma / Iniciales
	<p>Sistema Gastrointestinal Alterado relacionado a :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> PEG (gastrostomía) <input type="checkbox"/> Tubo nasogástrico <input type="checkbox"/> Requisitos nutricionales. <input type="checkbox"/> Mucosa oral. <input type="checkbox"/> Dolor. <input type="checkbox"/> Sangrado. <input type="checkbox"/> Tolerancia a lácteos y otros alimentos. <input type="checkbox"/> Ausencia Peristasis. <input type="checkbox"/> Peso Corporal <input type="checkbox"/> Hiperbilirrubinemia <p>Patrón de eliminación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Estreñimiento. <input type="checkbox"/> Desbalance de líquidos y electrolitos por: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Drenajes <p>DESORDENES METABOLICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Distención Abd. <input type="checkbox"/> Heces fecal/sangre. <input type="checkbox"/> Secreciones gástricas biliosas y/o con sangre 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Paciente mantenga un patrón adecuado de eliminación. (mínimo. 1 diaria) <input type="checkbox"/> Ingesta nutricional adecuada. 24 a 48hrs <input type="checkbox"/> Peso adecuado. <input type="checkbox"/> Tolerancia a los alimentos. <input type="checkbox"/> Buen turgor de piel. <input type="checkbox"/> Glucosa en sangre >60 ó <100. <input type="checkbox"/> Paciente mantiene un balance adecuado de líquidos y electrolitos dentro de los parámetros. <input type="checkbox"/> Libre de sangrado <input type="checkbox"/> Libre de dolor (4hrs.) <input type="checkbox"/> Lograr niveles de bilirrubina adecuados <input type="checkbox"/> Evitar Kerniterus <input type="checkbox"/> Neonato mantenga intacto tracto gastrointestinal. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Peso diario y/o según orden médica. <input type="checkbox"/> Medir ingreso y egreso según orden MD. <input type="checkbox"/> Referido a servicios nutricionales. <input type="checkbox"/> Evaluar frecuencias y características de evacuaciones. <input type="checkbox"/> Estimular ingesta de líquidos y dieta ordenada. <input type="checkbox"/> Palpar abdomen y observar por distensión <input type="checkbox"/> Administrar medicamentos según orden médica. <input type="checkbox"/> Evaluar resultados de Laboratorio. <input type="checkbox"/> Observar por hipoglucemia /hiperglucemia <input type="checkbox"/> Evaluar presencia de peristasis en pacientes post quirúrgicos. <input type="checkbox"/> Orientar a familiar sobre necesidades educativas identificadas. <input type="checkbox"/> Proveer higiene oral. <input type="checkbox"/> Colocar fototerapia según orden médica. <input type="checkbox"/> Medir circunferencia. Abdomen según orden médica. <input type="checkbox"/> Administrar alimentación parenteral. <input type="checkbox"/> Mantener Succión nasogástrico según orden médica. <input type="checkbox"/> Otros: 		
	<p>Fiebre Relacionado a :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Síndrome Viral <input type="checkbox"/> Proceso infeccioso <input type="checkbox"/> Otros: 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pte. libre de signos y síntomas de infección durante hospitalización. <input type="checkbox"/> Incisión/herida libre de signos y síntomas de infección y con proceso de cicatrización. <input type="checkbox"/> Pte. mantenga temperatura corporal 36.5 – 37.4 en 8 – 16 hrs. de comenzado el tratamiento. <input type="checkbox"/> Otro 	<p>Evaluar signos y síntomas de infección.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fiebre, <input type="checkbox"/> Eritema <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Secreciones, <input type="checkbox"/> Piel caliente al tacto <input type="checkbox"/> Monitorear signos Vitales <input type="checkbox"/> Monitorear pruebas de Laboratorio. <input type="checkbox"/> Aislamiento. () Tipo: <input type="checkbox"/> Cuidado local de incisión / herida con: <input type="checkbox"/> Cambios de angio c/ 48-72hrs. <input type="checkbox"/> Administración de Medicamentos ordenados <input type="checkbox"/> Estimular a ingesta de líquidos. <input type="checkbox"/> Aplicar medidas físicas para disminuir fiebre. <input type="checkbox"/> Tomar muestras según orden médica. 		

ESTIMADO Fecha / Hora Implementación	Problema o Necesidad que refiere y/o se observa en paciente.	Resulado Clínico/Meta	INTERVENCIONES		
			RE-ESTIMADO Fecha	Firma / Iniciales	Resuelto/Solucionado Firma / Iniciales
7/30/17 12:35 AM	<p>Paciente en riesgo /potencial de caída.</p> <p>Relacionado a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> PACIENTE MAYOR DE 60 años. <input type="checkbox"/> Historial de caídas <input type="checkbox"/> Diagnósticos secundarios (más de una enfermedad) <input type="checkbox"/> Utiliza ayuda para caminar (andador, bastón, otros) <input type="checkbox"/> Estado mental: Paciente no está consciente sobre sus habilidades ni limitaciones. 	<input type="checkbox"/> Disminuir / evitar que paciente sufra traumas debido a caídas durante estadía en el hospital <input type="checkbox"/> Otro:	<p>Factores de Riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Activar protocolo de caídas: <input checked="" type="checkbox"/> Mantener paciente con brazalete de identificación todo el tiempo. <input type="checkbox"/> Colocar brazalete Rojo. <input type="checkbox"/> Identificar Expediente clínico, Kardex de tratamiento con sello "riesgo a caída" <input type="checkbox"/> Mantener la cama baja. <input checked="" type="checkbox"/> Mantener timbre urinal y jarra de agua al alcance del paciente. <input type="checkbox"/> Ambular con asistencia <input type="checkbox"/> Realizar rondas preventivas cada 2 horas. <input type="checkbox"/> Motivar pte a utilizar sandalias / no resbalen. <input type="checkbox"/> Mantener la cama, sillas y commodes con sus seguros. <p>Estimado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Estimar la habilidad del paciente para seguir instrucciones. <input checked="" type="checkbox"/> Estimar el conocimiento del paciente antes la necesidad de equipo de adaptación <input type="checkbox"/> Evaluar la necesidad de mantener las barandas elevadas. <input type="checkbox"/> Identificar pacientes en medicamentos: HCTZ, ACE inhibidores, bloqueadores de calcio. B bloqueador o de dolor. <input type="checkbox"/> Estimar necesidad de alimentar paciente. <p>Educación Paciente / Familia:</p> <input type="checkbox"/> Involucrar al familiar en los casos donde el paciente esté desorientado. <input type="checkbox"/> Orientar paciente / Familia a solicitar asistencia cuando se requiera mover paciente fuera de la cama. <input type="checkbox"/> Orientar sobre seguridad en el hogar. <p>Ambiente</p> <input type="checkbox"/> Mantener paciente cerca de la estación de enfermería, mientras sea posible. <input type="checkbox"/> Mantener habitación libre de obstáculos. <input type="checkbox"/> Mantener habitación alumbrada. <input checked="" type="checkbox"/> Mantener piso limpio, libre de derrames. 	7/30/17 SC	
	Proceso de Muerte	<input type="checkbox"/> Paciente y familiar mantienen calidad de vida durante el proceso de muerte. <input type="checkbox"/> Paciente / familia expresan temores.	<input type="checkbox"/> Permitir suficiente tiempo de comunicación con el paciente para que exprese sus temores. <input type="checkbox"/> Mantener un ambiente tranquilo. <input type="checkbox"/> Proveer soporte emocional pte. / familia. <input type="checkbox"/> Permitir horario de visitas flexibles para las personas significantes del paciente. <input type="checkbox"/> Referir al paciente a otros profesionales de la salud, según la necesidad y etapa de muerte manifestada. (Trabajo Social, Capellánía etc.)		
7/30/17 12:35 AM	<p>Riesgo de Infección relacionado a :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Procedimientos invasivos <input checked="" type="checkbox"/> Venopunción <input type="checkbox"/> Umbilical <input type="checkbox"/> Canalización etc. <input type="checkbox"/> Nasogástrico <input type="checkbox"/> Compromiso Inmunológico (HIV, TB) <p>Sistema de drenaje</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Pte. libre de infecciones por procedimientos invasivos y/o de Enfermedades Nosocomiales. <input type="checkbox"/> Puntos de inserción de catéter secos/ limpios <input type="checkbox"/> Pte mantenga niveles WBC entre normales.	<input type="checkbox"/> Lavado de manos entre ptes. <input checked="" type="checkbox"/> Uso de guantes /Mascarilla/Respiradores/ EPP/batas etc. según intervención, orden de aislamiento; contacto, Resp etc. <input type="checkbox"/> Mantener medidas asépticas /estériles <input type="checkbox"/> Cambio de angio de 48-72hrs. <input type="checkbox"/> Medicamentos según orden medica. <input type="checkbox"/> Desinfección de equipos de uso común entre ptes. (Termómetros, glucómetros, IV Pumps).	7/30/17 SC	<i>Resuelto</i> <i>JG</i>

Nom _____ Pte: _____

Record: 567278

ESTIMADO Fecha y Hora implantación	Problema o Necesidad que refiere y/o se observa en paciente.	Resultado Clínico/Meta	INTERVENCIONES	RE-ESTIMADO	Resuelto/Solucionado
				Fecha	Firma / Iniciales
<p style="text-align: right; margin-left: 10px;">7/20/PT</p>	Nutrición Clínica	<input type="checkbox"/> Lograr ingesta y tolerancia adecuada de dieta ordenada para satisfacer las necesidades nutricionales de pte. <input type="checkbox"/> Prevenir la interacción de drogas y alimentos. <input type="checkbox"/> Concientizar al pte y/o familiar sobre la importancia de seguir las recomendaciones nutricionales de acuerdo a la condición de pte. <input type="checkbox"/> Otros: <input type="checkbox"/> Úlceras dermáticas grado I - IV. <input type="checkbox"/> Pérdida o ganancia involuntaria de peso. <input type="checkbox"/> Consulta médica. <input type="checkbox"/> Otros:	<input type="checkbox"/> Recomendar progreso en la alimentación P.O. <input type="checkbox"/> Modificar consistencia de la dieta. <input type="checkbox"/> Modificar tolerancia de la dieta ordenada. <input type="checkbox"/> Recomendar alimentación enteral TEN <input type="checkbox"/> Recomendar Nutrición Parenteral. (PN) <input type="checkbox"/> Monitorear tolerancia a PN o TEN hasta alcanzar meta estimada. <input type="checkbox"/> Educar sobre posible interacción de drogas y alimentos. <input type="checkbox"/> Recomendar suplementos nutricionales. <input type="checkbox"/> Recomendar cambios a la dieta ordenada de acuerdo a la condición del paciente. <input type="checkbox"/> Recomendar proteína pre-digerida. <input type="checkbox"/> Proveer alimentación controlada en calorías y azúcares simples. <input type="checkbox"/> Orientación sobre dieta ordenada. <input type="checkbox"/> Otros.		
	Terapia Física	<input type="checkbox"/> Independencia en actividades en cama. <input type="checkbox"/> Balance y tolerancia funcional. <input type="checkbox"/> Independencia en actividades de transferencias. <input type="checkbox"/> Coordinación mejorada. <input type="checkbox"/> Aumentar fuerza muscular. <input type="checkbox"/> Aumentar tono muscular. <input type="checkbox"/> Aumentar el arco de movimiento. <input type="checkbox"/> Disminución y/o eliminación del dolor evidenciado mediante: () Palpación del área afectada verbalizado por paciente. () Aumento en la movilidad. <input type="checkbox"/> Otros:	<input type="checkbox"/> Adiestramiento en actividades en cama. () Voltearse hacia los lados. () Sentado en borde de la cama. <input type="checkbox"/> Ejercicios de balance () posición sentado () Posición de pie. <input type="checkbox"/> Adiestramiento en actividades de transferencias. <input type="checkbox"/> Ejercicios de coordinación. <input type="checkbox"/> Ejercicios terapéuticos y/o modalidades () Ejercicios pasivos () Ejercicios activos () Ejercicios activos - asistidos () Ejercicios resistidos () Ejercicios isométricos () Ejercicios de estiramiento. () Manipulación <input type="checkbox"/> Aplicación de modalidades para el manejo de dolor : <input type="checkbox"/> Coordinación con personal de enfermería el horario de terapias y la administración de medicamentos. <input type="checkbox"/> Otros:		

ESTIMADO Fecha / Hora y/o día de la implantación	Problema o Necesidad que refiere y/o se observa en paciente.	Resultado Clínico/Meta	INTERVENCIONES	RE-ESTIMADO		Resumen/Solucionad Fecha
				Fecha	Firma / Iniciales	
	<p>Cont.</p> <p>Terapia Física</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Alteración en la movilidad relacionada a dolor en: <input type="checkbox"/> Alteración en la integridad de la piel área: <input type="checkbox"/> Inflamación y/o edema área: <input type="checkbox"/> Patrón de ambulación afectado. <input type="checkbox"/> Déficit de conocimiento relacionado a: <ul style="list-style-type: none"> () Tratamiento () Equipo () Programa de ejercicios () Prevención. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cicatrización parcial o total de las áreas afectadas. <input type="checkbox"/> Disminución de inflamación y/o edema. <input type="checkbox"/> Independencia en ambulación con o sin equipo asistido. <input type="checkbox"/> Demostración y verbalización de conocimiento por parte del paciente y/o familiar sobre: <ul style="list-style-type: none"> () Procedimientos. () Tratamientos. () Usº de equipos. () Usº de Ortosis / prótesis. <input type="checkbox"/> Cuidado de heridas y/o ulceras. <input type="checkbox"/> Otros: 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Aplicación de Whirlpool <input type="checkbox"/> Desbridación <input type="checkbox"/> Curación local. <input type="checkbox"/> Ejercicios de balance. <ul style="list-style-type: none"> () Posición sentado () Posición de pie. <input type="checkbox"/> Adiestramiento en actividades de transferencias. <input type="checkbox"/> Ejercicios de coordinación. <input type="checkbox"/> Ejercicios terapéuticos y/o modalidades. <ul style="list-style-type: none"> () Ejercicios pasivos () Ejercicios activos () Ejercicios activos - asistidos <input type="checkbox"/> Adiestramiento en patrón de ambulación. <input type="checkbox"/> Equipo: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Orientación al paciente / familia según la necesidad identificada. <input type="checkbox"/> Demostración de procedimientos. <input type="checkbox"/> Entrega de literatura sobre: <input type="checkbox"/> Programa de ejercicios en el hogar. <input type="checkbox"/> Otros. 			
	<p>Planificación de Alta</p> <p>Necesidad de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Equipo médico <input type="checkbox"/> Servicio de salud en el hogar u hospicio <input type="checkbox"/> Traslado a otra Institución para: <ul style="list-style-type: none"> () Rehabilitación. () Continuar Cuidado.(Renal) <input type="checkbox"/> Trasportación / ambulancia <input type="checkbox"/> Falta de apoyo y/o recursos familiares. <input type="checkbox"/> IV a Hogar <input type="checkbox"/> Casa de salud <input type="checkbox"/> Necesidad de apoyo y orientación asociada a la condición y/o enfermedad. <input type="checkbox"/> Servicio de antibiótico intravenoso. <input type="checkbox"/> Otros 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mediante coordinación con agencias de equipo médico/suplidos/ IV proveer al pte. los servicios adecuados a su condición en el hogar. <input type="checkbox"/> Coordinar servicios de enfermería, terapia física y de habla en el hogar según aplique. <input type="checkbox"/> Coordinar Servicios para el hogar en pacientes con condiciones terminales. <input type="checkbox"/> Coordinar con otros hospitales la transferencia del paciente para recibir servicios de rehabilitación y continuidad de cuidado. <input type="checkbox"/> Promover la participación del paciente y familiares en la planificación de alta. <input type="checkbox"/> Coordinar la transportación del paciente de alta. <input type="checkbox"/> Promover educación sobre la condición. <input type="checkbox"/> Coordinar antibiótico IV al hogar. 	<p>Coordinar Servicios y/o Referido a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Compañía de equipo médico, alimentación enteral, parenteral, IV en el hogar y otros. <input type="checkbox"/> Agencias de servicios de Salud en el hogar. <input type="checkbox"/> Servicios de hospicio. <input type="checkbox"/> Unidades de cuidado diestro de enfermería. <input type="checkbox"/> Unidad Renal <input type="checkbox"/> Otros hospitales y/o instituciones. <input type="checkbox"/> Agencias de ayuda económica. <input type="checkbox"/> Grupos de apoyo. <input type="checkbox"/> Intrahospitalarios a Trabajo Social, Nutricionista, Cuidado de la piel, enfermería, terapia física, terapia respiratoria, farmacia clínica, Control de Infecciones, Educadora en Salud. <input type="checkbox"/> Coordinación de antibiótico intravenoso. <input type="checkbox"/> Manejo de casos con plan médico. <input type="checkbox"/> Paciente de Medicina Tradicional coordinación con agencias. <input type="checkbox"/> Coordinación de ambulancia /transportes. <input type="checkbox"/> Otros 			

ore de Pte:

Record:

567278

ESTIMADO Fecha y Hora Implementación	Problema o Necesidad que refiere y/o se observa en paciente	Resultado Clínico/Meta	INTERVENCIONES		RE-ESTIMADO Fecha	Firma / Iniciales	Resuelto/Solucionado Fecha	Firma / Iniciales
	<p>Trabajo Social</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Condición asociada a abuso / negligencia. <input type="checkbox"/> Diagnóstico psiquiátrico / condición de salud mental, secundario a complicación clínica por la cual fue hospitalizado. <input type="checkbox"/> Abuso de drogas / alcohol. <input type="checkbox"/> Necesidad de orientación / protección por: <ul style="list-style-type: none"> () Limitaciones Funcionales. () Sistema de soporte inadecuado () Problemas de comunicación entre Pte./familia o Familia / familia. <input type="checkbox"/> Inefectividad en el manejo de: <ul style="list-style-type: none"> () Obtención de un seguro médico. () Aceptación de su condición. <input type="checkbox"/> Conflicto Bioética. <input type="checkbox"/> Otros 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Referido a agencia que provea protección. <input type="checkbox"/> Canalización de servicios de salud mental y/o contra la adicción mediante traslado o cita de continuidad. <input type="checkbox"/> Motivar al paciente a la rehabilitación <input type="checkbox"/> Obtención de un recurso de cuidado familiar o institucional. <input type="checkbox"/> Promover una comunicación efectiva entre paciente/familia y familia/familia. <input type="checkbox"/> Gestión de obtención de un seguro médico antes de alta. <input type="checkbox"/> Disminuir la ansiedad en el manejo de su condición. <input type="checkbox"/> Garantizar que el paciente /familiar recibe la orientación necesaria para comprender los aspectos bióticos. <input type="checkbox"/> Otros 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Contacto o referido a: <ul style="list-style-type: none"> _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> Promover ambiente seguro. <input type="checkbox"/> Ofrecer soporte emocional y orientación. <input type="checkbox"/> Involucrar al paciente / familia en el plan de cuidado. <input type="checkbox"/> Educar sobre servicios de cuidado diurno. hogares de cuidado) <input type="checkbox"/> Contactar y promover la comunicación entre paciente/familia. <input type="checkbox"/> Motivar familiares a ofrecer cuidado y apoyo en el hogar. <input type="checkbox"/> Referir a asistencia médica. <input type="checkbox"/> Coordinar soporte espiritual y emocional de ser necesario. <input type="checkbox"/> Otros. 	# Record: 567278				

Nombre	Iniciales	Depto.	Nombre	Iniciales	Depto.	Nombre	Iniciales	Depto.
S. Sancé	SSC	800 PISO						
Ansel Cris	ACM	815						
Alberto	A	210						
Bogotá	BR	300 PIS						
Frankie	FR	300 PIS						
Luis M. P. J.	LM	300 PIS						

Aprobado por Dr.: _____

Lic.

Fecha:

Notas-

ESTIMADO Fecha/Hora/ Implantación	Problema o Necesidad que refiere y/o se observa en paciente.	Resultado Clínico/Meta	INTERVENCIONES			RE-ESTIMADO	Firma / Fecha	Resuelto/Solucionado	Firma / Fecha	Firma / Fecha
	Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							



DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
"FLOW SHEET"

IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE

813 A

567228

Fecha: 8/3/17

Hora: 1AM

Hora: AM

Hora: _____

1. NIVEL DE CONCIENCIA	TURNO		11-7	7-3	3-11			
			() ORIENTADO () Alerta () Comunicativo () Aparentemente dormido () Inconsciente	() DESORIENTADO () Letárgico* () Comatoso* () Inquietud () Agitado () Otro*	() ORIENTADO () Alerta () Comunicativo () Aparentemente dormido () Inconsciente	() DESORIENTADO () Letárgico* () Comatoso* () Inquietud () Agitado () Otro*	() ORIENTADO () Alerta () Comunicativo () Aparentemente dormido () Inconsciente	() DESORIENTADO () Letárgico* () Comatoso* () Inquietud () Agitado () Otro*
2. SISTEMA RESPIRATORIO	RESPIRACIÓN	() Regular () Ullana () Otro*	() Irregular () Profunda	() Regular () Ullana () Otro*	() Irregular () Profunda	() Regular () Ullana () Otro*	() Irregular () Profunda	
	Tos	() Productiva () N/A () SI Especifique: _____	() No Productiva () NC	() Productiva () N/A () SI Especifique: _____	() No Productiva () NO	() Productiva () N/A () SI Especifique: 06/00	() No Productiva () NO	() Productiva () N/A () SI Especifique: 3/0
	Succión	() SI Especifique: _____	() NO	() SI Especifique: _____	() NO	() SI Especifique: _____	() NO	() SI Especifique: _____
	Oxígeno	() SI Especifique: _____	() NO	() SI Especifique: _____	() NO	() SI Especifique: _____	() NO	() SI Especifique: _____
3. SISTEMA CARDIOVASCULAR	PULSO	() Taquicardia () Otro* () SI* () SI () SI	() Bradicardia () N/A () NO () NO () NO	() Taquicardia () Otro* () SI* () SI () SI	() Bradicardia () N/A () NO () NO () NO	() Taquicardia () Otro* () SI* () SI () SI	() Bradicardia () N/A () NO () NO () NO	
	Presión sanguínea alterada	() SI () SI () SI	() NO () NO () NO	() SI () SI () SI	() NO () NO () NO	() SI () SI () SI	() NO () NO () NO	
	Conectado a monitor							
	Edema							
4. SISTEMA GASTRO	Abdomen	Blando () SI* Duro () SI* Distendido () SI NGT () SI* () Succión Intermittente () SI	() NO () NO () NO () NO () NO	Blando () SI* Duro () SI* Distendido () SI NGT () SI* () Succión Intermittente () SI	() NO () NO () NO () NO () NO	Blando () SI Duro () SI* Distendido () SI NGT () SI* () Succión Intermittente () SI	() NO () NO () NO () NO () NO	
	Eliminación (Heces Fecales)	() No ha evacuado () Blanda () Diarréas () Dura		() No ha evacuado () Blanda () Diarréas () Dura		() No ha evacuado () Blanda () Diarréas () Dura		
5. SISTEMA GENITOURINARIO	Orina	() Espontáneo () Cateterizado		() Espontáneo () Cateterizado		() Espontáneo () Cateterizado		
		Hora _____ Cantidad _____ ml		Hora _____ Cantidad _____ ml		Hora _____ Cantidad _____ ml		
		Apariencia y Color _____		Apariencia y Color _____		Apariencia y Color _____		
	Sonda Urinaria Cuidado al Catéter Apariencia Genital Secreciones	() SI () SI () Normal () SI*	() NO () NO () Anormal* () NO	() SI () SI () Normal () SI*	() NO () NO () Anormal* () NO	() SI () SI () Normal () SI*	() NO () NO () Anormal* () NO	

*Toda selección que esté identificada con este símbolo requiere documentación adicional.

TURNOS	11-7	7-3	3-11
TEMPERATURA	() Febril () Afebril	() Febril () Afebril	() Febril () Afebril
Sensación al Tacto	() Tibia () Fría () Caliente () Seca () Sudorosa () *Otro () Buen Color () Pálida* () Enrojecida* () Cianótica* () Ictericia () Otro Describa: _____	() Tibia () Fría () Caliente () Seca () Sudorosa () *Otro () Buen Color () Pálida* () Enrojecida* () Cianótica* () Ictericia () Otro Describa: _____	() Tibia () Fría () Caliente () Seca () Sudorosa () *Otro () Buen Color () Pálida* () Enrojecida* () Cianótica* () Ictericia () Otro Describa: _____
Color			
Integridad Cuidado a la piel Herida Quirúrgica	() Intacta () Alterada* () SI* () NO () SI* () NO Lugar: _____ *Ver protocolo de integridad de la piel	() Intacta () Alterada* () SI* () NO () SI* () NO Lugar: _____ *Ver protocolo de integridad de la piel	() Intacta () Alterada* () SI* () NO () SI* () NO Lugar: _____ *Ver protocolo de integridad de la piel
Turgor	() Bueno () Regular () Pobre	() Bueno () Regular () Pobre	() Bueno () Regular () Pobre
DIETA	() SI () NO	() SI () NO	() SI () NO
RUTA	() Oral () Enteral () Parenteral () Gastrostomía () Yeyunostomía () Residual Gástrico _____ ml () SI () NO	() Oral () Enteral () Parenteral () Gastrostomía () Yeyunostomía () Residual Gástrico _____ ml () SI () NO	() Oral () Enteral () Parenteral () Gastrostomía () Yeyunostomía () Residual Gástrico _____ ml () SI () NO
Tolerada	() Ambulatorio () Descanso absoluto en cama () Cambio de posición () SI () NO () Matress de Aire () Terapia Física () SI () NO	() Ambulatorio () Descanso absoluto en cama () Cambio de posición () SI () NO () Matress de Aire () Terapia Física () SI () NO	() Ambulatorio () Descanso absoluto en cama () Cambio de posición () SI () NO () Matress de Aire () Terapia Física () SI () NO
BAÑO	() Cama () Ducha () Solo () Asistencia () N/A () Solo () Asistencia () N/A	() Cama () Ducha () Solo () Asistencia () N/A () Solo () Asistencia () N/A	() Cama () Ducha () Solo () Asistencia () N/A () Solo () Asistencia () N/A
HIGIENE BUCAL			
Área de Venopunción	() Periferal () Central () Medport () Ninguna Especifique: _____	() Periferal () Central () Medport () Ninguna Especifique: _____	() Periferal () Central () Medport () Ninguna Especifique: _____
Localización			
Apariencia Área de punción	() Normal () Edema* () Infiltración* () Eritema* () Ctrc Especifique: .9480	() Normal () Edema* () Infiltración* () Eritema* () Otro Especifique: 2480	() Normal () Edema* () Infiltración* () Eritema* () Otro Especifique: _____
Solución Intravenosa			
IVF's Patentes Número de Angio Cuidado área catéter Cambio de línea I.V.	() SI () NO Especifique: _____ () SI () NO () SI () NO	() SI () NO Especifique: _____ () SI () NO () SI () NO	() SI () NO Especifique: _____ () SI () NO () SI () NO
Limitación de movimiento	() SI () NO	() SI* () NO	() SI* () NO
Presencia de:	() Contracturas () Anquilosis () Debilidad () Espasticidad () Parálisis () Tracción () Yeso	() Contracturas () Anquilosis () Debilidad () Espasticidad () Parálisis () Tracción () Yeso	() Contracturas () Anquilosis () Debilidad () Espasticidad () Parálisis () Tracción () Yeso

Nota: La selección que esté identificada con este símbolo requiere documentación adicional.

TURNO		7-1	7-3	3-11
12. COMODIDAD	DOLOR	<input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO Localización: 0 123 4567 8910 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO Localización: 0 123 4567 8910 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO Localización: 0 123 4567 8910 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo
	Medicamentos Administrados	<input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO Ver Perfil de Medicamentos	<input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO Ver Perfil de Medicamentos	<input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO Ver Perfil de Medicamentos
	ALIVIO	<input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO () N/A	<input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO () N/A	<input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO () N/A
13. AISLAMIENTO	Precauciones de Aislamiento	<input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO
	Indique fecha de comienzo: _____ Tipo de Aislamiento <input type="checkbox"/> Contacto <input type="checkbox"/> Por gotas <input type="checkbox"/> Por aire <input type="checkbox"/> Protectivo	<input type="checkbox"/> Contacto <input type="checkbox"/> Por gotas <input type="checkbox"/> Por aire <input type="checkbox"/> Protectivo	<input type="checkbox"/> Contacto <input type="checkbox"/> Por gotas <input type="checkbox"/> Por aire <input type="checkbox"/> Protectivo	<input type="checkbox"/> Contacto <input type="checkbox"/> Por gotas <input type="checkbox"/> Por aire <input type="checkbox"/> Protectivo
14. EDUCACIÓN	Educación Paciente o Familia	<input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO Ver Hoja de Educación Multidisciplinaria	<input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO Ver Hoja de Educación Multidisciplinaria	<input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO Ver Hoja de Educación Multidisciplinaria
	Expresó conocimiento	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
15. VISTAS	VISITAS MÉDICAS	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	VISITAS FAMILIARES	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO () Restringidas por orden médica	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO () Restringidas por orden médica	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO () Restringidas por orden médica
16. MEDICACIÓN	Medicamentos	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO
	Documento: hora, medicamento, dosis y ruta Ver Perfil de Medicamentos		Ver Perfil de Medicamentos	Ver Perfil de Medicamentos
17. OTROS	Pacientes OB & GYN	Sangrado: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Mínimo <input type="checkbox"/> Profuso <input type="checkbox"/> Moderado <input checked="" type="checkbox"/> N/A	Sangrado: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Mínimo <input type="checkbox"/> Profuso <input type="checkbox"/> Moderado <input checked="" type="checkbox"/> N/A	Sangrado: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Mínimo <input type="checkbox"/> Profuso <input type="checkbox"/> Moderado <input checked="" type="checkbox"/> N/A
	Post-Parto y Cesarea	Loquía: <input type="checkbox"/> Rubra <input type="checkbox"/> Alba <input type="checkbox"/> Serosa	Loquía: <input type="checkbox"/> Rubra <input type="checkbox"/> Alba <input type="checkbox"/> Serosa	Loquía: <input type="checkbox"/> Rubra <input type="checkbox"/> Alba <input type="checkbox"/> Serosa
18. COMODIDAD	Procedimientos	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO Especifique: _____	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO Especifique: _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Especifique: _____
	Estudios	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO Especifique: _____	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO Especifique: _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Especifique: _____
	Muestras de Laboratorio (Especifique hora en que se tomó)	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO Especifique: _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Especifique: _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Especifique: _____
BANDA IDENTIFICACIÓN	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
BARANDA ELEVADA	<input checked="" type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO	
TIMBRE ACCESIBLE	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RESTRICCIÓN	<input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO *Ver hoja seguimiento restricciones	<input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO *Ver hoja seguimiento restricciones	<input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO *Ver hoja seguimiento restricciones	

*Toda selección que esté identificada con este símbolo requiere documentación adicional.

19. ESTIMADO DE RIESGO A CAÍDAS (I.H. Downton)

TURNOS		11-7	7-3	3-11
CAÍDAS PREVIAS	No	0	No	0
	SI	1	SI	1
	Orientado	0	Orientado	0
	Confuso	1	Confuso	1
	Ninguno	0	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (parálisis- paresia)	1	Extremidades (parálisis- paresia)	1
	Normal	0	Normal	0
	Segura con ayuda	1	Segura con ayuda	1
ESTADO MENTAL	Insegura con ayuda/sin ayuda	1	Insegura con ayuda/sin ayuda	1
	imposible	1	imposible	1
	< 60 Años	0	< 60 Años	0
	> 61 Años	1	> 61 Años	1
DÉFICIT SENSORIAL/MOTOR	Ningunos	0*	Ningunos	0
	Tranquilizantes, sedantes	1	Tranquilizantes, sedantes	1
	Diuréticos,	1	Diuréticos,	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1	Hipotensores (no diuréticos)	1
MOVILIDAD	Antiparkinsonianos	1	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1	Antidepresivos	1
	TOTAL	4	TOTAL	0
				TOTAL
Alto Riesgo: Mayor de 2 puntos / 15				
<input type="checkbox"/> Riesgo Nulo (0-2)				
<input type="checkbox"/> Riesgo Alto (3 ó más)*				

Instrucciones para Escala Braden: En cada turno estime la puntuación que se requiere en cada renglón y documente el total en el espacio indicado. Indique el riesgo de acuerdo al total estimado en el espacio suministrado en cada turno.

20. ESTIMADO DE LA PIEL - Escala Braden

PERCEPCIÓN SENSORIAL	Completamente limitada	1	Completamente limitada	1	Completamente limitada	1
	Muy limitada	2	Muy limitada	2	Muy limitada	2
	Ligeramente limitada	3	Ligeramente limitada	3	Ligeramente limitada	3
	Sin limitaciones	4	Sin limitaciones	4	Sin limitaciones	4
EXPOSICIÓN HUMEDAD	Constantemente húmeda	1	Constantemente húmeda	1	Constantemente húmeda	1
	A menudo húmeda	2	A menudo húmeda	2	A menudo húmeda	2
	Ocasionalmente húmeda	3	Ocasionalmente húmeda	3	Ocasionalmente húmeda	3
	Raramente húmeda	4	Raramente húmeda	4	Raramente húmeda	4
ACTIVIDAD	Encamado/a	1	Encamado/a	1	Encamado/a	1
	En silla	2	En silla	2	En silla	2
	Ambula ocasionalmente	3	Ambula ocasionalmente	3	Ambula ocasionalmente	3
	Ambula frecuentemente	4	Ambula frecuentemente	4	Ambula frecuentemente	4
MOVILIDAD	Completamente inmóvil	1	Completamente inmóvil	1	Completamente inmóvil	1
	Muy limitada	2	Muy limitada	2	Muy limitada	2
	Ligeramente limitada	3	Ligeramente limitada	3	Ligeramente limitada	3
	Sin limitaciones	4	Sin limitaciones	4	Sin limitaciones	4
NUTRICIÓN	Muy pobre	1	Muy pobre	1	Muy pobre	1
	Probablemente inadecuada	2	Probablemente inadecuada	2	Probablemente inadecuada	2
	Adecuada	3	Adecuada	3	Adecuada	3
	Excellente	4	Excellente	4	Excellente	4
FRICCIÓN/LESION	Problema	1	Problema	1	Problema	1
	Problema potencial	2	Problema potencial	2	Problema potencial	2
	No existe problema aparente	3	No existe problema aparente	3	No existe problema aparente	3
	No problema	4	No problema	4	No problema	4
ESTIME RIESGO/TOTAL	RIESGO: <i>Moderado</i>	13	RIESGO: <i>Moderado</i>	24	RIESGO:	
	TOTAL		TOTAL		TOTAL	

Escala: Mayor de 18 = Riesgo Ninguno, 15 – 18 = Riesgo Leve, 13 – 14 = Riesgo Moderado, 10 – 12 = Riesgo Alto, 9 o menos = Riesgo Muy Alto

Nota: Una puntuación de 18 o menos se considera un riesgo de desarrollo a úlcera por presión. Ver protocolo de integridad de la piel. Continué las medidas de Prevención y/o Manejo implementadas en la admisión hasta el alta del paciente

11-7

7-3

3-11

Firma RN y # licencia

Firma RN y # licencia

Firma RN y # licencia



**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
"FLOW SHEET"**

547278

813A

Fecha: 8/2/17

Hora: 19M

Hora: 9AM

Hora: 5pm

TURNO		11-7	7-3	3-11	
1. NIVEL DE CONCIENCIA		() ORIENTADO () DESORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/> Alerta () Letárgico* <input checked="" type="checkbox"/> Comunicativo () Comatoso* <input checked="" type="checkbox"/> Aparentemente dormido () Inquietud <input checked="" type="checkbox"/> Inconsciente () Agitado () Otro*	() ORIENTADO () DESORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/> Alerta () Letárgico* <input checked="" type="checkbox"/> Comunicativo () Comatoso* <input checked="" type="checkbox"/> Aparentemente dormido () Inquietud <input checked="" type="checkbox"/> Inconsciente () Agitado () Otro*	() ORIENTADO () DESORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/> Alerta () Letárgico* <input checked="" type="checkbox"/> Comunicativo () Comatoso* <input checked="" type="checkbox"/> Aparentemente dormido () Inquietud <input checked="" type="checkbox"/> Inconsciente () Agitado () Otro*	
	2. SISTEMA RESPIRATORIO	RESPIRACIÓN	() Regular () Irregular <input checked="" type="checkbox"/> Llana () Profunda <input checked="" type="checkbox"/> Otro*	() Regular () Irregular <input checked="" type="checkbox"/> Llana () Profunda <input checked="" type="checkbox"/> Otro*	() Regular () Irregular <input checked="" type="checkbox"/> Llana () Profunda <input checked="" type="checkbox"/> Otro*
		Tos	() Productiva () No Productiva <input checked="" type="checkbox"/> N/A () NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Especifique: _____	() Productiva () No Productiva <input checked="" type="checkbox"/> N/A () NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Especifique: _____	() Productiva () No Productiva <input checked="" type="checkbox"/> N/A () NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Especifique: _____
		Succión	() SI () NO Especifique: _____	() SI () NO Especifique: _____	() SI () NO Especifique: _____
		Oxígeno	() SI () NO Especifique: _____	() SI () NO Especifique: _____	() SI () NO Especifique: _____
3. SISTEMA CARDIOVASCULAR		Terapia Respiratoria	() SI () NO <input checked="" type="checkbox"/> OJO () NO	() SI () NO <input checked="" type="checkbox"/> OJO () NO	() SI () NO <input checked="" type="checkbox"/> OJO () NO
	PULSO	() Taquicardia () Bradicardia <input checked="" type="checkbox"/> Otra* () N/A <input checked="" type="checkbox"/> SI* () NO <input checked="" type="checkbox"/> SI () NO <input checked="" type="checkbox"/> SI () NO Especifique: _____	() Taquicardia () Bradicardia <input checked="" type="checkbox"/> Otra* () N/A <input checked="" type="checkbox"/> SI* () NO <input checked="" type="checkbox"/> SI () NO <input checked="" type="checkbox"/> SI () NO Especifique: _____	() Taquicardia () Bradicardia <input checked="" type="checkbox"/> Otra* () N/A <input checked="" type="checkbox"/> SI* () NO <input checked="" type="checkbox"/> SI () NO <input checked="" type="checkbox"/> SI () NO Especifique: _____	
	Presión sanguínea alterada	() SI* () NO	() SI* () NO	() SI* () NO	
	Conectado a monitor	() SI () NO	() SI () NO	() SI () NO	
	Edema	() SI () NO	() SI () NO	() SI () NO	
4. SISTEMA GASTRO	Ábdomen	Blando () SI () NO Duro () SI* () NO Distendido () SI () NO NGT () SI* () NO () Succión Intermitente () SI () NO Apariencia y Color _____	Blando () SI () NO Duro () SI* () NO Distendido () SI () NO NGT () SI* () NO () Succión Intermitente () SI () NO Apariencia y Color _____	Blando () SI () NO Duro () SI* () NO Distendido () SI () NO NGT () SI* () NO () Succión Intermitente () SI () NO Apariencia y Color _____	
	Eliminación (Heces Fecales)	() No ha evacuado <input checked="" type="checkbox"/> Blanda () Diarréas () Dura	() No ha evacuado <input checked="" type="checkbox"/> Blanda () Diarréas () Dura	() No ha evacuado <input checked="" type="checkbox"/> Blanda () Diarréas () Dura	
	Orina	() Espontáneo <input checked="" type="checkbox"/> Cateterizado Hora _____ Cantidad _____ ml Apariencia y Color _____	() Espontáneo <input checked="" type="checkbox"/> Cateterizado Hora _____ Cantidad _____ ml Apariencia y Color _____	() Espontáneo <input checked="" type="checkbox"/> Cateterizado Hora _____ Cantidad _____ ml Apariencia y Color _____	
	Sonda Urinaria	() SI () NO	() SI () NO	() SI () NO	
	Cuidado al Catéter	() SI () NO	() SI () NO	() SI () NO	
Apariencia Genital	() Normal () Anormal*	() Normal () Anormal*	() Normal () Anormal*		
Secreciones	() SI* () NO	() SI* () NO	() SI* () NO		

*Toda selección que esté identificada con este símbolo requiere documentación adicional.

TURNOS	11-7	7-3	3-11
TEMPERATURA	() Febril <input checked="" type="checkbox"/> Afebril	() Febril <input checked="" type="checkbox"/> Afebril	() Febril <input checked="" type="checkbox"/> Afebril
Sensación al Tacto	() Tibia () Fría () Caliente () Seca () Sudorosa () *Otro () Buen Color () Pálida* () Enrojecida* () Cianótica* () Ictericia () Otro Describa: _____	() Tibia () Fría () Caliente () Seca () Sudorosa () *Otro () Buen Color () Pálida* () Enrojecida* () Cianótica* () Ictericia () Otro Describa: _____	() Tibia () Fría () Caliente () Seca () Sudorosa () *Otro () Buen Color () Pálida* () Enrojecida* () Cianótica* () Ictericia () Otro Describa: _____
Color			
Integridad Cuidado a la piel Herida Quirúrgica	() Intacta () Alterada* () SI* () NO () SI* () NO Lugar: _____ *Ver protocolo de integridad de la piel	() Intacta () Alterada* () SI* () NO () SI* () NO Lugar: _____ *Ver protocolo de integridad de la piel	() Intacta () Alterada* () SI* () NO () SI* () NO Lugar: _____ *Ver protocolo de integridad de la piel
Turgor	() Bueno () Regular () Pobre	() Bueno () Regular () Pobre	() Bueno () Regular () Pobre
DIETA	() SI () NO	() SI () NO	() SI () NO
RUTA	() Oral () Enteral () Parenteral () Gastrostomía () Yeyunostomía () Residual Gástrico _____ ml () SI () NO	() Oral () Enteral () Parenteral () Gastrostomía () Yeyunostomía () Residual Gástrico _____ ml () SI () NO	() Oral () Enteral () Parenteral () Gastrostomía () Yeyunostomía () Residual Gástrico _____ ml () SI () NO
Tolerada			
	() Ambulatorio () Descanso absoluto en cama () Cambio de posición () SI () NO () Matress de Aire () Terapia Física () SI () NO	() Ambulatorio () Descanso absoluto en cama () Cambio de posición () SI () NO () Matress de Aire () Terapia Física () SI () NO	() Ambulatorio () Descanso absoluto en cama () Cambio de posición () SI () NO () Matress de Aire () Terapia Física () SI () NO
BAÑO	() Cama () Ducha () Solo () Asistencia () N/A () Solo () Asistencia () N/A	() Cama () Ducha () Solo () Asistencia () N/A () Solo () Asistencia () N/A	() Cama () Ducha () Solo () Asistencia () N/A () Solo () Asistencia () N/A
HIGIENE BUCAL			
Área de Venopunción	() Periferal () Central () Medport () Ninguna Especifique: _____	() Periferal () Central () Medport () Ninguna Especifique: _____	() Periferal () Central () Medport () Ninguna Especifique: _____
Localización			
Apariencia Área de punción	() Normal () Edema* () Infiltración* () Eritema* () Otro Especifique: 9 180	() Normal () Edema* () Infiltración* () Eritema* () Otro Especifique: 5 90	() Normal () Edema* () Infiltración* () Eritema* () Otro Especifique: 9 180
Solución Intravenosa			
IVF's Pintantes	() SI () NO Especifique: _____	() SI () NO Especifique: _____	() SI () NO Especifique: _____
Número de Angio			
Cuidado área catéter	() SI () NO () SI () NO	() SI () NO () SI () NO	() SI () NO () SI () NO
Cambio de línea I.V.			
Limitación de movimiento	() SI* () NO	() SI* () NO	() SI () NO
Presencia de:	() Contracturas () Anquilosis () Debilidad () Espasticidad () Parálisis () Tracción () Yeso	() Contracturas () Anquilosis () Debilidad () Espasticidad () Parálisis () Tracción () Yeso	() Contracturas () Anquilosis () Debilidad () Espasticidad () Parálisis () Tracción () Yeso

oda selección que esté identificada con este símbolo requiere documentación adicional.

12. COMODIDAD	TURNOS	7-3		3-11
	DOLOR	() SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO	() SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO	() SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO
	Localización: 0 123 4567 8910 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	Localización: 0 123 4567 8910 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	Localización: 0 123 4567 8910 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	
	Medicamentos Administrados ALIVIO	() SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO Ver Perfil de Medicamentos	() N/A	() SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO Ver Perfil de Medicamentos
ALIVIO	() SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO	() N/A	() SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO	() N/A
N/A	Precauciones de Aislamiento Indique fecha de comienzo:	() SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO	() SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO	() SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO
		Tipo de Aislamiento <input type="checkbox"/> Contacto <input type="checkbox"/> Por gotas <input type="checkbox"/> Por aire <input type="checkbox"/> Protectivo	Tipo de Aislamiento <input type="checkbox"/> Contacto <input type="checkbox"/> Por gotas <input type="checkbox"/> Por aire <input type="checkbox"/> Protectivo	Tipo de Aislamiento <input type="checkbox"/> Contacto <input type="checkbox"/> Por gotas <input type="checkbox"/> Por aire <input type="checkbox"/> Protectivo
13. EDUCACIÓN	Educación Paciente o Familia	() SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO Ver Hoja de Educación Multidisciplinaria	() SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO Ver Hoja de Educación Multidisciplinaria	() SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO Ver Hoja de Educación Multidisciplinaria
	Expresó conocimiento	() SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	() SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	() SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
14. VISITAS	VISITAS MÉDICAS	() SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	() SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	() SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
	VISITAS FAMILIARES	() SI <input checked="" type="checkbox"/> NO () Restringidas por orden médica	() SI <input checked="" type="checkbox"/> NO () Restringidas por orden médica	() SI <input checked="" type="checkbox"/> NO () Restringidas por orden médica
15. MEDICACIÓN	Medicamentos	() SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO	() SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO	() SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO
	Documentos: hora, medicamento, dosis y ruta	Ver Perfil de Medicamentos	Ver Perfil de Medicamentos	Ver Perfil de Medicamentos
16. OTROS	Pacientes OB & GYN	Sangrado: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Mínimo <input type="checkbox"/> Moderado <input checked="" type="checkbox"/> Profuso <input type="checkbox"/> N/A	Sangrado: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Mínimo <input type="checkbox"/> Moderado <input checked="" type="checkbox"/> Profuso <input type="checkbox"/> N/A	Sangrado: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Mínimo <input type="checkbox"/> Moderado <input checked="" type="checkbox"/> Profuso <input type="checkbox"/> N/A
	Post-Parto v Cesarea	Loquía: <input type="checkbox"/> Rubra <input type="checkbox"/> Alba <input type="checkbox"/> Serosa	Loquía: <input type="checkbox"/> Rubra <input type="checkbox"/> Alba <input type="checkbox"/> Serosa	Loquía: <input type="checkbox"/> Rubra <input type="checkbox"/> Alba <input type="checkbox"/> Serosa
17. OTROS	Procedimientos	() SI <input checked="" type="checkbox"/> NO Especifique: _____	() SI <input checked="" type="checkbox"/> NO Especifique: _____	() SI <input checked="" type="checkbox"/> NO Especifique: _____
	Estudios	() SI <input checked="" type="checkbox"/> NO Especifique: _____	() SI <input checked="" type="checkbox"/> NO Especifique: _____	() SI <input checked="" type="checkbox"/> NO Especifique: _____
	Muestras de Laboratorio (Especifique hora en que se tomó)	() SI <input checked="" type="checkbox"/> NO Especifique: _____	() SI <input checked="" type="checkbox"/> NO Especifique: _____	() SI <input checked="" type="checkbox"/> NO Especifique: _____
18. COMODIDAD	SANDA IDENTIFICACIÓN	() SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	() SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	() SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
	BARANDA ELEVADA	() SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO	() SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO	() SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO
	TIMBRE ACCESIBLE	() SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	() SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	() SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
	RESTRICCIÓN	() SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO *Ver hoja seguimiento restricciones	() SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO *Ver hoja seguimiento restricciones	() SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO *Ver hoja seguimiento restricciones

*Toda selección que esté identificada con este símbolo requiere documentación adicional.

19. ESTIMADO DE RIESGO A CAÍDAS (J.H.Downton)

TURNO		11-7		7-3		3-11	
ESTADO MENTAL	CAÍDAS PREVIAS	No	0	No	0	No	0
	SI	1	SI	1	SI	1	SI
	Orientado	0	Orientado	0	Orientado	0	Orientado
	Confuso	1	Confuso	1	Confuso	1	Confuso
	Ninguno	0	Ninguno	0	Ninguno	0	Ninguno
	Alteraciones visuales	1	Alteraciones visuales	1	Alteraciones visuales	1	Alteraciones visuales
	Alteraciones auditivas	1	Alteraciones auditivas	1	Alteraciones auditivas	1	Alteraciones auditivas
	Extremidades (parálisis- paresia)	1	Extremidades (parálisis- paresia)	1	Extremidades (parálisis- paresia)	1	Extremidades (parálisis- paresia)
	Normal	0	Normal	0	Normal	0	Normal
	Segura con ayuda	1	Segura con ayuda	1	Segura con ayuda	1	Segura con ayuda
EDAD	Insegura con ayuda/sin ayuda	1	Insegura con ayuda/sin ayuda	1	Insegura con ayuda/sin ayuda	1	Insegura con ayuda/sin ayuda
	Imposible	1	Imposible	1	Imposible	1	Imposible
	< 60 Años	0	< 60 Años	0	< 60 Años	0	< 60 Años
	> 61 Años	1	> 61 Años	1	> 61 Años	1	> 61 Años
MEDICAMENTOS	Ningunos	0	Ningunos	0	Ningunos	0	Ningunos
	Tranquilizantes, sedantes	1	Tranquilizantes, sedantes	1	Tranquilizantes, sedantes	1	Tranquilizantes, sedantes
	Diuréticos,	1	Diuréticos,	1	Diuréticos,	1	Diuréticos,
	Hipotensores (no diuréticos)	1	Hipotensores (no diuréticos)	1	Hipotensores (no diuréticos)	1	Hipotensores (no diuréticos)
	Antiparkinsonianos	1	Antiparkinsonianos	1	Antiparkinsonianos	1	Antiparkinsonianos
Alto Riesgo: Mayor de 2 puntos / 15	Antidepresivos	1	Antidepresivos	1	Antidepresivos	1	Antidepresivos
	TOTAL	3	TOTAL	0	TOTAL	0	TOTAL

Instrucciones para Escala Braden: En cada turno estime la puntuación que se requiere en cada renglón y documente el total en el espacio indicado. Indique el riesgo de acuerdo al total estimado en el espacio suministrado en cada turno.

PERCEPCIÓN SENSORIAL	Completamente limitada	1	Completamente limitada	1	Completamente limitada	1
	Muy limitada	2	Muy limitada	2	Muy limitada	2
	Ligeramente limitada	3	Ligeramente limitada	3	Ligeramente limitada	3
	Sin limitaciones	4	Sin limitaciones	4	Sin limitaciones	4
EXPOSICIÓN HUMEDAD	Constantemente húmeda	1	Constantemente húmeda	1	Constantemente húmeda	1
	A menudo húmeda	2	A menudo húmeda	2	A menudo húmeda	2
	Ocasionalmente húmeda	3	Ocasionalmente húmeda	3	Ocasionalmente húmeda	3
	Raramente húmeda	4	Raramente húmeda	4	Raramente húmeda	4
ACTIVIDAD	Encamado/a	1	Encamado/a	1	Encamado/a	1
	En silla	2	En silla	2	En silla	2
	Ambula ocasionalmente	3	Ambula ocasionalmente	3	Ambula ocasionalmente	3
	Ambula frecuentemente	4	Ambula frecuentemente	4	Ambula frecuentemente	4
MOVILIDAD	Completamente inmóvil	1	Completamente inmóvil	1	Completamente inmóvil	1
	Muy limitada	2	Muy limitada	2	Muy limitada	2
	Ligeramente limitada	3	Ligeramente limitada	3	Ligeramente limitada	3
	Sin limitaciones	4	Sin limitaciones	4	Sin limitaciones	4
NUTRICIÓN	Muy pobre	1	Muy pobre	1	Muy pobre	1
	Probablemente inadecuada	2	Probablemente inadecuada	2	Probablemente inadecuada	2
	Adecuada	3	Adecuada	3	Adecuada	3
	Excelente	4	Excelente	4	Excelente	4
FRICTION/LESION	Problema	1	Problema	1	Problema	1
	Problema potencial	2	Problema potencial	2	Problema potencial	2
	No existe problema aparente	3	No existe problema aparente	3	No existe problema aparente	3
	No problema	4	No problema	4	No problema	4
ESTIME RIESGO/TOTAL	RIESGO: <i>alta</i>	12 TOTAL	RIESGO: <i>alta</i>	12 TOTAL	RIESGO: <i>alta</i>	12 TOTAL

Escala: Mayor de 18 = Riesgo Ninguno, 15 - 18 = Riesgo Leve, 13 - 14 = Riesgo Moderado, 10 - 12 = Riesgo Alto, 9 o menos = Riesgo Muy Alto

Nota: Una puntuación de 18 o menos se considera un riesgo de desarrollo a úlcera por presión. Ver protocolo de integridad de la piel. Continué las medidas de Prevención y/o Manejo implementadas en la admisión hasta el alta del paciente.

11-7

7-3

3-11

*reverde 1867 a**14 Nov 2013**Bray RN 368*

Firma RN y # licencia

Firma RN y # licencia

Firma RN y # licencia



DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
"FLOW SHEET"

IDENTIFICACION DE PACIENTE

567278

Fecha: 8/1/17

Hora: 1 AM

Hora: 9 AM

Hora: 5 PM

1. NIVEL DE CONCIENCIA	TURNO	11-7		7-3		3-11		
		<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Desorientado	
		<input type="checkbox"/> Alerta	<input type="checkbox"/> Letárgico*	<input type="checkbox"/> Alerta	<input type="checkbox"/> Letárgico*	<input type="checkbox"/> Alerta	<input type="checkbox"/> Letárgico*	
		<input type="checkbox"/> Comunicativo	<input type="checkbox"/> Comatoso*	<input type="checkbox"/> Comunicativo	<input type="checkbox"/> Comatoso*	<input type="checkbox"/> Comunicativo	<input type="checkbox"/> Comatoso*	
		<input type="checkbox"/> Aparentemente dormido	<input type="checkbox"/> Inquietud	<input type="checkbox"/> Aparentemente dormido	<input type="checkbox"/> Inquietud	<input type="checkbox"/> Aparentemente dormido	<input type="checkbox"/> Inquietud	
		<input type="checkbox"/> Inconsciente	<input type="checkbox"/> Agitado	<input type="checkbox"/> Inconsciente	<input type="checkbox"/> Agitado	<input type="checkbox"/> Inconsciente	<input type="checkbox"/> Agitado	
		<input type="checkbox"/> Otro*		<input type="checkbox"/> Otro*		<input type="checkbox"/> Otro*		
2. SISTEMA RESPIRATORIO	RESPIRACIÓN	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Irregular	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Irregular	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Irregular	
		<input type="checkbox"/> Llana	<input type="checkbox"/> Profunda	<input type="checkbox"/> Llana	<input type="checkbox"/> Profunda	<input type="checkbox"/> Llana	<input type="checkbox"/> Profunda	
		<input type="checkbox"/> Otro*		<input type="checkbox"/> Otro*		<input type="checkbox"/> Otro*		
	Tos	<input type="checkbox"/> Productiva	<input type="checkbox"/> No Productiva	<input type="checkbox"/> Productiva	<input type="checkbox"/> No Productiva	<input type="checkbox"/> Productiva	<input type="checkbox"/> No Productiva	
Succión	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> N/A		
Oxígeno	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
Terapia Respiratoria	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
3. SISTEMA CARDIOVASCULAR	PULSO	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Bradicardia	
	Presión sanguínea alterada	<input type="checkbox"/> Otro*	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Otro*	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Otro*	<input type="checkbox"/> N/A	
	Conectado a monitor	<input type="checkbox"/> SI*	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> SI*	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> SI*	<input type="checkbox"/> N/A	
	Edema	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Especifique: _____								
4. SISTEMA GASTRO	Abdomen	<input type="checkbox"/> Blando	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Blando	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	Duro	<input type="checkbox"/> SI*	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI*	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI*	<input type="checkbox"/> NO	
	Distendido	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	NGT	<input type="checkbox"/> SI*	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI*	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI*	<input type="checkbox"/> NO	
Especifique: _____								
5. SISTEMA GENITOURINARIO	Eliminación (Heces Fecales)	<input type="checkbox"/> Succión Intermittente	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Succión Intermittente	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	Apariencia y Color	<input type="checkbox"/> Apariencia y Color _____						
	Orina	<input type="checkbox"/> Espontáneo	<input type="checkbox"/> Espontáneo _____					
	Cuidado al Catéter	<input type="checkbox"/> Cateterizado	<input type="checkbox"/> Cateterizado _____					
Sonda Urinaria	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
Apariencia Genital	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal*	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal*		
Secreciones	<input type="checkbox"/> SI*	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI*	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI*	<input type="checkbox"/> NO		

*Toda selección que esté identificada con este símbolo requiere documentación adicional.

TURNO		11-7	7-3	3-11		
19. ESTIMADO DE RIESGO A CAÍDAS (J.H.Downton)	CAÍDAS PREVIAS	No 0 Sí 1	No 0 Sí 1	No 0 Sí 1		
	ESTADO MENTAL	Orientado 0 Confuso 1	Orientado 0 Confuso 1	Orientado 0 Confuso 1		
	DÉFICIT SENSORIAL/MOTOR	Ninguno 0 Alteraciones visuales 1 Alteraciones auditivas 1 Extremidades (parálisis- paresia) 1	Ninguno 0 Alteraciones visuales 1 Alteraciones auditivas 1 Extremidades (parálisis- paresia) 1	Ninguno 0 Alteraciones visuales 1 Alteraciones auditivas 1 Extremidades (parálisis- paresia) 1		
	MOVILIDAD	Normal 0 Segura con ayuda 1 Insegura con ayuda/sin ayuda 1 Imposible 1	Normal 0 Segura con ayuda 1 Insegura con ayuda/sin ayuda 1 Imposible 1	Normal 0 Segura con ayuda 1 Insegura con ayuda/sin ayuda 1 Imposible 1		
	EDAD	< 60 Años 0 > 61 Años 1 Ningunos 0	< 60 Años 0 > 61 Años 1 Ningunos 0	< 60 Años 0 > 61 Años 1 Ningunos 0		
	MEDICAMENTOS	Tranquilizantes, sedantes 1 Diuréticos, 1 Hipotensores (no diuréticos) 1 Antiparkinsonianos 1 Antidepresivos 1	Tranquilizantes, sedantes 1 Diuréticos, 1 Hipotensores (no diuréticos) 1 Antiparkinsonianos 1 Antidepresivos 1	Tranquilizantes, sedantes 1 Diuréticos, 1 Hipotensores (no diuréticos) 1 Antiparkinsonianos 1 Antidepresivos 1		
	Alto Riesgo: Mayor de 2 puntos / 15					
	<input type="checkbox"/> Riesgo Nulo (0-2)					
	<input checked="" type="checkbox"/> Riesgo Alto (3 ó más)*					
		TOTAL	3	TOTAL	3	
					TOTAL	3

Instrucciones para Escala Braden: En cada turno estime la puntuación que se requiere en cada renglón y documente el total en el espacio indicado. Indique el riesgo de acuerdo al total estimado en el espacio suministrado en cada turno.

20. ESTIMADO DE LA PIEL - Escala Braden	PERCEPCIÓN SENSORIAL	Completamente limitada 1 Muy limitada 2 Ligeramente limitada 3 Sin limitaciones 4	Completamente limitada 1 Muy limitada 2 Ligeramente limitada 3 Sin limitaciones 4	Completamente limitada 1 Muy limitada 2 Ligeramente limitada 3 Sin limitaciones 4
	EXPOSICIÓN HUMEDAD	Constantemente húmeda 1 A menudo húmeda 2 Ocasionalmente húmeda 3 Raramente húmeda 4	Constantemente húmeda 1 A menudo húmeda 2 Ocasionalmente húmeda 3 Raramente húmeda 4	Constantemente húmeda 1 A menudo húmeda 2 Ocasionalmente húmeda 3 Raramente húmeda 4
	ACTIVIDAD	Encamado/a 1 En silla 2 Ambula ocasionalmente 3 Ambula frecuentemente 4	Encamado/a 1 En silla 2 Ambula ocasionalmente 3 Ambula frecuentemente 4	Encamado/a 1 En silla 2 Ambula ocasionalmente 3 Ambula frecuentemente 4
	MOVILIDAD	Completamente inmóvil 1 Muy limitada 2 Ligeramente limitada 3 Sin limitaciones 4	Completamente inmóvil 1 Muy limitada 2 Ligeramente limitada 3 Sin limitaciones 4	Completamente inmóvil 1 Muy limitada 2 Ligeramente limitada 3 Sin limitaciones 4
	NUTRICIÓN	Muy pobre 1 Probablemente inadecuada 2 Adecuada 3 Excelente 4	Muy pobre 1 Probablemente inadecuada 2 Adecuada 3 Excelente 4	Muy pobre 1 Probablemente inadecuada 2 Adecuada 3 Excelente 4
	FRICCIÓN/LESION	Problema 1 Problema potencial 2 No existe problema aparente 3 No problema 4	Problema 1 Problema potencial 2 No existe problema aparente 3 No problema 4	Problema 1 Problema potencial 2 No existe problema aparente 3 No problema 4
	ESTIME RIESGO/TOTAL	RIESGO: <i>Leve</i> TOTAL 13	RIESGO: <i>alta</i> TOTAL 12	RIESGO: <i>alta</i> TOTAL 11

Escala: Mayor de 18 = Riesgo Ninguno, 15 – 18 = Riesgo Leve, 13 – 14 = Riesgo Moderado, 10 – 12 = Riesgo Alto, 9 o menos = Riesgo Muy Alto
Nota: Una puntuación de 18 o menos se considera un riesgo de desarrollo a úlcera por presión. Ver protocolo de integridad de la piel. Continué las medidas de Prevención y/o Manejo implementadas en la admisión hasta el alta del paciente.

11-7

Firma RN y # licencia

7-3

12 Brook XXOO

Firma RN y # licencia

3-11

Butte RD31680

Firma RN y # licencia

"FLOW SHEET" ENERO 2014 – LRT/EWA

TURNOS	11-7		7-3		3-11	
	() Febril	() Afibril	() Febril	() Afibril	() Febril	() Afibril
TEMPERATURA	() Febril	() Afibril	() Febril	() Afibril	() Febril	() Afibril
Sensación al Tacto	<input checked="" type="checkbox"/> Tibia	<input type="checkbox"/> Fría	<input type="checkbox"/> Caliente	<input checked="" type="checkbox"/> Tibia	<input type="checkbox"/> Fría	<input type="checkbox"/> Caliente
Color	<input type="checkbox"/> Seca	<input checked="" type="checkbox"/> Sudorosa	<input type="checkbox"/> Seca	<input checked="" type="checkbox"/> Sudorosa	<input type="checkbox"/> Seca	<input checked="" type="checkbox"/> Sudorosa
	<input type="checkbox"/> *Otro		<input type="checkbox"/> *Otro		<input type="checkbox"/> *Otro	
	<input checked="" type="checkbox"/> Buen Color		<input checked="" type="checkbox"/> Buen Color		<input checked="" type="checkbox"/> Buen Color	
	<input type="checkbox"/> Pálida*	<input type="checkbox"/> Enrojecida*	<input type="checkbox"/> Pálida*	<input type="checkbox"/> Enrojecida*	<input type="checkbox"/> Pálida*	<input type="checkbox"/> Enrojecida*
	<input type="checkbox"/> Cianótica*	<input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> Cianótica*	<input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> Cianótica*	<input type="checkbox"/> Ictericia
	Describa:		Describa:		Describa:	
Integridad Cuidado a la piel Herida Quirúrgica	<input type="checkbox"/> Intacta	<input type="checkbox"/> Alterada*	<input type="checkbox"/> Intacta	<input type="checkbox"/> Alterada*	<input type="checkbox"/> Intacta	<input type="checkbox"/> Alterada*
	<input type="checkbox"/> SI *	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI *	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI *	<input checked="" type="checkbox"/> NO
	Lugar:		Lugar:		Lugar:	
	*Ver protocolo de integridad de la piel					
Turgor	<input type="checkbox"/> Bueno	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Pobre	<input checked="" type="checkbox"/> Bueno	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Pobre
DIETA	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
RUTA	<input type="checkbox"/> Oral	<input checked="" type="checkbox"/> Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Oral	<input checked="" type="checkbox"/> Enteral	<input checked="" type="checkbox"/> Oral	<input checked="" type="checkbox"/> Enteral
	<input type="checkbox"/> Parenteral		<input type="checkbox"/> Parenteral		<input type="checkbox"/> Parenteral	
	<input type="checkbox"/> Gastrostomía		<input type="checkbox"/> Gastrostomía		<input type="checkbox"/> Gastrostomía	
	<input type="checkbox"/> Yeyunostomía		<input type="checkbox"/> Yeyunostomía		<input type="checkbox"/> Yeyunostomía	
Tolerada	<input type="checkbox"/> Residual Gástrico _____ ml		<input type="checkbox"/> Residual Gástrico _____ ml		<input type="checkbox"/> Residual Gástrico _____ ml	
	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Ambulatorio					
	Descanso absoluto en cama					
	Cambio de posición <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO					
	Mattress de Aire					
	Terapia Física <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO					
BAÑO	<input type="checkbox"/> Cama	<input type="checkbox"/> Ducha	<input checked="" type="checkbox"/> Cama	<input type="checkbox"/> Ducha	<input checked="" type="checkbox"/> Cama	<input type="checkbox"/> Ducha
HIGIENE BUCAL	<input type="checkbox"/> Solo	<input type="checkbox"/> Asistencia	<input type="checkbox"/> N/A	<input checked="" type="checkbox"/> Solo	<input type="checkbox"/> Asistencia	<input type="checkbox"/> N/A
	<input type="checkbox"/> Solo	<input type="checkbox"/> Asistencia	<input type="checkbox"/> N/A	<input checked="" type="checkbox"/> Solo	<input type="checkbox"/> Asistencia	<input type="checkbox"/> N/A
Área de Venopunción	<input type="checkbox"/> Periferal	<input type="checkbox"/> Central	<input type="checkbox"/> Medport	<input checked="" type="checkbox"/> Periferal	<input type="checkbox"/> Central	<input type="checkbox"/> Medport
Localización	<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Ninguna	
Especifique:						
Apariencia Área de punción	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Edema*	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Edema*	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Edema*
	<input type="checkbox"/> Infiltración*	<input type="checkbox"/> Eritema*	<input checked="" type="checkbox"/> Infiltración*	<input type="checkbox"/> Eritema*	<input checked="" type="checkbox"/> Infiltración*	<input type="checkbox"/> Eritema*
	<input type="checkbox"/> Ctro		<input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Otro	
Solución Intravenosa	Especifique: <u>9</u>	<u>80</u>	Especifique: <u>59</u>	<u>80</u>	Especifique: <u>90</u>	<u>80</u>
IVF's Pintantes	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Número de Angio	Especifique:		Especifique:		Especifique:	
Cuidado área catéter	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
Cambio de línea I.V.	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Limitación de movimiento	<input type="checkbox"/> SI*	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> SI*	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> SI*	<input type="checkbox"/> NO
Presencia de:	<input type="checkbox"/> Contracturas	<input type="checkbox"/> Anquilosis	<input type="checkbox"/> Debilidad	<input type="checkbox"/> Espasticidad	<input type="checkbox"/> Parálisis	<input type="checkbox"/> Tracción
	<input type="checkbox"/> Anquilosis		<input type="checkbox"/> Debilidad		<input type="checkbox"/> Tracción	
	<input type="checkbox"/> Debilidad		<input type="checkbox"/> Espasticidad		<input type="checkbox"/> Parálisis	
	<input type="checkbox"/> Espasticidad		<input type="checkbox"/> Parálisis		<input type="checkbox"/> Tracción	
	<input type="checkbox"/> Parálisis		<input type="checkbox"/> Tracción		<input type="checkbox"/> Yeso	
	<input type="checkbox"/> Tracción		<input type="checkbox"/> Yeso			
	<input type="checkbox"/> Yeso					

Cada selección que esté identificada con esta símbolo requiere documentación adicional.

	TURNOS	1-7	7-3	3-11
12. COMODIDAD	DOLOR	() SI* () NO Localización: □ No □ Leve □ Moderado □ Severo	() SI* () NO Localización: □ No □ Leve □ Moderado □ Severo	() SI* () NO Localización: □ No □ Leve □ Moderado □ Severo
	Medicamentos Administrados	() SI* () NO Ver Perfil de Medicamentos	() SI* () NO Ver Perfil de Medicamentos	() SI* () NO Ver Perfil de Medicamentos
	AUDIO	() SI* () NO N/A	() SI* () NO N/A	() SI* () NO N/A
13. AISLAMIENTO	Precauciones de Aislamiento	() SI * () NO	() SI * () NO	() SI * () NO
	Indique fecha de comienzo:	_____	_____	_____
	Tipo de Aislamiento	□ Contacto □ Por gotas □ Por aire □ Protectivo	□ Contacto □ Por gotas □ Por aire □ Protectivo	□ Contacto □ Por gotas □ Por aire □ Protectivo
14. EDUCACIÓN	Educación Paciente o Familia	() SI * () NO Ver Hoja de Educación Multidisciplinaria	() SI * () NO Ver Hoja de Educación Multidisciplinaria	() SI * () NO Ver Hoja de Educación Multidisciplinaria
	Expresó conocimiento	() SI () NO	() SI () NO	() SI () NO
	VISITAS MÉDICAS	() SI () NO	() SI () NO	() SI () NO
15. VISITAS	VISITAS FAMILIARES	() SI () NO () Restringidas por orden médica	() SI () NO () Restringidas por orden médica	() SI () NO () Restringidas por orden médica
	Medicamentos	() SI* () NO	() SI* () NO	() SI* () NO
	Documento: hora, medicamento, dosis y ruta	Ver Perfil de Medicamentos	Ver Perfil de Medicamentos	Ver Perfil de Medicamentos
16. MEDICACIÓN	Pacientes OB & GYN	Sangrado: () Normal () Mínimo () Profuso () Moderado () N/A	Sangrado: () Normal () Mínimo () Profuso () Moderado () N/A	Sangrado: () Normal () Mínimo () Profuso () Moderado () N/A
	Post-Parto v Cesarea	Loquía: () Rubra () Alba () Serosa	Loquía: () Rubra () Alba () Serosa	Loquía: () Rubra () Alba () Serosa
	Procedimientos	() SI () NO Especifique: _____	() SI () NO Especifique: _____	() SI () NO Especifique: _____
17. URINAS	Estudios	() SI () NO Especifique: _____	() SI () NO Especifique: _____	() SI () NO Especifique: _____
	Muestras de Laboratorio (Especifique hora en que se tomó)	() SI () NO Especifique: _____	() SI () NO Especifique: _____	() SI () NO Especifique: _____
	BANDA IDENTIFICACIÓN	() SI () NO	() SI () NO	() SI () NO
BARANDA ELEVADA	() SI* () NO	() SI* () NO	() SI* () NO	
TIMBRE ACCESIBLE	() SI () NO	() SI () NO	() SI () NO	
RESTRICCIÓN	() SI* () NO *Ver hoja seguimiento restricciones	() SI* () NO *Ver hoja seguimiento restricciones	() SI* () NO *Ver hoja seguimiento restricciones	

*Toda selección que esté identificada con este símbolo requiere documentación adicional.



DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
"FLOW SHEET"

IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE

8134

567278

Fecha: 7/31/17 Hora: 1 Am

Hora: 9 AM

Hora: 7:30 AM

1. NIVEL DE CONCIENCIA	TURNO	11-7		7-3		3-11	
		() Orientado	() Desorientado	() Orientado	() Desorientado	() Orientado	() Desorientado
		() Alerta	() Letárgico*	() Alerta	() Letárgico*	() Alerta	() Letárgico*
		() Comunicativo	() Comatoso*	() Comunicativo	() Comatoso*	() Comunicativo	() Comatoso*
		(✓) Aparentemente dormido	() Inquietud	() Aparentemente dormido	() Inquietud	() Aparentemente dormido	() Inquietud
		() Inconsciente	() Agitado	() Inconsciente	() Agitado	() Inconsciente	() Agitado
			() Otro*		() Otro*		() Otro*
2. SISTEMA RESPIRATORIO	RESPIRACIÓN	() Regular	() Irregular	() Regular	() Irregular	() Regular	() Irregular
	Tos	() Clara	() Profunda	() Clara	() Profunda	() Clara	() Profunda
	Succión	() Productiva	() No Productiva	() Productiva	() No Productiva	() Productiva	() No Productiva
		() SI	() NO	() SI	() NO	() SI	() NO
	Especifique:		Especifique:		Especifique:		
3. SISTEMA CARDIOVASCULAR	Oxígeno	() SI	() NO	() SI	() NO	() SI	() NO
		Especifique:		Especifique:		Especifique:	
	Terapia Respiratoria	() SI	() NO	() SI	() NO	() SI	() NO
4. SISTEMA GASTRO	PULSO	() Taquicardia	() Bradicardia	() Taquicardia	() Bradicardia	() Taquicardia	() Bradicardia
		() Dero*	() N/A	() Dero*	() N/A	() Dero*	() N/A
	Presión sanguínea alterada	() SI*	() NO	() SI*	() NO	() SI*	() NO
	Conectado a monitor	() SI	() NO	() SI	() NO	() SI	() NO
5. SISTEMA GENITOURINARIO	Edema	() SI	() NO	() SI	() NO	() SI	() NO
		Especifique:		Especifique:		Especifique:	
	Apariencia y Color						
6. SISTEMA GASTRO	Abdomen	Blando	() SI	() NO	Blando	() SI	() NO
		Duro	() SI*	() NO	Duro	() SI*	() NO
		Distendido	() SI	() NO	Distendido	() SI	() NO
		NGT	() SI*	() NO	NGT	() SI*	() NO
7. SISTEMA GENITOURINARIO	Eliminación (Heces Fecales)	() Succión Intermitente	() SI	() NO	() Succión Intermitente	() SI	() NO
		Apariencia y Color			Apariencia y Color		
		() No ha evacuado			() No ha evacuado		
		() Blanda			() Blanda		
		() Diáreas			() Diáreas		
8. SISTEMA GENITOURINARIO		() Dura			() Dura		
	9. SISTEMA GENITOURINARIO	Orina	() Espontáneo		() Espontáneo		() Espontáneo
			() Cateterizado		() Cateterizado		() Cateterizado
			Horas _____ Cantidad _____ ml		Horas _____ Cantidad _____ ml		Horas _____ Cantidad _____ ml
			Apariencia y Color		Apariencia y Color		Apariencia y Color
10. SISTEMA GENITOURINARIO	Sonda Urinaria	() SI	() NO	() SI	() NO	() SI	() NO
	Cuidado al Catéter	() SI	() NO	() SI	() NO	() SI	() NO
	Apariencia Genital	(✓) Normal	() Anormal*	() Normal	() Anormal*	(✓) Normal	() Anormal*
	Secrecciones	() SI*	() NO	() SI*	() NO	() SI*	() NO

*Toda selección que esté identificada con este símbolo requiere documentación adicional.

*Toda selección que esté identificada con este símbolo requiere documentación adicional.

TURNOS		4-7	7-3	3-11
TEMPERATURA	() Febril	<input checked="" type="checkbox"/> Afebril	() Febril	<input checked="" type="checkbox"/> Afebril
Sensación al Tacto	() Tibia () Fría () Caliente	() Tibia () Fría () Caliente	() Tibia () Fría () Caliente	
Color	() Seca () Sudorosa	() Seca () Sudorosa	() Seca () Sudorosa	
	() *Otro	() *Otro	() *Otro	
	<input checked="" type="checkbox"/> Buen Color	() Buen Color	<input checked="" type="checkbox"/> Buen Color	
	() Pálida* () Enrojecida*	() Pálida* () Enrojecida*	() Pálida* () Enrojecida*	
	() Clanótica* () Ictericia () Otro	() Clanótica* () Ictericia () Otro	() Clanótica* () Ictericia () Otro	
Describa:		Describa:		Describa:
Integridad	() Intacta () Alterada*	() Intacta () Alterada*	() Intacta () Alterada*	
Cuidado a la piel	() SI * <input checked="" type="checkbox"/> NO	() SI * <input checked="" type="checkbox"/> NO	() SI * <input checked="" type="checkbox"/> NO	
Herida Quirúrgica	() SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO	() SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO	() SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO	
Lugar:		Lugar:		Lugar:
	*Ver protocolo de integridad de la piel			
Turgor	() Bueno () Regular () Pobre	() Bueno () Regular () Pobre	() Bueno () Regular () Pobre	
DIETA	() Si <input checked="" type="checkbox"/> No	<input checked="" type="checkbox"/> Si () NC	<input checked="" type="checkbox"/> Si () NC	
RUTA	() Oral	() Oral	() Oral	
	() Enteral	() Enteral	() Enteral	
	() Parenteral	() Parenteral	() Parenteral	
	() Gastrostomía	() Gastrostomía	() Gastrostomía	
	() Yeyunostomía	() Yeyunostomía	() Yeyunostomía	
	() Residual Gástrico _____ ml	() Residual Gástrico _____ ml	() Residual Gástrico _____ ml	
Tolerada	() Si <input checked="" type="checkbox"/> NO	() Si () NO	() Si () NO	
	<input checked="" type="checkbox"/> Ambulatorio			
	() Descanso absoluto en cama			
	() Cambio de posición () SI <input checked="" type="checkbox"/> NO			
	() Matress de Aire			
	() Terapia Física () SI <input checked="" type="checkbox"/> NO			
BÁNO	() Cama () Ducha	() Cama () Ducha	() Cama () Ducha	
HIGIENE BUCAL	() Solo () Asistencia <input checked="" type="checkbox"/> N/A	() Solo () Asistencia <input checked="" type="checkbox"/> N/A	() Solo () Asistencia <input checked="" type="checkbox"/> N/A	
Área de Venopunción	() Periferal () Central () Medport	() Periferal () Central () Medport	() Periferal () Central () Medport	
Localización	() Ninguna	() Ninguna	() Ninguna	
	Especifique: _____	Especifique: _____	Especifique: _____	
Apariencia Área de punción	<input checked="" type="checkbox"/> Normal () Edema*	<input checked="" type="checkbox"/> Normal () Edema*	<input checked="" type="checkbox"/> Normal () Edema*	
	() Infiltración* () Eritema*	() Infiltración* () Eritema*	() Infiltración* () Eritema*	
	() Otro	() Otro	() Otro	
Solución Intravenosa	Especifique: <u>9 u.s.s</u> <u>80</u>	Especifique: <u>5-9-86</u>	Especifique: <u>9</u> <u>80</u>	
IVF's Patentes	<input checked="" type="checkbox"/> SI () NO	<input checked="" type="checkbox"/> SI () NO	<input checked="" type="checkbox"/> SI () NO	
Número de Angio	Especifique: _____	Especifique: _____	Especifique: _____	
Cuidado área catéter	() SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	() SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	() SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	
Cambio de línea I.V.	() SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	() SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	() SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	
Limitación de movimiento	() SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO	() SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO	() SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO	
Presencia de:	() Contracturas	() Contracturas	() Contracturas	
	() Anquilosis	() Anquilosis	() Anquilosis	
	() Debilidad	() Debilidad	() Debilidad	
	() Espasticidad	() Espasticidad	() Espasticidad	
	() Parálisis	() Parálisis	() Parálisis	
	() Tracción	() Tracción	() Tracción	
	() Yeso	() Yeso	() Yeso	

12. COMODIDAD	TURNOS	11-7	7-3	3-11
	DOLOR	() SI* () NO Localización: 0 123 4567 8910 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	() SI* () NO Localización: 0 123 4567 8910 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	() SI* () NO Localización: 0 123 4567 8910 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo
	Medicamentos Administrados	() SI* () NO Ver Perfil de Medicamentos	() SI* () NO Ver Perfil de Medicamentos	() SI* () NO Ver Perfil de Medicamentos
ALIVIO	() SI* () NO () N/A	() SI* () NO () N/A	() SI* () NO () N/A	
13. AISLAMIENTO	Precauciones de Aislamiento	() SI * () NO	() SI * () NO	() SI * () NO
	Indique fecha de comienzo:			
		Tipo de Aislamiento <input type="checkbox"/> Contacto <input type="checkbox"/> Por gotas <input type="checkbox"/> Por aire <input type="checkbox"/> Protectivo	Tipo de Aislamiento <input type="checkbox"/> Contacto <input type="checkbox"/> Por gotas <input type="checkbox"/> Por aire <input type="checkbox"/> Protectivo	Tipo de Aislamiento <input type="checkbox"/> Contacto <input type="checkbox"/> Por gotas <input type="checkbox"/> Por aire <input type="checkbox"/> Protectivo
14. EDUCACIÓN	Educación Paciente o Familia	() SI () NO Ver Hoja de Educación Multidisciplinaria	() SI * () NO Ver Hoja de Educación Multidisciplinaria	() SI * () NO Ver Hoja de Educación Multidisciplinaria
	Expresó conocimiento	() SI () NO	() SI () NO	() SI () NO
15. VISITAS	VISITAS MÉDICAS	() SI () NO	() SI () NO	() SI () NO
	VISITAS FAMILIARES	() SI () NO () Restringidas por orden médica	() SI () NO () Restringidas por orden médica	() SI () NO () Restringidas por orden médica
16. MEDICACIÓN	Medicamentos	() SI () NO	() SI * () NO	() SI () NO
	Documento: hora, medicamento, dosis y ruta	Ver Perfil de Medicamentos	Ver Perfil de Medicamentos	Ver Perfil de Medicamentos
17. OTROS	Pacientes OB & GYN	Sangrado: () Normal () Mínimo () Profuso () Moderado () N/A	Sangrado: () Normal () Mínimo () Profuso () Moderado () N/A	Sangrado: () Normal () Mínimo () Profuso () Moderado () N/A
	Post-Parto v Cesarea	Loquía: () Rubra () Alba () Serosa	Loquía: () Rubra () Alba () Serosa	Loquía: () Rubra () Alba () Serosa
	Procedimientos	() SI () NO Especifique: _____	() SI () NO Especifique: _____	() SI () NO Especifique: _____
	Estudios	() SI () NO Especifique: _____	() SI () NO Especifique: _____	() SI () NO Especifique: _____
	Muestras de Laboratorio (Especifique hora en que se tomó)	() SI () NO Especifique: _____	() SI () NO Especifique: _____	() SI () NO Especifique: _____
18. COMODIDAD	BANDA IDENTIFICACIÓN	() SI () NO	() SI () NO	() SI () NO
	BARANDA ELEVADA	() SI * () NO	() SI * () NO	() SI * () NO
	TIMBRE ACCESIBLE	() SI () NO	() SI () NO	() SI () NO
	RESTRICCIÓN	() SI * () NO *Ver hoja seguimiento restricciones	() SI * () NO *Ver hoja seguimiento restricciones	() SI * () NO *Ver hoja seguimiento restricciones

*Toda selección que esté identificada con este símbolo requiere documentación adicional.

TURNO		7		7-3		3-11	
19. ESTIMADO DE RIESGO A CAÍDAS (J.H.Downton)	CAÍDAS PREVIAS	No	0	No	0	No	0
	ESTADO MENTAL	SI	1	SI	1	SI	1
	DÉFICIT SENSORIAL/MOTOR	Orientado	0	Orientado	0	Orientado	0
	MOVILIDAD	Confuso	1	Confuso	1	Confuso	1
	EDAD	Ninguno	0	Ninguno	0	Ninguno	0
	MEDICAMENTOS	Alteraciones visuales	1	Alteraciones visuales	1	Alteraciones visuales	1
		Alteraciones auditivas	1	Alteraciones auditivas	1	Alteraciones auditivas	1
		Extremidades (parálisis- paresia)	1	Extremidades (parálisis- paresia)	1	Extremidades (parálisis- paresia)	1
		Normal	0	Normal	0	Normal	0
		Segura con ayuda	1	Segura con ayuda	1	Segura con ayuda	1
		Insegura con ayuda/sin ayuda	1	Insegura con ayuda/sin ayuda	1	Insegura con ayuda/sin ayuda	1
		Imposible	-	Imposible	1	Imposible	1
		< 60 Años	0	< 60 Años	0	< 60 Años	0
		> 61 Años	1	> 61 Años	1	> 61 Años	1
		Ningunos	0	Ningunos	0	Ningunos	0
		Tranquilizantes, sedantes	1	Tranquilizantes, sedantes	1	Tranquilizantes, sedantes	1
		Diuréticos	1	Diuréticos	1	Diuréticos	1
		Hipotensores (no diuréticos)	1	Hipotensores (no diuréticos)	1	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1	Antiparkinsonianos	1	Antiparkinsonianos	1	
	Antidepresivos	1	Antidepresivos	1	Antidepresivos	1	
	TOTAL	3	TOTAL	0	TOTAL	3	

Instrucciones para Escala Braden: En cada turno estime la puntuación que se requiere en cada renglón y documente el total en el espacio indicado. Indique el riesgo de acuerdo al total estimado en el espacio suministrado en cada turno.

20. ESTIMADO DE LA PIEL - Escala Braden	PERCEPCIÓN SENSORIAL	Completamente limitada	1	Completamente limitada	1	Completamente limitada	1
	EXPOSICIÓN HUMEDAD	Muy limitada	2	Muy limitada	2	Muy limitada	2
		Ligeramente limitada	3	Ligeramente limitada	3	Ligeramente limitada	3
		Sin limitaciones	4	Sin limitaciones	4	Sin limitaciones	4
		Constantemente húmeda	1	Constantemente húmeda	1	Constantemente húmeda	1
		A menudo húmeda	2	A menudo húmeda	2	A menudo húmeda	2
		Ocasionalmente húmeda	3	Ocasionalmente húmeda	3	Ocasionalmente húmeda	3
		Raramente húmeda	4	Raramente húmeda	4	Raramente húmeda	4
	ACTIVIDAD	Encamado/a	1	Encamado/a	1	Encamado/a	1
		En silla	2	En silla	2	En silla	2
		Ambula ocasionalmente	3	Ambula ocasionalmente	3	Ambula ocasionalmente	3
		Ambula frecuentemente	4	Ambula frecuentemente	4	Ambula frecuentemente	4
		Completamente inmóvil	1	Completamente inmóvil	1	Completamente inmóvil	1
	MOVILIDAD	Muy limitada	2	Muy limitada	2	Muy limitada	2
		Ligeramente limitada	3	Ligeramente limitada	3	Ligeramente limitada	3
		Sin limitaciones	4	Sin limitaciones	4	Sin limitaciones	4
	NUTRICIÓN	Muy pobre	1	Muy pobre	1	Muy pobre	1
	FRICCIÓN/LESION	Probablemente inadecuada	2	Probablemente inadecuada	2	Probablemente inadecuada	2
		Adecuada	3	Adecuada	3	Adecuada	3
		Excelente	4	Excelente	4	Excelente	4
		Problema	1	Problema	1	Problema	1
		Problema potencial	2	Problema potencial	2	Problema potencial	2
		No existe problema aparente	3	No existe problema aparente	3	No existe problema aparente	3
		No problema	4	No problema	4	No problema	4
ESTIME RIESGO/TOTAL		RIESGO: alto	12	RIESGO: alto	12	RIESGO: alto	12

Escala: Mayor de 18 = Riesgo Ninguno, 15 - 18 = Riesgo Leve, 13 - 14 = Riesgo Moderado, 10 - 12 = Riesgo Alto, 9 o menos = Riesgo Muy Alto

Nota: Una puntuación de 18 o menos se considera un riesgo de desarrollo a úlcera por presión. Ver protocolo de integridad de la piel. Continué las medidas de Prevención y/o Manejo implementadas en la admisión hasta el alta del paciente.

11-7	S. Sandoval	7-3	P. P. 002	3-11	J. J. 002
------	-------------	-----	-----------	------	-----------

Firma RN y # licencia

Firma RN y # licencia

Firma RN y # licencia



DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
"FLOW SHEET"

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Dr Villafane 4426776
567278

Fecha: 7/30/17 Hora: Adm.

Hora: 10a

Hora: 5pm

1. NIVEL DE CONCIENCIA	TURNO		11-7	7-3	3-11			
			() ORIENTADO () Alerta () Comunicativo () Aparentemente dormido () Inconsciente	() DESORIENTADO () Letárgico* () Comatoso* () Inquietud () Agitado () Otro*	() ORIENTADO () Alerta () Comunicativo () Aparentemente dormido () Inconsciente	() DESORIENTADO () Letárgico* () Comatoso* () Inquietud () Agitado () Otro*	() ORIENTADO () Alerta () Comunicativo () Aparentemente dormido () Inconsciente	() DESORIENTADO () Letárgico* () Comatoso* () Inquietud () Agitado () Otro*
2. SISTEMA RESPIRATORIO	RESPIRACIÓN		() Regular () Lenta () Otra*	() Irregular () Profunda	() Regular () Lenta () Otra*	() Irregular () Profunda	() Regular () Lenta () Otra*	() Irregular () Profunda
	Tos		() Productiva () N/A () SI Especifique:	() No Productiva <input checked="" type="checkbox"/> NO	() Productiva <input checked="" type="checkbox"/> N/A () SI Especifique:	() No Productiva <input checked="" type="checkbox"/> NO	() Productiva <input checked="" type="checkbox"/> N/A () SI Especifique:	() No Productiva <input checked="" type="checkbox"/> NO
	Succión							
	Oxígeno		() SI Especifique:	() NO	() SI Especifique:	() NO	() SI Especifique:	() NO
3. SISTEMA CARDIOVASCULAR	Terapia Respiratoria		() SI	() NO	() SI	() NO	() SI	() NO
	PULSO		() Taquicardia () Otra* () SI* () SI () SI	() Bradicardia () N/A () NO () NO () NO	() Taquicardia () Otra* () SI* () SI () SI	() Bradicardia () N/A () NO () NO () NO	() Taquicardia () Otra* () SI* () SI () SI	() Bradicardia () N/A () NO () NO () NO
	Presión sanguínea alterada							
	Conectado a monitor							
4. SISTEMA GASTRO	Edema		Especifique:		Especifique:		Especifique:	
	Abróto	Blanco () SI Duro () SI* Distendido () SI NGT () SI* () Succión intermitente	() NO () NO () NO () NO () SI () NO	Blanco () SI Duro () SI* Distendido () SI NGT () SI* () Succión intermitente	() NO () NO () NO () NO () SI () NO	Blanco () SI Duro () SI* Distendido () SI NGT () SI* () Succión intermitente	() NO () NO () NO () NO () SI () NO	
	Eliminación (Heces Fecales)		Apariencia y Color		Apariencia y Color		Apariencia y Color	
5. SISTEMA GENITOURINARIO	Orina	() Espontáneo () Cateterizado		() Espontáneo () Cateterizado		() Espontáneo () Cateterizado		
	Sonda Urinaria	Hora _____ Cantidad _____ ml		Hora _____ Cantidad _____ ml		Hora _____ Cantidad _____ ml		
	Cuidado al Catéter							
	Apariencia Genital	() Normal () SI*	() Anormal* () NO	() Normal () SI*	() Anormal* () NO	() Normal () SI*		
Secreciones	() SI*	() NO						

*Toda selección que esté identificada con este símbolo requiere documentación adicional.

a. TURNO	TURNO			7-7	7-3	3-11			
	TEMPERATURA			<input type="checkbox"/> Febril	<input type="checkbox"/> Afebril	<input type="checkbox"/> Febril	<input type="checkbox"/> Afebril		
	Sensación al Tacto			<input type="checkbox"/> Tibia	<input type="checkbox"/> Fría	<input type="checkbox"/> Caliente	<input type="checkbox"/> Tibia	<input type="checkbox"/> Fría	<input type="checkbox"/> Caliente
	Color			<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Sudorosa	<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Sudorosa	<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Sudorosa
	Integridad			<input type="checkbox"/> *Otro		<input type="checkbox"/> *Otro		<input type="checkbox"/> *Otro	
	Cuidado a la piel			<input type="checkbox"/> Buen Color		<input type="checkbox"/> Buen Color		<input type="checkbox"/> Buen Color	
	Herida Quirúrgica			<input type="checkbox"/> Pálida*	<input type="checkbox"/> Enrojecida*	<input type="checkbox"/> Pálida*	<input type="checkbox"/> Enrojecida*	<input type="checkbox"/> Pálida*	<input type="checkbox"/> Enrojecida*
	Descripción:			<input type="checkbox"/> Cianótica*	<input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> Cianótica*	<input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> Cianótica*	<input type="checkbox"/> Ictericia
	Lugar:			<input type="checkbox"/> Descripción:			<input type="checkbox"/> Descripción:		
	Turgor			<input type="checkbox"/> Intacta	<input type="checkbox"/> Alterada*	<input type="checkbox"/> Intacta	<input type="checkbox"/> Alterada*	<input type="checkbox"/> Intacta	<input type="checkbox"/> Alterada*
DIETA			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
RUTA			<input type="checkbox"/> Oral		<input type="checkbox"/> Oral		<input type="checkbox"/> Oral		
			<input type="checkbox"/> Enteral		<input type="checkbox"/> Enteral		<input type="checkbox"/> Enteral		
			<input type="checkbox"/> Parenteral		<input type="checkbox"/> Parenteral		<input type="checkbox"/> Parenteral		
			<input type="checkbox"/> Gastrostomía		<input type="checkbox"/> Gastrostomía		<input type="checkbox"/> Gastrostomía		
			<input type="checkbox"/> Yeyunostomía		<input type="checkbox"/> Yeyunostomía		<input type="checkbox"/> Yeyunostomía		
Tolerada			<input type="checkbox"/> Residual Gástrico _____ ml		<input type="checkbox"/> Residual Gástrico _____ ml		<input type="checkbox"/> Residual Gástrico _____ ml		
			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
			<i>N-PO</i>						
BAÑO			<input type="checkbox"/> Cama	<input type="checkbox"/> Ducha	<input type="checkbox"/> Cama	<input type="checkbox"/> Ducha	<input type="checkbox"/> Cama	<input type="checkbox"/> Ducha	
HIGIENE BUCAL			<input type="checkbox"/> Solo	<input type="checkbox"/> Asistencia	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Solo	<input type="checkbox"/> Asistencia	<input type="checkbox"/> N/A	
			<input type="checkbox"/> Solo	<input type="checkbox"/> Asistencia	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Solo	<input type="checkbox"/> Asistencia	<input type="checkbox"/> N/A	
Área de Venopunción			<input type="checkbox"/> Periferal	<input type="checkbox"/> Central	<input type="checkbox"/> Medport	<input type="checkbox"/> Periferal	<input type="checkbox"/> Central	<input type="checkbox"/> Medport	
Localización			<input type="checkbox"/> Ninguna		Especifique:	<input type="checkbox"/> Ninguna		Especifique:	
Apariencia Área de punción			<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Edema*	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Edema*	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Edema*	
			<input type="checkbox"/> Infiltración*	<input type="checkbox"/> Eritema*	<input type="checkbox"/> Infiltración*	<input type="checkbox"/> Eritema*	<input type="checkbox"/> Infiltración*	<input type="checkbox"/> Eritema*	
Solución Intravenosa			<input type="checkbox"/> Otro			<input type="checkbox"/> Otro			
Especifique:			<input type="checkbox"/> Especifique:			<input type="checkbox"/> Especifique:			
			<i>Asalto 80</i>			<i>GUSS 80</i>			
IVF's Patentes			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Número de Angio			<input type="checkbox"/> Especifique:			<input type="checkbox"/> Especifique:			
Cuidado área catéter			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Cambio de línea I.V.			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Limitación de movimiento			<input type="checkbox"/> SI*	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI*	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI*	<input type="checkbox"/> NO	
Presencia de:			<input type="checkbox"/> Contracturas		<input type="checkbox"/> Contracturas		<input type="checkbox"/> Contracturas		
			<input type="checkbox"/> Anquilosis		<input type="checkbox"/> Anquilosis		<input type="checkbox"/> Anquilosis		
			<input type="checkbox"/> Debilidad		<input type="checkbox"/> Debilidad		<input type="checkbox"/> Debilidad		
			<input type="checkbox"/> Espasticidad		<input type="checkbox"/> Espasticidad		<input type="checkbox"/> Espasticidad		
			<input type="checkbox"/> Parálisis		<input type="checkbox"/> Parálisis		<input type="checkbox"/> Parálisis		
			<input type="checkbox"/> Tracción		<input type="checkbox"/> Tracción		<input type="checkbox"/> Tracción		
			<input type="checkbox"/> Yeso		<input type="checkbox"/> Yeso		<input type="checkbox"/> Yeso		

*Toda selección que esté identificada con este símbolo requiere documentación adicional.

	TURNO	11-7		7-3		3-11	
		() SI*	() NO	() SI*	() NO	() SI*	() NO
12. COMODIDAD	DOLOR	<input checked="" type="checkbox"/>	Localización: 0 123 4567 8910 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input checked="" type="checkbox"/>	Localización: 0 123 4567 8910 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input checked="" type="checkbox"/>	Localización: 0 123 4567 8910 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo
	Medicamentos Administrados	<input checked="" type="checkbox"/>	() NO Ver Perfil de Medicamentos	<input checked="" type="checkbox"/>	() NO Ver Perfil de Medicamentos	<input checked="" type="checkbox"/>	() NO Ver Perfil de Medicamentos
	AUJIO	<input checked="" type="checkbox"/>	() NO Ver Perfil de Medicamentos	<input checked="" type="checkbox"/>	() NO Ver Perfil de Medicamentos	<input checked="" type="checkbox"/>	() NO Ver Perfil de Medicamentos
13. AISLAMIENTO	Precauciones de Aislamiento	<input checked="" type="checkbox"/>	() NO	<input checked="" type="checkbox"/>	() NO	<input checked="" type="checkbox"/>	() NO
	Indique fecha de comienzo:	<hr/>		<hr/>		<hr/>	
		Type de Aislamiento <input type="checkbox"/> Contacto <input type="checkbox"/> Por gotas <input type="checkbox"/> Por aire <input type="checkbox"/> Protectivo			Type de Aislamiento <input type="checkbox"/> Contacto <input type="checkbox"/> Por gotas <input type="checkbox"/> Por aire <input type="checkbox"/> Protectivo		
14. EDUCACIÓN	Educación Paciente o Familia	<input checked="" type="checkbox"/>	() NO Ver Hoja de Educación Multidisciplinaria	<input checked="" type="checkbox"/>	() NO Ver Hoja de Educación Multidisciplinaria	<input checked="" type="checkbox"/>	() NO Ver Hoja de Educación Multidisciplinaria
	Expresó conocimiento	<input checked="" type="checkbox"/>	() NO	<input checked="" type="checkbox"/>	() NO	<input checked="" type="checkbox"/>	() NO
15. VISITAS	VISITAS MÉDICAS	<input checked="" type="checkbox"/>	() NO	<input checked="" type="checkbox"/>	() NO	<input checked="" type="checkbox"/>	() NO
	VISITAS FAMILIARES	<input checked="" type="checkbox"/>	() NO () Restringidas por orden médica	<input checked="" type="checkbox"/>	() NO () Restringidas por orden médica	<input checked="" type="checkbox"/>	() NO () Restringidas por orden médica
16. MEDICACIÓN	Medicamentos	<input checked="" type="checkbox"/>	() NO	<input checked="" type="checkbox"/>	() NO	<input checked="" type="checkbox"/>	() NO
	Documento: hora, medicamento, dosis y ruta	Ver Perfil de Medicamentos		Ver Perfil de Medicamentos		Ver Perfil de Medicamentos	
17. OTROS	Pacientes OB & GYN	Sangrado: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Mínimo <input type="checkbox"/> Profuso <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> N/A		Sangrado: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Mínimo <input type="checkbox"/> Profuso <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> N/A		Sangrado: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Mínimo <input type="checkbox"/> Profuso <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> N/A	
	Post-Parto y Casarea	Loquía: <input type="checkbox"/> Rubra <input type="checkbox"/> Alba <input type="checkbox"/> Serosa		Loquía: <input type="checkbox"/> Rubra <input type="checkbox"/> Alba <input type="checkbox"/> Serosa		Loquía: <input type="checkbox"/> Rubra <input type="checkbox"/> Alba <input type="checkbox"/> Serosa	
18. COMODIDAD	Procedimientos	<input checked="" type="checkbox"/>	() NO Especifique: _____	<input checked="" type="checkbox"/>	() NO Especifique: _____	<input checked="" type="checkbox"/>	() NO Especifique: _____
	Estudios	<input checked="" type="checkbox"/>	() NO Especifique: _____	<input checked="" type="checkbox"/>	() NO Especifique: _____	<input checked="" type="checkbox"/>	() NO Especifique: _____
	Muestras de Laboratorio (Especifique hora en que se tomó)	<input checked="" type="checkbox"/>	() NO Especifique: _____	<input checked="" type="checkbox"/>	() NO Especifique: _____	<input checked="" type="checkbox"/>	() NO Especifique: _____

*Toda selección que esté identificada con este símbolo requiere documentación adicional.

19. ESTIMADO DE RIESGO A CAÍDAS (J.H. Downton)

TURNOS		1-7	7-3		3-11
CAÍDAS PREVIAS	No	0	No	0	No
	SI	1	SI	1	SI
ESTADO MENTAL	Orientado	0	Orientado	0	Orientado
	Confuso	1	Confuso	1	Confuso
DÉFICIT SENSORIAL/MOTOR	Ninguno	0	Ninguno	0	Ninguno
	Alteraciones visuales	1	Alteraciones visuales	1	Alteraciones visuales
	Alteraciones auditivas	1	Alteraciones auditivas	1	Alteraciones auditivas
	Extremidades (parálisis- paresia)	1	Extremidades (parálisis- paresia)	1	Extremidades (parálisis- paresia)
MOVILIDAD	Normal	0	Normal	0	Normal
	Segura con ayuda	1	Segura con ayuda	1	Segura con ayuda
	Insegura con ayuda/sin ayuda	1	Insegura con ayuda/sin ayuda	1	Insegura con ayuda/sin ayuda
	Imposible	1	Imposible	1	Imposible
EDAD	< 60 Años	0	< 60 Años	0	< 60 Años
	> 61 Años	1	> 61 Años	1	> 61 Años
MEDICAMENTOS	Ningunos	0	Ningunos	0	Ningunos
	Tranquilizantes, sedantes	1	Tranquilizantes, sedantes	1	Tranquilizantes, sedantes
	Diuréticos,	1	Diuréticos,	1	Diuréticos,
	Hipotensores (no diuréticos)	1	Hipotensores (no diuréticos)	1	Hipotensores (no diuréticos)
	Antiparkinsonianos	1	Antiparkinsonianos	1	Antiparkinsonianos
	Antidepresivos	1	Antidepresivos	1	Antidepresivos
	TOTAL		TOTAL	4	TOTAL
Alto Riesgo: Mayor de 2 puntos / 15 <input type="checkbox"/> Riesgo Nulo (0-2) <input type="checkbox"/> Riesgo Alto (3 ó más)*					4

Instrucciones para Escala Braden: En cada turno estime la puntuación que se requiere en cada renglón y documenta el total en el espacio indicado. Indique el riesgo de acuerdo al total estimado en el espacio suministrado en cada turno.

20. ESTIMADO DE LA PIEL - Escala Braden	PERCEPCIÓN SENSORIAL	Completamente limitada	1	Completamente limitada	1	Completamente limitada	1
		Muy limitada	2	Muy limitada	2	Muy limitada	2
		Ligeramente limitada	3	Ligeramente limitada	3	Ligeramente limitada	3
		Sin limitaciones	4	Sin limitaciones	4	Sin limitaciones	4
	EXPOSICIÓN HUMEDAD	Constantemente húmeda	1	Constantemente húmeda	1	Constantemente húmeda	1
		A menudo húmeda	2	A menudo húmeda	2	A menudo húmeda	2
		Ocasionalmente húmeda	3	Ocasionalmente húmeda	3	Ocasionalmente húmeda	3
		Raramente húmeda	4	Raramente húmeda	4	Raramente húmeda	4
	ACTIVIDAD	Encamado/a	1	Encamado/a	1	Encamado/a	1
		En silla	2	En silla	2	En silla	2
		Ambula ocasionalmente	3	Ambula ocasionalmente	3	Ambula ocasionalmente	3
		Ambula frecuentemente	4	Ambula frecuentemente	4	Ambula frecuentemente	4
	MOVILIDAD	Completamente inmóvil	1	Completamente inmóvil	1	Completamente inmóvil	1
		Muy limitada	2	Muy limitada	2	Muy limitada	2
		Ligeramente limitada	3	Ligeramente limitada	3	Ligeramente limitada	3
		Sin limitaciones	4	Sin limitaciones	4	Sin limitaciones	4
	NUTRICIÓN	Muy pobre	1	Muy pobre	1	Muy pobre	1
		Probablemente inadecuada	2	Probablemente inadecuada	2	Probablemente inadecuada	2
		Adecuada	3	Adecuada	3	Adecuada	3
		Excelente	4	Excelente	4	Excelente	4
	FRICCIÓN/LESION	Problema	1	Problema	1	Problema	1
		Problema potencial	2	Problema potencial	2	Problema potencial	2
		No existe problema aparente	3	No existe problema aparente	3	No existe problema aparente	3
		No problema	4	No problema	4	No problema	4
ESTIME RIESGO/TOTAL	RIESGO:		RIESGO:	Modérado	13	RIESGO:	Alto
		TOTAL		TOTAL		TOTAL	18

Escala: Mayor de 18 = Riesgo Ninguno, 15 - 18 = Riesgo Leve, 13 - 14 = Riesgo Moderado, 10 - 12 = Riesgo Alto, 9 o menos = Riesgo Muy Alto

Nota: Una puntuación de 18 o menos se considera un riesgo de desarrollo a úlcera por presión. Ver protocolo de integridad de la piel. Continúe las medidas de Prevención y/o Manejo implementadas en la admisión hasta el alta del paciente.

11-7		7-3		3-11	
			Claudia 2018A		mc. leiva 1067

Firma RN y # licencia

Firma RN y # licencia

Firma RN y # licencia

45 años. 44267760
Dr. Villafane 507278
Identificación de Paciente

HISTORIAL DE ENFERMERÍA

Fecha 7/30/17 Hora 12:35 A.M. P.M. HAB. 813A

I. DATOS GENERALES

Nombre: _____ Médico Dr. Villafane
 Edad: 95 años Sexo: F M Estado Civil: Soltero Divorciado Casado Separado Viudo
 Modo de llegada: Camilla Acompañado por: Parientes y enfermera Parentesco _____
 Información ofrecida por: Dña. Nieves (hija) Paciente Familiar Otro _____
 Diagnóstico: UTI, BKP
 Embarazada: Sí No Meses de Gestación: _____
 Lactando: Sí No N/A Tiempo: _____

PESO ACTUAL	<u>160 lbs</u>
ESTATURA	<u>58</u>

II. HISTORIAL DE ENFERMEDADES PASADAS Y ACTUALES

Pasada Actual

Hipertensión	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO
Enfermedad del Corazón	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO
Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO
Diabetes <u>(Prostata) cancer</u>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí
Asma / Alergias	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO
Anemia	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO
Enfisema	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí
Pulmonía	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO
Enfermedad Renal	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO
Condiciones Emocionales/Mentales/ Psiquiátricas		
Indique: <u>Alzheimer</u>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO
Enfermedades Infecciosas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí
Enfermedades de Tiroides	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO
Convulsiones	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO
Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO
Sangrado Gastrointestinal	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO
Úlcera en el estómago /duodeno	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO
Hemorroides	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí
Accidente/fracturas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
Otras:		
<u>Tuberculosis</u>		

III. HISTORIAL DE ALERGIAS

A. ALERGIAS A MEDICAMENTOS	
1.	<input type="checkbox"/> NO
2.	<input type="checkbox"/> NO
3.	<input type="checkbox"/> NO
4.	<input type="checkbox"/> NO
B. ALERGIAS A ALIMENTOS	
1.	<input type="checkbox"/> NO
2.	<input type="checkbox"/> NO
3.	<input type="checkbox"/> NO
C. OTRAS ALERGIAS	
1.	<input type="checkbox"/> NO
2.	<input type="checkbox"/> NO

IV. MEDICAMENTOS

A. MEDICAMENTOS ACTUALMENTE RECETADOS	
<input type="checkbox"/> SI, INDIQUE EN HOJA DE RECONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS	
<input type="checkbox"/> NO	
B. MEDICAMENTOS NO RECETADOS ("OTC")	
<input type="checkbox"/> SI, INDIQUE EN HOJA DE RECONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS	
<input type="checkbox"/> NO	
C. MEDICAMENTOS NATURALES	
<input type="checkbox"/> SI, INDIQUE EN HOJA DE RECONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS	
<input type="checkbox"/> NO	

V. HISTORIAL DE VACUNAS

1. INFLUENZA SI NO FECHA:
 2. PNEUMOCOCCO SI NO FECHA:
 3. OTRA: SI NO FECHA:

VI. HISTORIAL DE SALUD PASADO

Hospitalizaciones previas: SI NO Hospital: HHM Fecha de la última hospitalización 2016

Razón de la hospitalización: Pulmónia

Transfusiones de Sangre: SI NO Indique fecha: _____ Reacciones adversas: SI NO Explique: _____

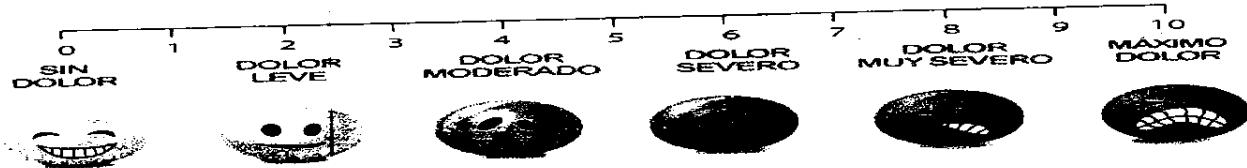
Acepta Transfusiones: SI NO Explique: _____

Operaciones: SI NO Especifique: _____

VII. HISTORIAL DE DOLOR

DOLOR: SI NO INDIQUE: AGUDO CRÓNICO LOCALIZACIÓN: O

INTENSIDAD (Estime en una escala del 0-10): 5



DESCRIPCIÓN: PUNZANTE OPRESIVO INTERMITENTE CONSTANTE OTRO: _____

Se irradia, explique: _____

Le afecta el dolor en: Actividades Físicas Estado de Ánimo Sueño Al Socializar El Apetito La eliminación Otro

VIII. ETAPAS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

INFANCIA (Recién nacido - 8 meses), NIÑEZ TEMPRANA (Trotón 2-3 años), PRE-ESCOLAR (4-5 años), NIÑEZ MEDIA (ESCOLAR 6-11 años)

ADOLESCENCIA (12-18 años), ADULTEZ TEMPRANA (Joven 18-35 años), MEDIANA EDAD (35-65 años) VEJEZ (mayores de 65 años)

IX. CERNIMIENTO SICOSOCIAL

a. Escolaridad Primer grado

h. HÁBITOS: FUMA SI NO Núm. cigarrillos por día _____

b. Religión Católico

ALCOHOL SI NO Tomador Social Núm. de tragos al día _____

c. Ocupación Retirado

DROGAS SI NO Especifique _____

d. Se vale por sí mismo SI NO, explique _____

i. ALTERACIÓN EN SU ESTADO MENTAL SI NO

Ansiedad Temor Intranquilo/Agitado Hostilidad
 Retraído Confundido Desorientado Agresivo/violento

e. Vive con Solo Familia Otro: _____

j. IDEAS O PENSAMIENTOS SUICIDAS SI NO

Indique: _____

f. Teléfono de Emergencias (517) 423-1816 hija

k. CONDICIÓN TERMINAL SI NO Indique _____

g. Actividades Recreativas No

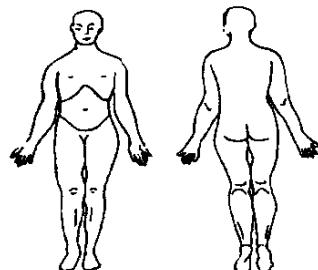
Problema de Salud que lo trae al Hospital: Tiébre, mucha tos, pco apetito,

desorientado.

¿Desde cuándo? 1 día Recibió Tratamiento: SI NO Indique: _____

SIGNOS VITALES: B.P. 112/54 PULSO 68 RESP. 20 TEMPERATURA 36.1

XI. REVISIÓN DE SISTEMAS

OJOS	SISTEMA GASTROINTESTINAL	ESTADO MENTAL																		
<input type="checkbox"/> VISIÓN NORMAL <input type="checkbox"/> Usa espejuelos <input type="checkbox"/> Lentes de contactos <input type="checkbox"/> Prótesis <input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Lente Intraocular <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Ciego <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Secreciones Indique: _____	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vómitos* <input type="checkbox"/> Distensión <input type="checkbox"/> Dolor Abdominal <input type="checkbox"/> Sangrado <input type="checkbox"/> Boca <input type="checkbox"/> Rectal <input type="checkbox"/> NGT <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Apetito <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> ELIMINACIÓN: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal Indique: _____	<input type="checkbox"/> Comunicativo <input type="checkbox"/> Simpático <input type="checkbox"/> Tímido <input type="checkbox"/> Depresivo <input type="checkbox"/> Ansioso <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Intranquilo <input type="checkbox"/> Temeroso ABUSO, NEGLIGENCIA (SIGNOS Y SÍNTOMAS) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, Identifique <input type="checkbox"/> Abuso Mental <input type="checkbox"/> Abuso Sexual <input type="checkbox"/> Abuso Físico: <input type="checkbox"/> Ojo Negro <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Laceración <input type="checkbox"/> Manchas <input type="checkbox"/> Herida Abierta <input type="checkbox"/> Fracturas <input type="checkbox"/> Dislocación, Torcedura <input type="checkbox"/> Cambios repentinos en conducta <input type="checkbox"/> Otros: _____																		
OÍDOS <input type="checkbox"/> AUDICIÓN NORMAL <table border="1"> <tr> <td>Oído</td> <td>Derecho</td> <td>Izquierdo</td> </tr> <tr> <td>Sordera</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Audífonos</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Secreciones*</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dolor*</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otro*</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> Especifique: _____	Oído	Derecho	Izquierdo	Sordera	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Audífonos			Secreciones*			Dolor*			Otro*			SISTEMA GENITOURINARIO <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> Retención <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Incontinencia <input type="checkbox"/> Hematuria Enfermedades Venéreas <input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO Especifique: _____ Secreciones Vaginales <input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> N/A Especifique: _____ Embarazos: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A Grava _____ Para _____ Abortos _____ Sonda Urinaria <input type="checkbox"/> Si * # _____ <input type="checkbox"/> No Fecha inserción: _____	SISTEMA MÚSCULO/ESQUELETAL <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> Deformación* <input type="checkbox"/> Dolor* <input type="checkbox"/> Rígidez* <input type="checkbox"/> Contractura* <input type="checkbox"/> Anquilosis* <input type="checkbox"/> Fractura* <input type="checkbox"/> Artritis* <input type="checkbox"/> Amputación* <input type="checkbox"/> Prótesis* Indique: _____
Oído	Derecho	Izquierdo																		
Sordera	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																		
Audífonos																				
Secreciones*																				
Dolor*																				
Otro*																				
SISTEMA CARDIORESPIRATORIO <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> Disnea* <input type="checkbox"/> Taquipnea* <input type="checkbox"/> Fatiga* <input type="checkbox"/> Ortopneea* <input checked="" type="checkbox"/> Tos <input checked="" type="checkbox"/> Flema* <input type="checkbox"/> Cianosis* <input type="checkbox"/> Edema* <input type="checkbox"/> Rales* <input type="checkbox"/> Sibilancias <input type="checkbox"/> Ronquillos* <input checked="" type="checkbox"/> Otro Especifique: _____	SISTEMA NEUROLOGICO <input type="checkbox"/> ALERTA <input type="checkbox"/> ORIENTADO X 4 <input type="checkbox"/> Inquieto <input type="checkbox"/> Confundido <input type="checkbox"/> Desorientado: <input checked="" type="checkbox"/> Tiempo <input checked="" type="checkbox"/> Espacio <input type="checkbox"/> Lugar <input type="checkbox"/> Persona <input type="checkbox"/> Soñoliento <input type="checkbox"/> Letárgico <input type="checkbox"/> Estuporoso <input type="checkbox"/> Coma Movimientos Involuntarios <input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO Convulsiones <input type="checkbox"/> SI* <input checked="" type="checkbox"/> NO TIPO: <input type="checkbox"/> Focales <input type="checkbox"/> Generalizadas <input type="checkbox"/> Otro _____ Dificultad para hablar <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> NO Afasia <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> NO Disfagia <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO Debilidad / Parálisis <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO Lado: <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo	SISTEMA INTERGUMENTARIO <input type="checkbox"/> INTACTO <input type="checkbox"/> ALTERADO, identifique áreas de alteración de la piel en la admisión:  a. Quemadura b. Cicatriz c. Contusión/Golpe d. Amputación e. Eritema f. Erucción g. Deformación h. Herida Traumática i. Laceración j. Úlcera por presión (Indique estadio) Localización: _____ Tamaño: _____ Estadio (I a V) _____ Área de riesgo a deteriorar: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO Indique: _____																		
SISTEMA HEMATOPOYÉTICO <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> Hemorragias <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Petequias <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Otros: _____																				

* Toda selección que este identificada con este símbolo requiere documentación adicional nota enfermería

XII. ESTIMADO INICIAL DE LA PIEL

ESCALA BRADEN

Percepción Sensorial	Exposición a Humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Infusión y Riesgo
Completamente limitada:	1 Constantemente Húmeda:	1 Encamado/a:	1 Completamente Inmóvil:	1 Muy Pobre:	1 Problema: 1
Muy limitada:	2 A menudo Húmeda:	2 En silla:	2 Muy Limitada:	2 Probablemente Inadecuada:	2 Problema Potencial: 2
Ligeramente Limitada:	3 Ocasionalmente Húmeda:	3 Ambula Ocasionalmente:	3 Ligeramente Limitada:	3 Adecuada:	3 No existe problema aparente: 3
Sin Limitaciones:	4 Raramente Húmeda:	4 Ambula Frecuentemente:	4 Sin Limitación:	4 Excelente:	4 No Problema: 4
	3	3	1	1	1 2

Escala: Mayor de 18 = Riesgo Ninguno, 15-18 = Riesgo Leve, 13-14 = Riesgo Moderado, 10-12 = Riesgo Alto, 9 o menos = Riesgo Muy Alto

Nota: Active las Medidas de Prevención y/o Manejo de Alteración de la piel desde la admisión. Ver Hoja Prevención Y Manejo de Piel.

Total de Riesgo

11

XIII. ESTIMADO DE RIESGO A CAÍDAS (J.H.Downton)

CAÍDAS PREVIAS	No	0
	Si	1
ESTADO MENTAL	Orientado	0
	Confuso	1
DÉFICIT SENSORIAL/ MOTOR	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
MOVILIDAD	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (parálisis- paresia...)	1
EDAD	Normal	0
	Segura con ayuda	1
MOVILIDAD	Insegura con ayuda/sin ayuda	1
	Imposible	1
EDAD	< 60 Años	0
	> 61 Años	1
MEDICAMENTOS	Ningunos	0
	Tranquilizantes, sedantes	1
	Diuréticos,	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
TOTAL	Aalto Riesgo: Mayor de 2 puntos / 15 <input type="checkbox"/> Riesgo Nulo (0-2) <input type="checkbox"/> Riesgo Alto (3 ó más)	8

XIV. NUTRICIÓN

- Desayuna Almuerza Cena Merienda
Dieta especial Si No Tipo: **NPO**
- CERNIMIENTO NUTRICIONAL: Pérdida de peso mayor de 10 libras por mes
 Vómitos y/o diarreas por más de 3 días Dificultad al tragar o masticar
 Pobre Apetito por 3 o más días Úlceras por presión (Estadio II al IV)
 Paciente alcohólico Cirugía Geriátrica ≥ 65 años
 Alergia severas alimentos Pacientes con alimentación enteral por tubo
- Diagnósticos de alto riesgo : Diabetes de Novo o descontrolada
 Obesidad Mórbida Malnutrición SIDA
 Embarazada con Hiperemesis Gravídica, Preeclampsia, Diabetes Gestacional

*** De identificar 1 ó más factores de riesgo referir a la dietista clínica para evaluación....

XV. CERNIMIENTO FUNCIONAL

- Paciente propenso a desarrollar úlceras por presión relacionado a problemas de movilidad por las siguientes razones:
 CVA Trauma al cordón espinal Artritis
 Dolores de espalda Otro: _____
- Pacientes que reciban fisioterapia ambulatoria al momento de ser admitidos.
 Otros: _____
 Ausencia de riesgo

De identificar 1 ó más factores de riesgo referir a fisioterapia para evaluación.

XVI. NECESIDADES AUTO CUIDADO

HABILIDAD PARA:

- 1.Baño Cama Ducha
 Con Ayuda Sin Ayuda
- 2.Alimentación Con Ayuda Sin Ayuda

XVII. ESTIMADO DE NECESIDADES EDUCATIVAS

- Estudios
 Medicamentos
 Procedimientos
 Condición
 Dieta

- Cuidado pre/post op
 Autocuidado
 Prevención Caídas
 Otros

XVIII. OBJETOS PERSONALES

- Retenidos por paciente
 Entregados a familiar
 Guardados en la Unidad
 En custodia del Hospital
Especifique:

XIX. PRUEBAS DIAGNOSTICAS: CBC BMP CMP PT & PTT U/A FBS CXR EKG CULTIVOS

XX. PROBLEMAS IDENTIFICADOS DURANTE ESTIMADO INICIAL: fiebre, mucha tos, debilidad,
dificultad para comer.

XXI. PLANIFICACIÓN ALTA: ¿Dónde regresará después del alta? Hogar Casa salud Otros _____

POSIBLE CANDIDATO PARA OTROS SERVICIOS: Capellania Terapia Física Intérprete Servicios en el Hogar por los siguientes Dx

CVA AMPUTACIÓN CONDICIONES TERMINALES CRÓNICO RENAL CABG'S PACIENTES CUIDADO CRÍTICO

ULCERAS SALUD MENTAL MALTRATO SIN RECURSO O FAMILIAR

Referido a Trabajo Social SI NO

S. Sánchez 104747R

Firma del profesional de enfermería / Número de licencia

D. >	Escala que afecta expresión de la cara: (Wong-Baker Faces)										
PAIN SCALE											
	0	1	2	3	4	5					
	NO DOLOR	POCO DOLOR	UN POCO MAS DE DOLOR	DOLOR CONSTANTE	DOLOR FUERTE	DOLOR SEVERO					
	(No Hurt)	(Hurt Little Bit)	(Hurts Little More)	(Hurts Even More)	(Hurts Less)	(Hurts Harsh)					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	ADULT >	NO DUELE	DUELE REGULAR					DUELE MUCHO			



Hospital Hermanos Meléndez
Carr # 2 KM 11.7

Gant #2 KM 11.7

BAYAMON, PR 00960

Sala de Emergencia Adultos

Name: _____

Birthday: 01/01/1922

Age: 95 Años

Sex: M

Height: 5'7"

Weight: 170Lbs

S.S.: XXX-XX-6076

Doctor:

Admission: 07/29/2017 04:22 PM

56727

VITAL SIGNS AND PAIN CHART

**HOSPITAL
HERMANOS
MELENDEZ**

BAYAMON, PUERTO RICO
(787) 620-8181

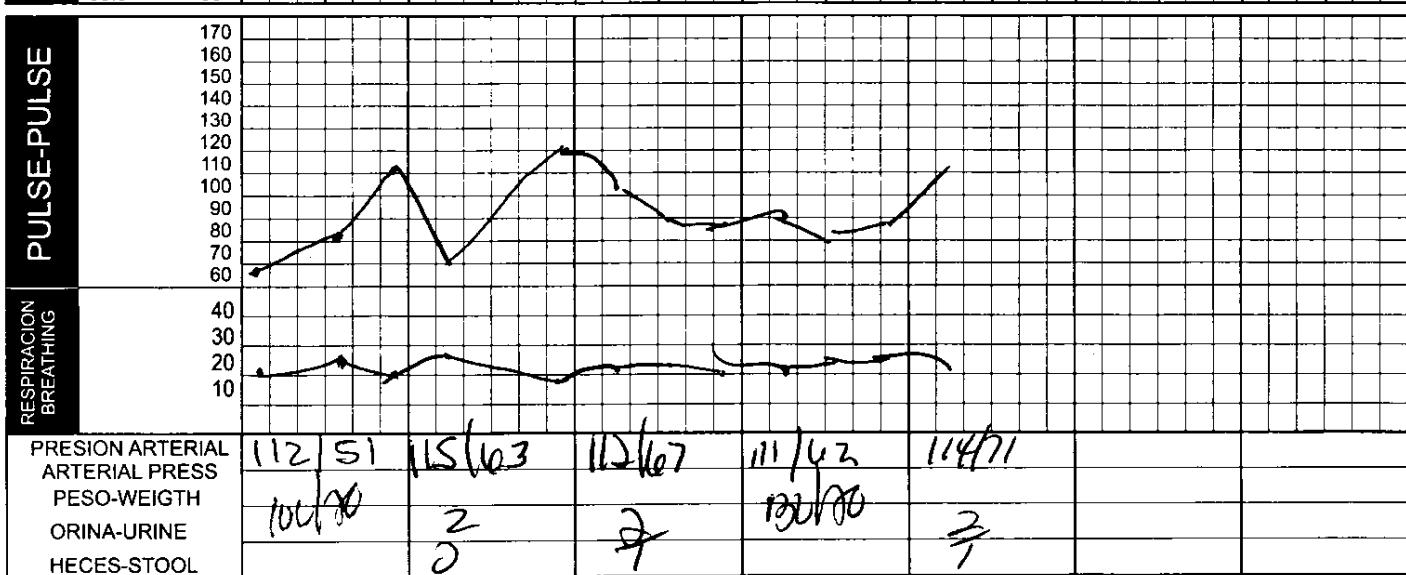
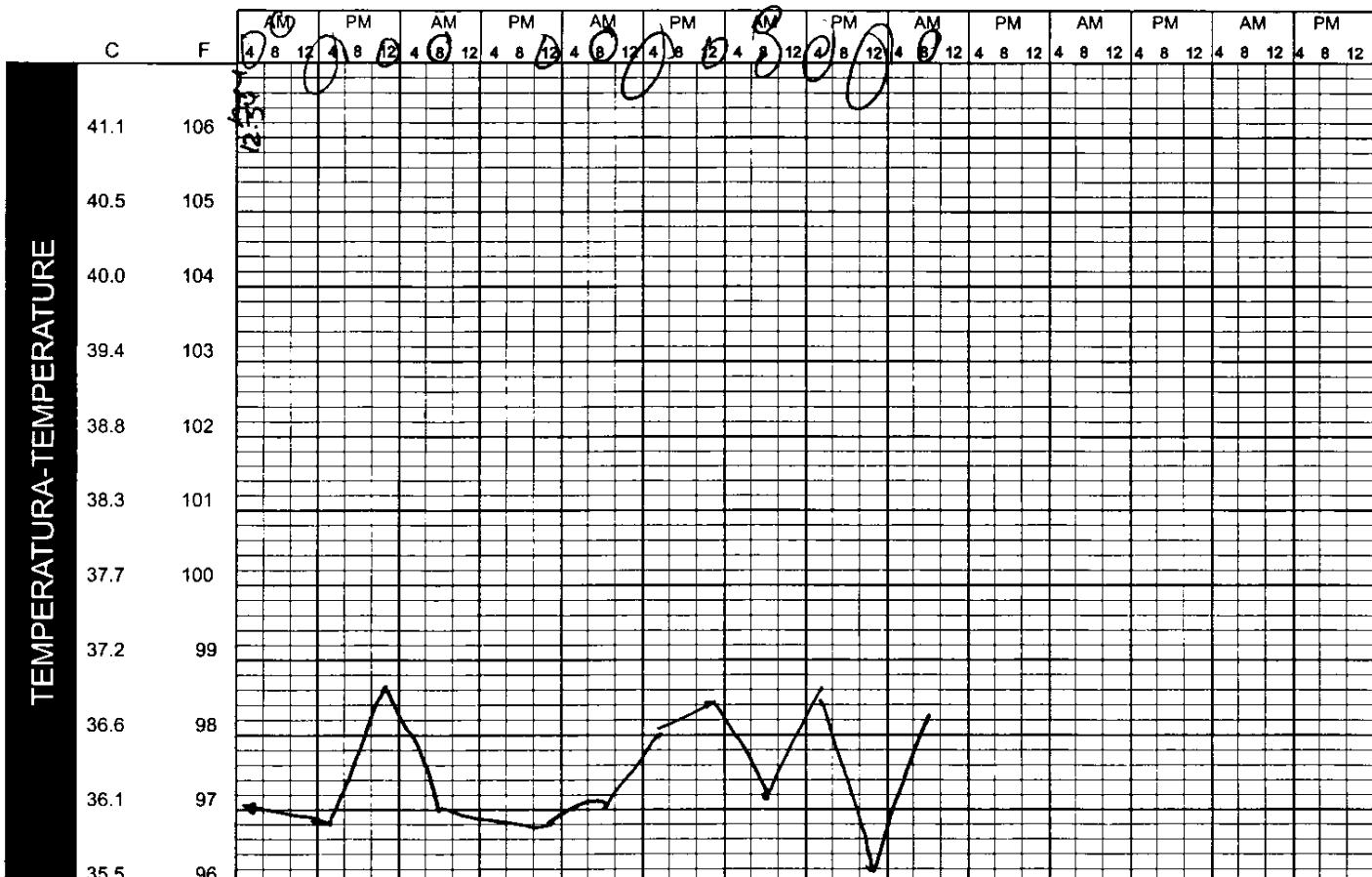
ADDRESSOGRAPH PLATE FOR PATIENT IDENTIFICATION
GRAPHIC CHART

100
Cruz 95
013 A 567278

567278

100
N 567278

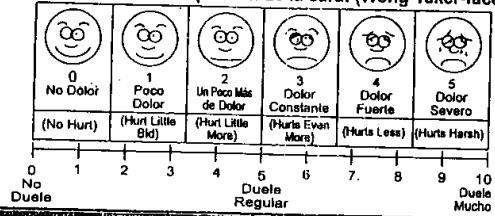
DATE	7/30/17	7/31/17	8/01/17	8/02/17	8/3/17		
DAY IN HOSPITAL	Adm	1	2	3	4		
POST OP. DATE							



MAIN ASSESSMENT / REASSESSMENT MANAGEMENT

PAIN SCALE

Escala que afecta expresión de la cara: (Wong-Taker-faces)



LEYENDA:

N/A	0	COLIC	6	MED - MEDICATIONS
SHARP	1	TWISTING	7	A - ACTIVITY
DEEP	2	TINGLING	8	C - COMFORT
BURNING	3	CRAMPS	9	M - MASSAGE
HEAVINESS	4	SENSITIVE	10	I - COLD, ICE
OPPRESSION	5	OTHER	11	H - HEAT

I.V. FLUIDS WITH ADDITIVES

Tx Aerosol Continous
T Tube Nebulizer
Tx Suction
Tx Power Nebulizer
Power Nebulizer Kit
Tx IPPB.
Chest Phys. Ther.
Insentive Spirometer
Ventury Mask
Date Art B-LD Gas
Art B-LD Gases Puncture
AB Gases Interpret.

PROGRESS NOTES

Continuous Respirator
Circuito Ventilador
C.P.A.P
Peep
Respirator Stand-By
Filtro Ventilador
I.P.P.B. Set Up
Tracheotomy Mask
Spira Pro Pat. Br/Dic & Int.
S.V.C./SUV Vital Capacity
H.W./Max Breath Capacity

ROOM NO. 7 A

20170424
0000567278

ADMITTING DX:	PULMONARY /Respiratory	
INITIAL IF DONE	DX:	
Patient and Family Education Method: Educational Conference Stationary	OTHER VERIFIED WITH PHYSICIAN ORDER SHEET OBJECTIVES PLACED	IMPROVED ALVEOLAR VENTILATION PREVENT OR TREAT ATELECTASIS IMPROVE & PROMOTE COUGH MECHANISM DELIVERY AEROSOL MEDICATION OTHERS:
OBJECTIVES OF RESPIRATORY THERAPY PREVENT ACCUMULATION OR PROMOTE MOBILIZATION OF BRONCHIAL SECRETIONS IMPROVE CARDIOPULMONARY RESERVE THOROUGH PHYSICAL CONDITIONING IMPROVE ARTERIAL OXYGENATION		

DATE: 7/21/17 TIME: 6:17 AM	POSITION: 3-Supine 1-Fowler 2-Sitting	F102 FLOW	PRE	POST	PULSE	EQUIPMENT PERFORMANCE 1-INADEQUATE 2-CHARGED	MECHANICAL VENTILATION RR PEEP	YES NO	FEED	NOSE	TECH
Assessment	1) Cough	2) Sputum	3) Auscultation (Pre)	4) Auscultation (Post)	5) Response	6) Side Effects	7) Mode	8) Sputum	9) Auscultation (Pre)	10) Auscultation (Post)	11) Response
Assessment	1) Cough	2) Sputum	3) Auscultation (Pre)	4) Auscultation (Post)	5) Response	6) Side Effects	7) Mode	8) Auscultation (Pre)	9) Auscultation (Post)	10) Response	11) Side Effects
DATE: 7/21/17 TIME:.....	AM POSITION: 3-Supine 1-Fowler 2-Sitting	F102 FLOW	PRE	POST	PULSE	EQUIPMENT PERFORMANCE 1-INADEQUATE 2-CHARGED	MECHANICAL VENTILATION RR PEEP	YES NO	FEED	NOSE	TECH
Assessment	1) Cough	2) Sputum	3) Auscultation (Pre)	4) Auscultation (Post)	5) Response	6) Side Effects	7) Mode	8) Auscultation (Pre)	9) Auscultation (Post)	10) Response	11) Side Effects

DATE:	TIME:	AM POSITION		F102 FLOW		RESPIRATORY		PULSE		EQUIVALENT PERFORMANCE		MECHANICAL VENTILATION			
		1-Supine PAH	2-Sitting	3-Front PAH	4-Back PAH	5-Front	PRE	POST	PRE	POST	1-INADEQUATE 2-CHANGED	VT PEED	IN	NO FIO2 MODE	
Assessment															
Mode															
Sputum															
Auscultation (Pre)															
Auscultation (Post)															
Response															
Side Effects															
DATE:		TIME:		AM POSITION		F102 FLOW		RESPIRATORY		PULSE		EQUIVALENT PERFORMANCE		MECHANICAL VENTILATION	
				3-Supine PAH		4-Back PAH		5-Front		PRE		POST		VT PEED	
				1-Fowler PAH		2-Sitting		3-Front						IN	
														NO FIO2 MODE	
Assessment															
Mode															
Sputum															
Auscultation (Pre)															
Auscultation (Post)															
Response															
Side Effects															
DATE:		TIME:		AM POSITION		F102 FLOW		RESPIRATORY		PULSE		EQUIVALENT PERFORMANCE		MECHANICAL VENTILATION	
				1-Supine PAH		2-Sitting		3-Front PAH		PRE		POST		VT PEED	
				1-Fowler PAH		2-Sitting		3-Front						IN	
														NO FIO2 MODE	
Assessment															
Mode															
Sputum															
Auscultation (Pre)															
Auscultation (Post)															
Response															
Side Effects															
DATE:		TIME:		AM POSITION		F102 FLOW		RESPIRATORY		PULSE		EQUIVALENT PERFORMANCE		MECHANICAL VENTILATION	
				3-Supine PAH		4-Back PAH		5-Front		PRE		POST		VT PEED	
				1-Fowler PAH		2-Sitting		3-Front						IN	
														NO FIO2 MODE	
Assessment															
Mode															
Sputum															
Auscultation (Pre)															
Auscultation (Post)															
Response															
Side Effects															

Assessment	SpO ₂ 100% / 12 L/min POSITION: 1-Supine 4-Trend 2-Prone 3-Sitting	PULSE	RESPIRATORY	EQUIPMENT PERFORMANCE	MECHANICAL VENTILATION
	DATE: 1/21/11 TIME: 10:00 AM	POST	PRE	1-ABERLATE 2-CHANGED	VT _____ RR _____ PEEP _____ FIO2 _____ MODE _____

Mode	<i>Check the settings of 63 a 100% O₂ via 2-limb cylinder.</i>
------	---

Auscultation (Pre)	
----------------------	--

Auscultation (Post)	
-----------------------	--

Response	<i>Same - No change</i>
----------	-------------------------

Side Effects	
--------------	--

DATE: 1/21/11 TIME: 10:00 AM POSITION: 1-Supine 4-Trend 2-Prone 3-Sitting	PULSE	RESPIRATORY	EQUIPMENT PERFORMANCE	MECHANICAL VENTILATION	
	F102 FLOW	PRE 18 POST	PRE 9 POST	1-ABERLATE 2-CHANGED	VT _____ RR _____ PEEP _____ FIO2 _____ MODE _____

Assessment	<i>12 breaths/min</i>
------------	-----------------------

Mode	<i>100% O₂, 12 L/min</i>
------	-------------------------------------

Sputum	<i>No</i>
--------	-----------

Auscultation (Pre)	<i>Normal</i>
----------------------	---------------

Auscultation (Post)	<i>Normal</i>
-----------------------	---------------

Response	<i>1/2 l/min Se</i>
----------	---------------------

Side Effects	<i>V/V</i>
--------------	------------

DATE: 1/21/11 TIME: 10:00 AM POSITION: 1-Supine 4-Trend 2-Prone 3-Sitting	PULSE	RESPIRATORY	EQUIPMENT PERFORMANCE	MECHANICAL VENTILATION	
	F102 FLOW	PRE POST	PRE POST	1-ABERLATE 2-CHANGED	VT _____ RR _____ PEEP _____ FIO2 _____ MODE _____

Assessment	
------------	--

Mode	
------	--

Sputum	
--------	--

Auscultation (Pre)	
----------------------	--

Auscultation (Post)	
-----------------------	--

Response	
----------	--

Side Effects	
--------------	--

DATE: 1/21/11 TIME: 10:00 AM POSITION: 1-Supine 4-Trend 2-Prone 3-Sitting	PULSE	RESPIRATORY	EQUIPMENT PERFORMANCE	MECHANICAL VENTILATION	
	F102 FLOW	PRE POST	PRE POST	1-ABERLATE 2-CHANGED	VT _____ RR _____ PEEP _____ FIO2 _____ MODE _____

Assessment	
------------	--

Mode	
------	--

Sputum	
--------	--

Auscultation (Pre)	
----------------------	--

Auscultation (Post)	
-----------------------	--

Response	
----------	--

Side Effects	
--------------	--

DATE:	TIME:	AM POSITION 1-Supine 2-Fowler 3-Prone P.M. 4-Trend 5-String	F102 LOW	RESPIRATORY FREQUENCY POST	PULSE PRE	SPO2 POST	Mechanical Ventilation YES <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> VT <input type="checkbox"/> IR <input type="checkbox"/> PEEP <input type="checkbox"/> FIO2 <input type="checkbox"/> MODE <input type="checkbox"/>
-------	-------	---	-------------	----------------------------------	--------------	--------------	--

Assessment Pt frang sinus cut R/A

Mode Rib C 0.083/0.02 bacterial

Sputum No s

Auscultation (Pre) Tones

Auscultation (Post) Tones

Response Pt feels the

Side Effects	AM POSITION 1-Supine 2-Fowler 3-Prone P.M. 4-Trend 5-String	F102 LOW	RESPIRATORY FREQUENCY PRE	PULSE POST	EQUIPMENT PERFORMANCE 1-ADEQUATE 2-CHARGED	Mechanical Ventilation YES <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> VT <input type="checkbox"/> IR <input type="checkbox"/> PEEP <input type="checkbox"/> FIO2 <input type="checkbox"/> MODE <input type="checkbox"/>
--------------	---	-------------	---------------------------------	---------------	--	--

Assessment

Mode

Sputum

Auscultation (Pre)

Auscultation (Post)

Response

Side Effects	AM POSITION 1-Supine 2-Fowler 3-Prone P.M. 4-Trend 5-String	F102 LOW	RESPIRATORY FREQUENCY PRE	PULSE PRE	EQUIPMENT PERFORMANCE 1-ADEQUATE 2-CHARGED	Mechanical Ventilation YES <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> VT <input type="checkbox"/> IR <input type="checkbox"/> PEEP <input type="checkbox"/> FIO2 <input type="checkbox"/> MODE <input type="checkbox"/>
--------------	---	-------------	---------------------------------	--------------	--	--

Assessment

Mode

Sputum

Auscultation (Pre)

Auscultation (Post)

Response

Side Effects	AM POSITION 1-Supine 2-Fowler 3-Prone P.M. 4-Trend 5-String	F102 LOW	RESPIRATORY FREQUENCY PRE	PULSE PRE	EQUIPMENT PERFORMANCE 1-ADEQUATE 2-CHARGED	Mechanical Ventilation YES <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> VT <input type="checkbox"/> IR <input type="checkbox"/> PEEP <input type="checkbox"/> FIO2 <input type="checkbox"/> MODE <input type="checkbox"/>
--------------	---	-------------	---------------------------------	--------------	--	--

Assessment

Mode

Sputum

Auscultation (Pre)

Auscultation (Post)

Response

Tx Aerosol Continuous	
T. Tube Nebulizer	
Tx Suction	
Tx Power Nebulizer	
Power Nebulizer Kit	
Tx I.P.P.B.	
Chest Phys. Ther.	
Insentive Spirometer	
Ventury Mask	
Date Art B-LD Gas	
Art B-LD Gases Puncture	
AB Gases Interpret.	

PROGRESS NOTES

Continuous Respirator
Círculo Ventilador
C.P.A.P
Peep
Respirator Stand-By
Filtro Ventilador
I.P.B. Set Up
Tracheotomy Mask
Spiral Pre Pat. Bro/Dic & Int.
S.V.C./S.W Vital Capacity
N.W./Max Breath Capacity

ROOM NO. 8 BA

ADMITTING DX: <u>21 OUT</u>		PULMONARY <u>BPD</u> DX:	
INITIAL IF DONE		OBJECTIVES OF RESPIRATORY THERAPY	
Patient and Family Education Method: Educational Conference Patient		OTHER VERIFIED WITH <input checked="" type="checkbox"/> PHYSICIAN ORDER SHEET <input checked="" type="checkbox"/> OBJECTIVES PLACED <u>J</u> THERAPY EVALUATED DATE	
		<input type="checkbox"/> IMPROVED ALVEOLAR VENTILATION <input type="checkbox"/> PREVENT OR TREAT ATELECTASIS	<input type="checkbox"/> PREVENT ACCUMULATION OR PROMOTE MOBILIZATION OF BRONCHIAL SECRETIONS <input type="checkbox"/> IMPROVE CARDIOPULMONARY RESERVE <input type="checkbox"/> THOROUGH PHYSICAL CONDITIONING
		<input checked="" type="checkbox"/> IMPROVE & PROMOTE COUGH MECHANISM <input checked="" type="checkbox"/> DELIVERY AEROSOL MEDICATION <input type="checkbox"/> OTHERS:	<input type="checkbox"/> IMPROVE ARTERIAL OXYGENATION
		Patient instructed on equipment safety and coached on present modality	

DATE: 8/1/17	TIME: 1:00 PM	POSITION 3-Supine 4-Fowler 2-Sitting	F102 FLOW	RESPIRATORY PRE / 6 POST	PULSE PRE 71 POST	EQUIPMENT PERFORMANCE 1-ADJUSTED 2-CHANGED	MECHANICAL VENTILATION VT PEEP	YES NO	F102	MECHANICAL VENTILATION VT PEEP	YES NO	F102
Assessment <i>pt having cold & room air</i>												
Mode <i>non invasive</i>												
Sputum <i>pink</i>												
Auscultation (Pre) <i>normal</i>												
Auscultation (Post) <i>normal</i>												
Response <i>stable</i>												
Side Effects <i>none</i>												

DATE: 8/1/17	TIME: 1:30 PM	POSITION 3-Supine 4-Fowler 2-Sitting	F102 FLOW	RESPIRATORY PRE 8 POST	PULSE PRE 78 POST	EQUIPMENT PERFORMANCE 1-ADJUSTED 2-CHANGED	MECHANICAL VENTILATION VT PEEP	YES NO	F102	MECHANICAL VENTILATION VT PEEP	YES NO	F102
Assessment <i>pt on O2 83% Nibsd & 15L/min</i>												
Mode <i>non invasive</i>												
Sputum <i>pink</i>												
Auscultation (Pre) <i>normal</i>												
Auscultation (Post) <i>normal</i>												
Response <i>stable</i>												

TIME:		AM POSITION		F102		RESPIRATORY FLOW		EQUIPMENT PERFORMANCE		MECHANICAL VENTILATION		TECH	
DATE:		3-Supine	4-Fowler	1-Fowler	2-Sitting	PRE	POST	1-INADEQUATE	2-CHANGED	VT	RR	PEEP	NO YES
Assessment		Node		Sputum		Auscultation (Pre)		Auscultation (Post)		Response		Side Effects	
Mode		frei 6000 pulsat & ruck											
Sputum													
Auscultation (Pre)		mild		Auscultation (Post)		mild		Auscultation (Post)		Response		Side Effects	
Response		17-10000		Auscultation (Post)		mild		Auscultation (Post)		Response		Side Effects	
Side Effects		frei 6000 pulsat & ruck		Auscultation (Post)		mild		Auscultation (Post)		Response		Side Effects	
Mode		frei 6000 pulsat & ruck		Sputum		Auscultation (Pre)		Auscultation (Post)		Response		Side Effects	
Sputum				Auscultation (Pre)		Auscultation (Post)		Auscultation (Post)		Response		Side Effects	
Auscultation (Pre)		frei 6000 pulsat & ruck		Sputum		Auscultation (Post)		Auscultation (Post)		Response		Side Effects	
Response		frei 6000 pulsat & ruck		Auscultation (Post)		mild		Auscultation (Post)		Response		Side Effects	
Side Effects		frei 6000 pulsat & ruck		Sputum		Auscultation (Pre)		Auscultation (Post)		Response		Side Effects	
Mode		frei 6000 pulsat & ruck		Auscultation (Pre)		Auscultation (Post)		Auscultation (Post)		Response		Side Effects	
Sputum				Auscultation (Pre)		Auscultation (Post)		Auscultation (Post)		Response		Side Effects	
Auscultation (Pre)		frei 6000 pulsat & ruck		Sputum		Auscultation (Post)		Auscultation (Post)		Response		Side Effects	
Response		frei 6000 pulsat & ruck		Auscultation (Post)		mild		Auscultation (Post)		Response		Side Effects	
Side Effects		frei 6000 pulsat & ruck		Sputum		Auscultation (Pre)		Auscultation (Post)		Response		Side Effects	
Mode		frei 6000 pulsat & ruck		Auscultation (Pre)		Auscultation (Post)		Auscultation (Post)		Response		Side Effects	
Sputum				Auscultation (Pre)		Auscultation (Post)		Auscultation (Post)		Response		Side Effects	
Auscultation (Pre)		frei 6000 pulsat & ruck		Sputum		Auscultation (Post)		Auscultation (Post)		Response		Side Effects	
Response		frei 6000 pulsat & ruck		Auscultation (Post)		mild		Auscultation (Post)		Response		Side Effects	
Side Effects		frei 6000 pulsat & ruck		Sputum		Auscultation (Pre)		Auscultation (Post)		Response		Side Effects	

PROGRESS NOTES

Tx Aerosol Continuous
T Tube Nebulizer
Tx Suction
Tx Power Nebulizer
Power Nebulizer Kit
Tx IPPB.
Chest Phys. Ther.
Incentive Spirometer
Venturi Mask
Date Art B-LD Gas
Art B-LD Gases Puncture
AB Gases Interpret.

ADMITTING
DX:

INITIAL IF DONE

Patient and Family Education Method:
Educational Conference

Stationary

Patient instructed on sedation safety and coached on present modality

PULMONARY

DX: 101512

OBJECTIVES OF RESPIRATORY THERAPY

- OTHER VERIFIED WITH PHYSICIAN ORDER SHEET
- OBJECTIVES PLACED
- THERAPY EVALUATED DATE
- IMPROVED ALVEOLAR VENTILATION
- PREVENT OR TREAT ATELECTASIS
- ✓ IMPROVE & PROMOTE COUGH MECHANISM
- ✓ DELIVERY AEROSOL MEDICATION
- OTHERS:
- PREVENT ACCUMULATION OR PROMOTE MOBILIZATION OF BRONCHIAL SECRETIONS
- IMPROVE CARDIOPULMONARY RESERVE
- THOROUGH PHYSICAL CONDITIONING
- IMPROVE ARTERIAL OXYGENATION

Continuous Respirator
Circuito Ventilador
C.P.A.P
Peep
Respirator Stand-By
Filtro Ventilador
I.P.P.B. Set Up
Traqueotomy/Mask
Spike Pre. Pt. Pro/Dic & Int.
S.V.C./SW Vital Capacity
A.W./Max Breath Capacity

ROOM NO. X13-A

Date & Time, Orders
Charles, Initials
10/23/04
10/23/04

Date & Time, Orders
Charles, Initials
10/23/04
10/23/04

Date & Time, Orders
Charles, Initials
10/23/04
10/23/04

Date & Time, Orders
Charles, Initials
10/23/04
10/23/04

DATE: 10/2/04	TIME: 10:00 AM	POSITION: 3-Squat 1-Fowler PM 2-Sit 3-Prone	RESPIRATORY: 17 1/F ¹ F ¹ /A	PULSE: 84	EQUIPMENT: PEPPERS 1-REGULAR 1-CHANGED	MECHANICAL VENTILATION: VT 1	YES _____ NO _____
Assessment							FIO ₂ PEEP
Mode							MODE P5
Sputum							
Auscultation (Pre)							
Auscultation (Post)							
Response							
Side Effects							

DATE: 10/2/04	TIME: 10:00 AM	POSITION: 3-Squat 1-Fowler PM 2-Sit 3-Prone	RESPIRATORY: 17 1/F ¹ F ¹ /A	PULSE: 84	EQUIPMENT: PEPPERS 1-REGULAR 1-CHANGED	MECHANICAL VENTILATION: VT 1	YES _____ NO _____
Assessment							FIO ₂ PEEP
Mode							MODE P5
Sputum							
Auscultation (Pre)							
Auscultation (Post)							
Response							
Side Effects							

DATE: 10/2/04	TIME: 10:00 AM	POSITION: 3-Squat 1-Fowler PM 2-Sit 3-Prone	RESPIRATORY: 17 1/F ¹ F ¹ /A	PULSE: 84	EQUIPMENT: PEPPERS 1-REGULAR 1-CHANGED	MECHANICAL VENTILATION: VT 1	YES _____ NO _____
Assessment							FIO ₂ PEEP
Mode							MODE P5
Sputum							
Auscultation (Pre)							
Auscultation (Post)							
Response							
Side Effects							

DATE: 11/21 TIME: 10:00 AM	POSITION: 3-Supine 4-Fowler PA: PA	EQUIPMENT: 2-Flow 5-Prone	PULSE: PRE: 76 F102: 100 RESPIRATORY: 30 VT: 15 MECHANICAL VENTILATION: VT: 15 FIO2: 0.4 PEED: NO TECH: IN
			Post: 76 F102: 100 RESPIRATORY: 30 VT: 15 MECHANICAL VENTILATION: VT: 15 FIO2: 0.4 PEED: NO TECH: IN
Assessment	No respiratory distress. Better edema.		
Mode	Chest wall		
Sputum			
Auscultation (Pre)	Lungs clear		
Response	Dyspnea better		
Side Effects	None		
DATE: 11/21 TIME: 7:00 AM	POSITION: 3-Supine 1-Fowler PA: PA	EQUIPMENT: F102 4-Flow 5-Prone	PULSE: PRE: 80 F102: 100 RESPIRATORY: 16 VT: 15 MECHANICAL VENTILATION: VT: 15 FIO2: 0.4 PEED: NO TECH: IN
Assessment	Heart quiet, oozed and (with 0.5% lidocaine) at room air.		
Mode	Pace 166, 0.83% effusion + tachypnoea		
Sputum	More		
Auscultation (Pre)	Bronchi		
Auscultation (Post)	Bronchi		
Response	he tachypnoea		
Side Effects	None		
DATE: 11/21 TIME: 10:00 AM	POSITION: 3-Supine 1-Fowler PA: PA	EQUIPMENT: F102 4-Flow 5-Prone	PULSE: PRE: 76 F102: 100 RESPIRATORY: 30 VT: 15 MECHANICAL VENTILATION: VT: 15 FIO2: 0.4 PEED: NO TECH: IN
Assessment	No change		
Mode	Chest wall		
Sputum			
Auscultation (Pre)			
Auscultation (Post)			
Response			
Side Effects	None		
DATE: 11/21 TIME: 10:00 AM	POSITION: 3-Supine 1-Fowler PA: PA	EQUIPMENT: F102 4-Flow 5-Prone	PULSE: PRE: 76 F102: 100 RESPIRATORY: 30 VT: 15 MECHANICAL VENTILATION: VT: 15 FIO2: 0.4 PEED: NO TECH: IN
Assessment	Cyanosis 1390		
Mode	Chest wall		
Sputum			
Auscultation (Pre)			
Auscultation (Post)			
Response			
Side Effects	None		
DATE: 11/21 TIME: 10:00 AM	POSITION: 3-Supine 1-Fowler PA: PA	EQUIPMENT: F102 4-Flow 5-Prone	PULSE: PRE: 76 F102: 100 RESPIRATORY: 30 VT: 15 MECHANICAL VENTILATION: VT: 15 FIO2: 0.4 PEED: NO TECH: IN
Assessment	No change		
Mode	Chest wall		
Sputum			
Auscultation (Pre)			
Auscultation (Post)			
Response			
Side Effects	None		
DATE: 11/21 TIME: 10:00 AM	POSITION: 3-Supine 1-Fowler PA: PA	EQUIPMENT: F102 4-Flow 5-Prone	PULSE: PRE: 76 F102: 100 RESPIRATORY: 30 VT: 15 MECHANICAL VENTILATION: VT: 15 FIO2: 0.4 PEED: NO TECH: IN
Assessment	No change		
Mode	Chest wall		
Sputum			
Auscultation (Pre)			
Auscultation (Post)			
Response			
Side Effects	None		
DATE: 11/21 TIME: 10:00 AM	POSITION: 3-Supine 1-Fowler PA: PA	EQUIPMENT: F102 4-Flow 5-Prone	PULSE: PRE: 76 F102: 100 RESPIRATORY: 30 VT: 15 MECHANICAL VENTILATION: VT: 15 FIO2: 0.4 PEED: NO TECH: IN
Assessment	No change		
Mode	Chest wall		
Sputum			
Auscultation (Pre)			
Auscultation (Post)			
Response			
Side Effects	None		

Tx Aerosol Continuous
T. Tube Nebulizer
Tx Suction
Tx Power Nebulizer
Power Nebulizer Kit
Tx.I.P.P.B.
Chest Phys. Ther.
Incentive Spirometer
Ventury Mask
Date Art B-D Gas
Art-B-D Gases Puncture
AB Gases Interpret.

PROGRESS NOTES

Continuous Respirator
Circuito Ventilador
C.P.A.P
Peep
Respirator Stand-By
Filtro Ventilador
I.P.P.B. Set Up
Tracheotomy Mask
Spiro Pro Pat. Bro/Bic & Int.
S.E.C./SW Vital Capacity
N.W./Max Breath Capacity

ROOM NO.

8136

Date & Time, Orders Charters Initials	2/11/17 Jof - DR. BOSZAK
REASSESSMENT:	

PULMONARY B5P	
DX:	
OBJECTIVES OF RESPIRATORY THERAPY	
OTHER VERIFIED WITH PHYSICIAN ORDER SHEET	IMPROVED ALVEOLAR VENTILATION
OBJECTIVES PLACED	PREVENT OR TREAT ATELECTASIS
THERAPY EVALUATED DATE	IMPROVE & PROMOTE COUGH MECHANISM
	DELIVERY AEROSOL MEDICATION
	OTHERS:
PREVENT ACCUMULATION OR PROMOTE MOBILIZATION OF BRONCHIAL SECRETIONS	
IMPROVE CARDIOPULMONARY RESERVE	
THOROUGH PHYSICAL CONDITIONING	
IMPROVE ARTERIAL OXYGENATION	

DATE 2/17 TIME: 1:00	POSITION 3-Supine 1-Fowler 2-Prone PM 2-Station	3-Supine 4-Fowler 5-Prone	F102 FLOW	RESPIRATORY PRE 16 POST	PULSE PRE 78 POST	EQUIPMENT PERFORMANCE 1-ADequate 2-Changed	MECHANICAL VENTILATION 1-VT 2-PEEP	YES NO F102 PEEP
Assessment Alert and quiet w/ room air.								
Made sputum w/ altered .083% +3 ul/mg								
Sputum none								
Auscultation (Pre) non chi								
Auscultation (Post) Ronchi								
Response he tolerates								
Side Effects none								
DATE 2/17 TIME: 7:30 AM	POSITION 3-Supine 1-Fowler 2-Prone PM 2-Station	3-Supine 4-Fowler 5-Prone	F102 FLOW	RESPIRATORY PRE 1 Post	PULSE Post	EQUIPMENT PERFORMANCE 1-ADequate 2-Changed	MECHANICAL VENTILATION 1-VT 2-PEEP	YES NO F102 PEEP
Assessment Alert and quiet X V/5 c								
Made sputum none								
Auscultation (Pre) non chi								
Auscultation (Post) Ronchi								
Response he tolerates								
Side Effects none								

J. Cardiopulm 1250

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

11:11

TIME: / /		AM POSITION		F102 FLOW		PULSE PRE		EQUIPMENT PERFORMANCE		MECHANICAL VENTILATION	
Node		1-Supine 1-Fowler Pm-Sitting		2- 4-Trend 5-Prose		Pulse - Pulse -		VT - 1-ABERLATE 2-CHANGED		IR - FEED	
Sputum										FIO2 PEEP	
Assessment										Mode NO FIO2 MODE	
Node		2-83		2/12		2/12		2/12		2/12	
Sputum		New		No s		New		No s		New	
Auscultation (Pre)		Burgess		Burgess		Burgess		Burgess		Burgess	
Auscultation (Post)		Burgess		Burgess		Burgess		Burgess		Burgess	
Response		Burgess		Burgess		Burgess		Burgess		Burgess	
Side Effects											
Sputum											
Auscultation (Pre)											
Auscultation (Post)											
Response											
Side Effects											
Sputum											
Auscultation (Pre)											
Auscultation (Post)											
Response											
Side Effects											
Sputum											
Auscultation (Pre)											
Auscultation (Post)											
Response											

<input type="checkbox"/> Falta de Higiene <input type="checkbox"/> Falta de Cuido en el Hogar de Cuido <input type="checkbox"/> Mal uso del dinero del paciente <input type="checkbox"/> Falta de ropa y artículos de primera necesidad <input checked="" type="checkbox"/> No aplica		
Situación Social-Económica: <input type="checkbox"/> Ingresos, cantidad _____ <input type="checkbox"/> Pensión, cantidad _____ <input checked="" type="checkbox"/> Seguro Social, cantidad <u>\$124.00</u> <input type="checkbox"/> Pensión Alimentaria, cantidad _____ <input type="checkbox"/> Empleo Puesto: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Asistencia Nutricional, cantidad <u>\$134.00</u> <input type="checkbox"/> Ayuda de Gobierno, cantidad _____ <input checked="" type="checkbox"/> Ayuda Económica Familiar <input type="checkbox"/> Sección 8 <input type="checkbox"/> Vivienda Pública <input type="checkbox"/> Otros: <u>N/A</u>		Orientación ante Necesidad Identificadas: <input type="checkbox"/> Servicios de Salud en el Hogar <input type="checkbox"/> Equipo Médico <input type="checkbox"/> Alimentación <input type="checkbox"/> Centro de Rehabilitación Física <input type="checkbox"/> Unidad Renal <input type="checkbox"/> SNF <input type="checkbox"/> Hospicio <input type="checkbox"/> Antibiótico <input type="checkbox"/> Referidos de Agencias Gubernamentales <input type="checkbox"/> Servicios de Salud Mental y Hospitalizaciones <input type="checkbox"/> Seguimiento Cita Médica de Salud Mental Fecha: _____ Contacto: _____ <input type="checkbox"/> Servicio de Ama de Llaves <input type="checkbox"/> Hogares de Cuido <input checked="" type="checkbox"/> Otros: <u>Seguimiento Plan de Alta</u>
Se discutirá caso con: <input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Supervisora de Enfermería <input type="checkbox"/> Otros _____		Transportación para el paciente: <input checked="" type="checkbox"/> Requiere Servicio de Ambulancia # Autorización _____ <input type="checkbox"/> Auto Familiar <input type="checkbox"/> Otros: _____
Programa de Educación a paciente y/o Familiar: <input checked="" type="checkbox"/> Se orienta sobre los servicios de Trabajo Social <input checked="" type="checkbox"/> Se orienta sobre su Plan de Alta		

Plan de Alta: Paciente devuelto. A compañía por su hijo un Olga Vilma, quien es la responsable del alta y de paciente si éste no recibe atención médica en el trabajo social al momento de su alta, se le dará el servicio de ambulancia en caso de que sea necesario. Por otro lado una Olga Vilma indicó de momento del alta regresaría a su casa en un horario cuando se dé su segundo año de cuidado.

El paciente o persona responsable manifiesta de forma verbal que entiende las instrucciones del Plan de Alta y está de acuerdo con el mismo.

Sí No

Firma: Bruno Juri Núm. Lic. 10167 Fecha: 31/Julio/12 Hora: 3:30pm
 Trabajador Social/Planificación de Alta BJM



Habitación: 813A	Record: Cyp 567278	Sexo: M	Edad: 95	Religión: católica
Plan Médico: NMN	Fecha de Admisión: 7/29/17	Nombre Médico: Dr Villapaz	Entregó estado por: Brenda Pérez	
Diagnóstico de Admisión: vergüenza	Historial servicios recibidos:			
Se recibe consulta por: NMN	<input checked="" type="checkbox"/> Servicios de Salud en el Hogar (RN, PT, OT, TS, NUTRICION, ETC.) <input type="checkbox"/> Hospicio <input checked="" type="checkbox"/> Alimentación <input checked="" type="checkbox"/> Antibióticos (IV) <input checked="" type="checkbox"/> Centro Rehabilitación <input checked="" type="checkbox"/> Equipo Médico (Cálin) <input checked="" type="checkbox"/> Ambulancia <input checked="" type="checkbox"/> No Aplica			
Estado Civil: <input checked="" type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Consensual (conviviendo) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) Nombre: _____ <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Emancipado(a)	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> Agencia			
Al momento del Alta el paciente irá: <input checked="" type="checkbox"/> Hogar Propio <i>Olgia Pérez</i> <input type="checkbox"/> Hogar Sustituto de cuidado <input type="checkbox"/> Hogar Familiar <input type="checkbox"/> Hospital de Rehabilitación <input type="checkbox"/> Albergue <input type="checkbox"/> Otros _____	Problemas con : <input checked="" type="checkbox"/> Alcohol <input checked="" type="checkbox"/> Drogas <input checked="" type="checkbox"/> Fumar <input checked="" type="checkbox"/> Historial Psiquiátrico: <i>no usa fum</i> <i>ni alcohol</i> <i>Olgia Pérez</i>			
Cuidado del Paciente: <input type="checkbox"/> Independiente <input checked="" type="checkbox"/> Encamado <input type="checkbox"/> Requiere ayuda	Paciente en el Hospital tiene: <input checked="" type="checkbox"/> Ventilador <input checked="" type="checkbox"/> Tracheotomía <input checked="" type="checkbox"/> Nasal System <input checked="" type="checkbox"/> Gastrostomía <input checked="" type="checkbox"/> Nasogástrico <input checked="" type="checkbox"/> Foley <input checked="" type="checkbox"/> Diálisis <input checked="" type="checkbox"/> Ulceras <input checked="" type="checkbox"/> Oxígeno <input checked="" type="checkbox"/> Problemas para caminar			
Capacidad para cuidarse a sí mismo: <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	Alimentación: Regular <input checked="" type="checkbox"/> Dieta _____			
Acompañado en el Hospital por: <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Enfermera o Cuidadora <input type="checkbox"/> Otros: _____	TPN _____			
COMPONENTE FAMILIAR con su teléfono: <input type="checkbox"/> Richard Pérez <i>Richard Pérez</i> <input type="checkbox"/> 529-8911	Historial de Enfermedades: Diabetes <input checked="" type="checkbox"/> Hipertensión <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad Cardiaca <input checked="" type="checkbox"/> Asma <input checked="" type="checkbox"/> Cáncer <input checked="" type="checkbox"/> Gastrointestinal <input checked="" type="checkbox"/> Renal <input checked="" type="checkbox"/> Tendencia Sangrado <input checked="" type="checkbox"/> COPD <input checked="" type="checkbox"/> CHF <input checked="" type="checkbox"/> Gastronomía <input checked="" type="checkbox"/> Foley <input checked="" type="checkbox"/> Diálisis <input checked="" type="checkbox"/> Ulceras <input checked="" type="checkbox"/> Sordo/Mudo <input checked="" type="checkbox"/> Algún Impedimento Físico <input checked="" type="checkbox"/> Colostomía <input checked="" type="checkbox"/> Alzheimer <input checked="" type="checkbox"/> Parkinson <input checked="" type="checkbox"/> Demencia <input checked="" type="checkbox"/> Problemas al caminar <input checked="" type="checkbox"/> Otros: <i>episodios fatigantes</i>			
Recurso Familiar Directo: Nombre: <i>Olgia Pérez / Olgia</i> Dirección al momento del alta: <i>Edys cuad, 13 apto 285 jardines de cayanne Bayamon</i>	Visitas Previas: <input type="checkbox"/> Sí ¿Cuántas? _____ <input checked="" type="checkbox"/> No			
Teléfono: <i>423-1814</i>				
Problemas Sociales Identificados: <input type="checkbox"/> Económicos <input type="checkbox"/> Vivienda <input type="checkbox"/> Conflictos de Familiares <input type="checkbox"/> Envejeciente vive solo <input type="checkbox"/> No recursos familiar <input type="checkbox"/> Casos Departamento de la Familia <input type="checkbox"/> Casos Tribunal <input type="checkbox"/> Deambulante <input type="checkbox"/> Enfermedad de Transmisión Sexual <input type="checkbox"/> Falta de Cubierta médica	Estado Mental: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inconsciente <input checked="" type="checkbox"/> Desorientado			

8/3/17 a las 10:00pm - R. Paunto lo evitó
y se dio de alta. Se acuerda sobre
ello y se le da el número: 101003695

8/3/17 Planificación de Auto
12:00pm Exponente:

Se revisó orden número de
ambulancia, se pide que envíe
documentos del plan médico
de orientación tipo de paciente
en Oficina número: Sección 500
Bush Jardín

601010167

BSP

8/3/17 Planificación de Auto

12:59pm Exponente:

Sra Karla Ríos, del plan médico
autoriza sumar el ambulancia
con la compañía Medilab al nº
17215814659. Se coordinó con
dicha compañía: Caja Cumbre

Bush Jardín

601010167

BSP

HOSPITAL
HERMANOS
MELENDEZ

Bayamón Puerto Rico 00960
MULTIDISCIPLINARY RECORD

567278

Observation and Opinion of Visiting, Consultants House Staff, Nursing
A Final Discharge Note Must be Entered on This Sheet, Sign and Date Every Entry.

8/3 1/17 Dijo se ha puesto mejor. Se
9/20 pm adm abierta acapate piso
fundas. Se activo (DNA). Se adm res.
ordens se que trate de tipo
espiratoria
Dijo adm res. andres
Se adm por angina
(mild)

3 Aug 17. Disch NW
11:30 AM The pt had an uneventful
night.
T36°
HR 98
ABP
PO 114/71 No sub, no tachyp; no
cough
has been eating well
Wt (71) Actual Wt (71), char to aux
Heart RHR
Abd: benign soft abdomen w/ cramps
BSR BP, Glycemia → results.
P: ABH. Fin by PCP within 7 days

9/11/17 Continue Notes on Other Side.
567278

HOSPITAL
HERMANOS
MELENDEZ

Bayamón Puerto Rico 00960
MULTIDISCIPLINARY RECORD

SL7278

Observation and Opinion of Visiting Consultants House Staff, Nursing
A Final Discharge Note Must be Entered on This Sheet, Sign and Date Every Entry.

8/2/17 D. Le encube pañete en clavel. Se
10 AM adm alberto. Ofreció 10 grs al
mante. SL stat. Se desiste en su deseo
personal. Se le tomó mts de sangre.
Aspirado por faringe
D. De Cadena most asdrbs.
R. de aler por faringe

2 Aug 17
4:18 AM The pt has been fed by a relative -
T3C2 Has been taking milk feeds -
Fecal soft + consti.
KNG8 Has been afebrile -
PM20 Alert. Disorientated. Minimal communication
8/11/17 WJN Anxiety
13:50 702 Lmp: few crackles in both bases
CH(13/14) 43.11 NSM, no galop
PMX2: neutro Ahd: lungs 2nd postolone in cyan
Sudor 1881. POCF long 5th day of -& weight +20 lbs
O/Cst: M2 good clinical expm. G. no cyanosis
Observe AS; Pm M2 good clinical expm. G. no cyanosis
NDS from M2 good clinical expm. G. no cyanosis
Muñoz E.W.

Edith
8/4/17

Continue Notes on Other Side.

1 Aug 17

[REDACTED] we feel alert
↓ hearing. Answers to questions
T36°, HR 110/min in non-syphilitic but out of context
[REDACTED] No resp distress -
BP 100/60 mm Hg Alert. Anicteric
Pulse 112/min Lungs: few crackles - (2) base
no wheezing
Heart: ↑ HR; S₁ / S₂ semi-
Abd: benign EGT no edema or cyan
U/A: pyuria; mod. bacteruria
U/C: NA
B1C x 2: no growth so far
ASST: BCF - clinical疑
Alzhemir
P: lungs IV antibiotics

Eduin

8/14/17

8/21/17 Respiratory Deteriorate
Lungs: crep. & B crackles
Oncology: to Fluency
Aug 25, 2017

HOSPITAL
HERMANOS
MELENDEZ
Bayamón Puerto Rico 00960
MULTIDISCIPLINARY RECORD

547278

Observation and Opinion of Visiting, Consultants House Staff, Nursing
A Final Discharge Note Must be Entered on This Sheet, Sign and Date Every Entry.

Gernapica Rec
Pt a d/p de Dx 04 hb
0.83 pulg C Gua - 8/1/17
8/1/17 D. se encontro pt en dulos de adas.
11m abierta. se asiste en su area.
present se presento areas de presion
se le trouvieron masas de u/b que
crevante por folicia.
D. se adm. bed and breakfast
R. se den para cambio
Pm Paseo

7/31/17. Pt. is much pt. on third. He
got abn alert. Pt. was drowsy
unresponsive to pain. Grade 2 pupillary
dysrhythmia. No pt. able to
answer simple questions. Only cateter
done in drowsiness.

Pt. after med. and analges.

Pt. also per cath.

Post Procedure

8/1/17.

5:30 AM. The pt. is much more alert today.
Speaks short phrases, albeit not
pertinent. S. tach.

T36°C

HNL65

M19

Spf 115/63.

Still ↓ skin turgor

Lips: clear to ausc.

Heart: regular

Abs: brbg

Ext: no edema

And some yellowish ^{purple} scabs to AM
Abdomen: rough which covers
inner tract flora.

WBC 11.1, renal function stable
urine key hydration, I anti-biotics to

HOSPITAL
HERMANOS
MELENDEZ
Bayamon Puerto Rico 00960
MULTIDISCIPLINARY RECORD

567278

Observation and Opinion of Visiting Consultants House Staff, Nursing
A Final Discharge Note Must be Entered on This Sheet, Sign and Date Every Entry.

30 July 17. The PL is much more alert today.
2:30pm Accompanied by fa. members
No resp distress
T32° We say he "is hungry"
HR 68 R No JVP distord
PR 20 No resp distress - Lungs: clear to ausc. / Snd
BP 112/51- TTR Abd: soft, tympanitic Rthae
Ext: no edema or cyanosis
Ass't RCP SIRS Dehydrated
+ PR's improve mainly due to
hydration. Still too early to
get mycet with antibiotics
will keep some up - will start
dial now that he is more alert

~~7/31/17~~
~~OTC~~

*S. M. M. M.,
sign*

Continue Notes on Other Side.

7/30/17
12:35 PM Nurse note

Se recibe paciente procedente Sala Emergencias
Dx. UTI, BHP, Baja Servicio Dr. Villafañe
encamado. No presenta ulceras ni decubitus.
Tubo patente libre edema y enrojecimiento.
parcialmente desorientado. Buen patrón respira-
torio. Continua con tratamiento por orden
médica. Signs vitales T 36° BIP 112/57 P 68 R-20.
Ruidos pn cambio. Sánchez 704728

7/30/17 Respiratory nurse
6:50 AM Re亭pido obstrucción de pnel des.
Oxigeno 5 litros. — Cough 744

7/30/17 Nurse note: Paciente encamado, dificultad para hablar.
7:30 AM TVPS patent conectado a máquina de 7VPM nsatoo
libre de edema y enrojecimiento, no presenta ulceras.
Libre dificultad respiratoria, roncos y sibilis.
Se observa sed perioral. Se le intenta inserir
fallece catéter dia de grande uretra estipada
y pegada. Continúan rxn med n & rds
Rxn med n & rds
Re obstrucción - Cough 744

HOSPITAL
HERMANOS
MELENDEZ
Bayamón Puerto Rico 00960
MULTIDISCIPLINARY RECORD

95

567278

mmu Velafane

*Observation and Opinion of Visiting Consultants House Staff, Nursing
A Final Discharge Note Must be Entered on This Sheet, Sign and Date Every Entry.*

12/21/07 Se admisicn por los servicios
de Dr. Villegas. Se acompañó de
familia. En todo momento e barriendos
lluviosos. Se obtuvieron muestras
sanguíneas para: CBC GGT
lipid panel, TSH, BIC + 2. Segun orden
de admisión + orden de TN. x Dr.
Najera. Se comienza secación 4mgs
IV/VI dose. Se administran Tylenol
1gm + Ibsalgin 100mg P.O. b.i.d. Dr.
Najera (D.E.D). Por orden de Admisión
Dr. Villegas se + Peptoib 20mgs IV.
Administrado a pl. Se dijeron posibilidades
per algún cambio significativo o no
dijo. Se entrevistó familia sobre insólito
dijo. Cabeza, la cual indicó familiar pl.
with hx of CA probable. Se dejó en h.c.s
sintomas.

9:30pm Familia de pl. rehusa atención
por history of CA. This is - Dr. Melendez

Continue Notes on Other Side.

Ordenes Ancilares
X-RAY
Requisición

Hospital Hermanos Meléndez
Carr # 2 KM 11.7
BAYAMON PR 00960



HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ

Nombre: [REDACTED]

Queja Principal: BKP R/O UTI

Dx:

Dirección: URB JARDINES DE CAPARRA
EDIF 13 APT 285
BAYAMON PR 00959

Fecha Nacimiento: 01/01/1922 **Edad:** 95 Años **Sexo:** M
Estatura: 5ft 7in - 1m 70.18cm **Peso:** 170lb 0oz - 77kg 110.70g

Fecha Orden: 08/02/2017 2:02AM **Orden:** 1178705

Prioridad: Rutina

Alergias: PACIENTE DESCONOCE, PACIENTE DESCONOCE

Alertas:

Encuentro: 0201704264 **Récord:** 0000567278

Fecha de Admisión: 07/29/2017 08:45 PM **SSN:** XXX-XX-6076

FSC: MEDICARE Y MUCHO MAS

Médico: VILLAFANE SAN INOCENCIO, EDWIN

Especialidad: INTERNISTA

Estación Enfermería: MEDICINE 8TH VIP (MIXED)

Cuarto/Cama: 813 01

Enfermero (a):

Creado Por: Maria Ramos Vazquez 6to

Impreso por: Maria Ramos Vazquez 6to

Hospital Hermanos Meléndez

MRN 0000567278 DOS 08/02/2017 2:02AM
ACCT 0201704264 M 95 Años



* 0 0 0 5 6 7 2 7 8 *

RADIOLOGIA

Procedimientos

ELECTROCARDIOGRAMA

Impresión de Diagnóstico: BKP R/O UTI

bkp



760447

ELECTROCARDIOGRAM

Cantidad : 1

bkp

Desde

08/02/2017 2:02AM

Ordenado por:

VILLAFANE SAN INOCENCIO, EDWIN

Solicitado vía:

Transcripción de Orden

Licencia: 5447

D.E.A.: _____

Lic. Narcóticos: _____

8/2/17

11:58

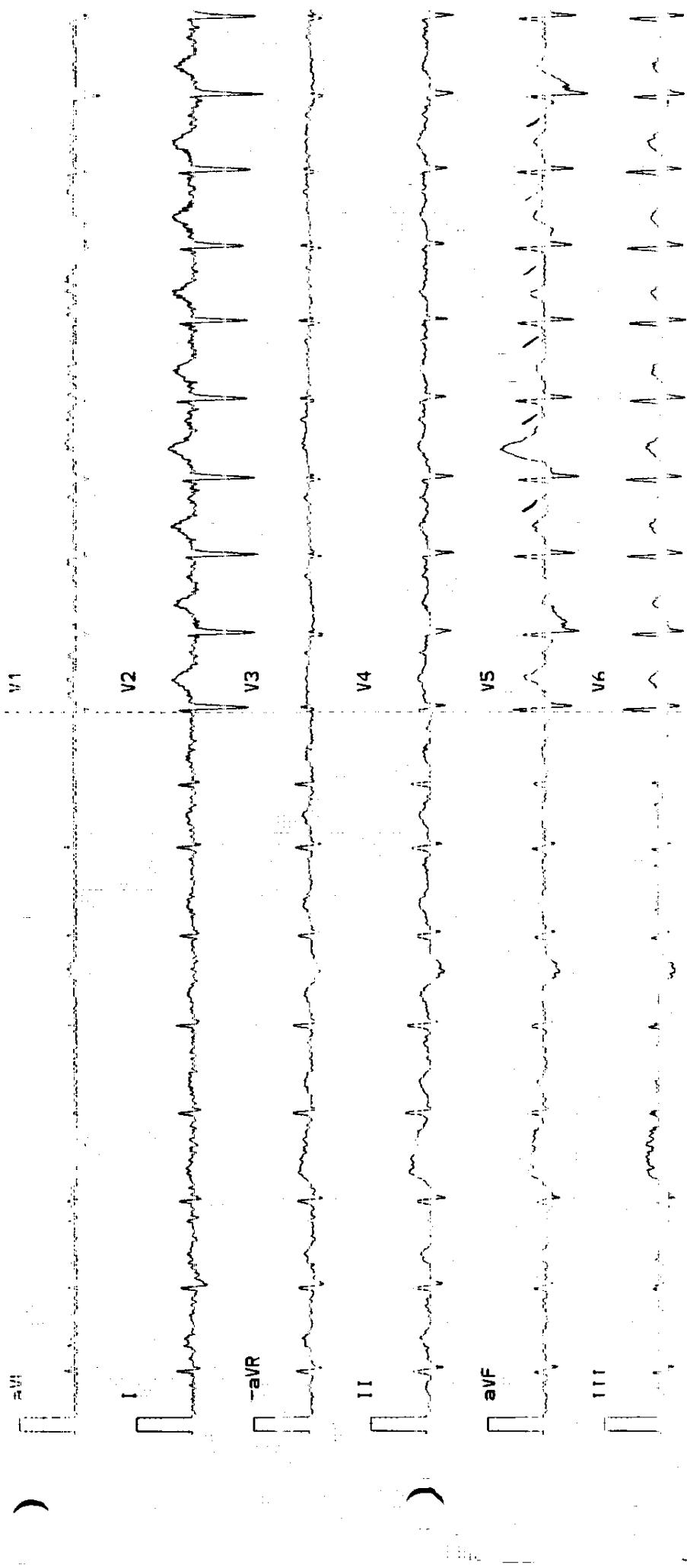
8.02.11
13A

Notes:

	Mean	SD
QTc Interval:	428 ms	
ST Dispersion:	54 ms	
PR T Axis:	35° SS	

Tom Taylor

Sally



Ordenes Ancilares
X-RAY
Requerimiento

Hospital Hermanos Meléndez
Carr # 2 KM 11.7
BAYAMON PR 00960



HOSPITAL HERMANOS MELENDEZ

Nombre: [REDACTED]

Queja Principal: BKP R/O UTI
Dx:

Dirección: URB JARDINES DE CAPARRA
EDIF 13 APT 285
BAYAMON PR 00959

Fecha Nacimiento: 01/01/1922 Edad: 95 Años Sexo: M
Estatura: 5ft 7in - 1m 70.18cm Peso: 170lb 0oz - 77kg 110.70g

Fecha Orden: 08/01/2017 2:14AM Order: 1178261
Prioridad: Rutina
Alergias: PACIENTE DESCONOCE, PACIENTE DESCONOCE
Alertas:

Encuentro: 0201704264 Récord: 0000567278

Fecha de Admisión: 07/29/2017 08:45 PM SSN: XXX-XX-6076

FSC: MEDICARE Y MUCHO MAS

Médico: VILLAFANE SAN INOCENCIO, EDWIN

Especialidad: INTERNISTA

Estación Enfermería: MEDICINE 8TH VIP (MIXED)

Cuarto/Cama: 813 01

Enfermero (a): SANTIAGO CASIANO, MARIA DE LOS ANGELES

Creado Por: Maria de los Angeles Santiago 4to

Impreso por: Maria de los Angeles Santiago 4to

Hospital Hermanos Meléndez

MRN 0000567278 DOS 08/01/2017 2:14AM
ACCT 0201704264 M 95 Años



* 0 0 0 5 6 7 2 7 8 *

RADIOLOGIA

Procedimientos

ELECTROCARDIOGRAMA

Impresión de Diagnóstico: BKP R/O UTI

bkp



760223

ELECTROCARDIOGRAM
Cantidad : 1
bkp

Desde

08/01/2017 2:14AM

Solicitado via:

Teléfono

Licencia: 5447

D.E.A.:

Lic. Narcóticos:

Ordenado por:

VILLAFANE SAN INOCENCIO, EDWIN

8/1/13

10 mm/mV

QTc Interval:
QT Dispersion:
PR T Axis: 85° 41° 60°

✓

aVF

V1

I

V2

-aVR

V3

II

V4

aVF

V5

III

V6

10 mm/mV

10 sec

10 mm/mV

25 mm/sec

• Anciliares

usición

Hospital Hermanos Meléndez
Carr # 2 KM 11.7
BAYAMON PR 00960



HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ

Nombre: [REDACTED]

Queja Principal: BKP R/O UTI
Dx:

Dirección: URB JARDINES DE CAPARRA
EDIF 13 APT 285
BAYAMON PR 00959

Fecha Nacimiento: 01/01/1922 Edad: 95 Años Sexo: M
Estatura: 5ft 7in - 1m 70.18cm Peso: 170lb 0oz - 77kg 110.70g

Fecha Orden: 07/30/2017 3:56AM Order: 1177648

Prioridad: Rutina

Alergias: PACIENTE DESCONOCE, PACIENTE DESCONOCE

Alertas:

Encuentro: 0201704264 Récord: 0000567278

Fecha de Admisión: 07/29/2017 08:45 PM SSN: XXX-XX-6076

FSC: MEDICARE Y MUCHO MAS

Médico: VILLAFANE SAN INOCENCIO, EDWIN
Especialidad: INTERNISTA

Estación Enfermería: MEDICINE 8TH VIP (MIXED)

Cuarto/Cama: 813 01

Enfermero (a): SANCHEZ MORALES, SOR

Creado Por: Sor C Sanchez Morales 8vo

Impreso por: Sor C Sanchez Morales 8vo

Hospital Hermanos Meléndez
NIEVES CRUZ, NATIVIDAD
MRN 0000567278 DOS 07/30/2017 3:56AM
ACCT 0201704264 M 95 Años



* 0 0 0 0 5 6 7 2 7 8 *

RADIOLOGIA

Procedimientos

ELECTROCARDIOGRAMA

Impresión de Diagnóstico: BKP R/O UTI

UTI,BKP



759897

ELECTROCARDIOGRAM
Cantidad : 1
UTI,BKP

Desde

07/30/2017 3:56AM

Ordenado por:

VILLAFANE SAN INOCENCIO, EDWIN

Solicitado vía:

Transcripción de Orden

Licencia: 5447

D.E.A.:

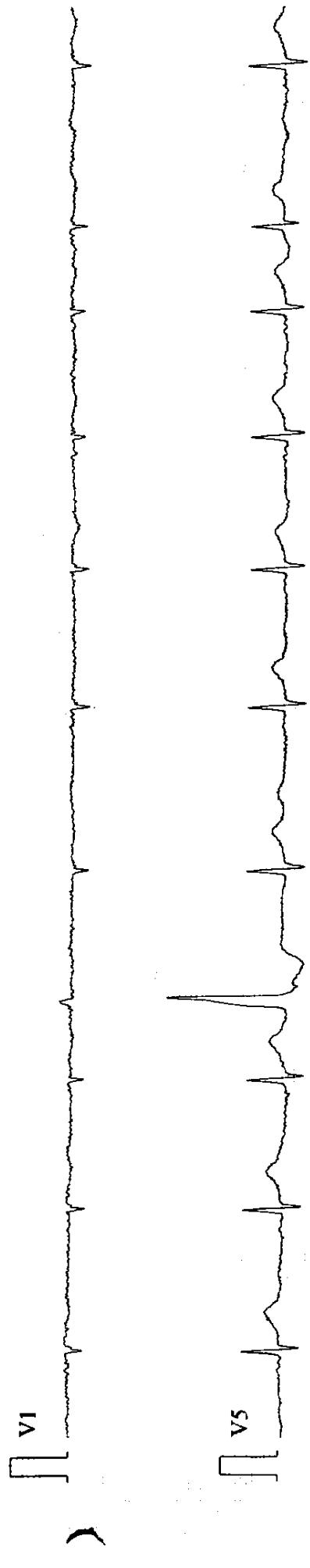
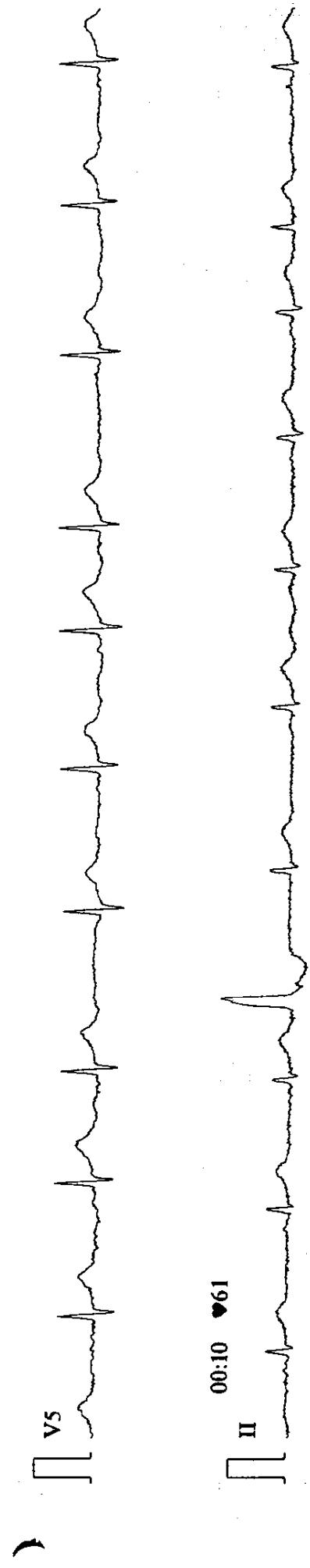
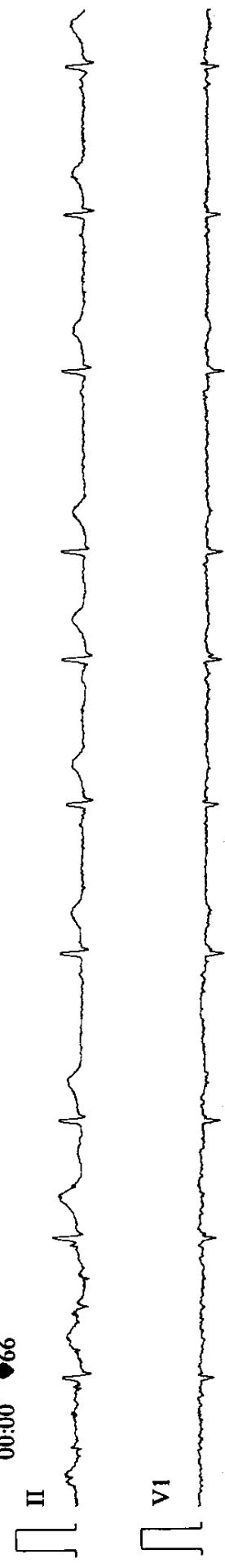
Lic. Narcóticos:

ID: 234

30-07-2017 01:22:08 PM

0 Años (/ ,)

00:00 ♀66



HOSPITAL HERMANOS MELENDEZ

APARTADO 306
BAYAMON, PUERTO RICO

PATIENT NAME: [REDACTED] 3

#5672 78

MEDICAL PLAN: main

SEX AGE OCCUPATION
M 95

CHIEF COMPLAINT

Weakness, anorexia, fever, cough X 3 days

PRESENT ILLNESS

95yo man w/ systemic disease but bedridden at home, cared by daughter who noticed lethargy, anorexia, cough, fever in past 3 days

The pt. used rarely m/s to at home.

PAST HISTORY	NO	YES	NUMBER AND DESCRIBE IF POSITIVE INCLUDE DATE OF ONSET AND COMPL	CURRENT THERAPY INCLUDING DOSE
1. Diabetes Mellitus	<input checked="" type="checkbox"/>			
2. Arterial Hypertension	<input checked="" type="checkbox"/>			
3. Heart Diseases	<input checked="" type="checkbox"/>			
4. Asthma	<input checked="" type="checkbox"/>			
5. TB	<input checked="" type="checkbox"/>			
6. Prior PE/ Phlebitis	<input checked="" type="checkbox"/>			
7. Bleeding Tendencies	<input checked="" type="checkbox"/>			
8. G.I. Diseases	<input checked="" type="checkbox"/>			
9. Renal Diseases	<input checked="" type="checkbox"/>			
10. Cancer	<input checked="" type="checkbox"/>		Prostate ca - tx radiotherapy, chemo	
11. Surgery	<input checked="" type="checkbox"/>		Fly UTIs	
12. Transfusions	<input checked="" type="checkbox"/>			
13. Drug Allergies	<input checked="" type="checkbox"/>			
14. Immunizations	<input checked="" type="checkbox"/>			
15. Lipid Abn.	<input checked="" type="checkbox"/>			
16. Others				

FAMILY HISTORY	NO	YES	COMMENTS		
DIABETES		<input checked="" type="checkbox"/>			
HYPERTENSION		<input checked="" type="checkbox"/>			
HEART DISEASES		<input checked="" type="checkbox"/>			
CANCER		<input checked="" type="checkbox"/>			
OTHERS		<input checked="" type="checkbox"/>			
HABITS	NO	YES	DURATION	QUANTITY	COMMENTS
Smoking		<input checked="" type="checkbox"/>	used to smoke	yr ago	
Alcohol Intake		<input checked="" type="checkbox"/>			
Dietary		<input checked="" type="checkbox"/>			
Over the counter drug		<input checked="" type="checkbox"/>			
Exercise		<input checked="" type="checkbox"/>			

REVIEW OF SYSTEM: CIRCLE IF POSITIVE

SPECIFY

A. General: Wt Changes Fever,
Chills, Skin, Hair, Other

B. Eyes: Visual changes,
Diplopia, Others

C. Ears: Hearing difficulty,
Vertigo, Tinnitus, Other

NM

D. Nose & Throat:
Epistaxis, Dysphonia, Other

NM

E. Nodes:

NM

F. Breast: Lumps, Nipple,
Discharge, Other

NM

G. Respiratory: Dysnea, Pain, Cough,
Sputum, Hemoptysis, Other

See LPI

H. C. V. : Palpitations, Pain, Orthopnea,
Edema, Claudications, Other

NM

I. G.U. : Pain, Dysuria, Frequency,
Hematuria, Menses, Pregnancies,
Menopause, Other

Prostt CA yr ago; fugal
UTI

J. G. I. : Pyrosis, Dysphagia, Pain,
Food Intolerance, BM changes,
Hematemesis, Stools, Others

NM

K. M. S. :

Pain, Spasms, Other

Bedridden

L. Joints: Pain, Motion, Deformity,
Edema, Temp., Other

NM

M. Neurologic: Headache, Seizures,
Loss of consciousness, Behavioral
Problems, Others

Bedridden

Department of Medicine

Physical Examination

567278

PATIENT NAME

BP: 93/60 P: 87 R: 19 T: 36°C WT: 150lb HT: 67

General : Acute & Chronically Ill - Nutritional Status

e Chronically ill - Nutritional Status
Dutly & chronically ill; lethargic

	N	ABN	IF ABNORMAL DESCRIBE			
Skin, MM			<i>J Sh turgor</i>			
Hair			<i>dry</i>			
Nails						
Head: ENT			<i>sym</i>			
Eyes: Pupils			^{OD} <i>pale conjunctiva</i>			
Sclerae			^{OS}			
Conjunctiva						
Fundi						
Others						
Mouth: MM			<i>dry mucinum</i>			
Tongue						
Teeth						
Neck: Jugular			<i>WJW</i>			
Carotids			Carotids Bruits R L			
Thyroid						
Breast:	✓		R		L	
Chest:			AP	Expansion	Deformity	Points of Tenderness
Palp-Perc				(-)	(-)	(-)
Aus			Rales	Wheezes	Rhonchi	RUB (-) <i>both palm frln</i>

567278 813A

	N	ABN	IF ABNORMAL, DESCRIBE											
Cardiovascular	✓		PMI	RVH	Thrill	Rate	Rhythm							
Heart	✓		S1	S2	S3	S4	Click							
			Systolic M											
			Diastolic M											
Abdomen	✓		Tenderness	Guarding or Rebound			Fluid Wave							
Palp-Perc	✓		Liver	Spleen	KID-UB	Masses								
AUS			Peristalsis		Bruits									
Urogenital	✓		digital											
Hemias	✓													
Rectal	✓													
Vaginal	✓													
Extremities			Spastic limbs to person mouth											
Hands	✓		no edema or erythema											
Feet	✓		BR RAD ULN FEM POPL DP PT											
P. Pulses	✓													
Veins	✓													
Lymphatics	✓		Cervical	Supraclavicular	Axillary	Epitrochlear								
Inguinal														
Joints	✓													
Back	✓		Points of Tenderness											
Spine														
Muscles														
ROM			SLR											
Neurologic			Alert	Agitated	Lethargic		Stupor	Coma						
			Speech	() Aphasia		() Dysarthria								
				() Motor										
				() Sensory										
			Facial asymmetry											
			Gag Reflex											
			Cerebellar		Ataxia		() Dysmetria							
			Motor		() Flaccid									
			Sensory		() Spastic									
			DTR's		() Babinski									

Department of Medicine
Admission Note

8/3 A

567278

PATIENT NAME:

Dx. Impressions

Septic Inflammatory Response Syndrome

Fever, Tachycardia, ↓ BP; ↓ alertness

BWP → dysuria, nates both pain/foul

Recurrent UTI → ^{low} Sepsis(?)

Plan: 1. Diagnostic

CBC + dHb

U/A, UIC

Bleq 2m x 2

Spine cutter

TSH

CMV

lym p

2. Therapeutic

- IVF
- Hold meals until pt is more alert
- ↓ antihist.
-

Additional Comments:

Zduan
Signature

8:45pm
Hour

29 July 17
Date



HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ

Admission Discharge Summary

SIBA

Printed On :07/29/2017
 Printed By :Veronica Reyes Admisiones
 Changed By :Veronica Reyes Admisiones

Medical Record : 0000567278

Account Number : 0201704264

Patient Type Code : 0

		Social Security XXX-XX-6076	Gender Male	Age 95 Years	Birth Date 1/1/1922	Birth Place COMERIO	Marital Status SINGLE
Address PO BOX 6105 BAYAMON BAYAMON, PR PR 00960		Home Phone (787) 423-1816			Father's Name NIEVES, EDUBIGES		
		Race Other Race			Mother's Name CRUZ, BARBARA		
Spouse's Name		Patient's Employer RETIRADO				Work Phone (000) 000-0000	
Spouse's Work Phone	Given Info. NIEVES CRUZ, NATIVIDAD	Occupation RETIRADO					
		Social Security XXX-XX-6076	Notify in Emergency ARCE, RICHARD				
Address PO BOX 6105 BAYAMON BAYAMON, PR PR 00960		Home Phone (787) 423-1816	Address				
		Relationship SELF	Home Phone (787) 529-8911				
			Work Phone				
Admission DateTime 07/29/2017 8:45PM	Service IP-MEDICINA	Admitted Diagnosis BKP R/O UTI					
Discharge DateTime S1317	Admitted From Clinic Referral	Admitted Doctor's Name VILLAFANE SAN INOCENCIO, EDWIN					
Prior Admission 10/28/2016	Admitting Officer Veronica Reyes Admisiones	Station 01648	Room 813	Bed 01	Accom Code 0030	Height 5' 7"	Weight 170 lb
Coord Company I MEDICARE Y MUCHO MAS(HMO-MMM)	Plan MEDICARE Y MUCHO MAS(HMO-MMM)	Group No. 80840	Group Name DIAMANTE CHOICE PLATINO H	Patient's Card Name NIEVES CRUZ NATIVIDAD		Patient's Card No. 010464142	

Final Diagnosis :	Code No.
<i>Systemic Inflammatory Response Syndrome</i> <i>Bronchopneumonia</i> <i>Urinary Tract Infection</i> <i>Dehydration</i> <i>Tachypnea</i>	J180 J391 E86 G309 F02 S0
Secondary Diagnosis :	
<i>Alzheimer disease</i>	K000 Z7401

Procedures Performed :

Consultants :

Condition on Discharge Recovered Unchanged Diagnosis Only Died Under 48 Hrs.
 Improved Not Treated Left Against Advice Died Over 48 Hrs.

Autopsy Yes
 No

Attending Physician : *Zolita*Date : *3 Aug 2017*

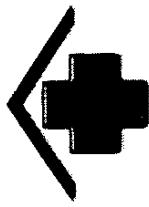
UNACCEPT

Índice de Paciente

Hospital Hermanos Meléndez
Carr # 2 KM 11.7

Fecha: 08/24/2017
Impreso por: Maria Diaz Aguilar Record
Nombre: NIEVES CRUZ NATIVIDAD
Récord: 0000567278

BAYAMON, PR 00960
(787)620-8181



HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ

Service	Record #	Gender	Age	Address	Admision	Discharge	Diagnosis	Directo a 2	Admision	Discharge	Diagnosis
	0201608052	M	94Y	XXX-XX-6076	URB JARDINES DE CAPARRA EDIF 13 APT 285				BAYAMON, PUERTO RICO, 00959	01/01/1922	COMERIO
EDUBIGES NIEVES				BARBARA CRUZ	ACUTE INPATIENT			J18.0	10/28/2016	11/04/2016	MEDINA LA SALLE, LISA
IP-MEDICINA	0201704264		95Y		Home Care				BRONCHOPNEUMONIA, UNSPECIFIED ORGANISM		
IP-MEDICINA	2014219278		92Y		ACUTE INPATIENT			J18.0	07/29/2017	08/03/2017	VILLAFANE SAN INOCENCIO, EDWIN
OP-SALA EMERG.ADULTO	2014228525				Home				BRONCHOPNEUMONIA, UNSPECIFIED ORGANISM		
OP-SALA EMERG.ADULTO	2016212165		94Y		EMERGENCY ROOM			780.2	08/10/2014	08/11/2014	ROSA CARTAGENA, FELIX
OP-SALA EMERG.ADULTO	2016221571				Home				SYNCOPE & COLLAPSE		
OP-SALA EMERG.ADULTO	2017211253		95Y		EMERGENCY ROOM			599.70	11/12/2014	11/12/2014	RODRIGUEZ RIVERA, WILFREDO
					Home				HEMATURIA NOS		
					EMERGENCY ROOM			N39.0	06/13/2016	06/13/2016	CEDENO ESPAILLAT, JORGE
					Home				Urinary tract infection, site not specified		
					EMERGENCY ROOM					10/27/2016	10/28/2016
					EMERGENCY ROOM						DIAZ SOJO, OMAR
					EMERGENCY ROOM					07/29/2017	07/29/2017
											NAJARRO CANIZALES, JUAN C

9/15/17



HOSPITAL HERMANOS MELENDEZ
PO BOX 306
BAYAMON, PR 00960

Departamento de Admisiones

LO QUE USTED DEBE CONOCER SOBRE SU ADMISSION AL HOSPITAL

1. Deberá tener en orden todas las órdenes médicas suministradas por su médico de cabecera.
2. Deberá verificar la cubierta de hospitalización que le provee su plan médico y traer formas y tarjetas del mismo debidamente autorizado. El departamento de admisiones verificará la cubierta de beneficios a los cuales usted tiene derecho y además le mantendrá informado sobre que deducible si alguno, deberá traer al momento de ingresar al hospital.
3. Debe tener presente que hay algunos servicios que a veces el seguro que usted posee no cubre por ende, el hospital tiene que cobrarlos directamente al paciente. En ocasiones el hospital no tiene conocimiento de esto hasta tanto no se recibe el pago del seguro.
4. El paciente privado (sin seguro medico) deberá realizar el depósito que se requiera al momento de ser ingresado, este será determinado basado en su diagnóstico, estadía promedio de acuerdo al diagnostico.
5. Los pacientes Medicare pagarán un deducible de \$_____ al momento de ser ingresados en caso que el paciente de Medicare haya estado hospitalizado en los últimos sesenta (60) días, deberá presentar copia del recibo de pago de deducible de esa hospitalización.
6. Si usted es paciente de Medicare y tiene otro seguro adicional puede presentar dicha tarjeta para cubrir el deducible requerido y otros servicios no cubiertos por Medicare.
7. Es requisito traer sus pertenencias tales como: cepillo, pasta de diente, pijama, chinelas, toallas, artículos de afeitar, kit de admisiones,...entre otros.
8. Usted puede ordenar bandejas de dietas adicionales a la suya para los acompañantes en su habitación. Podrá hacer la coordinación con el departamento de admisiones, por una tarifa de \$5.00 dólares por comida. Es importante hacer el pedido de la bandeja a las 9:00 am y 2:00 pm. No se servirá ningún tipo de dieta especial.
9. El servicio de teléfono se cobrará a \$25.00 dólares. Las llamadas a larga distancia y al exterior se harán mediante el cuadro telefónico marcando el 0, este servicio se ofrecerá hasta las 9:00 pm solamente y se cargarán a su cuenta. Para llamadas locales marque el 9.
10. Nuestra Institución provee el uso de frisas mediante alquiler, el precio de este servicio es de \$15.00 dólares si al irse de alta usted devuelve la frisa se le reembolsara \$10.00 dólares. Las mismas pueden ser solicitadas en la estación de la enfermera del piso o al Departamento de admisiones.
11. Todo paciente deberá conservar la tarjeta de su plan médico en su habitación.
12. El proceso de asignación de cama dependerá de la disponibilidad de habitaciones según el censo del Hospital.

13. El horario de servicios del Departamento de Admisiones es de 6:00 am hasta las 12:00 mn.
14. Usted podrá realizar cualquier pago o deposito con dinero en efectivo, cheque, tarjeta de crédito (American Express, Visa y/o Master Card) y/o tarjeta de debito.
15. La Institución tiene un procedimiento de alta administrativas, hora de alta "Check Out" 11:00 am. Despues de obtener la alta del medico, deberá tener la alta administrativa antes de abandonar el Hospital.
16. **El Hospital no se hace responsable de perdida o robo de objetos de valor (préndas y/o dinero en efectivo), objetos personales incluyendo documentos personales, dentaduras postizas, espejuelos, lentes de contactos, computadoras portátil (Laptops) celulares, juegos electrónicos, cámaras digital, DVD, radio portátil, CD's y otros objetos.**
17. Nuestro horario de visita es de 11:00 am a 8:30 pm.
18. Todo paciente deberá dejar en su hogar los medicamentos que al momento de la admisión estuviera tomando.
19. No deberá tomar ningún medicamento que no sea ordenado por su médico durante su hospitalización. En caso de duda comuníquese con la enfermera o su médico.
20. Para su seguridad esta totalmente prohibido fumar dentro del Hospital.
21. Todo paciente que necesite estar acompañado por algún familiar deberá solicitar un pase en la oficina de enfermería. Todo acompañante deberá ser mayor de 18 años.
22. Para garantizar su seguridad en caso de que usted desee solicitar el servicio de una enfermera especial, podrá comunicarse con la Oficina de Enfermería a las extensiones 8015-8032.
23. Esta prohibido traer muebles tales equipos electrónicos como: televisores, radio y/o secadoras de pelo.
24. Recuerde que deberá cumplir con todos lo que conlleva el documento de responsabilidades y deberes del paciente.
25. CERTIFICO, que he leido y entendido todo lo aquí expuesto y se me han contestado toda las dudas que he tenido y consultado.

[REDACTED]
Firma paciente o encargado

Sez E. Salazar
Firma testigo

10/28/16
Fecha
[REDACTED]

Nombre del paciente:

Número de identificación del paciente:

Médico:

Mensaje Importante De Medicare Sobre Sus Derechos

Como Paciente Interno, Usted Tiene El Derecho A:

- Recibir servicios cubiertos por Medicare. Esto incluye servicios de hospital necesarios desde el punto de vista médico y servicios que podría necesitar después de la salida (dado de alta), si son ordenados por el médico. Tiene el derecho a estar informado sobre estos servicios, quien pagará y donde obtenerlos.
- Participar en toda decisión sobre la estadía en el hospital y saber quién la pagará.
- Notificar toda preocupación que tenga sobre la calidad de la atención recibida a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés) mencionada aquí :

LIVANTA, LLC

787-520-5743 TTY 1-866-868-2289

Sus Derechos De Medicare Para Salir Del Hospital:

Planificación para su salida (dado de alta): Durante la estadía en el hospital, el personal cooperará con usted para prepararlo para que su salida no presente riesgos y organizar los servicios que usted podría necesitar después de salir del hospital. Cuando ya no necesite recibir la atención de hospital como paciente interno, el médico o el personal del hospital le informarán la fecha de su salida.

Si piensa que su salida es muy apresurada:

- Puede hablar con el personal del hospital, su médico y la administración de su plan de cuidado de la salud (si pertenece a uno de ellos) sobre sus preocupaciones.
- También tiene el derecho de apelar, es decir, pedir una revisión de su caso por una Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés). El QIO es un organización externa contratada por Medicare para revisar el caso a fin de decidir si usted está listo para salir del hospital.
 - Si desea apelar, debe comunicarse con el QIO antes de la fecha de su salida (dado de alta) planificada y antes de salir del hospital.
 - En tal caso, no tendrá que pagar los servicios que reciba durante el proceso de apelación (con excepción de los cargos como copagos y deducibles).
- Si no apela la decisión, pero decide permanecer en el hospital más allá de la fecha de salida (dado de alta) planificada, tal vez tenga que pagar el costo de los servicios que reciba después de esa fecha.
- **La página 2 incluye instrucciones paso por paso para comunicarse con el QIO y presentar una apelación.**

Si desea hablar con alguien en el hospital sobre este aviso, llame al _____

Favor de firmar y escribir la fecha para mostrar que recibió este aviso y que entiende sus derechos.

Firma del paciente o representante

Fecha Hora

10/28/16

Instrucciones Para El Aviso: Mensaje Importante De Medicare

Cómo Llenar El Aviso

Página 1 del Mensaje de Medicare

A. Encabezado

Los hospitales deben mostrar "Departamento De Salud Y Servicios Humanos, Centros de Servicios de Medicare y Medicaid" y el número de OMB.

El hospital completará los siguientes espacios en blanco. La información que escriban los hospitales en los espacios en blanco en el mensaje debe escribirse a máquina o a mano de manera legible en letra tamaño 12 o equivalente. Los hospitales pueden también usar una identificación del paciente (etiqueta o emblema) que incluya la siguiente información:

Nombre del paciente: Escriba el nombre completo del paciente.

Número de identificación del paciente: Llene con un número de identificación para ese paciente. Este número no será, ni incluirá el número de seguro social.

Médico: Escriba el nombre del médico del paciente.

B. Cuerpo del aviso

Punto No. 3 – Notificación a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO por sus siglas en inglés) aquí mencionada sobre toda preocupación que usted tenga en relación con la calidad de la atención que recibe

Los hospitales pueden pre imprimir o escribir de otra manera el nombre y el número de teléfono del QIO incluyendo TTY también, si es necesario.

Si desea hablar con alguien en el hospital sobre este aviso, llame: Incluya un número de teléfono en el hospital para que el paciente o representante llame si tiene preguntas sobre el aviso. Preferiblemente debe incluir también un nombre de contacto.

Firma del paciente o representante: Solicite al paciente o el representante que firme el aviso para indicar que ha recibido y entiende el contenido.

Fecha/Hora: Pedir al paciente o al representante que escriba la fecha y la hora cuando firmó el aviso.

Página 2 del Mensaje de Medicare

Primer punto secundario – escriba el nombre y el número de teléfono del QIO: Escriba claramente el nombre y el número de teléfono, incluir TTY si es necesario, de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que ejecuta las revisiones para el hospital.

Segundo punto secundario – El nombre de este hospital es: Escriba o imprima (con anterioridad) el nombre del hospital, con el número de identificación del proveedor de Medicare (no el número de teléfono).

Información adicional: Los hospitales pueden usar esta sección para incluir documentación adicional como, por ejemplo, la obtención de las iniciales de los beneficiarios, la fecha, y la hora como prueba de constancia de la entrega de la copia de seguimiento del mensaje o documentación de los rechazos.

Pasos Para Apelar Una Salida

Paso 1: Debe comunicarse con el QIO antes de la fecha de su salida (dado de alta) planificada y antes de salir del hospital. En tal caso, no tendrá que pagar los servicios que reciba durante la apelación (con excepción de los cargos como copagos y deducibles).

- Esta es la información para comunicarse con el QIO:

LIVANTA, LLC

787-520-5743 TTY 1-866-868-2289

- Puede presentar una solicitud de apelación cualquier día de la semana. **Una vez que hable con alguien o deje un mensaje, ha comenzado la apelación.**
- Puede pedir ayuda al hospital para comunicarse con el QIO si fuera necesario.
- El nombre de este hospital es:

Escriba el nombre del hospital

El número de identificación del proveedor

Paso 2: Recibirá un aviso detallado del hospital o del plan Medicare Advantage u otro plan de cuidado de salud administrado de Medicare (si pertenece a uno de ellos) que explica las razones por las que consideran que usted está listo para ser dado de alta.

Paso 3: El QIO le solicitará su opinión. Usted o su representante necesitan estar disponibles para hablar con el QIO, si se solicita. Usted o su representante pueden presentar al QIO una declaración escrita, pero no se le exige que así lo haga.

Paso 4: El QIO revisará su historial médico y otra información importante sobre su caso.

Paso 5: El QIO le notificará sobre su decisión en el lapso de 1 día después de recibir toda la información necesaria.

- Si el QIO determina que usted no está listo para ser dado de alta, Medicare continuará cubriendo el costo de los servicios de hospital.
- Si el QIO determina que usted está listo para ser dado de alta, Medicare continuará pagando sus servicios hasta el mediodía del día después que el QIO le notifique a usted su decisión.

Si No Cumple Con La Fecha Límite Para La Apelación, Usted Tiene Otros derechos De Apelación:

- Todavía puede solicitar al QIO o a su plan (si pertenece a uno de ellos) que revisen su caso:
 - Si tiene Medicare Original: Llame al QIO mencionado arriba.
 - Si pertenece al plan Medicare Advantage o a otro plan de cuidado de salud administrado de Medicare: Llame a su plan.
- Si usted se queda en el hospital, el hospital puede cobrarle el costo de los servicios que reciba después de la fecha de su salida (dado de alta) planificada.

Si desea más información, llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o TTY: 1-877-486-2048.

Información Adicional:

De acuerdo con la Ley de Reducción de papeleo "Paperwork Reduction Act" de 1995, no se exige a nadie que responda a la información solicitada a menos que se exhiba un número de control OMB válido. El número de OMB correspondiente a esta recolección de datos es el 0938-0692. El tiempo promedio calculado para contestar las preguntas es 15 minutos por respuesta, incluido el tiempo para leer las instrucciones, buscar referencias de datos existentes, recopilar los datos necesarios, completar y revisar la información. Si tiene comentarios sobre el tiempo de respuesta o sugerencias para mejorar este formulario, favor de escribir a CMS, Attn: PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



Hospital Hermanos Meléndez
Apartado 306
Bayamón, Puerto Rico 00960

COMPROMISO DE PAGO PARA PACIENTES Y SELECCIÓN DE FORO

DPF 1. Yo /Nosotros el/los abajo firmante(s) me/nos comprometo (emos) a pagar al **HOSPITAL** [REDACTED] cualquier deuda contraída por los servicios médico hospitalarios brindados al paciente que el seguro médico deje de pagar por razón que fuera. En ocasiones, servicios como ambulancia, Chemoport y otros no están incluidos en la cubierta. Igualmente, me comprometo a pagar por el tiempo adicional que permanezca en la institución después de haber sido dado de alta. La hora de alta del Hospital es en o antes de las 11:00 am.

DPF 2. Yo, el abajo firmante, debo y pagaré al **HOSPITAL HERMANOS MELENDEZ** la cantidad de \$ _____ durante las próximas veinticuatro (24) horas por concepto de:
*() Sala de Emergencia *() _____ Hospitalización
*() No Aplica, cliente ya pago deducible.

DPF 3. En caso de ser paciente privado debo y pagaré al Hospital la cantidad de \$200.00 por concepto de servicios prestados en Sala de Emergencia (Laboratorios, Placas y otros no están incluidos). De ser admitido el depósito requerido será de \$ _____. Al cabo de diez (10) días laborables, después de alta, se le brindará información detallada de los gastos incurridos durante su estadía.

DPF 4. Reclamaciones y Selección de Foro:
Iniciales En la eventualidad de que entienda que he sufrido algún daño físico, emocional o económico por los servicios ofrecidos, me comprometo a presentar cualquier reclamación contra el **HOSPITAL HERMANOS MELENDEZ**, Médicos de Cabecera y/o cualquier otro miembro de la Facultad Médica, única y exclusivamente en el Tribunal de Primera Instancia del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, Sala de Bayamón.

En Bayamón, Puerto Rico a 27 de Oct de 2011

Firma: [REDACTED]

(Paciente o representante legal)

Firma: _____ Relación: hija
(Garantizador)

No. de cuenta S/E: _____ No. de cuenta Admisiones: _____

Oficial de Registro: [Signature] Oficial de Admisiones: _____

(* Marcar con X si es S/E, Hospitalización o No aplica)



EL PROGRAMA DE CONTROL DE INFECCIONES INFORMA Y EDUCA

Asegurando la Calidad del Servicio y el Control de Infecciones solicitamos a todos los pacientes, familiares y visitantes que llevan a cabo todas estas medidas.

- Lavado de manos antes de comer, luego de ir al baño, al manejar o tocar secreciones como orina o heces fecales.
- Está prohibido que familiares y/o visitantes se sienten o se acuesten en la cama del paciente.
- Si tiene alimentos, estos serán colocados en la mesa de comer. Nunca los alimentos deben estar junto a los artículos personales como recipientes para lavarse la boca o de escupir ya que pueden ser contaminados con bacterias.
- Sus pertenencias serán colocadas en los “closet” provisto para esto.

[REDACTED]
Firma del Paciente

10/20/16
Fecha

Encargado o representante del paciente

Niceto
Parentesco



HOSPITAL HERMANOS MELENDEZ

PO BOX 306

BAYAMÓN, PR 00960

Departamento de Admisiones

CERTIFICACION

Yo, [REDACTED] *WCS*, mayor de edad, en mi sano juicio mental, mediante el presente documento CERTIFICO que al momento de mi admisión del HOSPITAL HERMANOS MELENDEZ, INC., me encuentro mentalmente capacitado y que he sido orientado en forma general por su personal en relación a la Ley Federal conocida en el idioma inglés como "PATIENT SELF-DETERMINATION ACT" y que como parte de esta orientación se me ha entregado:

1. Información escrita sobre la política administrativa adoptada por el Hospital en relación a la referida Ley y el procedimiento para su implementación."
2. Información escrita sobre mis derechos bajo la referida.

Además, que luego de recibir la información y orientación general que me ha ofrecido el HOSPITAL HERMANOS MELENDEZ, INC., CERTIFICO mediante la correspondiente marca de cotejo (✓):

A. TESTAMENTO VITAL

- Que no tengo un testamento vital ("living will") indicando la clase de tratamiento que deseo recibir y/o rechazo de tratamiento médico o de cirugía bajo circunstancias específicas.
- Que tengo un testamento vital ("living will") y que en este acto le entrego al Hospital a través de su empleado que ha atendido mi admisión, el cual, está en pleno vigor por no haberlo revocado o enmendado.
- Que tengo el testamento ("living will"), pero no le hago entrega al Hospital por no tenerlo conmigo. Daré instrucciones a mis familiares para que lo entreguen, y desde entonces, el Hospital deberá hacer cumplir mis deseos.

B. MANDATO

- Que no tengo un mandato especial de cuidado de salud nombrando a otra(s) persona (s) para que tome(n) por mi cualquier decisión médica en caso de incapacitarme.
- Que tengo un mandato especial de cuidado de salud nombrando a otra(s) persona(s) para que tome(n) por mi cualquier decisión médica en caso de incapacitarme y que en este le entrego al mismo Hospital a través de sus empleado que ha atendido mi admisión, el cual, está en pleno vigor por no haberlo revocado o enmendado.
- Que tengo n mandato especial de cuidado de salud, pero no le hago entrega del mismo al Hospital por no tenerlo conmigo. Daré instrucciones a mis familiares para que lo entreguen y desde entonces el Hospital deberá cumplir mis deseos.

Y para que así conste, libre y voluntariamente firmo esta CERTIFICACION, hoy, 20 de Octubre de 2010, en Bayamón, Puerto Rico.

Testigo: *[Signature]*

Parentesco: *Alicia*



Hospital Hermanos Meléndez
PO Box 306
Bayamón, PR 00960
Departamento de Admisiones

**CERTIFICACION Y ORIENTACION
SOBRE DOCUMENTOS ENTREGADOS**

- SE ME ENTREGO HOJA DE ORIENTACION SOBRE NORMAS DE HOSPITAL.
- SE ME ENTREGO HOJA DE DERECHOS COMO PACIENTE MEDICARE ADMITIDO.
- SE ME ENTREGO HOJA COMO PACIENTE TRICARE ADMITIDO.
- SE ME ENTREGO HOJA DE INSTRUCCIONES DE ALTA.
- SE ME ENTREGO HOJA DE DECLARACION DE DERECHOS DEL PACIENTE.
- SE ME ENTREGO HOJA DE PREVENCION DE CAIDAS.
- SE ME ENTREGO NOTIFICACION DE DERECHOS DE PRIVACIDAD.
- SE ME ENTREGO HOJA DE ORIENTACION SOBRE ABUSO Y NEGLIGENCIA.
- SE ME ENTREGO FOLLETO PREVENCION ERRORES EN EL CUIDADO (HABLE).
- SE ME ENTREGO HOJA CONTROL DE INFECCIONES.
- SE ME ENTREGO HOJA VENTILACION DE QUEJAS.

CERTIFICO QUE HE SIDO ORIENTADO SOBRE LA CARTA DE DERECHOS DEL
PACIENTE Y LAS NORMAS INSTITUCIONALES

[REDACTED] Nombre del Paciente – letra de molde

J. R. M. R. Firma del Paciente

Nicole

Parentesco

10/20/16 Fecha

Luz Rodriguez
Firma Autorizada - Departamento de Admisiones

Favor indicar la razón por la cual el paciente no puede firmar:

* Marcar N/A en lo que no aplica (no dejar nada sin marcar)

Revisado: febrero 2012/OMC
Hoja Certifico/Depto. Admisiones



HOSPITAL HERMANOS MELENDEZ
BOX 306
BAYAMÓN, PUERTO RICO 00960

CONSENTIMIENTO PARA ADMISION Y TRATAMIENTO

[REDACTED] teniendo conocimiento que padezco de una condición que requiere diagnóstico y tratamiento médico y/o quirúrgico por la presente consiento voluntariamente.

- ✓ A que se lleven a cabo todos los procedimientos de diagnóstico y cuidado de hospitalización y todos los tratamientos médicos quirúrgicos y/o de radiología que sean necesarios a juicio y por el Doctor Medina La
Lisa sus ayudantes o quienes el designe.
- ✓ Que la naturaleza y objetos del tratamiento, las alternativas al mismo, los riesgos y la posibilidad de complicaciones me han sido explicados. Reconozco que no se me ha ofrecido garantía o seguridad en cuanto a los resultados que puedan obtenerse de dicho tratamiento.
- ✓ Autorizo al Hospital Hermanos Meléndez a retener, conservar y utilizar para fines científicos y de enseñanza cualquier espécimen o tejido tomado de mi cuerpo durante mi hospitalización.
- ✓ Autorizo a que se disponga de forma apropiada cualquier muestra, tejido u otros materiales corporales removidos durante procedimientos quirúrgicos o diagnósticos realizados a mi persona.

Este consentimiento me ha sido debidamente explicado y certifico que entiendo su contenido.

MMR
Firma del paciente o representante

Nicie
Parentesco

10/20/16 2:14 AM (C)
Fecha Hora

Jes E. Buley
Firma del testigo

10/20/16 2:14 AM (C)
Fecha Hora

En caso de no poder obtener el consentimiento escrito por parte del paciente o representante autorizado, documente las razones y gestiones realizadas para obtener el mismo:

Razones: Emergencia Barreras de Comunicación Otros: _____

Gestiones realizadas: _____



Hospital Hermanos Meléndez
Carr # 2 KM 11.7

BAYAMON, PR 00960
(787)620-8181

Nombre:	[REDACTED]	Edad: 94 Años
Fecha Nac:	01/01/1922	Estatura: 5'9"
Género:	M	SS: XXX-XX-6076
Peso:	170Lbs	
Médico:		
Admisión: 10/27/2016 05:21 PM		

Sala de Emergencia Adultos

Solicitud de Restricción a Divulgación de Información

La ley federal conocida como HIPAA, vigente a partir del 14 de abril de 2003, requiere que nuestra Institución proteja la privacidad y seguridad de su información de salud. Por tanto, la información que le podemos brindar a familiares, amistades u otras personas que pregunten por usted por nombre está limitada. Bajo esta ley, el Hospital está autorizado a hacer las siguientes divulgaciones, de no mediar su objeción:

I. DIRECTORIO

El Hospital puede incluir la siguiente información en el directorio de la Institución y divulgarla a todas aquellas personas que pregunten por usted por nombre:

1. Localización en el Hospital.
2. Condición general (limitada a los siguientes términos: buena, moderada, seria, crítica o indeterminada).
3. Afiliación religiosa (será provista solamente a miembros del clero).

II. FAMILIARES, AMISTADES U OTRAS PERSONAS ENVUeltas EN SU CUIDADO

A familiares o amistades no envueltos directamente con su cuidado se les informará solamente su localización y condición general. A personas envueltas en su cuidado se les divulgará aquella información razonablemente necesaria y relevante a sus funciones con respecto al cuidado de su salud o el pago por los servicios de salud.

Favor de indicar si tiene alguna objeción a que se lleven a cabo las divulgaciones anteriores:

- Objeto a que la información anterior forme parte del directorio de la Institución.
- Objeto a que familiares, amistades cercanas u otras personas envueltas en mi cuidado reciban información sobre mi localización, condición general u otra información relevante a sus funciones.
- No deseo que las siguientes personas sean informadas sobre mi localización y/o condición general (favor de indicar nombre y/o parentesco):

[REDACTED]

Firma del Paciente

10-27-16

Fecha



CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO EN SALA DE EMERGENCIA

Yo, [REDACTED] teniendo conocimiento que padezco de una condición que requiere diagnóstico, tratamiento y/o procedimiento médico, por la presente consiento voluntariamente:

- ✓ A que se lleven a cabo todos los procedimientos de diagnóstico y todos los tratamientos y/o procedimientos médicos que sean necesarios a juicio de los médicos de Sala de Emergencia y/o por cualquier otro médico perteneciente a la Facultad Médica y por empleados del hospital.
- ✓ Que me han sido explicados la naturaleza y objetivo del tratamiento y/o procedimiento, las alternativas al mismo, los riesgos y la posibilidad de complicaciones. Reconozco que no se me ha ofrecido garantía o seguridad en cuanto a los resultados que puedan obtenerse de dicho tratamiento y/o procedimiento.
- ✓ Entiendo que entre aquellos que prestan servicios al paciente en este hospital hay personal médico, de enfermería y otro personal de cuidado de salud en adiestramiento, quienes, a menos que se solicite lo contrario, estarán presentes o suministrarán cuidado al paciente como parte de su educación.
- ✓ Autorizo a que se suministre la información necesaria del expediente clínico tanto al médico como al Hospital para propósitos de facturación.

El consentimiento tiene que ser firmado por el paciente. En caso de que el paciente sea un menor o esté física o mentalmente incapacitado firmará el representante legal.

Este consentimiento me ha sido debidamente explicado y certifico que entiendo su contenido.

Nombre del paciente

[Signature]
Firma

10-27-14
Fecha

am/pm
Hora

Firma del representante
del paciente

[Signature]
Parentesco

Fecha

am/pm
Hora

En caso de no poder obtener el consentimiento escrito por parte del paciente o representante legal, documente la razón por la cual no se obtuvo el mismo y las gestiones realizadas:

Razones: () Emergencia () Barreras de Comunicación () Otras: _____

Gestiones realizadas: _____



DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

HOJA DE BALANCE DE LIQUIDOS

400A

RM:0000567278 EDAD: 94Y SEXO: M
 S.S XXX-XX-6076 CNT:0201608052
 ADM:10/28/2016 01:10 PM
 TP:0 - ACUTE INPATIENT
 DR: MEDINA LA SALLE, LISA
 PLAN: MEDICARE Y MUCHO MAS(HMO-MA)

Identificación de paciente

Personal de Enfermería Graduado es responsable de completar la Sección Recibidos; Vía Periferal y asegurar que la Hoja de I&O sea completada por LPN

Fecha:	RECIBIDOS							ELIMINADO					
	ORAL				VIA PERIFERAL								
Hora	Tipo	Cantidad ML	Subtotal	Hora	Solución	Cantidad ML	Subtotal	Hora	Orina ML	Succión ML	Drenaje ML	Vómitos ML	BM
8:00	Café	8		16:00	45-40	100	300	3:00	400	111			
10:00	Jugo	8		20:24n	50-50								
12:00													
14:00													
Residual													
Total 7-3								3:00	400				
FIRMA/LPN	<i>John H. H.</i>				FIRMA/RN <i>See 7080</i>			FIRMA/LPN	<i>A. J. R. 12/2016</i>				

Fecha:	RECIBIDOS							ELIMINADO					
	ORAL				VIA PERIFERAL								
Hora	Tipo	Cantidad ML	Subtotal	Hora	Solución	Cantidad ML	Subtotal	Hora	Orina ML	Succión ML	Drenaje ML	Vómitos ML	BM
					45-110	100	450						
					20:24n	50	50						
Residual													
Total 3-11								5:00					
FIRMA/LPN	<i>John H. H.</i>				FIRMA/RN <i>See 7080</i>			FIRMA/LPN					

Fecha:	RECIBIDOS							ELIMINADO					
	ORAL				VIA PERIFERAL								
Hora	Tipo	Cantidad ML	Subtotal	Hora	Solución	Cantidad ML	Subtotal	Hora	Orina ML	Succión ML	Drenaje ML	Vómitos ML	BM
					45-40	550	320						
Residual													
Total 11-7								3:70					
Total 24Hrs	320			Total 24Hrs				1140	Total 24Hrs				
FIRMA/LPN					FIRMA/RN			FIRMA/LPN					



HOSPITAL
HERMANOS
MELÉNDEZ

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

HOJA DE BALANCE DE LIQUIDOS

NAC : 01/01/1922 EDAD : 94Y SEXO : M
RM : 0000567278 CNT : 0201608052
S.S : XXX-XX-6076 CC : 400-01
ADM : 10/28/2016 01:10 PM
TP : 0 - ACUTE INPATIENT
DR : MEDINA LA SALLE, LISA
PLAN : MEDICARE Y MUCHO MAS(HMO-MA)

Identificación de paciente

Personal de Enfermería Graduado es responsable de completar la Sección Recibidos; Vía Periferal y asegurar que la Hoja de I&O sea completada por LPN's.



DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

HOJA DE BALANCE DE LIQUIDOS

NAC :01/01/1922 EDAD :94Y SEXO :M
RM :0000567278 CNT :0201608052
S.S XXX-XX-6076 CC :400-01
ADM :10/28/2016 01:10 PM
TP :0 - ACUTE INPATIENT
DR :MEDINA LA SALLE, LISA
PLAN :MEDICARE Y MUCHO MAS/HMO MA *all*

Personal de Enfermería Graduado es responsable de completar la Sección Recibidos; Vía Periferal y asegurar que la Hoja de I&O sea completada por LPNs.



DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

HOJA DE BALANCE DE LIQUIDOS

567278

4100A

Identificación de paciente

Personal de Enfermería Graduado es responsable de completar la Sección Recibidos; Vía Periferal y asegurar que la Hoja de I&O sea completada por LPN's.

Fecha:	RECIBIDOS							ELIMINADO					
	ORAL				VIA PERIFERAL			Hora	Orina ML	Succión ML	Drenaje ML	Vómitos ML	BM's
Hora	Tipo	Cantidad ML	Subtotal	Hora	Solución	Cantidad ML	Subtotal						
	NPO			10AM	NS. 4S-7 40	800	100						
				2PM	NS	250	250						
	Residual												
Total 7-3								(350)					
FIRMA/LPN	FIRMA/RN				FIRMA/LPN								

Fecha:	RECIBIDOS							ELIMINADO					
	ORAL				VIA PERIFERAL			Hora	Orina ML	Succión ML	Drenaje ML	Vómitos ML	BM's
Hora	Tipo	Cantidad ML	Subtotal	Hora	Solución	Cantidad ML	Subtotal						
				4:50 AM	NS	1000	320						
				3:00 PM	3375	100	100						
	Residual												
Total 3-11								420					
FIRMA/LPN	FIRMA/RN				FIRMA/LPN								

Fecha:	RECIBIDOS							ELIMINADO					
	ORAL				VIA PERIFERAL			Hora	Orina ML	Succión ML	Drenaje ML	Vómitos ML	BM's
Hora	Tipo	Cantidad ML	Subtotal	Hora	Solución	Cantidad ML	Subtotal						
				4:55 AM	NS	1000	320						
								320					
				12M Antibioticos		—	100						
	Residual												
Total 11-7								420					
Total 24Hrs				Total 24Hrs				1190					
FIRMA/LPN	FIRMA/RN				Resto								



DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

HOJA DE BALANCE DE LIQUIDOS

400A

01/01/1922 EDAD : 94Y SEXO : M
RM :0000567278 CNT : 0201608052
S.S XXX-XX-6076 CC : 400-01
ADM : 10/28/2016 01:10 PM
TP : 0 - ACUTE INPATIENT
DR : MEDINA LA SALLE, LISA
PLAN : MEDICARE Y MUCHO MAS(HMO-MN)

Identificación de paciente

Personal de Enfermería Graduado es responsable de completar la Sección Recibidos; Vía Periferal y asegurar que la Hoja de I&O sea completada por LPN's.

Fecha:	RECIBIDOS							ELIMINADO					
	ORAL			VIA PERIFERAL				Hora	Orina ML	Succión ML	Drenaje ML	Vómitos ML	BM's
Hora	Tipo	Cantidad ML	Subtotal	Hora	Solución	Cantidad ML	Subtotal						
					.45 V40		320		panper				
	Residual												
Total 3-11							320						
FIRMA/LPN				FIRMA/RN				FIRMA/LPN					

Fecha:	RECIBIDOS							ELIMINADO					
	ORAL			VIA PERIFERAL				Hora	Orina ML	Succión ML	Drenaje ML	Vómitos ML	BM's
Hora	Tipo	Cantidad ML	Subtotal	Hora	Solución	Cantidad ML	Subtotal						
					45 140		- 330						
					100								
	Residual												
Total 11-7							430						
Total 24Hrs				Total 24Hrs			1250	Total 24Hrs					
FIRMA/LPN				FIRMA/RN <i>J. Pantoja-2333</i>				FIRMA/LPN					



HOSPITAL
HERMANOS
MELÉNDEZ

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

HOJA DE BALANCE DE LIQUIDOS

- 567278

400 A Identificación de paciente

Personal de Enfermería Graduado es responsable de completar la Sección Recibidos, Vía Periferal y asegurar que la Hoja de I&O sea completada por LPN's.



DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

HOJA DE BALANCE DE LIQUIDOS

567278

400 A

Identificación de paciente

Personal de Enfermería Graduado es responsable de completar la Sección Recibidos; Vía Periferal y asegurar que la Hoja de I&O sea completada por LPN's.

Fecha:	RECIBIDOS								ELIMINADO					
	ORAL				VIA PERIFERAL				Hora	Orina ML	Succión ML	Drenaje ML	Vómitos ML	BM's
Hora	Tipo	Cantidad ML	Subtotal	Hora	Solución	Cantidad ML	Subtotal							
Residual														
Total 7-3														
FIRMA/LPN	FIRMA/RN				FIRMA/LPN				FIRMA/LPN					

Fecha:	RECIBIDOS								ELIMINADO					
	ORAL				VIA PERIFERAL				Hora	Orina ML	Succión ML	Drenaje ML	Vómitos ML	BM's
Hora	Tipo	Cantidad ML	Subtotal	Hora	Solución	Cantidad ML	Subtotal							
					45	↓	40							
Residual														
Total 3-11								200						
FIRMA/LPN	FIRMA/RN				Autrui R: 7050				FIRMA/LPN					

Fecha:	RECIBIDOS								ELIMINADO					
	ORAL				VIA PERIFERAL				Hora	Orina ML	Succión ML	Drenaje ML	Vómitos ML	BM's
Hora	Tipo	Cantidad ML	Subtotal	Hora	Solución	Cantidad ML	Subtotal							
					45	↓	40							
Residual														
Total 11-7								320						
Total 24Hrs					Total 24Hrs			520	Total 24Hrs					
FIRMA/LPN	FIRMA/RN				Lo				FIRMA/LPN					



HOSPITAL
HERMANOS
MELÉNDEZ

DIABETIC RECORD

NORMAL VALUES FOR GLUCOSE BY

PRECISION FREE STYLE GLUCOMETER: 65- 99 mg/dl

10/28/2016 EDAD: 94Y SEXO: M
RM:0000567278 CNT:0201608052
S.S XXX-XX-6076 CC:400-01
ADM:10/28/2016 01:10 PM
TP:0 -ACUTE INPATIENT
DR: MEDINA LA SALLE, LISA
PLAN: MEDICARE Y MUCHO MAS(HMO-M)

Identificación de paciente



Caretera No. 2 KM 11.7
Apartado 306
Bayamón, Puerto Rico 00701
Tel. (787) 620-8181

Apañado 306
Bayamón, Puerto Rico 00960
Tel. (787) 620-8181

**HERMANOS
MELÉNDEZ**

1

RECONCILIACION DE MEDICAMENTOS

Fuente de Información: Paciente Familiar Tutor Otros _____
DR MEDINA LA SALLE LISA
PLAN :MEDICARE Y MUCHO MAS/HMO-MI

No se puede obtener historial de medicamentos. Razón: _____ Vacunaciones: _____

No toma medicamentos en el hogar. Alergias: _____ Diagnóstico: _____

Paciente Embarazada Sí No Pte. Lactando Sí No Peso _____ Estatura: _____

Historial de Medicamentos

		Cambio	Admisión	Traslado	Aus.

Nombres de Medicamentos	Dosis	Ruta	Frecuencia	Contra y riesgo (Última dosis)	dosis, ruta o frecuencia	Medicamentos Descontinuados	Sí	No	Sí	No	Sí	No
-------------------------	-------	------	------------	-----------------------------------	-----------------------------	--------------------------------	----	----	----	----	----	----

Furosemide	20mg po	Daily
Enquin	20mg po	Daily

Historial de Medicamentos

Nombres de Medicamentos	Dosis	Ruta	Frecuencia	Fecha y Hora (Última dosis)	Cambio en dosis, ruta o frecuencia	Medicamentos Descontinuados	Alta			
							SI	NO	SI	NO
Furosemide	20mg po	Daily					✓		✓	
Lorazepam	5mg po	Daily					✓			

Historia de Medicamentos debe incluir medicamentos recetados (Rx) sin receta (OTC) y vendidos

Firma (Profesional que realiza historia de medicamentos)

Firma médico de Cabecera (#LIC)

Certifico que leí las instrucciones de alta en el uso de medicamentos en el hospital.

Laura Jiménez (Professional Coach) realiza reconciliación en traslado

6

Firma Paciente o Familiar



Caretera No. 2 KM 11.7
Apartado 306
Bayamón, Puerto Rico 00960
Tel. (787) 620-8181

RECONCILIACION DE MEDICAMENTOS

Paciente

No se puede obtener historial de medicamentos. Razón: _____

No toma medicamentos en el hogar. Alergias: _____

Paciente Embarazada Si No

Familiar

Otros_

CAN MEDICARE MUCHO MAS (HMO-M)
1

No se dispone obtener historial de medicamento

No toma medicamentos en el hogar. Alergias: _____

Paciente Embarazada Si No

CAN MEDICARE MUCHO MAS (HMO-M)
1

No se dispone obtener historial de medicamento

No toma medicamentos en el hogar. Alergias: _____

Paciente Embarazada Si No

Historial de Medicamentos

Historia de Medicamentos debe incluir medicamentos recetados (**RX**), sin receta (**OTC**) y productos naturales.

Firma (Profesional que realiza historia de medicamentos) Justicia BSN 70500
Firma (Profesional que realiza reconciliación en admisión)

Fecha 10/28/14 Hora 09:30pm
 Fecha Hora

Certifico que leí las instrucciones de alivio del dolor y las firmé.

Al uso de medicamentos en el hogar

El tema I Profesional que realiza reconciliación en traslado

_____ Hora

卷之三

Familia Facilitate o Familiar

NAME _____

RECORD NO. _____ AGE _____ SEX _____

SOCIAL SECURITY NUMBER _____

M.D. _____

DX.

ALLERGY _____

NAC :01/01/1922 EDAD :94Y SEXO :M
RM :0000567278 CNT :0201608052
SS :XXX-XX-6076 CC :400-01
ADM :10/28/2016 01:10 PM
TP :0 - ACUTE INPATIENT
DR :MEDINA LA SALLE, LISA
PLAN :MEDICARE Y MUCHO MAS/HMO-MM

ADRESSEGRAFT

MEDICATIONS STAT & SINGLE ORDERS

MEDICATION PRN AND DIABETIC SCALE



MEDICATION OMNIBUS



MEDICATION ADMINISTRATION RECORD

An Alejandro Ríos BSN

Daily	9:00 am
BID	9:00 am - 5:00 pm
TID	9:00 am - 1:00 pm - 5:00 pm
QID	9:00 am - 1:00 pm - 5:00 pm - 9:00 pm
Q 4 hrs	1:00 am - 5:00 am - 9:00 am - 1:00 pm - 5:00 pm - 9 pm
Q 6 hrs	12:00 MN - 6:00 am - 12:00 MD - 6:00 pm
Q 8 hrs	1:00 am - 9:00 am - 5:00 pm
Q 12 hrs	9:00 am - 9:00 pm
P.O. - BY MOUTH	<input type="radio"/> - OMISSION
I.M. - INTRAMUSCULAR	<input checked="" type="radio"/> - ADMINISTRATED
SUBCUTANEOUS	STAT - ADM. IMMEDIATELY
I.V. - INTRAVENOUS	
S.L. - SUBLINGUAL	

NAC :01/01/1922 EDAD :94Y SEXO :M
 RM:0000567278 CNT:0201608052
 SS XXX-XX-6076 CC :400-01
 ADM:10/28/2016 01:10 PM
 TP:0 - ACUTE INPATIENT
 DR :MEDINA LA SALLE, LISA
 PLAN :MEDICARE Y MUCHO MAS(HMO-M)

ALLERGY:

MEDICATION AROUND THE CLOCK.

	Date	11/4/16															
	Order	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM
Zithromax 500 IV daily	10/28		1														
Pepcid 20 IV q 12hr	10/28	5	5														
Tussi DM 15ml po q6	10/28	12	12														
Ambien 10mg po HS	10/29		9														
Tramadol 100 po HS	10/29		9														
Zosyn 3.375 IV q 8	10/31	19	5														
Ativan 1mg po 6pm	11/2		6														
R.N. Initials →		11-7															
		7-3	Q-														
		3-11															

NAME

RECORD NO. # 56-1278-94 AGE SEX

400A

SOCIAL SECURITY NUMBER

M.D.

DX

ALLERGY

ADRESSOOGRAFT

MEDICATIONS STAT & SINGLE ORDERS

MEDICATION PRN AND DIABETIC SCALE

'AIN ASSESSMENT AND REASS

ROOM NO. 400A NAME

PRN MEDICATION & DIABETIC SCALE

Dra. Medina

MEDICATION OMNISISSION



MEDICATION ADMINISTRATION RECORD

Daily	9:00 am
BID	9:00 am - 5:00 pm
TID	9:00 am ~ 1:00 pm - 5:00 pm
QID	9:00 am - 1:00 pm - 5:00 pm - 9:00 pm
Q 4 hrs	1:00 am - 5:00 am - 9:00 am - 1:00 pm - 5:00 pm - 9 pm
Q 6 hrs	12:00 MN - 6:00 am - 12:00 MD - 6:00 pm
Q 8 hrs	1:00 am - 9:00 am - 5:00 pm
Q 12 hrs	9:00 am - 9:00 pm
P.O. - BY MOUTH	○ - OMISSION
I.M. - INTRAMUSCULAR	/ - ADMINISTRATED
SUBCUTANEOUS	STAT - ADM. IMMEDIATELY
I.V. - INTRAVENOUS	
S.L. - SUBLINGUAL	

ALLERGY:

MEDICATION AROUND THE CLOCK

R.N. Initials →

ALLERGY:

MEDICATION AROUND THE CLOCK



Hospital Hermanos Meléndez
Apartado 306
Bayamón, Puerto Rico 00960

NAC:01/01/1922 EDAD:94Y SEXO:M
RM:0000567278 CNT:0201608052
S.S:XXX-XX-6076 CC:400-01
ADM:10/28/2016 01:10 PM
TP:0 - ACUTE INPATIENT
DR: MEDINA LA SALLE, LISA
PLAN: MEDICARE Y MUCHO MAS(HMO-MN)

USE OF RESTRAINT IN ACUTE MEDICAL AND SURGICAL CARE UNITS
PHYSICIAN ORDER
NO PRN ORDERS WILL BE ACCEPTED

MEDICAL / SURGICAL REASONS REQUIRING RESTRAINT

- BEHAVIOR INTERFERES WITH EFFECTIVE MEDICAL / SURGICAL TREATMENT
- PREVENT INJURY TO SELF OR OTHERS
- REMOVING BANDAGES OR MEDICAL DEVICES
- CONFUSION / DISORIENTATION ASSOCIATED TO MED OR SURG CONDITION
- OTHER: _____

TYPE OF RESTRAINT	RA	LA	RL	LL
SOFT WRIST / ANKLE	/	/		
MITTS				
SECURITY BANDS				
SHEETS				
OTHER:				

LESS RESTRICTIVE MEASURES ATTEMPTED

- COMFORT MEASURES
- POSITION & HYGIENE CHANGES
- PATIENT CLOSER TO NURSES' STATION
- ENCOURAGE FAMILY / FRIENDS VISIT
- USE OF DISTRACTION, SUCH AS MUSIC
- PSYCHIATRIST CONSULTATION
- USE OF RESTRAINT IS CLINICALLY INDICATED
- SEDATION

DURATION: UNTIL BEHAVIOR RESOLVES OR MEDICAL / SURGICAL TREATMENT TERMINATED (MAX. 24 HOURS)

DATE: 11/21/11

TIME: 2 AM

Medina M.D.

10/28/2016

R.N.



Hospital Hermanos Meléndez
Apartado 306
Bayamón, Puerto Rico 00960

NAC:01/01/1922 EDAD:94Y SEXO:M
RM:0000567278 CNT:0201608052
S.S:XXX-XX-6076 CC:400-01
ADM:10/28/2016 01:10 PM
TP:0 - ACUTE INPATIENT
DR: MEDINA LA SALLE, LISA
PLAN: MEDICARE Y MUCHO MAS(HMO-MM)

USE OF RESTRAINT IN ACUTE MEDICAL AND SURGICAL CARE UNITS
PHYSICIAN ORDER
NO PRN ORDERS WILL BE ACCEPTED

MEDICAL / SURGICAL REASONS REQUIRING RESTRAINT

- BEHAVIOR INTERFERES WITH EFFECTIVE MEDICAL / SURGICAL TREATMENT
- PREVENT INJURY TO SELF OR OTHERS
- REMOVING BANDAGES OR MEDICAL DEVICES
- CONFUSION / DISORIENTATION ASSOCIATED TO MED OR SURG CONDITION
- OTHER: _____

TYPE OF RESTRAINT	RA	LA	RL	LL
SOFT WRIST / ANKLE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
MITTS				
SECURITY BANDS				
SHEETS				
OTHER:				

LESS RESTRICTIVE MEASURES ATTEMPTED

- COMFORT MEASURES
- POSITION & HYGIENE CHANGES
- PATIENT CLOSER TO NURSES' STATION
- ENCOURAGE FAMILY / FRIENDS VISIT
- USE OF DISTRACTION, SUCH AS MUSIC
- PSYCHIATRIST CONSULTATION
- USE OF RESTRAINT IS CLINICALLY INDICATED
- SEDATION

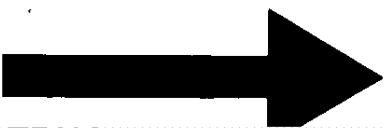
DURATION: UNTIL BEHAVIOR RESOLVES OR MEDICAL / SURGICAL TREATMENT TERMINATED (MAX. 24 HOURS)

DATE: 10/29/14

TIME: 3:45 AM

Medina M.D.

M. B. R. W. 10/30/14 R.N.



1. Imprint patient's name before placing in chart.
 2. Use Ball Point only.

**INSTRU~~C~~
ADDRESS**

NAC :01/01/1922 EDAD :94Y SEXO :M
RM :0000567278 CNT :021608052
S.S :XXX-XX-6076 CC :400-01
ADM :10/28/2016 01:10 PM
TP :0 - ACUTE INPATIENT
DR :MEDINA LA SALLE, LISA
PLAN :MEDICARE Y MUCHO MAS(HMO-MM)

PATIENT INFORMATION BELOW

HOSPITAL
HERMANOS
MELENDEZ

APARTADO 306
BAYAMON, PUERTO RICO

AUTHORIZATION GIVEN TO DISPENSE A GENERIC EQUIVALENT
(UNDER THE FORMULARY SYSTEM) UNLESS THE PARTICULAR
DRUG IS ENCIRCLED.

DRUG ALLERGIES:

Physician Name _____ **License** _____ **NPI** _____ **DEA** _____ **DM** _____

“Prohibited Abbreviations”

All Drug Names	Abbreviations	Doses designations and other information
MS, MgS04, MS04	q.d. or QD, q.o.d. or QOD, U or u, IU	Zero after decimal point (1.0) and Zero not placed in front of decimal point (.5mg)

PHYSICIAN'S ORDERS



Respiratory Therapy Medical Order

567278

400A

Respiratory Therapy Drug

ALBUTEROL SULFATE

- STAT () 0.083%/3mL (2.5mg/3mL NSS)
 () 0.042%/3mL (1.25mg/3mL NSS)

Every _____ minutes for _____ doses by nebulization for 15 min.

IPRATROPIUM BROMIDE 0.02% (ATROVENT) PREMIX

- () 0.5mg/2.5mL

Every _____ hours by nebulization for 15 min.

For: _____ 24 hrs. _____ 48 hrs. _____ 72 hrs.

BUDESONIDE (PULMICORT) INHALATION SUSPENSION PREMIX

(Order Only by Pneumologist)

- () 0.25 mg/mL () 0.5 mg/2mL

Every 12 hours by nebulization for 15 min.

For: _____ 24 hrs. _____ 48 hrs. _____ 72 hrs.

XOPENEX INHALATION SOLUTION PREMIX

(Order Only by Pneumologist)

- () 0.31mg/3mL () 0.63mg/3mL () 1.25mg/3mL

Every _____ hours by nebulization for 15 min.

For: _____ 24 hrs. _____ 48 hrs. _____ 72 hrs.

RACEPINEPHRINE 2.25% PREMIX (11.25mg/0.5mL) (VAPONEPHRINE)

- () Every _____ hours by nebulization for 15 min.

For: _____ 24 hrs. _____ 48 hrs. _____ 72 hrs.

Respiratory Therapy Procedures

_____ Incentive Spirometry: Every _____ hours.

_____ Arterial Blood Gas Sample _____ Stat _____ AM PM

_____ Catheter Suction

- () Nasal () Oral () Tracheostomy
 () Endotracheal tube every _____ hours.

_____ Continuous Oxymetry, for _____ hours.

_____ Sputum sample /culture

_____ Chest Physiotherapy every _____ hrs.

Pulmonary area _____

Oxygen Therapy

- () Nasal Cannula _____ LPM

- () Ventury Mask _____ % F1O₂

- () Aerosol Mask _____ LPM

- () Non-Rebreathing Mask at 15 LPM

- () Oxyhood _____ % F1O₂

MD signature

License

30WOB,
RN signature

License

11/03/14, 11:53 AM (1AM) 1PM

11:13, Time

(1AM) 1PM

LPM = Liter Per Minute

Revisado: Enero 2012 / wcg



1. Imprint patient's name before placing in chart.
 2. **Use Ball Point only.**

INSTRUCTIONS: ADDRESSOGRAPH

WRITE OR IMPRINT PATIENT INFORMATION BELOW

.....0000567278 94Y SEXO : M
S.S : XXX-XX-6076 CNT : 0201608052
ADM : 10/28/2016 01:10 PM
TP : 0 - ACUTE INPATIENT
DR : MEDINA LA SALLE, LISA
PLAN : MEDICARE Y MUCHO MAS (HMO-MA)

400A

HOSPITAL
HERMANOS
MELENDEZ

APARTADO 306
BAYAMON, PUERTO RICO

AUTHORIZATION GIVEN TO DISPENSE A GENERIC EQUIVALENT
(UNDER THE FORMULARY SYSTEM) UNLESS THE PARTICULAR
DRUG IS ENCIRCLED.

DRUG ALLERGIES:

DATE & TIME	PHYSICIAN'S ORDERS	NURSE'S INITIALS
7/11/14	Order Telefonic - Dra. F. Medina	
11:53 AM	haladol 5 Mg IM STAT Penadryl 50 Mg IV STAT	
	Officer 7/10/14 11:55PM	Verificado x 2 Risper Rn 7495 21/11/14
102/16/14	(1) CBC - (2) Renal Panel PM (3) Hold Fiberoptic (4) Soft blenderized diet watered for tolerance (5) Maintain semi-sitting position (6) CXR Rotatable 100% B/P - (7) Discaline Klonopin (8) Ativan 1mg p.o. PM (6:00PM)	11:53
	Officer 7/10/14 10:45AM	dm1007-2 10/11/14 10:45AM

Physician Name

License

NPI

DEA

DM

“Prohibited Abbreviations”

All Drug Names	Abbreviations	Doses designations and other information
MS, MgSO ₄ , MS04	q.d. or QD, q.o.d. or QOD, U or u, IU	Zero after decimal point (1.0) and Zero not placed in front of decimal point (.5mg)

PHYSICIAN'S ORDERS



1. Imprint patient's name before placing in chart.
 2. **Use Ball Point only.**

INSTRUCTIONS: ADDRESSOGRAPH

WRITE OF IMPRINT PATIENT INFORMATION BELOW

RM:0000567278 CNT:0201608052
S.S:XXX-XX-6076 CC:400-01
ADM:10/28/2016 01:10 PM
TP:0 - ACUTE INPATIENT
DR: MEDINA LA SALLE LISA
PLAN: MEDICARE MUCHO MAS(HMO-MM)

**HOSPITAL
HERMANOS
MELENDEZ**

APARTADO 306
BAYAMON, PUERTO RICO

**AUTHORIZATION GIVEN TO DISPENSE A GENERIC EQUIVALENT
(UNDER THE FORMULARY SYSTEM) UNLESS THE PARTICULAR
DRUG IS ENCIRCLED.**

DRUG ALLERGIES:

Physician Name _____ **License** _____ **NPI** _____ **DEA** _____ **DM** _____

"Prohibited Abbreviations"

All Drug Names	Abbreviations	Doses designations and other information
MS, MgS04, MS04	q.d. or QD, q.o.d. or QOD, U or u, IU	Zero after decimal point (1.0) and Zero not placed in front of decimal point (.5mg)



ORDENES MÉDICAS ESTANDARIZADAS

PREVENCIÓN / TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

INTRUCCIONES GENERALES

<p>PREVENCIÓN: (Esta sección puede ser iniciada por la RN/LPN)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Iniciar Estimado de Integridad de Piel / Escala BRADEN y activar si el riesgo es moderado 13-14; <input type="checkbox"/> Aliviar áreas de presión con cambios de posición cada 2hrs.y/o de acuerdo a tolerancia. <input type="checkbox"/> Colocar matriz de aire. <input type="checkbox"/> Colocar: <input type="checkbox"/> Codo/Talón Protector <input type="checkbox"/> Allevyn Adhesive en áreas de protuberancia ósea y talones. <input type="checkbox"/> Aplicar <input type="checkbox"/> Lubriderm <input type="checkbox"/> Moisturizing Cream para humectar la piel. <input type="checkbox"/> Otras: Especifique. 	<p>DERMATITIS PERINEAL: Eritema asociado con erosión de la piel perineal debido a incontinencia urinaria o fecal.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kit de Incontinencia urinaria o fecal que incluye: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Limpiar área perineal con: <input type="checkbox"/> Moisturizing Cleanser. <input type="checkbox"/> 0.9%NS, Secar el área. <input type="checkbox"/> Aplique Extra Protective Cream (EPC) <input type="checkbox"/> A & D <p>LACERACIONES Y ABRASIONES DE LA PIEL (Skin Tear): Separación traumática de epidermis de la dermis, típicamente por la fricción o como el resultado de la pérdida parcial.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Limpie el área con 0.9%NS, <input type="checkbox"/> Dermal Wound Cleanser. <input type="checkbox"/> Aplicar Solosite Gel y cubrir con vendaje no adherente de gasas. (Laceraciones) <input type="checkbox"/> Aplicar vendaje para piel frágil: Allevyn Gentle Border y dejar hasta 7 días. (Abrasiones)
ESTADIO I / DAÑO PROFUNDO A TEJIDO / ESTADIO II	ESTADIO II: Perdida parcial del espesor de piel que envuelve epidermis o dermis. La úlcera es superficial se presenta como una abrasión, bula, o lesión superficial.
<p>ESTADIOS I: Presión observable relacionado a alteración a la piel intacta, puede incluir cambio en uno o más de los siguientes: Temperatura de la piel (caliente o fria), consistencia del tejido (firme o blando) y/o cambio en la sensación (aumento en dolor o picor.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Refiérase a sección de PREVENCIÓN <p>DAÑO PROFUNDO A TEJIDO: Área localizada de color púrpura (hematoma o moretón) puede ser área intacta de piel o bolsa de líquido llena de sangre debido al daño del tejido blando.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Refiérase a sección de PREVENCIÓN <input type="checkbox"/> Colocar: <input type="checkbox"/> Codo/Talón Protector <input type="checkbox"/> Allevyn Adhesive en áreas de protuberancia ósea y talones. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Aplicar Solosite Gel y cubrir con vendaje Coversite plus. (secreciones mínimas) <input type="checkbox"/> Aplicar vendaje para piel frágil: Allevyn Gentle Border. (secreciones moderadas). <input type="checkbox"/> Otras: especifique
ESTADIO III Y IV	ESTADIO IV: Pérdida total del espesor cutáneo con amplia destrucción, necrosis tisular, daño a músculo, hueso o estructura de soporte como tendón.
<p>ESTADIO III: Perdida del espesor total de la piel, incluye daño o necrosis del tejido subcutáneo. Se presenta como un cráter profundo o con socavado del tejido adyacente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Limpie el área con: <input type="checkbox"/> Dermal Wound Cleanser. <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 0.9%NS, <input type="checkbox"/> Aplicar Skin-Prep en la piel periúlceral. <input type="checkbox"/> Aplicar Solosite Gel. (úlcera es rosada, tejido amarillo / necrótico y exudado leve.) <input type="checkbox"/> Aplicar Acticoat y Allevyn Adhesive por 3 días. (úlcera con exudado moderado a abundante, fetidez) <input type="checkbox"/> Aplicar IntraSite Gel con Acticoat y Allevyn Adhesive. Por 7 días. (úlcera con signos y síntomas de infección, exudado leve y cavidades – túneles o socavados.) <input type="checkbox"/> Consulta con Nutricionista: 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Limpie el área con: <input type="checkbox"/> Dermal Wound Cleanser. <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 0.9%NS, <input type="checkbox"/> Aplicar Skin-Prep en la piel periúlceral. <input type="checkbox"/> Aplicar Solosite Gel. (úlcera es rosada, tejido amarillo / necrótico y exudado leve.) <input type="checkbox"/> Aplicar Acticoat y Allevyn Adhesive por 3 días. (úlcera con exudado moderado y/o abundante, fetidez) <input type="checkbox"/> Aplicar IntraSite Gel con Acticoat y Allevyn Adhesive. Por 7 días. (úlcera con signos y síntomas de infección, exudado leve y cavidades – túneles o socavados.) <input type="checkbox"/> Cultivo y Sensibilidad
<p>ÚLCERA NO-CLASIFICABLE: Pérdida total del espesor cutáneo en la cual la base de la úlcera está cubierta por tejido no viable (color amarillento, gris verdoso o negro) en la base de la úlcera.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Limpie el área con: <input type="checkbox"/> Dermal Wound Cleanser. <input type="checkbox"/> 0.9%NS, <input type="checkbox"/> Aplicar Solosite Gel. (Si la úlcera es necrótica, tiene tejido amarillo y exudado leve) <input type="checkbox"/> Colocar vendaje de Coversite plus. <input type="checkbox"/> Consulta con un Cirujano, (Escara necrótica, seca y firme) 	

FM/TM REV 0-6/12



1. Imprint patient's name before placing in chart.
2. Use Ball Point only.

400-A

INSTRUCTIONS:
ADDRESSOGRAPH

WRITE OF IMPRINT PATIENT INFORMATION BELOW

KIM JUUU56/278 CNT:0201608052
S.S XXX-XX-6076 CC:400-01
ADM:10/28/2016 01:10 PM
TP:0 - ACUTE INPATIENT
DR: MEDINA LA SALLE, LISA
PLAN: MEDICARE Y MUCHO MAS(HMO-MM)

HOSPITAL
HERMANOS
MELENDEZ

APARTADO 306
BAYAMON, PUERTO RICO

AUTHORIZATION GIVEN TO DISPENSE A GENERIC EQUIVALENT
(UNDER THE FORMULARY SYSTEM) UNLESS THE PARTICULAR
DRUG IS ENCIRCLED.

DRUG ALLERGIES:

DATE & TIME	PHYSICIAN'S ORDERS	NURSE'S INITIALS
10/29/16 12:45 PM	<p>① Ambien 10mg p.o. bedtime (brought by patient)</p> <p>② Trasodol 100mg po. daily</p> <p>③ CBC</p> <p>④ CMP</p> <p>⑤ Head Bobble 100 mg po 60 mg po 100 mg po 100 mg po</p> <p>⑥ Meds</p> <p>10/30/16 10/30/16</p>	
10/31/16 1:35 PM	<p>① NGT</p> <p>② Fibersource 3cx to rel 30cc/hr</p> <p>③ Air Mattress</p> <p>④ Maintain semi-sitting position</p> <p>⑤ Toprexx 0.63mg +3bd XSS q4hrs.</p> <p>⑥ Nutritient Evaluation</p> <p>⑦ CBC u/s</p> <p>⑧ CXR Portable today</p> <p>⑨ Renal Panel u/s</p> <p>⑩ Lab's today</p>	10/31/16 10/31/16 10/31/16 10/31/16 10/31/16 10/31/16 10/31/16 10/31/16 10/31/16 10/31/16
	<p>⑪ CKG</p> <p>⑫ Beta-thalassemic Peptide</p> <p>⑬ 2D Echogram modif calcif</p> <p>⑭ Zorex 3.375 gm iv/g 8hrs</p>	

Physician Name _____

License _____

NPI _____

DEA _____

DM _____

Medal

"Prohibited Abbreviations"

All Drug Names	Abbreviations	Doses designations and other information
MS, MgSO ₄ , MS04	q.d. or QD, q.o.d. or QOD, U or u, IU	Zero after decimal point (1.0) and Zero not placed in front of decimal point (.5mg)

1. Imprint patient's name before placing in chart.
[REDACTED] only.

INSTRUCTIONS

NAC : 01/01/1922 EDAD : 94Y SEXO : M

PATIENT INFORMATION BELOW

only

ADDRESSOGRAP

RM :0000567278 CNT :0201608052

S.S :XXX-XX-6076 CC :400-01

APM :10/28/2016 81:10 PM

TP-0 - ACUTE INPATIENT

DEPARTMENT OF MEDINA LA SALLE USA

PLAN : MEDICARE X MUCHO MAS/HMO-MM



APARTADO 306
BAYAMON, PUERTO RICO

AUTHORIZATION GIVEN TO DISPENSE A GENERIC EQUIVALENT
(UNDER THE FORMULARY SYSTEM) UNLESS THE PARTICULAR
DRUG IS ENCIRCLED.

DRUG ALLERGIES:

DATE & TIME	PHYSICIAN'S ORDERS	NURSE'S INITIALS
10/29/16 3:47 AM	10/29/16 Order Telefónica 129. Medina ① Halclo 8gm x 1 dose ② Benadryl 50mg iu x 1 dose Confirmed x 2	
		Mjw/1032/Medina 10/29/16 12:40PM
10/29/16 1:30 AM	③ Xopenex 0.63mg / Atrovut 0.02% nbs q6h x (5mri) ④ Dic Rocephin ⑤ Sputum C+S (6mt) already ordered ⑥ O ₂ 2L NC	
	Bldrs 1550 B6 SA 11.3	Carlos R. Alcalá Márquez, M.D. LIC 17709 NPI 1005066124

Physician Name: _____ License _____ NPI _____ DEA _____ DM _____

“Prohibited Abbreviations”

All Drug Names	Abbreviations	Doses designations and other information
MS< Mgs04, MS04	q.d. or QD, q.o.d. or QOD, U or u, IU	Zero after decimal point (1.0) and Zero not place in front of decimal point (.5mg)

PHYSICIAN'S ORDERS

YBV



1. ~~Imprint~~ patient's name before placing in chart.
 2. Use Ball Point only.

**INSTRUCTIONS
ADDRESS**

WHITE OF IMPRINT PATIENT INFORMATION BELOW

NIEVES CRUZ, NATIVIDAD
NAC :01/01/1922 EDAD : 94Y SEXO : M
RM :0000567278 CNT :0201608052
S.S :XXX-XX-6076 CC :400-01
ADM :10/28/2016 01:10 PM
TP :0 - ACUTE INPATIENT
DR :MEDINA LA SALLE, LISA.
PLAN :MEDICARE Y MUCHO MAS(HMO-MM)



APARTADO 306
BAYAMON, PUERTO RICO

AUTHORIZATION GIVEN TO DISPENSE A GENERIC EQUIVALENT
(UNDER THE FORMULARY SYSTEM) UNLESS THE PARTICULAR
DRUG IS ENCIRCLED.

DRUG ALLERGIES:

Physician Name: _____ **License** _____ **NPI** _____ **DEA** _____ **DM** _____

"Prohibited Abbreviations"

All Drug Names	Abbreviations	Doses designations and other information
MS< MgSO4, MS04	q.d. or QD, q.o.d. or QOD, U or u, IU	Zero after decimal point (1.0) and Zero not place in front of decimal point (.5mg)

PHYSICIAN'S OFFICES

YBV

HOSPITAL HERMANOS MELEN, INC.

Bayamón, Puerto Rico

ADMISSION REQUEST

PLEASE USE BALLPOINT PEN ONLY

Patient _____

Address _____

Telephone _____

Date of Birth _____

Sex _____

Physician Dra L Medina

Tel: _____

Date of Request 10/28/16

Source of Payment _____

Principal Diagnosis or problem Acute bronchitisNo BP

Reason for Admission (Admitting Criteria) _____

NAC: U1/U1/1922 EDAD: 94Y SEXO: M

RM: 0000567278 CNT: 0201608052

S.S. XXX-XX-6076 CC: 400-01

ADM: 10/28/2016 01:10 PM

TP: 0 - ACUTE INPATIENT

DR: MEDINA LA SALLE, LISA

PLAN: MEDICARE Y MUCHO MAS(HMO-MN)

Admission Urgency:

Emergency Risk to life Intractable pain Urgent (within 24 hours) Semiurgent (within 3 days) Elective

Preferred Admission date:

HISTORY ALLERGIES: NONE

YES

REMARKS

WEIGHT: 170 lbs

Operation: _____

Date of procedure _____

Anticipated length of stay _____ to _____ DAYS

Discharge planning required? YES NO

REMARKS: _____

DATE AND HOUR

10/28/16
1:10PM

DOCTORS ORDER

1. Admit to medical
2. Dx: Acute bronchitis
3. Condition: O/Care
4. Progress: planned
5. Diet: Regular
6. Nurses orders: 1/2 g phs stat
Intake + Out put chart
7. Diagnostic orders: CBC + CMP + CRP
(ABGs) - CXR - UA - UC orientado
- Sputum culture orientado
- Urine - PPD
- Chest CT scan with contrast done
8. Therapeutic orders:
 a) Bactrim 1 gm IV daily
 b) Zofran max 50mg IV daily
 c) 10.45 ipace 40 mg IV once/24hr
 d) PI 2 atropine 0.5mg + 3cc NSS q 4 hrs. *if needed*

1. Imprint patient's name before placing in chart.
2. Use Ball Point only.

INSTRUCTIONS:

WRITE OF IMPRINT PATIENT INFORMATION BELOW

ADDRESSEO

NAS :10/28/2016 EDN :10/28/2016
RM :0000567278 CNT :0201608052
S.S XXX-XX-6076 CC :400-01
ADM :10/28/2016 01:10 PM
TP :0 - ACUTE INPATIENT
DR :MEDINA LA SALLE, LISA
PLAN :MEDICARE Y MUCHO MAS(HMO-M



APARTADO 306
BAYAMON, PUERTO RICO

AUTHORIZATION GIVEN TO DISPENSE A GENERIC EQUIVALENT
(UNDER THE FORMULARY SYSTEM) UNLESS THE PARTICULAR
DRUG IS ENCIRCLED.

DRUG ALLERGIES:

DATE & TIME	PHYSICIAN'S ORDERS	NURSE'S INITIALS
10/27/10 7:45 AM	<p>10/27/10</p> <p>(1) Zoh-Endol 60mg IV</p> <p>(2) Dihydro 0.08% + Atropin 0.2%</p> <p>prn q 20 min x 3</p> <p>(3) Acetamin 1g IV</p> <p>(4) Cetacizumab</p> <p>(5) Bnd stat + Tactis up.</p> <p>(6) All stat</p> <p>Orden farmacologico (O) / Plan del 1a Día de Medicina</p>	
10/31/10 9:34 AM	<p>(A) Haldesoneq 400 stat</p> <p>(B) Benader, 50mg IV stat</p>	Cel 7087
		Officed 11/01/10 12:00pm

Physician Name: _____ **License** _____ **NPI** _____ **DEA** _____ **DM** _____

“Prohibited Abbreviations”

All Drug Names	Abbreviations	Doses designations and other information
MS< MgSO4, MS04	q.d. or QD, q.o.d. or QOD, U or u, IU	Zero after decimal point (1.0) and Zero not place in front of decimal point (.5mg)

PHYSICIAN'S ORDERS



HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ

HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ
Carr # 2 KM 11.7
BAYAMON, PR 00960
(787) 620-8181

RADIOLOGY DEPARTMENT

Name: [REDACTED]

Account: 0201608052

Age: 94 YEARS

Record: 0000567278

Address: URB JARDINES DE CAPARRA
EDIF 13 APT 285
BAYAMON, PR 00959

Order Date: 10/28/2016 2:23 PM

Physician: MEDINA LA SALLE, LISA

X-Ray Taken: Completed Date: 10/28/2016 7:57 PM

MEDICINE 400 - 01

CT-CHEST WITH CONTRAST

RIS: 701277

EXTENSIVE EMPHYSEMATOUS CHANGES WITH QUESTIONABLE POSTINFLAMMATORY/POSTRADIATION VERSUS POSTSURGICAL CHANGES IN THE EXPECTED TERRITORY OF THE LEFT UPPER LOBE WITH VOLUME LOSS OF THE LEFT LUNG FIELD AND HYPERINFLATION OF THE RIGHT LUNG FIELD WITH ASSOCIATED MEDIASTINAL SHIFT TOWARDS THE LEFT SIDE AS DESCRIBED.

SCATTERED CALCIFIED GRANULOMAS WITHOUT DEFINITE ACUTE CONSOLIDATIONS, GROUNDCOOL INFLAMMATORY INFILTRATES OR PLEURAL EFFUSIONS NOTED.

BILATERAL RENAL CYSTS AND PANCREATIC CYSTIC LESIONS AS DESCRIBED.

PLEASE CORRELATE WITH PATIENT'S CARDIOPULMONARY HISTORY.

PLEASE SEE BODY OF REPORT FOR FURTHER DETAILS.

Interpreted by: Abesada Aguet, Jaime, MD, DABR 10/28/2016 7:09:23 PM

Transcribed by: BELTRAN CRESPO, IDALIA 10/28/2016 7:33:18 PM

Electronically Signed by: Abesada Aguet, Jaime, MD, DABR 10/28/2016 7:57:18 PM

Radiologist Name



HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ

HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ
Carr # 2 KM 11.7
BAYAMON, PR 00960
(787) 620-8181

RADIOLOGY DEPARTMENT

Name: [REDACTED] Account: 0201608052
Age: 94 YEARS Record: 0000567278
Address: URB JARDINES DE CAPARRA Order Date: 10/28/2016 2:23 PM
EDIF 13 APT 285 X-Ray Taken:
BAYAMON, PR 00959 Completed Date: 10/28/2016 7:57 PM
Physician: MEDINA LA SALLE, LISA
MEDICINE 400 - 01

CT-CHEST WITH CONTRAST

RIS: 701277

STUDY:

PRE-AND POST CONTRAST CHEST CT OCTOBER 28, 2016:

HISTORY: ACUTE BRONCHITIS.

FINDINGS:

NO PRIOR STUDIES ARE CURRENTLY AVAILABLE FOR COMPARISON.

EXAMINATION DEMONSTRATES SUSPECTED EXTENSIVE EMPHYSEMATOUS CHANGES NOTED PARTICULARLY INVOLVING THE LEFT LUNG FIELD WITH SIGNIFICANT VOLUME LOSS OF THE LEFT LUNG FIELD WITH SUSPECTED POSTSURGICAL VERSUS POST INFLAMMATORY ,ATELECTATIC CHANGES INVOLVING THE LEFT UPPER HEMITHORAX WITH CROWDING OF THE EXPECTED UPPER LOBE BRONCHOVASCULAR STRUCTURES AND HYPERINFLATION OF THE RIGHT LUNG FIELD WITH SCATTERED PARENCHYMAL CALCIFICATIONS NOTED IN BOTH LUNG FIELDS WHICH COULD REPRESENT CALCIFIED GRANULOMAS AND/OR POST INFLAMMATORY OR POST INSTRUMENTATION CHANGES.

THERE IS A LARGE CALCIFIED STRUCTURE PROJECTING IN THE POSTERIOR ASPECT OF THE LEFT UPPER HEMITHORAX ABUTTING THE AORTIC ARCH WITH CENTRAL HYPODENSITY MEASURING 2.4 CM IN LARGEST DIAMETER OF UNCLEAR ETIOLOGY.

THE LUNG FIELDS ARE PARTIALLY BLURRED BY SOME MOTION ARTIFACT WITHOUT GROUNGLASS CONSOLIDATIONS NOR SOLID SPICULATED MASSES OR PLEURAL EFFUSIONS.

THERE IS NO CARDIOMEGLY NOTED.

NO ABNORMAL MEDIASTINAL OR GROSS HILAR MASSES.

THERE IS A HEAVILY CALCIFIED ELONGATED STRUCTURE MEASURING 3.1 CM IN THE LEFT PARATRACHEAL REGION NEAR THE AORTOPULMONARY WINDOW.

NO SIGNS OF AORTIC ANEURYSM.

VISUALIZED UPPER ABDOMEN IS PARTIALLY OBSCURED BY MOTION ARTIFACT. THERE ARE BILATERAL RENAL CYSTS PARTIALLY VISUALIZED. NO UPPER ABDOMINAL ASCITES OR ACUTE NORMALITY'S.

THERE IS ALSO A FEW CYSTIC LESIONS IN THE ATROPHIC AND CHRONIC PARENCHYMA PARTICULARLY AT THE LEVEL OF THE PANCREATIC BODY, THE LARGEST ONE APPROXIMATELY MEASURING 3.0 CM IN LARGEST DIAMETER WITHOUT GROSS ENHANCEMENT.

DIFFUSE OSTEOPENIA IS NOTED WITH SCATTERED DEGENERATIVE CHANGES OF THE THORACOLUMBAR SPINE.

IMPRESSION:

Radiologist Name



HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ

HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ
Carr # 2 KM 11.7
BAYAMON, PR 00960
(787) 620-8181

RADIOLOGY DEPARTMENT

Name: [REDACTED] Account: 0201608052
Age: 94 YEARS Record: 0000567278
Address: URB JARDINES DE CAPARRA Order Date: 11/2/2016 1:48 PM
EDIF 13 APT 285 X-Ray Taken:
BAYAMON, PR 00959 Completed Date: 11/2/2016 2:54 PM
Physician: MEDINA LA SALLE, LISA
MEDICINE 400 - 01

CHEST ONE VIEW

RIS: 702392

STUDY:

PORTABLE EXAMINATION OF THE CHEST PERFORMED 11/2/2016 AT 2:48 PM.

COMPARISON IS DONE WITH A PREVIOUS EXAMINATION DATED 10/31/2016.

IMPRESSION:

THERE IS CONTINUED OPACIFICATION OF THE LEFT LUNG APEX WITH VOLUME LOSS OF THE LEFT HEMITHORAX AND MEDIASTINAL SHIFTING TOWARDS THE LEFT SIDE. RETRACTION OF THE PERIHILAR STRUCTURES IS ALSO EVIDENT. THERE IS SUPERIOR MIGRATION OF THE LEFT PERIHILAR STRUCTURES AND PULMONARY ARTERY. PLEASE CORRELATE WITH RECENT CT REPORT. POST INFLAMMATORY CHANGES AT THE LEFT LUNG APEX WITH PARENCHYMAL SCARRING ARE UNCHANGED. MULTIPLE CALCIFIED GRANULOMAS ARE NOTED THROUGHOUT THE RIGHT HEMITHORAX. THE HEART SHADOW IS NORMAL. RIGHT PROMINENT PERIHILAR STRUCTURES IDENTIFIED, UNCHANGED. PROMINENT INTERSTITIAL PULMONARY MARKINGS NOTED ON BASIS OF FIBROTIC LUNG CHANGES. BIBASILAR SUBSEGMENTAL ATELECTATIC BANDS ARE IDENTIFIED. LATERAL COSTOPHRENIC ANGLES ARE CLEAR. MILD DORSAL SPONDYLOSIS. NG TUBE IS STILL PRESENT. OVERALL FINDINGS ARE UNCHANGED AS COMPARED TO REFERENCE EXAMINATION.

Interpreted by: Hidalgo Rios, Alejandro, MD, DABR 11/2/2016 2:54:35 PM

Electronically Signed by: Hidalgo Rios, Alejandro, MD, DABR 11/2/2016 2:54:35 PM

Radiologist Name



HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ

HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ
Carr # 2 KM 11.7
BAYAMON, PR 00960
(787) 620-8181

RADIOLOGY DEPARTMENT

Name: N [REDACTED]	Account: 0201608052
Age: 94 YEARS	Record: 0000567278
Address: URB JARDINES DE CAPARRA EDIF 13 APT 285 BAYAMON, PR 00959	Order Date: 10/31/2016 1:50 PM
Physician: MEDINA LA SALLE, LISA MEDICINE 400 - 01	X-Ray Taken: Completed Date: 10/31/2016 4:38 PM

CHEST ONE VIEW

RIS: 701848

STUDY:

FRONTAL RADIOGRAPH OF THE CHEST PERFORMED 10/31/2016 AT 4:20 PM.

COMPARISON IS DONE WITH A PREVIOUS EXAMINATION DATED 10/27/2016 AND CHEST CT DATED 10/28/2016.

IMPRESSION:

AGAIN NOTED IS DIFFUSE OPACIFICATION OF THE LEFT LUNG APEX WITH VOLUME LOSS OF THE LEFT HEMITHORAX AND MEDIASTINAL SHIFTING TOWARDS THE LEFT SIDE. RETRACTION OF LEFT PERIHILAR STRUCTURES NOTED AND SUPERIOR MIGRATION OF THE PULMONARY ARTERY ON THE LEFT SIDE. THIS CORRELATES WITH CT REPORT OF EXTENSIVE EMPHYSEMATOUS CHANGES AND POSTINFLAMMATORY/POSTSURGICAL CHANGES AT THE LEFT LUNG APEX AS CAN BE SEEN WITH PARENCHYMAL SCARRING. ADDITIONAL CALCIFIED GRANULOMAS ARE SEEN AT THE RIGHT MIDDLE AND RIGHT UPPER LUNG FIELDS. PROMINENT INTERSTITIAL PULMONARY MARKINGS ARE SEEN AT BILATERAL PERIHILAR REGIONS AND BOTH LUNG BASES. LATERAL COSTOPHRENIC ANGLES ARE CLEAR. MILD DORSAL SPONDYLOSIS. FOLLOW-UP AS CLINICALLY INDICATED.

Interpreted by: Hidalgo Rios, Alejandro, MD, DABR 10/31/2016 4:38:14 PM

Electronically Signed by: Hidalgo Rios, Alejandro, MD, DABR 10/31/2016 4:38:14 PM

----- Radiologist Name -----



HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ

HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ
Carr # 2 KM 11.7
BAYAMON, PR 00960
(787) 620-8181

RADIOLOGY DEPARTMENT

Name: [REDACTED] Account: 2016221571
Age: 94 YEARS Record: 0000567278
Address: URB JARDINES DE CAPARRA Order Date: 10/27/2016 7:45 PM
EDIF 13 APT 285 X-Ray Taken:
BAYAMON, PR 00959 Completed Date: 10/28/2016 1:24 PM
Physician: DIAZ SOJO, OMAR
CUBICULO B SALA DE EMERGENCIA

CHEST ONE VIEW

RIS: 701003

STUDY:

CHEST AP PORTABLE:

HISTORY: COUGH. BILATERAL LEGS EDEMA.

COMPARISON: CHEST AP PORTABLE DATED 06/13/2016.

DISCUSSION:

THERE IS DIFFUSE OPACIFICATION OF THE LEFT LUNG APEX WITH LEFT HEMITHORAX VOLUME LOSS. THERE ARE MULTIFOCAL CALCIFIED GRANULOMAS THROUGHOUT THE RIGHT UPPER LOBE AND LEFT PERIHILAR REGION. THERE IS RETRACTION OF THE LEFT HILAR STRUCTURES WITH SUPERIOR MIGRATION OF THE PULMONARY ARTERY. THE POSSIBILITY OF LEFT APICAL MASS OR NEOPLASM CANNOT BE EXCLUDED. THE CARDIAC SILHOUETTE HAS NORMAL SIZE. MODERATE CENTRAL VASCULAR CONGESTION IS NOTED. CLINICAL CORRELATION AND FOLLOW-UP CHEST CT RECOMMENDED FOR CHARACTERIZATION.

Interpreted by: Diaz Ortiz, Pedro, MD, DABR 10/28/2016 9:48:23 AM

Transcribed by: MIRANDA, BETZAIDA 10/28/2016 9:51:18 AM

Electronically Signed by: Diaz Ortiz, Pedro, MD, DABR 10/28/2016 1:24:57 PM

Radiologist Name

**Ordenes Ancilares
Laboratorio
Requisición**

Hospital Hermanos Meléndez
Carr # 2 KM 11.7
BAYAMON PR 00960



HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ

274

4213387

Nombre: [REDACTED]

Dirección: URB JARDINES DE CAPARRA
EDIF 13 APT 285
BAYAMON PR 00959

Fecha Nacimiento: 01/01/1922 Edad: 94 Años
Estatura: 5ft 9in - 1m 75.26cm Peso: 170lb 0oz - 77kg 110.70g

Fecha Orden: 11/03/2016 12:34AM Order: 1070656

Prioridad: Rutina

Impresión de Diagnóstico \ Queja Principal:

ACUTE BRONCHITIS

Alergias: PACIENTE DESCONOCE

Alertas:

Encuentro: 0201608052 Récord: 0000567278

Fecha de Admisión: 10/28/2016 01:10 PM SSN: XXX-XX-6076

FSC: MEDICARE Y MUCHO MAS

Médico: MEDINA LA SALLE, LISA

Especialidad: INTERNISTA

Estación Enfermería: MEDICINE

Cuarto/Cama: 400 01

Enfermero (a):

Creado Por: Elba Torrens 7mo

Impreso por: Elba Torrens 7mo

Hospital Hermanos Meléndez
NIEVES CRUZ, NATIVIDAD
MRN 0000567278 DOS 11/03/2016 12:34AM
ACCT 0201608052 M 94 Años
0000567278

LABORATORIO

Critical Test

Ordered On (Date/Time):

Report Results to (RN, MD):

Telephone or Extension:

Results Reported On:

Read Back Conducted by:

Procedimientos

HEMATOLOGIA

Diagnóstico:

Desde

11/03/2016 12:34AM

CBC (COMPLETE BLOOD COUNT W/DIFF)

Cantidad : 1

*Res. Te
11/3/16
4:42*

Solicitado vía:

Transcripción de Orden

Ordenado por:

MEDINA LA SALLE, LISA

Licencia:

10910

Ordenes Anciliares
Laboratorio
Requisición

Hospital Hermanos Meléndez
Carr # 2 KM 11.7
BAYAMON PR 00960



HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ
11-340

4213388

Nombre: [REDACTED]

Dirección: URB JARDINES DE CAPARRA
EDIF 13 APT 285
BAYAMON PR 00959

Fecha Nacimiento: 01/01/1922 Edad: 94 Años Sexo: M
Estatura: 5ft 9in - 1m 75.26cm Peso: 170lb 0oz - 77kg 110.70g

Fecha Orden: 11/03/2016 12:34AM Order: 1070656

Prioridad: Rutina

Impresión de Diagnóstico \ Queja Principal:
ACUTE BRONCHITIS

Alergias: PACIENTE DESCONOCE

Alertas:

Encuentro: 0201608052 Récord: 0000567278

Fecha de Admisión: 10/28/2016 01:10 PM SSN: XXX-XX-6076

FSC: MEDICARE Y MUCHO MAS

Médico: MEDINA LA SALLE, LISA

Especialidad: INTERNISTA

Estación Enfermería: MEDICINE

Cuarto/Cama: 400 01

Enfermero (a):

Creado Por: Elba Torrens 7mo

Impreso por: Elba Torrens 7mo

Hospital Hermanos Meléndez
NIEVES CRUZ, NATIVIDAD
MRN 0000567278 DOS 11/03/2016 12:34AM
ACCT 0201608052 M 94 Años
0000567278

LABORATORIO

Critical Test

Ordered On (Date/Time): _____

Report Results to (RN, MD): _____

Telephone or Extention: _____

Results Reported On: _____

Read Back Conducted by: _____

Procedimientos

QUIMICA

Diagnóstico:

Desde _____

11/03/2016 12:34AM

11/3/16

RENAL FUNCTION PANEL
Cantidad : 1

Solicitado vía:
Transcripción de Orden

Ordenado por:

MEDINA LA SALLE, LISA

Licencia:

10910

HOSPITAL HERMANOS MELENDEZ LAB CLINICO
 BAYAMON MEDICAL PLAZA BUILDING
 CARR. #2 KM 11.3
 BAYAMON, PR 00959
 DIRECTOR: LCDA. ADRIA M. GRIFFITH
 LIC #57 CLIA # 40D0658006 TEL: (787) 786-1235 FAX: (787) 798-7145
 002184009

Col. Tec. Med. P.R.
 Pat. No.: 0000029
 Paid 5 Cents
 Exp: 4/30/2017
 Num: 1704-003098609

Order Number	Location	Sup
016440001070656	MEDICINA 4TO E	AMG
Date of Birth	Age	Sex

1/01/1922 94 Años M 1

Ordering Physician

MEDINA-LA SALLE, LISA

Order Date	Collection Date
3 NOV 16 12:34AM	3 NOV 16 4:45AM
Received On	Reported On
3 NOV 16 7:15AM	3 NOV 16 7:36AM

Test	Units	Results	Flags	Normal Range
HEMATOLOGY : COMPLETE BLOOD COUNT W/DIFF				
WHITE BLOOD COUNT.....	X10^3/uL....	13.64	HIGH	4.80 10.80
RED BLOOD COUNT.....	X10^6/uL....	4.897		4.700 6.100
HEMOGLOBIN.....	g/dL.....	13.84	LOW	14.00 18.00
HEMATOCRIT.....	%.....	43.10		42.00 52.00
MCV.....	fL.....	88.01		80.00 94.00
MCH.....	pg.....	28.26		27.00 31.00
MCHC.....	g/dl.....	32.11		32.00 36.00
RDW.....	%.....	14.12		11.50 14.50
PLATELETS.....	10^3/uL....	232.70		150.00 400.00
MPV.....	fL.....	8.11		7.40 10.40
DIFERENTIAL				
NEUTROPHILS.....	%.....	72.43		42.20 75.20
LYMPHOCYTES.....	%.....	12.58	LOW	20.50 51.10
MONOCYTES.....	%.....	12.56		1.70 13.00
EOSINOPHILS.....	%.....	2.21		0.00 10.00
BASOPHILS.....	%.....	0.22		0.00 0.80
NEUTROPHILS #.....	10^3/uL....	9.88	HIGH	1.40 6.50
LYMPHOCYTES #.....	10^3/uL....	1.72	LOW	2.00 3.40
MONOCYTES #.....	10^3/uL....	1.71	HIGH	0.10 1.10
EOSINOPHILES #.....	10^3/uL....	0.30		0.00 0.70
BASOPHILES #.....	10^3/uL....	0.03		0.00 0.20

RBC MORPHOLOGY

Comments:

BY:..... LH 750-2 METHOD
 PERFORMED&REVIEWED: L:6797- ALICIA C. PICHARDO-SOLLA

Order Created : 11/03/2016 12:34AM by Elba Torrens-7mo

Sample Number: 004213387 Taken : 11/03/2016 4:45AM by Elba Torrens-7mo

HOSPITAL HERMANOS MELENDEZ LAB CLINICO
 BAYAMON MEDICAL PLAZA BUILDING
 CARR. #2 KM 11.3
 BAYAMON, PR 00959
 DIRECTOR: LCDA. ADRIA M. GRIFFITH
 LIC #57 CLIA # 40D0658006 TEL: (787) 786-1235 FAX: (787) 798-7145
 002184009

Col. Tec. Med. P.R.
 Pat. No.: 0000029
 Paid 5 Cents
 Exp: 4/30/2017
 Num: 1704-003098708

Order Number	Location	Sup	
016440001070656	MEDICINA 4TO E	AMG	
Date of Birth	Age	Sex	Page
1/01/1922	94 Años	M	1

Ordering Physician
 MEDINA-LA SALLE, LISA

Order Date	Collection Date
3 NOV 16 12:34AM	3 NOV 16 4:45AM
Received On	Reported On
3 NOV 16 6:53AM	3 NOV 16 8:47AM

Test	Units	Results	Flags	Normal Range
CHEMISTRY: (RENAL FUNTION PANEL)				
GLUCOSE.....	MG/DL.....	79.00		65.00 109.00
BUN.....	MG/DL.....	11.00		7.00 21.00
CREATININE.....	MG/DL.....	0.88		0.70 1.30
CALCIUM.....	MG/DL.....	9.00		8.40 10.20
PHOSPHORUS.....	MG/DL.....	2.90		2.60 4.70
ALBUMIN.....	G/DL.....	3.20	LOW	3.40 5.00
SODIUM.....	MMOL/L.....	134.00	LOW	136.00 145.00
POTASSIUM.....	MMOL/L.....	4.70		3.50 5.00
CHLORIDE.....	MMOL/L.....	99.00		98.00 107.00
CARBON DIOXIDE.....	MMOL/L.....	23.10		21.00 32.00

TO CONFIRM THE DIAGNOSIS OF DIABETES MELLITUS ANY OF THE FOLLOWING GLUCOSE VALUES ON 2 DIFFERENT DAYS ARE NEEDED.

*FASTING (FOR AT LEAST 8 HRS) >= 126 MG/DL

*RANDOM (NON FASTING) >=200 MG/DL (PLUS CLASSIC SYMPTOMS OF DIABETES)

*2 HRS >=200 MG/DL DURING OGTT (1 SPECIMEN)

OGTT=ORAL GLUCOSE TOLERANCE TEST (NORMAL VALUE AT 2 HRS <140 MG/DL)

IFG AND IGT ARE RISK FACTOR FOR DEVELOPMENT OF TYPE 2 DIABETES:

*IMPAIRED FASTING GLUCOSE (110 TO 125 MG/DL)

*IMPAIRED GLUCOSE TOLERANCE (140 TO 199)

FASTING GLUCOSE NORMAL VALUE (65 TO 109 MG/DL)

SOURCE: BURTON L, LABORATORY MEDICINE. FEB 2000, VOL 31, NO 2:84-90.

BY: SIEMENS DIMENSION..RXL MAX-1

*IFG AND IGT ARE RISK FACTOR FOR DEVELOPMENT OF DIABETES AND CARDIOVASCULAR DISEASE.

SOURCE: BURTON L, LABORATORY MEDICINE, FEB 2000, VOL 31, NO2:84-90.

BY: SIEMENS DIMENSION METHOD

PERFORMED&REVIEWED: L:8378- EDGAR M. SANTOS-CHARRIEZ

Order Created : 11/03/2016 12:34AM by Elba Torrens-7mo

Sample Number: 004213388 Taken : 11/03/2016 4:45AM by Elba Torrens-7mo

HOSPITAL HERMANOS MELENDEZ LAB CLINICO

BAYAMON MEDICAL PLAZA BUILDING

CARR. #2 KM 11.3

BAYAMON, PR 00959

DIRECTOR: LCDA. ADRIA M. GRIFFITH

LIC #57

CLIA # 40D0658006

TEL (787) 786-1235 FAX: (787) 798-7145

002183641



Col. Tec. Med. P.R.

Pat. No.: 0000029

Paid 5 Cents

Exp: 4/30/2017

Num: 1704-003097965

Order Number	Location	Sup
016440001070211	MEDICINA 4TO E	AMG

Date of Birth	Age	Sex	Page
1/01/1922	94 Años	M	1

Ordering Physician

MEDINA-LA SALLE, LISA

Order Date	Collection Date
2 NOV 16 2:53AM	2 NOV 16 2:53AM

Received On	Reported On
2 NOV 16 6:34AM	2 NOV 16 7:07AM

Test	Units	Results	Flags	Normal Range
HEMATOLOGY : COMPLETE BLOOD COUNT W/DIFF				
WHITE BLOOD COUNT.....	X10^3/uL....	13.54	HIGH	4.80 10.80
RED BLOOD COUNT.....	X10^6/uL....	4.733		4.700 6.100
HEMOGLOBIN.....	g/dL.....	13.45	LOW	14.00 18.00
HEMATOCRIT.....	%.....	41.46	LOW	42.00 52.00
MCV.....	fL.....	87.60		80.00 94.00
MCH.....	pg.....	28.42		27.00 31.00
MCHC.....	g/dl.....	32.44		32.00 36.00
RDW.....	%.....	14.57	HIGH	11.50 14.50
PLATELETS.....	10^3/uL.....	288.50		150.00 400.00
MPV.....	fL.....	7.78		7.40 10.40
DIFERENTIAL				
NEUTROPHILS.....	%.....	75.92	HIGH	42.20 75.20
LYMPHOCYTES.....	%.....	10.55	LOW	20.50 51.10
MONOCYTES.....	%.....	11.55		1.70 13.00
EOSINOPHILS.....	%.....	1.89		0.00 10.00
BASOPHILS.....	%.....	0.09		0.00 0.80
NEUTROPHILS #.....	10^3/uL.....	10.28	HIGH	1.40 6.50
LYMPHOCYTES #.....	10^3/uL.....	1.43	LOW	2.00 3.40
MONOCYTES #.....	10^3/uL.....	1.56	HIGH	0.10 1.10
EOSINOPHILES #.....	10^3/uL.....	0.26		0.00 0.70
BASOPHILES #.....	10^3/uL.....	0.01		0.00 0.20

RBC MORPHOLOGY**Comments:**

BY: LH 750-2 METHOD

PERFORMED&REVIEWED: L:6797- ALICIA C. PICHARDO-SOLLA

Order Created : 11/02/2016 2:53AM by Rosa Lopez

Sample Number: 004212567 Taken : 11/02/2016 2:53AM by Rosa Lopez

Ordenes Ancilares
Laboratorio
Requisición

100A

Hospital Hermanos Meléndez
Carr # 2 KM 11.7
BAYAMON PR 00960



HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ

Nombre: [REDACTED]

179
4212567

Dirección: URB JARDINES DE CAPARRA
EDIF 13 APT 285
BAYAMON PR 00959

Fecha Nacimiento: 01/01/1922 Edad: 94 Años
Estatura: 5ft 9in - 1m 75.26cm Peso: 170lb 0oz - 77kg 110.70g

Fecha Orden: 11/02/2016 2:53AM Order: 1070211

Prioridad: Rutina

Impresión de Diagnóstico \ Queja Principal:

ACUTE BRONCHITIS

Alergias: PACIENTE DESCONOCE

Alertas:

Encuentro: 0201608052 Récord: 0000567278

Fecha de Admisión: 10/28/2016 01:10 PM SSN: XXX-XX-6076

FSC: MEDICARE Y MUCHO MAS

Médico: MEDINA LA SALLE, LISA

Especialidad: INTERNISTA

Estación Enfermería: MEDICINE

Cuarto/Cama: 400 01

Enfermero (a): LOPEZ, ROSA

Creado Por: Rosa Lopez 2do ext

Impreso por: Rosa Lopez 2do ext

Hospital Hermanos Meléndez
NIEVES CRUZ, NATIVIDAD
MRN 0000567278 DOS 11/02/2016 2:53AM
ACCT 0201608052 M 94 Años
0000567278

LABORATORIO

Critical Test

Ordered On (Date/Time): _____

Report Results to (RN, MD): _____

Telephone or Extension: _____

Results Reported On: _____

Read Back Conducted by: _____

Procedimientos

HEMATOLOGIA

Diagnóstico:

CBC (COMPLETE BLOOD COUNT W/DIFF)
Cantidad : 1

Desde

11/02/2016 2:53AM

R. Lopez R.
11/11/16

Solicitado vía:

Transcripción de Orden

Ordenado por:

MEDINA LA SALLE, LISA

Licencia:

10910

Ordenes Ancilares
Laboratorio
Requisición

Hospital Hermanos Meléndez
Carr # 2 KM 11.7
BAYAMON PR 00960



HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ

11-218

Nombre: [REDACTED]

9212568

Dirección: URB JARDINES DE CAPARRA
EDIF 13 APT 285
BAYAMON PR 00959

Fecha Nacimiento: 01/01/1922 Edad: 94 Años Sexo: M
Estatura: 5ft 9in - 1m 75.26cm Peso: 170lb 0oz - 77kg 110.70g

Fecha Orden: 11/02/2016 2:53AM Orden: 1070211

Prioridad: Rutina

Impresión de Diagnóstico \ Queja Principal:
ACUTE BRONCHITIS

Alergias: PACIENTE DESCONOCE

Alertas:

Encuentro: 0201608052

Récord: 0000567278

Fecha de Admisión: 10/28/2016 01:10 PM

SSN: XXX-XX-6076

FSC: MEDICARE Y MUCHO MAS

Médico: MEDINA LA SALLE, LISA

Especialidad: INTERNISTA

Estación Enfermería: MEDICINE

Cuarto/Cama: 400 01

Enfermero (a): LOPEZ, ROSA

Creado Por: Rosa Lopez 2do ext

Impreso por: Rosa Lopez 2do ext

Hospital Hermanos Meléndez
NIEVES CRUZ, NATIVIDAD
MRN 0000567278 DOS 11/02/2016 2:53AM
ACCT 0201608052 M 94 Años
0000567278

LABORATORIO

Critical Test

Ordered On (Date/Time):

Report Results to (RN, MD):

Telephone or Extention:

Results Reported On:

Read Back Conducted by:

Procedimientos

QUIMICA

Diagnóstico:

RENAL FUNCTION PANEL
Cantidad : 1

Desde

11/02/2016 2:53AM

R Lopez R
11/11/16

Solicitado vía:

Transcripción de Orden

Ordenado por:

MEDINA LA SALLE, LISA

Licencia:

10910

HOSPITAL HERMANOS MELENDEZ LAB CLINICO
 BAYAMON MEDICAL PLAZA BUILDING
 CARR. #2 KM 11.3
 BAYAMON, PR 00959
 DIRECTOR: LCDA. ADRIA M. GRIFFITH
 LIC #57 CLIA # 40D0658006 TEL: (787) 786-1235 FAX: (787) 798-7145
 002183641 

Col. Tec. Med. P.R.
 Pat. No.: 0000029
 Paid 5 Cents
 Exp: 4/30/2017
 Num: 1704-003098037

Order Number	Location	Sup	
016440001070211	MEDICINA 4TO B	AMG	
Date of Birth	Age	Sex	Page
1/01/1922	94 Años	M	1
Ordering Physician			
MEDINA-LA SALLE, LISA			

Patient Name	Acc. No.
[REDACTED]	0201608052
URB JARDINES DE CAPARRA EDIF 13 APT 285 BAYAMON	RM: 00400^01 0000567278 PR 00959- 11-218

Order Date	Collection Date
2 NOV 16 2:53AM	2 NOV 16 2:53AM
Received On	Reported On
2 NOV 16 6:42AM	2 NOV 16 8:26AM

Test	Units	Results	Flags	Normal Range
CHEMISTRY: (RENAL FUNTION PANEL)				
GLUCOSE.....	MG/DL.....	111.00	HIGH	65.00 109.00
BUN.....	MG/DL.....	14.00		7.00 21.00
CREATININE.....	MG/DL.....	0.92		0.70 1.30
CALCIUM.....	MG/DL.....	9.40		8.40 10.20
PHOSPHORUS.....	MG/DL.....	2.60		2.60 4.70
ALBUMIN.....	G/DL.....	3.30	LOW	3.40 5.00
SODIUM.....	MMOL/L.....	136.00		136.00 145.00
POTASSIUM.....	MMOL/L.....	4.10		3.50 5.00
CHLORIDE.....	MMOL/L.....	100.00		98.00 107.00
CARBON DIOXIDE.....	MMOL/L.....	27.80		21.00 32.00

TO CONFIRM THE DIAGNOSIS OF DIABETES MELLITUS ANY OF THE FOLLOWING GLUCOSE VALUES ON 2 DIFFERENT DAYS ARE NEEDED.

*FASTING (FOR AT LEAST 8 HRS) >= 126 MG/DL

*RANDOM (NON FASTING) >=200 MG/DL (PLUS CLASSIC SYMPTOMS OF DIABETES)

*2 HRS >=200 MG/DL DURING OGTT (1 SPECIMEN)

OGTT=ORAL GLUCOSE TOLERANCE TEST (NORMAL VALUE AT 2 HRS <140 MG/DL)

IFG AND IGT ARE RISK FACTOR FOR DEVELOPMENT OF TYPE 2 DIABETES:

*IMPAIRED FASTING GLUCOSE (110 TO 125 MG/DL)

*IMPAIRED GLUCOSE TOLERANCE (140 TO 199)

FASTING GLUCOSE NORMAL VALUE (65 TO 109 MG/DL)

SOURCE: BURTON L, LABORATORY MEDICINE. FEB 2000, VOL 31, NO 2:84-90.

BY: SIEMENS DIMENSION..RXL MAX-1

*IFG AND IGT ARE RISK FACTOR FOR DEVELOPMENT OF DIABETES AND CARDIOVASCULAR DISEASE.

SOURCE: BURTON L, LABORATORY MEDICINE, FEB 2000, VOL 31, NO2:84-90.

BY: SIEMENS DIMENSION METHOD

PERFORMED&REVIEWED: L:8376- EDWIN E. ROMAN-HERNANDEZ

Order Created : 11/02/2016 2:53AM by Rosa Lopez

Sample Number: 004212568 Taken : 11/02/2016 2:53AM by Rosa Lopez

Microbiology Report
HOSPITAL HERMANOS MELENDEZ

Carr.2 Km. 11.3, Bayamon, P.R. 00959
LABORATORIO CLINICO

LIC. No : 57
TEL : (787) 620 - 8181

Name	Specimen	10161967	Status	Preliminary
Patient	Source	URINE	Status Date	11/1/2016
Date of Birth	Ward of Iso	HOSP. HERMANOS MELENDEZ	Collected	10/31/2016
Attd. Phys			Req Phys	

OVER 100,000 COLS/ML.

1	Proteus mirabilis	Status: Final	11/2/2016
2		Status: Preliminary	11/1/2016

1 P. mirabilis

Drug	MIC	Interps	Origin
Amikacin	<=16	S	
Amp/Sulbactam	<=8/4	S	
Ampicillin	<=8	S	
Aztreonam	<=8	S	
Cefepime	<=8	S	
Cefotaxime	<=2	S	
Cefotaxime/K C...	<=0.5		
Cefotetan	<=16	S	
Ceftazidime	<=1	S	
Ceftazidime/K ...	<=0.25		
Ceftriaxone	<=8	S	
Cefuroxime	<=4	S	
Cephalothin	<=8	S	
Ciprofloxacin	<=1	S	
Ertapenem	<=1	S	
Gentamicin	<=4	S	
Levofloxacin	<=2	S	
Meropenem	<=1	S	
Nitrofurantoin	>64	R	
Pip/Tazo	<=16	S	
Piperacillin	<=16	S	
Tetracycline	>8	R	
Tobramycin	<=4	S	
Trimeth/Sulfa	<=2/38	S	

2

Drug	MIC	Interps	Origin
Amikacin			Results to Follow
Amp/Sulbactam			Amikacin
Ampicillin			Amp/Sulbactam
Aztreonam			Ampicillin
Cefepime			Aztreonam
Cefotaxime			Cefepime
Cefotaxime/K C...			Cefotaxime
Cefotetan			Cefotaxime/K C...
Ceftazidime			Cefotetan
Ceftazidime/K ...			Ceftazidime
Ceftriaxone			Ceftazidime/K ...
Cefuroxime			Ceftriaxone
Cephalothin			Cefuroxime
Ciprofloxacin			Cephalothin
Ertapenem			Ciprofloxacin
Gentamicin			Ertapenem
Levofloxacin			Gentamicin
Meropenem			Imipenem
Nitrofurantoin			Levofloxacin
Pip/Tazo			Meropenem
Piperacillin			Nitrofurantoin
Tetracycline			Pip/Tazo
Tobramycin			Piperacillin
Trimeth/Sulfa			Tetracycline
			Tigecycline
			Tobramycin
			Trimeth/Sulfa

S = Susceptible
I = Intermediate
R = Resistant
MIC = mcg/ml (mg/L)

N/R = Not Reported
— = Not Tested
POS = Positive
NEG = Negative

Blank = Data not available, or drug not advisable or tested
ESBL = Extended spectrum beta-lactamase
Blac = Beta-lactamase positive
TGF = Thymidine-dependent strain

S* = Predicted susceptible interpretation
R* = Predicted resistant interpretation
ESBL? = Suspected ESBL. Confirmatory tests needed to differentiate ESBL from other beta-lactamases
IB = Inducible Beta-lactamase. Appears in place of "Susceptible" with species known to possess inducible beta-lactamases; potentially they may become resistant to all beta-lactam drugs.
Monitoring of patients during/after therapy is recommended. Avoid other/combined beta-lactam drugs.

^ = Reported interpretation changed

For blood and CSF isolates, a beta-lactamase test is recommended for Enterococcus species.

RUO: Un-validated results are not intended for clinical use.

Name	Specimen	10161967	Status	Preliminary
Patient ID	Source	URINE	Status Date	11/1/2016
Date of Birth	Ward/Rm	HHM / 400A	Collected	10/31/2016

*Ames
11/2/16*

400A

HOSPITAL HERMANOS MELENDEZ LAB CLINICO
BAYAMON MEDICAL PLAZA BUILDING
CARR. #2 KM 11.3
BAYAMON, PR 00959
DIRECTOR: LCD.A. ADRIA M. GRIFFITH
LIC #57 CLIA # 40D0658006 TEL: (787) 786-1235 FAX: (787) 798-7145
002183141 0201608052

Patient Name	Acc. No.
[REDACTED]	
URB JARDINES DE CAPARRA EDIF 13 APT 285 BAYAMON	RM: 00400^01 PR 00959- 11-46

Order Number	Location		Sup
016440001069719	MEDICINA 4TO		P AMG
Date of Birth	Age	Sex	Page
1/01/1922	94 Años	M	1
Ordering Physician			
MEDINA-LA SALLE, LISA			
Order Date	Collection Date		
1 NOV 16 12:21AM	1 NOV 16 12:21AM		
Received On	Reported On		
1 NOV 16 6:56AM	1 NOV 16 8:36AM		

Test	Units	Results	Flags	Normal Range
** THIS IS NOT A RESULT REPORT **				
SAMPLE MARKED AS: REJECTED				
PROCEDURE: 01075 - RENAL FUNCTION PANEL				
STRONGLY HEMOLYZED SERUM; A NEW SAMPLE IS REQUESTED.				
CHEMISTRY: (RENAL FUNTION PANEL)				
<< THIS IS NOT A TEST RESULTS >>				
SPECIMEN WAS REJECTED DUE TO HEMOLYZED SAMPLE.				
*** PHONE REPORT TO: MS. MATOS, RN		BY: LCDO. SANTOS, MT		
AT: 8:32AM, 11/1/2016				
GLUCOSE.....	MG/DL.....	<	65.00	109.00
BUN.....	MG/DL.....	<	7.00	21.00
CREATININE.....	MG/DL.....	<	0.70	1.30
CALCIUM.....	MG/DL.....	<	8.40	10.20
PHOSPHORUS.....	MG/DL.....	<	2.60	4.70
ALBUMIN.....	G/DL.....	<	3.40	5.00
SODIUM.....	MMOL/L.....	<	136.00	145.00
POTASSIUM.....	MMOL/L.....	<	3.50	5.00
CHLORIDE.....	MMOL/L.....	<	98.00	107.00
CARBON DIOXIDE.....	MMOL/L.....	<	21.00	32.00

Printed : 11/01/2016 8:36AM by EMSC

Order Created : 11/01/2016 12:21AM by Elba Torrens-7mo

Sample Number: 004211513 Taken: 11/01/2016 12:21AM by Elba Torrens-7mo

Additional Comments:

Req Number: 002183141

Automated sample rejection note:

01075 RENAL FUNCTION PANEL

11/01/16 8:36 EMSC

**Ordenes Anciliares
Laboratorio
Requisición**

Hospital Hermanos Meléndez
Carr # 2 KM 11.7
BAYAMON PR 00960



HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ

Nombre: [REDACTED]

11-46
4211513

Dirección: URB JARDINES DE CAPARRA
EDIF 13 APT 285
BAYAMON PR 00959

Fecha Nacimiento: 01/01/1922 Edad: 94 Años Sexo: M
Estatura: 5ft 9in - 1m 75.26cm Peso: 170lb 0oz - 77kg 110.70g

Fecha Orden: 11/01/2016 12:21AM Order: 1069719

Prioridad: Rutina

Impresión de Diagnóstico \ Queja Principal:

ACUTE BRONCHITIS

Alergias: PACIENTE DESCONOCE

Alertas:

Encuentro: 0201608052 Récord: 0000567278

Fecha de Admisión: 10/28/2016 01:10 PM SSN: XXX-XX-6076

FSC: MEDICARE Y MUCHO MAS

Médico: MEDINA LA SALLE, LISA

Especialidad: INTERNISTA

Estación Enfermería: MEDICINE

Cuarto/Cama: 400 01

Enfermero (a):

Creado Por: Elba Torrens 7mo

Impreso por: Elba Torrens 7mo

Hospital Hermanos Meléndez
NIEVES CRUZ, NATIVIDAD
MRN 0000567278 DOS 11/01/2016 12:21AM
ACCT 0201608052 M 94 Años
0000567278

LABORATORIO

Critical Test

Ordered On (Date/Time): _____

Report Results to (RN, MD): _____

Telephone or Extension: _____

Results Reported On: _____

Read Back Conducted by: _____

Procedimientos

QUIMICA

Diagnóstico:

B TYPE NATRIURETIC
Cantidad : 1

Desde

11/01/2016 12:21AM

*Reyes
11/1/16*

5 AM

Diagnóstico:

RENAL FUNCTION PANEL
Cantidad : 1

Desde

11/01/2016 12:21AM

Solicitado vía:

Transcripción de Orden

Ordenado por:

MEDINA LA SALLE, LISA

Licencia:

10910

Ordenes Ancilares
Laboratorio
Requisición

Hospital Hermanos Meléndez
Carr # 2 KM 11.7
BAYAMON PR 00960



HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ

11-32

4211512

Nombre: [REDACTED]

Dirección: URB JARDINES DE CAPARRA
EDIF 13 APT 285
BAYAMON PR 00959

Fecha Nacimiento: 01/01/1922 Edad: 94 Años Sexo: M
Estatura: 5ft 9in - 1m 75.26cm Peso: 170lb 0oz - 77kg 110.70g

Fecha Orden: 11/01/2016 12:21AM Order: 1069719

Prioridad: Rutina

Impresión de Diagnóstico \ Queja Principal:

ACUTE BRONCHITIS

Alergias: PACIENTE DESCONOCE

Alertas:

Encuentro: 0201608052 Récord: 0000567278

Fecha de Admisión: 10/28/2016 01:10 PM SSN: XXX-XX-6076

FSC: MEDICARE Y MUCHO MAS

Médico: MEDINA LA SALLE, LISA

Especialidad: INTERNISTA

Estación Enfermería: MEDICINE

Cuarto/Cama: 400 01

Enfermero (a):

Creado Por: Elba Torrens 7mo

Impreso por: Elba Torrens 7mo

Hospital Hermanos Meléndez
NIEVES CRUZ, NATIVIDAD
MRN 0000567278 DOS 11/01/2016 12:21AM
ACCT 0201608052 M 94 Años
0000567278

LABORATORIO

Critical Test

Ordered On (Date/Time): _____

Report Results to (RN, MD): _____

Telephone or Extension: _____

Results Reported On: _____

Read Back Conducted by: _____

Procedimientos

HEMATOLOGIA

Diagnóstico:

CBC (COMPLETE BLOOD COUNT W/DIFF)
Cantidad : 1

Desde

11/01/2016 12:21AM

Reneq
11/1/16
5 AM

Solicitado vía:

Transcripción de Orden

Ordenado por:

MEDINA LA SALLE, LISA

Licencia:

10910

HOSPITAL HERMANOS MELENDEZ LAB CLINICO

BAYAMON MEDICAL PLAZA BUILDING
CARR. #2 KM 11.3
BAYAMON, PR 00959
DIRECTOR: LCDA. ADRIA M. GRIFFITH

LIC #57 CLIA # 40D0658006 TEL: (787) 786-1235 FAX: (787) 798-7145

002183141



Col. Tec. Med. P.R.
Pat. No.: 0000029
Paid 5 Cents
Exp: 4/30/2017
Num: 1704-003097397

Order Number	Location	Sup	
016440001069719	MEDICINA 4TO E	AMG	
Date of Birth	Age	Sex	Page
1/01/1922	94 Años	M	1
Ordering Physician			
MEDINA-LA SALLE, LISA			

Patient Name	Acc. No.
	0201608052
URB JARDINES DE CAPARRA EDIF 13 APT 285 BAYAMON	RM: 00400^01 0000567278 PR 00959- 11-32

Order Date	Collection Date
1 NOV 16 12:21AM	1 NOV 16 12:21AM
Received On	Reported On
1 NOV 16 6:48AM	1 NOV 16 7:44AM

Test	Units	Results	Flags	Normal Range
HEMATOLOGY : COMPLETE BLOOD COUNT W/DIFF				
WHITE BLOOD COUNT.....	X10 ³ /uL....	12.28	HIGH	4.80 10.80
RED BLOOD COUNT.....	X10 ⁶ /uL....	4.913		4.700 6.100
HEMOGLOBIN.....	g/dL.....	13.89	LOW	14.00 18.00
HEMATOCRIT.....	%.....	43.47		42.00 52.00
MCV.....	fL.....	88.48		80.00 94.00
MCH.....	pg.....	28.27		27.00 31.00
MCHC.....	g/dl.....	31.95	LOW	32.00 36.00
RDW.....	%.....	14.38		11.50 14.50
PLATELETS.....	10 ³ /uL....	293.30		150.00 400.00
MPV.....	fL.....	8.23		7.40 10.40
DIFERENTIAL				
NEUTROPHILS.....	%.....	78.53	HIGH	42.20 75.20
LYMPHOCYTES.....	%.....	9.92	LOW	20.50 51.10
MONOCYTES.....	%.....	10.25		1.70 13.00
EOSINOPHILS.....	%.....	1.18		0.00 10.00
BASOPHILS.....	%.....	0.12		0.00 0.80
NEUTROPHILS #.....	10 ³ /uL....	9.64	HIGH	1.40 6.50
LYMPHOCYTES #.....	10 ³ /uL....	1.22	LOW	2.00 3.40
MONOCYTES #.....	10 ³ /uL....	1.26	HIGH	0.10 1.10
EOSINOPHILES #.....	10 ³ /uL....	0.14		0.00 0.70
BASOPHILES #.....	10 ³ /uL....	0.02		0.00 0.20

RBC MORPHOLOGY**Comments:**

BY: LH 750-2 METHOD

PERFORMED&REVIEWED: L:6797- ALICIA C. PICHARDO-SOLLA

Order Created : 11/01/2016 12:21AM by Elba Torrens-7mo

Sample Number: 004211512 Taken : 11/01/2016 12:21AM by Elba Torrens-7mo

Ordenes Ancilares
Laboratorio
Requisición

11-117

Hospital Hermanos Meléndez
Carr # 2 KM 11.7
BAYAMON PR 00960



Nombre: [REDACTED]

4/21/2016

Dirección: URB JARDINES DE CAPARRA
EDIF 13 APT 285
BAYAMON PR 00959

Fecha Nacimiento: 01/01/1922 Edad: 94 Años Sexo: M
Estatura: 5ft 9in - 1m 75.26cm Peso: 170lb 0oz - 77kg 110.70g

Fecha Orden: 11/01/2016 12:05PM Order: 1069961

Prioridad: Rutina

Impresión de Diagnóstico \ Queja Principal:

ACUTE BRONCHITIS

Alergias: PACIENTE DESCONOCE

Alertas:

Encuentro: 0201608052 Récord: 0000567278
Fecha de Admisión: 10/28/2016 01:10 PM SSN: XXX-XX-6076
FSC: MEDICARE Y MUCHO MAS
Médico: MEDINA LA SALLE, LISA
Especialidad: INTERNISTA
Estación Enfermería: MEDICINE
Cuarto/Cama: 400 01
Enfermero (a): DIAZ, LUCY
Creado Por: Lucy Diaz 2xt
Impreso por: Lucy Diaz 2xt

Hospital Hermanos Meléndez
NIEVES CRUZ, NATIVIDAD
MRN 0000567278 DOS 11/01/2016 12:05PM
ACCT 0201608052 M 94 Años



* 0 0 0 5 6 7 2 7 8 *

LABORATORIO

Critical Test

Ordered On (Date/Time):

Report Results to (RN, MD):

Telephone or Extention:

Results Reported On:

Read Back Conducted by:

Procedimientos

QUIMICA

Diagnóstico:

RENAL FUNCTION PANEL
Cantidad : 1

Desde

11/01/2016 12:05PM

Solicitado via:
Transcripción de Orden

Ordenado por:

MEDINA LA SALLE, LISA

Licencia:

10910

HOSPITAL HERMANOS MELENDEZ LAB CLINICO
 BAYAMON MEDICAL PLAZA BUILDING
 CARR. #2 KM 11.3
 BAYAMON, PR 00959
 DIRECTOR: LCDA. ADRIA M. GRIFFITH
 LIC #57 CLIA # 40D0658006 TEL: (787) 786-1235 FAX: (787) 798-7145
 002183384

Col. Tec. Med. P.R.
 Pat. No.: 0000029
 Paid 5 Cents
 Exp: 4/30/2017
 Num: 1704-003097760

Patient Name	Acc. No.
[REDACTED]	0201608052
EDIF 13 APT 285 BAYAMON	RM: 00400^01 0000567278 11-117
PR 00959-	

Order Number	Location	Sup	
016440001069961	MEDICINA 4TO E	AMG	
Date of Birth	Age	Sex	Page
1/01/1922	94 Años	M	1
Ordering Physician			
MEDINA-LA SALLE, LISA			
Order Date	Collection Date		
1 NOV 16 12:05PM	1 NOV 16 12:05PM		
Received On	Reported On		
1 NOV 16 1:49PM	1 NOV 16 2:38PM		

Test	Units	Results	Flags	Normal Range
CHEMISTRY: (RENAL FUNTION PANEL)				
GLUCOSE.....	MG/DL.....	102.00		65.00 109.00
BUN.....	MG/DL.....	15.00		7.00 21.00
CREATININE.....	MG/DL.....	0.91		0.70 1.30
CALCIUM.....	MG/DL.....	9.00		8.40 10.20
PHOSPHORUS.....	MG/DL.....	3.00		2.60 4.70
ALBUMIN.....	G/DL.....	3.20	LOW	3.40 5.00
SODIUM.....	MMOL/L.....	136.00		136.00 145.00
POTASSIUM.....	MMOL/L.....	4.00		3.50 5.00
CHLORIDE.....	MMOL/L.....	100.00		98.00 107.00
CARBON DIOXIDE.....	MMOL/L.....	29.70		21.00 32.00

TO CONFIRM THE DIAGNOSIS OF DIABETES MELLITUS ANY OF THE FOLLOWING GLUCOSE VALUES ON 2 DIFFERENT DAYS ARE NEEDED.

*FASTING (FOR AT LEAST 8 HRS) >= 126 MG/DL

*RANDOM (NON FASTING) >=200 MG/DL (PLUS CLASSIC SYMPTOMS OF DIABETES)

*2 HRS >=200 MG/DL DURING OGTT (1 SPECIMEN)

OGTT=ORAL GLUCOSE TOLERANCE TEST (NORMAL VALUE AT 2 HRS <140 MG/DL)

IFG AND IGT ARE RISK FACTOR FOR DEVELOPMENT OF TYPE 2 DIABETES:

*IMPAIRED FASTING GLUCOSE (110 TO 125 MG/DL)

*IMPAIRED GLUCOSE TOLERANCE (140 TO 199)

FASTING GLUCOSE NORMAL VALUE (65 TO 109 MG/DL)

SOURCE: BURTON L, LABORATORY MEDICINE. FEB 2000, VOL 31, NO 2:84-90.

BY: SIEMENS DIMENSION..RXL MAX-1

*IFG AND IGT ARE RISK FACTOR FOR DEVELOPMENT OF DIABETES AND CARDIOVASCULAR DISEASE.

SOURCE: BURTON L, LABORATORY MEDICINE, FEB 2000, VOL 31, NO2:84-90.

BY: SIEMENS DIMENSION METHOD

PERFORMED&REVIEWED: L:8378- EDGAR M. SANTOS-CHARRIEZ

Order Created : 11/01/2016 12:05PM by REGISTERED ORDER

Sample Number: 004212006 Taken : 11/01/2016 12:05PM by REGISTERED ORDER

ATA 11-4-16

LABORATORIO CLINICO TOLEDO

CALLE PALMA 51
ARECIBO, PR 00612-4582

LIC #: 774
DIRECTOR: LCDA. ILIA M TOLEDO GARCIA

CLIA #: 40D0657994 CAP #:
TEL: (787) 880-0444 FAX: (787) 880-7281
006782388 010344256

Col. Tec. Med. P.R.
Pat. No.: 0000054
Paid 5 Cents
Exp: 1/31/2017
Num: 1701-010344256

0019-900119-000-8868

Patient Name		Patient ID
		*****6076
C/O HOSPITAL HNOS. MELENDEZ, INC. eREF URB JARDINES DE CAPARRA EDIF 13 APT 285 BAYAMON PR 00959		
C900119R002183141 0201608052		

Client Information			
900119 - HOSPITAL HNOS. MELENDEZ, I			
Date of Birth	Age	Sex	Page
1/01/1922	01	M	1
Ordering Physician			
MEDINA-LA SALLE, LISA			
Collection Date	Order Date		
1 NOV 2016 12:21AM	1 NOV 2016 10:46AM		
Reported On	Supervisor	M.T.	
1 NOV 2016 10:15PM	CVV	RDLR	

Test	Units	Results	Flags	Normal Range
CHEMISTRY				
BNP	PG/ML	21.90		0.00 100.00
BNP VALUES ARE USED AS AN AID IN THE DIAGNOSIS AND ASSESSMENT OF SEVERITY OF HEART FAILURE.				
BY ARCHITECT				
TEST PERFORMED BY: DRL				
TEST VALIDATED BY: RDLR				

Ordenes Ancilares
Laboratorio
Requisición

Hospital Hermanos Meléndez
Carr # 2 KM 11.7
BAYAMON PR 00960



HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ

Nombre: [REDACTED]

Dirección: URB JARDINES DE CAPARRA
EDIF 13 APT 285
BAYAMON PR 00959

Fecha Nacimiento: 01/01/1922 Edad: 94 Años Sexo: M
Estatura: 5ft 9in - 1m 75.26cm Peso: 170lb 0oz - 77kg 110.70g

Fecha Orden: 10/31/2016 5:28PM Order: 1069618

Prioridad: Rutina

Impresión de Diagnóstico \ Queja Principal:

ACUTE BRONCHITIS

Alergias: PACIENTE DESCONOCE

Alertas:

Encuentro: 0201608052 Récord: 0000567278
Fecha de Admisión: 10/28/2016 01:10 PM SSN: XXX-XX-6076
FSC: MEDICARE Y MUCHO MAS
Médico: MEDINA LA SALLE, LISA
Especialidad: INTERNISTA
Estación Enfermería: MEDICINE
Cuarto/Cama: 400 01
Enfermero (a): AYALA ORTIZ, LUCY ANN
Creado Por: Lucy Ann Ayala Ortiz 4to
Impreso por: Lucy Ann Ayala Ortiz 4to

Hospital Hermanos Meléndez
NIEVES CRUZ, NATIVIDAD
MRN 0000567278 DOS 10/31/2016 5:28PM
ACCT 0201608052 M 94 Años
0000567278

LABORATORIO

Critical Test

Ordered On (Date/Time):

Report Results to (RN, MD):

Telephone or Extension:

Results Reported On:

Read Back Conducted by:

Procedimientos

BACTERIOLOGIA

Diagnóstico:

CULTURE URINE WITH SENS & CC
Cantidad : 1

Desde

10/31/2016 5:28PM

Solicitado vía:

Teléfono

Ordenado por:

MEDINA LA SALLE, LISA

Licencia:

10910

Microbiology Report
HOSPITAL HERMANOS MELENDEZ

Carr.2 Km. 11.3, Bayamon, P.R. 00959
LABORATORIO CLINICO

LIC . No : 57

TEL : (787) 620 - 8181

Name	[REDACTED]	Specimen	10161967	Status	Final
Patient	[REDACTED]	Source	URINE	Status Date	11/5/2016
Date of Birth		Ward of Iso	HOSP. HERMANOS MELENDEZ	Collected	10/31/2016
Attd. Phys				Req Phys	

OVER 100,000 COLS/ML.

1	Proteus mirabilis	Status: Final	11/2/2016
2	Pseudomonas aeruginosa	Status: Final	11/5/2016

1 P. mirabilis

Drug	MIC	Interps	Origin
Amikacin	<=16	S	
Amp/Sulbactam	<=8/4	S	
Ampicillin	<=8	S	
Aztreonam	<=8	S	
Cefepime	<=8	S	
Cefotaxime	<=2	S	
Cefotaxime/K C...	<=0.5		
Cefotetan	<=16	S	
Ceftazidime	<=1	S	
Ceftazidime/K ...	<=0.25		
Ceftriaxone	<=8	S	
Cefuroxime	<=4	S	
Cephalothin	<=8	S	
Ciprofloxacin	<=1	S	
Ertapenem	<=1	S	
Gentamicin	<=4	S	
Levofloxacin	<=2	S	
Meropenem	<=1	S	
Nitrofurantoin	>64	R	
Pip/Tazo	<=16	S	
Piperacillin	<=16	S	
Tetracycline	>8	R	
Tobramycin	<=4	S	
Trimeth/Sulfa	<=2/38	S	

2 P. aeruginosa

Drug	MIC	Interps	Origin
Amikacin	<=16	S	
Amp/Sulbactam	>16/8		
Ampicillin	>16		
Aztreonam	<=8	IB	
Cefepime	<=8	S	
Cefotaxime	16		
Cefotaxime/K C...	>4		
Cefotetan	>32		
Ceftazidime	4	IB	
Ceftazidime/K ...	2		
Ceftriaxone	<=8		
Cefuroxime	>16		
Cephalothin	>16		
Ciprofloxacin	<=1	S	
Ertapenem	4		
Gentamicin	<=4	S	
Imipenem	<=1	S	
Levofloxacin	<=2	S	
Meropenem	<=1	S	
Nitrofurantoin	>64		
Pip/Tazo	<=16	IB	
Piperacillin	<=16	IB	
Tetracycline	>8		
Tobramycin	<=4	S	
Trimeth/Sulfa	>2/38		

S = Susceptible
I = Intermediate
R = Resistant
MIC = mcg/ml (mg/L)

N/R = Not Reported
--- = Not Tested
POS = Positive
NEG = Negative

Blank = Data not available, or drug not advisable or tested
ESBL = Extended spectrum beta-lactamase
Blac = Beta-lactamase positive
TFG = Thymidine-dependent strain

S* = Predicted susceptible interpretation
R* = Predicted resistant interpretation
ESBL? = Suspected ESBL. Confirmatory tests needed to differentiate ESBL from other beta-lactamases.
IB = Inducible Beta-lactamase. Appears in place of "Susceptible" with species known to possess inducible beta-lactamases. potentially they may become resistant to all beta-lactam drugs. Monitoring of patients during/after therapy is recommended. Avoid other/combined beta-lactam drugs.

^ = Reported interpretation changed

For blood and CSF Isolates, a beta-lactamase test is recommended for Enterococcus species.

RUO: Un-val

Name	[REDACTED]	Specimen	10161967	Status	Final
Patient ID	10161967	Source	URINE	Status Date	11/5/2016
Date of Birth		Ward/Rm	HHM / 400A	Collected	10/31/2016

400A
11/4

HOSPITAL HERMANOS MELENDEZ LAB CLINICO

BAYAMON MEDICAL PLAZA BUILDING Col. Tec. Med. P.R.
 CARR. #2 KM 11.3 Pat. No.: 0000029
 BAYAMON, PR 00959 Paid 5 Cents
 DIRECTOR: LCDA. ADRIA M. GRIFFITH Exp: 4/30/2017
 Num: 1704-003100198

LIC #57 CLIA # 40D0658006 TEL (787) 786-1235 FAX: (787) 798-7145

002183039



Order Number	Location	Sup
016440001069618	MEDICINA 4TO E	AMG

Date of Birth	Age	Sex	Page
1/01/1922	94 Años	M	1

Ordering Physician

MEDINA-LA SALLE, LISA

Order Date	Collection Date
31 OCT 16 5:28PM	31 OCT 16 5:30PM

Received On	Reported On
31 OCT 16 6:41PM	5 NOV 16 11:45AM

Test	Units	Results	Flags	Normal Range
------	-------	---------	-------	--------------

MICROBIOLOGY: URINE CULTURE ROUTINE*Adria's*

COLONY COUNT:

OVER 100,000 COLS/ML

URINE CULTURE RESULT:

GROWTH OF PROTEUS MIRABILIS AND

GROWTH OF PSEUDOMONAS AERUGINOSA

FOR BACTERIAL ID/SENS, SEE ATTACHMENT.

PERFORMED&REVIEWED: L:2817- AUREA E. MAS

Order Created : 10/31/2016 5:28PM by Lucy Ann-Ayala

Sample Number: 004211270 Taken : 10/31/2016 5:30PM by Lucy Ann-Ayala

Ordenes Ancilares
Laboratorio
Requisición

Hospital Hermanos Meléndez
Carr # 2 KM 11.7
BAYAMON PR 00960



HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ

4211194

10 - 659

Nombre: [REDACTED]

Dirección: URB JARDINES DE CAPARRA
EDIF 13 APT 285
BAYAMON PR 00959

Fecha Nacimiento: 01/01/1922 Edad: 94 Años Sexo: M
Estatura: 5ft 9in - 1m 75.26cm Peso: 170lb 0oz - 77kg 110.70g

Fecha Orden: 10/31/2016 3:43PM Orden: 1069590

Prioridad: Rutina

Impresión de Diagnóstico \ Queja Principal:
ACUTE BRONCHITIS

Alergias: PACIENTE DESCONOCE

Alertas:

Encuentro: 0201608052 Récord: 0000567278
Fecha de Admisión: 10/28/2016 01:10 PM SSN: XXX-XX-6076
FSC: MEDICARE Y MUCHO MAS
Médico: MEDINA LA SALLE, LISA
Especialidad: INTERNISTA
Estación Enfermería: MEDICINE
Cuarto/Cama: 400 01
Enfermero (a):
Creado Por: Lily Castañer Oyola T.R
Impreso por: Lily Castañer Oyola T.R

Hospital Hermanos Meléndez
NIEVES CRUZ, NATIVIDAD
MRN 0000567278 DOS 10/31/2016 3:43PM
ACCT 0201608052 M 94 Años

[Barcode]
* 0 0 0 0 5 6 7 2 7 8 *

LABORATORIO

Critical Test

Ordered On (Date/Time): _____
Report Results to (RN, MD): _____
Telephone or Extension: _____
Results Reported On: _____
Read Back Conducted by: _____

Procedimientos

QUIMICA

Diagnóstico:

ARTERIAL BLOOD GASES ABGS
Cantidad : 1 Desde 10/31/2016 3:43PM
Ventury Mask: _____ Canula Nasal: 2 Non-Rebreathing Mask: _____
Biap IPAP: _____ EPAP: _____
VT: _____ RR: _____ FIO2: _____ PEEP: _____
VT Spont.: _____ RR Spont.: _____
Mode: PSV: _____ Sample Drawn By: _____ Hour: 3:55 p.m.
Allen's Test Satisfactory: _____ Unsatifiable: _____ Patient Hgb: _____ Patient Temp: _____
Puncture Site: _____ Pressure Puncture Time : (> 5 min) Y N
Analyzed by: _____ Date: _____ Time: _____
Comentarios

Solicitado vía:

En Persona

Ordenado por: _____
MEDINA LA SALLE, LISA

Licencia: 10910

HOSPITAL HERMANOS MELENDEZ LAB CLINICO
 BAYAMON MEDICAL PLAZA BUILDING
 CARR. #2 KM 11.3
 BAYAMON, PR 00959
 DIRECTOR: LCDA. ADRIA M. GRIFFITH
 LIC #57 CLIA # 40D0658006 TEL: (787) 786-1235 FAX: (787) 798-7145
 002183011 *1003097180*

Col. Tec. Med. P.R.
 Pat. No.: 0000029
 Paid 5 Cents
 Exp: 4/30/2017
 Num: 1704-003097180

Order Number	Location	Sup
016440001069590	MEDICINA 4TO E	AMG
Date of Birth	Age	Sex
1/01/1922	94 Años	M

Ordering Physician

MEDINA-LA SALLE, LISA

Order Date	Collection Date
31 OCT 16 3:43PM	31 OCT 16 3:43PM
Received On	Reported On
31 OCT 16 4:01PM	31 OCT 16 4:25PM

Test	Units	Results	Flags	Normal Range			
CHEMISTRY: ARTERIAL BLOOD GASES							
pH.....		7.363		7.350 7.450			
PCO2.....mmHg.....		51.40	HIGH	35.00 45.00			
PO2.....mmHg.....		178.40	HIGH	80.00 100.00			
*HCO3(-act) (BICARBONATE).....MMOL/L.....		28.60	HIGH	20.00 26.00			
*BE(B) (BASE EXCESS).....MMOL/L	2.1						
		BE(B) REFERENCE RANGE FOR ADULTS -3.0 to +3.0					
		AND FOR PEDIATRICS AND NEONATES -5.0 to +5.0					
*ctCO2.....MMOL/L.....		30.20	HIGH	24.00 30.00			
*O2 SATURATION(est).....%.....		99.20		95.00 100.00			
*CALCULATED VALUES		ALLEN'S TEST: SATISFACTORY					
COMMENTS:							
ARTERIAL BLOOD GASES ANALYSIS IS RECOMMENDED FOR ASSESS ACID-BASE PHYSIOLOGY AND OXYGENATION STATUS. AS A FACT, METABOLIC ACTIVITY OCCURS AT ALL TIMES IN THE SPECIMEN BETWEEN SAMPLING AND COMPLETION OF THE ANALYSIS; BUT SPECIMEN ANALYZED WITHIN 30 MINUTES OF COLLECTION BLOOD GASES ARE MINIMALLY Affected, EXCEPT IN THE PRESENCE OF AN ELEVATED LEUKOCYTE, PLATELET, OR RETICULOCYTE COUNT, WHERE SPECIMEN COULD BE Affected MORE RAPIDLY.							
BY:.....SIEMENS....RAPIDLAR 1240-2							
PERFORMED&REVIEWED: L:2288- MARYANN HANEY-BRAVO <i>M. Haney</i>							
Order Created : 10/31/2016 3:43PM by REGISTERED ORDER							
Sample Number: 004211194 Taken : 10/31/2016 3:43PM by REGISTERED ORDER							

HOSPITAL HERMANOS MELENDEZ LAB CLINICO

BAYAMON MEDICAL PLAZA BUILDING

CARR. #2 KM 11.3

BAYAMON, PR 00959

DIRECTOR: LCDA. ADRIA M. GRIFFITH

LIC #57

CLIA # 40D0658006

TEL (787) 786-1235 FAX: (787) 798-7145

002182380



Col. Tec. Med. P.R.

Pat. No.: 0000029

Paid 5 Cents

Exp: 4/30/2017

Num: 1704-003096396

Order Number	Location	Sup
016440001068921	MEDICINA 4TO P 1 AMO	009

Date of Birth	Age	Sex	Page
1/01/1922	94 Años	M	1

Ordering Physician

MEDINA-LA SALLE, LISA

Order Date	Collection Date
30 OCT 16 12:39AM	30 OCT 16 12:39AM
Received On	Reported On
30 OCT 16 8:51AM	30 OCT 16 9:39AM

Test	Units	Results	Flags	Normal Range
HEMATOLOGY : COMPLETE BLOOD COUNT W/DIFF				
WHITE BLOOD COUNT.....	X10^3/uL....	11.95	HIGH	4.80 10.80
RED BLOOD COUNT.....	X10^6/uL....	5.088		4.700 6.100
HEMOGLOBIN.....	g/dL.....	14.32		14.00 18.00
HEMATOCRIT.....	%.....	44.50		42.00 52.00
MCV.....	fL.....	87.46		80.00 94.00
MCH.....	pg.....	28.14		27.00 31.00
MCHC.....	g/dl.....	32.18		32.00 36.00
RDW.....	%.....	14.20		11.50 14.50
PLATELETS.....	10^3/uL.....	318.20		150.00 400.00
MPV.....	fL.....	8.39		7.40 10.40
DIFERENTIAL				
NEUTROPHILS.....	%.....	70.10		42.20 75.20
LYMPHOCYTES.....	%.....	16.90	LOW	20.50 51.10
MONOCYTES.....	%.....	11.81		1.70 13.00
EOSINOPHILS.....	%.....	1.06		0.00 10.00
BASOPHILS.....	%.....	0.13		0.00 0.80
NEUTROPHILS #.....	10^3/uL.....	8.38	HIGH	1.40 6.50
LYMPHOCYTES #.....	10^3/uL.....	2.02		2.00 3.40
MONOCYTES #.....	10^3/uL.....	1.41	HIGH	0.10 1.10
EOSINOPHILES #.....	10^3/uL.....	0.13		0.00 0.70
BASOPHILES #.....	10^3/uL.....	0.02		0.00 0.20
RBC MORPHOLOGY				
Comments:				
BY: LH 750-1 METHOD				
PERFORMED&REVIEWED: L:4096- ARISTIDES LEDUC-SANTOS				
Order Created : 10/30/2016 12:39AM by S. Ines Batista Torres				
Sample Number: 004209794 Taken : 10/30/2016 12:39AM by Marilis Rodriguez-Gonzalez				

Ordenes Ancilares
Laboratorio
Requisición

Hospital Hermanos Meléndez
Carr # 2 KM 11.7
BAYAMON PR 00960



HOSPITAL HERMANOS MELENDEZ

10-5809
4209794

Nombre: [REDACTED]

Dirección: URB JARDINES DE CAPARRA
EDIF 13 APT 285
BAYAMON PR 00959

Fecha Nacimiento: 01/01/1922 Edad: 94 Años Sexo: M
Estatura: 5ft 9in - 1m 75.26cm Peso: 170lb 0oz - 77kg 110.70g

Fecha Orden: 10/30/2016 12:39AM Orden: 1068921

Prioridad: Rutina

Impresión de Diagnóstico \ Queja Principal:
ACUTE BRONCHITIS

Alergias: PACIENTE DESCONOCE

Alertas:

Encuentro: 0201608052 Récord: 0000567278

Fecha de Admisión: 10/28/2016 01:10 PM SSN: XXX-XX-6076

FSC: MEDICARE Y MUCHO MAS

Médico: MEDINA LA SALLE, LISA

Especialidad: INTERNISTA

Estación Enfermería: MEDICINE

Cuarto/Cama: 400 01

Enfermero (a): BATISTA TORRES, INES

Creado Por: Ines Batista Torres, 5to

Impreso por:

Ines Batista Torres, 5to
10/30/16 12:39AM

Hospital Hermanos Meléndez
NIEVES CRUZ, NATIVIDAD
MRN 0000567278 DOS 10/30/2016 12:39AM
ACCT 0201608052 M 94 Años
0000567278

LABORATORIO

Critical Test

Ordered On (Date/Time): _____

Report Results to (RN, MD): _____

Telephone or Extension: _____

Results Reported On: _____

Read Back Conducted by: _____

Procedimientos

HEMATOLOGIA

Diagnóstico:

CBC (COMPLETE BLOOD COUNT W/DIFF)
Cantidad : 1

Desde

10/30/2016 12:39AM

Solicitado vía:
Teléfono

Ordenado por: _____
MEDINA LA SALLE, LISA

Licencia: _____ 10910

Ordenes Ancilares
Laboratorio
Requisición

Hospital Hermanos Meléndez
Carr # 2 KM 11.7
BAYAMON PR 00960



HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ

Nombre: [REDACTED]

10-4373
4309-15

Dirección: URB JARDINES DE CAPARRA
EDIF 13 APT 285
BAYAMON PR 00959

Fecha Nacimiento: 01/01/1922 Edad: 94 Años Sexo: M
Estatura: 5ft 9in - 1m 75.26cm Peso: 170lb 0oz - 77kg 110.70g

Fecha Orden: 10/30/2016 12:39AM Orden: 1068921
Prioridad: Rutina

Impresión de Diagnóstico \ Queja Principal:
ACUTE BRONCHITIS

Alergias: PACIENTE DESCONOCE

Alertas:

Encuentro: 0201608052

Récord: 0000567278

Fecha de Admisión: 10/28/2016 01:10 PM

SSN: XXX-XX-6076

FSC: MEDICARE Y MUCHO MAS

Médico: MEDINA LA SALLE, LISA

Especialidad: INTERNISTA

Estación Enfermería: MEDICINE

Cuarto/Cama: 400 01

Enfermero (a): BATISTA TORRES, INES

Creado Por: Ines Batista Torres, 5to

Impreso por: Ines Batista Torres, 5to

10/30/16

10/30/16
Ines Batista Torres, 5to
Hospital Hermanos Meléndez
NIEVES CRUZ, NATIVIDAD
MRN 0000567278 DOS 10/30/2016 12:39AM
ACCT 0201608052 M 94 Años
0000567278

LABORATORIO

Critical Test

Ordered On (Date/Time):

Report Results to (RN, MD):

Telephone or Extension:

Results Reported On:

Read Back Conducted by:

Procedimientos

QUIMICA

Diagnóstico:

COMPREHENSIVE METABOLIC PANEL
Cantidad : 1

Desde

10/30/2016 12:39AM

Solicitado vía:
Teléfono

Ordenado por:

MEDINA LA SALLE, LISA

Licencia:

10910

HOSPITAL HERMANOS MELENDEZ LAB CLINICO
BAYAMON MEDICAL PLAZA BUILDING
CARR. #2 KM 11.3
BAYAMON, PR 00959
DIRECTOR: LCDA. ADRIA M. GRIFFITH
LIC #57 CLIA # 40D0658006 TEL: (787) 786-1235 FAX: (787) 798-7145
002182380

Col. Tec. Med. P.R.
Pat. No.: 0000029
Paid 5 Cents
Exp: 4/30/2017
Num: 1704-003096421

Order Number	Location	Sup
016440001068921	MEDICINA 4TO E	AMG

Date of Birth	Age	Sex	Page
1/01/1922	94 Años	M	1

Ordering Physician

MEDINA-LA SALLE, LISA

Order Date	Collection Date
30 OCT 16 12:39AM	30 OCT 16 12:39AM
Received On	Reported On
30 OCT 16 8:17AM	30 OCT 16 9:55AM

Test	Units	Results	Flags	Normal Range
CHEMISTRY (COMPREHENSIVE METABOLIC PANEL)				
SGPT (ALT)	U/L	26.00		12.00 78.00
AST (SGOT)	U/L	50.00		14.00 59.00
GLUCOSE	MG/DL	67.00		65.00 109.00
BUN	MG/DL	14.00		7.00 21.00
CREATININE	MG/DL	0.99		0.70 1.30
CALCIUM	MG/DL	9.30		8.40 10.20
TOTAL BILIRUBIN	MG/DL	0.70		0.20 1.00
TOTAL PROTEIN	G/DL	7.10		6.40 8.20
ALBUMIN	G/DL	3.60		3.40 5.00
GLOBULIN	G/DL	3.50		2.80 4.40
A/G RATIO		1.03	LOW	1.50 2.50
ALKALINE PHOSPHATASE	U/L	106.00		46.00 116.00
SODIUM	MMOL/L	139.00		136.00 145.00
POTASSIUM	MMOL/L	4.30		3.50 5.00
CHLORIDE	MMOL/L	104.00		98.00 107.00
CARBON DIOXIDE	MMOL/L	29.20		21.00 32.00

TO CONFIRM THE DIAGNOSIS OF DIABETES MELLITUS ANY OF THE FOLLOWING GLUCOSE VALUES ON 2 DIFFERENT DAYS ARE NEEDED.

*FASTING (FOR AT LEAST 8 HRS) >= 126 MG/DL

*RANDOM (NON FASTING) >=200 MG/DL (PLUS CLASSIC SYMPTOMS OF DIABETES)

*2 HRS >=200 MG/DL DURING OGTT (1 SPECIMEN)

OGTT=ORAL GLUCOSE TOLERANCE TEST (NORMAL VALUE AT 2 HRS <140 MG/DL)

IFG AND IGT ARE RISK FACTOR FOR DEVELOPMENT OF TYPE 2 DIABETES:

*IMPAIRED FASTING GLUCOSE (110 TO 125 MG/DL)

*IMPAIRED GLUCOSE TOLERANCE (140 TO 199)

FASTING GLUCOSE NORMAL VALUE (65 TO 109 MG/DL)

SOURCE: BURTON L, LABORATORY MEDICINE. FEB 2000, VOL 31, NO 2:84-90.

BY:..... SIEMENS DIMENSION..RXL MAX-1

BY: SIEMENS DIMENSION METHOD

PERFORMED&REVIEWED: L:6846- YOLANDA PENA-HERNANDEZ

Order Created : 10/30/2016 12:39AM by 5. Ines Batista Torres

Sample Number: 004209795 Taken : 10/30/2016 12:39AM by Marilis Rodriguez-Gonzalez

400-A

HOSPITAL HERMANOS MELENDEZ LAB CLINICO

BAYAMON MEDICAL PLAZA BUILDING

CARR. #2 KM 11.3

BAYAMON, PR 00959

DIRECTOR: LCDA. ADRIA M. GRIFFITH

LIC #57

CLIA # 40D0658006

TEL: (787) 786-1235 FAX: (787) 798-7145

002181869



Col. Tec. Med. P.R.

Pat. No.: 0000029

Paid 5 Cents

Exp: 4/30/2017

Num: 1704-003096298

Order Number	Location	Sup
004000001068426	SE ANEXO	AMG

Date of Birth	Age	Sex	Page
1/01/1922	94 Años	M	1

Ordering Physician

MEDINA-LA SALLE, LISA

Order Date	Collection Date
28 OCT 16 2:23PM	28 OCT 16 2:23PM
Received On	Reported On
28 OCT 16 4:20PM	30 OCT 16 7:41AM

Test	Units	Results	Flags	Normal Range
BACTERIOLOGY: ANAEROBIC BLOOD CULTURE				
ANAEROBIC LILAC BLOOD CULTURE BOTTLE				
PRELIMINARY REPORT: NO GROWTH AFTER 2 DAYS OF INCUBATION.				
BACTERIOLOGY:CULTURE BLOOD AEROBIC BLOOD (1)				
AEROBIC BLUE BLOOD CULTURE BOTTLE (1):				
PRELIMINARY REPORT: NO GROWTH AFTER 2 DAYS OF INCUBATION.				
PERFORMED&REVIEWED: L:1176- Nancy Irizaray Diaz Order Created : 10/28/2016 2:23PM by REGISTERED ORDER Sample Number: 004208654 Taken : 10/28/2016 2:23PM by REGISTERED ORDER Sample Number: 004208655 Taken : 10/28/2016 2:23PM by REGISTERED ORDER				

Ordenes Ancilares
Laboratorio
Requisición

Hospital Hermanos Meléndez
Carr # 2 KM 11.7
BAYAMON PR 00960



HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ

Nombre: [REDACTED]

3706
11208654

Dirección: URB JARDINES DE CAPARRA
EDIF 13 APT 285
BAYAMON PR 00959

Fecha Nacimiento: 01/01/1922 Edad: 94 Años Sexo: M
Estatura: 5ft 9in - 1m 75.26cm Peso: 170lb 0oz - 77kg 110.70g

Fecha Orden: 10/28/2016 2:23PM Order: 1068426
Prioridad: Rutina

Impresión de Diagnóstico \ Queja Principal:
ACUTE BRONCHITIS

Alergias: PACIENTE DESCONOCE

Alertas:

Encuentro: 0201608052 Récord: 0000567278

Fecha de Admisión: 10/28/2016 01:10 PM SSN: XXX-XX-6076

FSC: MEDICARE Y MUCHO MAS

Médico: MEDINA LA SALLE, LISA

Especialidad: INTERNISTA

Estación Enfermería: BED PEND.ADULT E/R

Cuarto/Cama: 20 08

Enfermero (a): RIVERA RIVERA, LYDIA

Creado Por: Lidia Rivera Rivera SE

Impreso por: Lidia Rivera Rivera SE

Hospital Hermanos Meléndez
NIEVES CRUZ, NATIVIDAD
MRN 0000567278 DOS 10/28/2016 2:23PM
ACCT 0201608052 M 94 Años



* 0 0 0 0 5 6 7 2 7 8 *

LABORATORIO

Critical Test

Ordered On (Date/Time): _____

Report Results to (RN, MD): _____

Telephone or Extension: _____

Results Reported On: _____

Read Back Conducted by: _____

Procedimientos

BACTERIOLOGIA

Diagnóstico:

CULTURE BLOOD AEROBIC (1)
Cantidad : 1

Desde

10/28/2016 2:23PM

Diagnóstico:

~~CULTURE URINE WITH SENS & CC~~
Cantidad : 1

Desde

10/28/2016 2:23PM

Diagnóstico:

Solicitado via:

Transcripción de Orden

Ordenado por:

MEDINA LA SALLE, LISA

Licencia:

10910

Ordenes Ancilares
Laboratorio
Requisición

Hospital Hermanos Meléndez
Carr # 2 KM 11.7
BAYAMON PR 00960



HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ

6000
3707

4208655

Nombre: [REDACTED]

Dirección: URB JARDINES DE CAPARRA
EDIF 13 APT 285
BAYAMON PR 00959

Fecha Nacimiento: 01/01/1922 Edad: 94 Años Sexo: M
Estatura: 5ft 9in - 1m 75.26cm Peso: 170lb 0oz - 77kg 110.70g

Fecha Orden: 10/28/2016 2:23PM Orden: 1068426

Prioridad: Rutina

Impresión de Diagnóstico \ Queja Principal:

ACUTE BRONCHITIS

Alergias: PACIENTE DESCONOCE

Alertas:

Encuentro: 0201608052 Récord: 0000567278

Fecha de Admisión: 10/28/2016 01:10 PM SSN: XXX-XX-6076

FSC: MEDICARE Y MUCHO MAS

Médico: MEDINA LA SALLE, LISA

Especialidad: INTERNISTA

Estación Enfermería: BED PEND.ADULT E/R

Cuarto/Cama: 20 08

Enfermero (a): RIVERA RIVERA, LYDIA

Creado Por: Lidia Rivera Rivera SE

Impreso por: Lidia Rivera Rivera SE

Hospital Hermanos Meléndez
NIEVES CRUZ, NATIVIDAD
MRN 0000567278 DOS 10/28/2016 2:23PM
ACCT 0201608052 M 94 Años



* 0 0 0 5 6 7 2 7 8 *

LABORATORIO

Critical Test

Ordered On (Date/Time): _____

Report Results to (RN, MD): _____

Telephone or Extension: _____

Results Reported On: _____

Read Back Conducted by: _____

Procedimientos

CULTURE BLOOD ANAEROBIC

Cantidad : 1

Desde

10/28/2016 2:23PM

Lidia
3:05 PM
10/28/16

Solicitado vía:
Transcripción de Orden

Ordenado por:

MEDINA LA SALLE, LISA

Licencia:

10910

400-17

HOSPITAL HERMANOS MELENDEZ LAB CLINICO	
BAYAMON MEDICAL PLAZA BUILDING	
CARR. #2 KM 11.3	
BAYAMON, PR 00959	
DIRECTOR: LCDA. ADRIA M. GRIFFITH	
LIC #57	CLIA # 40D0658006
TEL: (787) 786-1235 FAX: (787) 798-7145	
002181869	
	

Order Number	Location	Sup	
004000001068426	SE ANEXO	AMG	
Date of Birth	Age	Sex	Page
1/01/1922	94 Años	M	1
Ordering Physician			
MEDINA-LA SALLE, LISA			
Order Date	Collection Date		
28 OCT 16 2:23PM	28 OCT 16 2:23PM		
Received On	Reported On		
28 OCT 16 4:20PM	3 NOV 16 8:59AM		

Test	Units	Results	Flags	Normal Range
<i>10-3707</i>				
BACTERIOLOGY: ANAEROBIC BLOOD CULTURE				
ANAEROBIC LILAC BLOOD CULTURE BOTTLE				
PRELIMINARY REPORT: NO GROWTH AFTER 2 DAYS OF INCUBATION.				
FINAL REPORT: NO GROWTH AFTER 5 DAYS OF INCUBATION.				
BACTERIOLOGY: CULTURE BLOOD AEROBIC BLOOD (1)				
AEROBIC BLUE BLOOD CULTURE BOTTLE (1):				
PRELIMINARY REPORT: NO GROWTH AFTER 2 DAYS OF INCUBATION.				
FINAL REPORT: NO GROWTH AFTER 5 DAYS OF INCUBATION.				
PERFORMED&REVIEWED: L:2817- AUREA E. MAS Order Created : 10/28/2016 2:23PM by REGISTERED ORDER Sample Number: 004208654 Taken : 10/28/2016 2:23PM by REGISTERED ORDER Sample Number: 004208655 Taken : 10/28/2016 2:23PM by REGISTERED ORDER				

HOSPITAL HERMANOS MELENDEZ LAB CLINICO
BAYAMON MEDICAL PLAZA BUILDING
CARR. #2 KM 11.3
BAYAMON, PR 00959
DIRECTOR: LCD.A. ADRIA M. GRIFFITH
LIC #57 CLIA # 40D0658006 TEL (787) 786-1235 FAX: (787) 798-7145
002181555 

Col. Tec. Med. P.R.
 Pat. No.: 0000029
 Paid 5 Cents
 Exp: 4/30/2017
 Num: 1704-003095084

Order Number	Location	Sup	
007000001068013	CUB B SALA DE	AMG	
Date of Birth	Age	Sex	Page
1/01/1922	94 Años	M	1

Ordering Physician

DIAZ-SOJO, OMAR

Order Date	Collection Date
27 OCT 16 7:45PM	27 OCT 16 7:45PM
Received On	Reported On
27 OCT 16 8:54PM	27 OCT 16 9:32PM

Test	Units	Results	Flags	Normal Range
HEMATOLOGY: COMPLETE BLOOD COUNT W/PLTS				
WHITE BLOOD COUNT.....	X10^3/uL....	10.44		4.80 10.80
RED BLOOD COUNT.....	X10^6/uL....	4.613	LOW	4.700 6.100
HEMOGLOBIN.....	g/dL.....	13.08	LOW	14.00 18.00
HEMATOCRIT.....	%.....	40.33	LOW	42.00 52.00
MCV.....	fL.....	87.43		80.00 94.00
MCH.....	pg.....	28.35		27.00 31.00
MCHC.....	g/dl.....	32.43		32.00 36.00
RDW.....	%.....	14.56	HIGH	11.50 14.50
PLATELETS.....	10^3/uL....	290.80		150.00 450.00
MPV.....	fL.....	8.27		7.40 10.40
DIFERENTIAL				
NEUTROPHILS.....	%.....	62.71		42.20 75.20
LYMPHOCYTES.....	%.....	24.50		20.50 51.10
MONOCYTES.....	%.....	9.99		1.70 13.00
EOSINOPHILS.....	%.....	2.33		0.00 10.00
BASOPHILS.....	%.....	0.47		0.00 0.80
NEUTROPHILS #.....	10^3/uL....	6.55	HIGH	1.40 6.50
LYMPHOCYTES #.....	10^3/uL....	2.56		2.00 3.40
MONOCYTES #.....	10^3/uL....	1.04		0.10 1.10
EOSINOPHILES #.....	10^3/uL....	0.24		0.00 0.70
BASOPHILES #.....	10^3/uL....	0.05		0.00 0.20

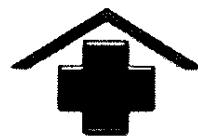
RBC MORPHOLOGY

Comments:

BY: LH 750-2 METHOD
 PERFORMED&REVIEWED: L:5989- JANET RAMOS-BRAN

Order Created : 10/27/2016 7:45PM by REGISTERED ORDER

Sample Number: 004207907 Taken : 10/27/2016 7:45PM by REGISTERED ORDER



Nombre: [REDACTED]

22 OCT 2016 PM 1:47
10-221571
420790+

REC

Dirección: URB JARDINES DE CAPARRA
EDIF 13 APT 285
BAYAMON PR 00959

Fecha Nacimiento: 01/01/1922 Edad: 94 Años Sexo: M
Estatura: 5ft 9in - 1m 75.26cm Peso: 170lb 0oz - 77kg 110.70g

Fecha Orden: 10/27/2016 7:45PM Orden: 1068013

Prioridad: Rutina

Impresión de Diagnóstico \ Queja Principal:

PTE RECIBIDA EN AMBULANCIA POR TOS Y EDEMA EN AMBAS EXTREMIDADES

Alergias: PACIENTE DESCONOCE

Alertas:

Saltos de pulso
10/27/2016
7:45PM

Encuentro: 2016221571 Récord: 0000567278

Fecha de Admisión: 10/27/2016 05:45 PM SSN: XXX-XX-6076

FSC: MEDICARE Y MUCHO MAS

Médico: DIAZ SOJO, OMAR

Especialidad: GENERALISTA

Estación Enfermería: Sala de Emergencia Adultos

Cuarto/Cama: ANEXO1 C1

Enfermero (a):

Creado Por: Dr. Omar Diaz Sojo

Impreso por: Dr. Omar Diaz Sojo

Hospital Hermanos Meléndez
NIEVES CRUZ, NATIVIDAD
MRN 0000567278 DOS 10/27/2016 7:45PM
ACCT 2016221571 M 94 Años
0000567278

LABORATORIO

Critical Test

Ordered On (Date/Time):

Report Results to (RN, MD):

Telephone or Extension:

Results Reported On:

Read Back Conducted by:

Procedimientos

HEMATOLOGIA

Diagnóstico:

COMPLET BLOOD COUNT & PLATELET
Cantidad : 1

Desde

10/27/2016 7:45PM

Ordenado por:

e-signed

DIAZ SOJO, OMAR

Licencia:

16148

Ordenes Anciliares
Laboratorio
Orden Médica

Hospital Hermanos Meléndez
Carr # 2 KM 11.7
BAYAMON PR 00960



HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ

Nombre: [REDACTED]

4207910
0-4487 10/27/2016 7:45PM REC

Dirección: URB JARDINES DE CAPARRA
EDIF 13 APT 285
BAYAMON PR 00959

Fecha Nacimiento: 01/01/1922 Edad: 94 Años Sexo: M
Estatura: 5ft 9in - 1m 75.26cm Peso: 170lb 0oz - 77kg 110.70g

Fecha Orden: 10/27/2016 7:45PM Orden: 1068013
Prioridad: Rutina

Impresión de Diagnóstico \ Queja Principal:

PTE RECIBIDA EN AMBULANCIA POR TOS Y EDEMA EN AMBAS EXTREMIDADES

Alergias: PACIENTE DESCONOCE

Alertas:

Encuentro: 2016221571 Récord: 0000567278
Fecha de Admisión: 10/27/2016 05:45 PM SSN: XXX-XX-6076
FSC: MEDICARE Y MUCHO MAS
Médico: DIAZ SOJO, OMAR
Especialidad: GENERALISTA
Estación Enfermería: Sala de Emergencia Adultos
Cuarto/Cama: ANEXO1 C1
Enfermero (a): Dr. Omar Diaz Sojo
Creado Por: Dr. Omar Diaz Sojo
Impreso por: Dr. Omar Diaz Sojo

Hospital Hermanos Meléndez
NIEVES CRUZ, NATIVIDAD
MRN 0000567278 DOS 10/27/2016 7:45PM
ACCT 2016221571 M 94 Años
0000567278

LABORATORIO

Critical Test
Ordered On (Date/Time):
Report Results to (RN, MD):
Telephone or Extension:
Results Reported On:
Read Back Conducted by:

Procedimientos

QUIMICA

Diagnóstico:

COMPREHENSIVE METABOLIC PANEL
Cantidad : 1

Desde

10/27/2016 7:45PM

Diagnóstico:

ARTERIAL BLOOD GASES ABGS
Cantidad : 1

Desde

10/27/2016 7:45PM

Ordenado por:

e-signed
DIAZ SOJO, OMAR

Licencia:

16148

C001 Req:002181555 M 94 Años
10/27/16 7:45PM R 004207909
O:00700001068013 R#:0000567278 CUB B SAL
ARTERIAL BLOOD GASES



Nombre: [REDACTED]

Hospital Hermanos Meléndez
Carr # 2 KM 11.7
BAYAMON PR 00960

HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ

Dirección: URB JARDINES DE CAPARRA
EDIF 13 APT 285
BAYAMON PR 00959

Fecha Nacimiento: 01/01/1922 Edad: 94 Años
Estatura: 5ft 9in - 1m 75.26cm Peso: 170lb 0oz - 77kg 110.70g

Fecha Orden: 10/27/2016 7:45PM Orden: 1068013
Prioridad: Rutina

Impresión de Diagnóstico \ Queja Principal:
PTE RECIBIDA EN AMBULANCIA POR TOS Y EDEMA EN AMBAS
EXTREMIDADES
Alergias: PACIENTE DESCONOCE

Alertas:

Encuentro: 2016221571 Récord: 0000567278
Fecha de Admisión: 10/27/2016 05:45 PM SSN: XXX-XX-6076
FSC: MEDICARE Y MUCHO MAS
Médico: DIAZ SOJO, OMAR
Especialidad: GENERALISTA
Estación Enfermería: Sala de Emergencia Adultos
Cuarto/Cama: ANEXO1 C1
Enfermero (a): Dr. Omar Diaz Sojo
Creado Por: Dr. Omar Diaz Sojo
Impreso por: Dr. Omar Diaz Sojo

Hospital Hermanos Meléndez
NIEVES CRUZ, NATIVIDAD
MRN 0000567278 DOS 10/27/2016 7:45PM
ACCT 2016221571 M 94 Años
0000567278

LABORATORIO

Critical Test
Ordered On (Date/Time): _____
Report Results to (RN, MD): _____
Telephone or Extension: _____
Results Reported On: _____
Read Back Conducted by: _____

Procedimientos

Ventury Mask: _____ Canula Nasal: _____ Non-Rebreathing Mask: _____ Room air
Biap IPAP: _____ EPAP: _____
VT: _____ RR: _____ FIO2: _____ PEEP: _____
VT Spont.: _____ RR Spont.: _____
Mode: _____ PSV: _____ Sample Drawn By: 102-2606 Hour: 8 15 pm
Allen's Test Satisfactory: Unsatisfactory: _____ Patient Hgb: _____ Patient Temp: _____
Puncture Site: L Right Pressure Puncture Time : (> 5 min) Y N
Analyzed by: _____ Date: _____ Time: _____
Comentarios

Diagnóstico:

INFLUENZA ANTIGEN (A&B)
Cantidad : 1

Desde

10/27/2016 7:45PM

Ordenado por:

e-signed

DIAZ SOJO, OMAR

Licencia:

16148

MICROBIOLOGY

Al

Ordenes
Laboratorios
Orden Médica:

O:007000001068013 R#:0000567278 CUB B SAL
INFLUENZA ANTIGEN A & B



Hospital Hermanos Meléndez
Carr # 2 KM 11.7
BAYAMON PR 00960



HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ

10 - 17-14

Nombre: [REDACTED]

Dirección: URB JARDINES DE CAPARRA
EDIF 13 APT 285
BAYAMON PR 00959

Fecha Nacimiento: 01/01/1922 Edad: 94 Años Sexo: M
Estatura: 5ft 9in - 1m 75.26cm Peso: 170lb 0oz - 77kg 110.70g

Fecha Orden: 10/27/2016 7:45PM Orden: 1068013

Prioridad: Rutina

Impresión de Diagnóstico \ Queja Principal:

PTE RECIBIDA EN AMBULANCIA POR TOS Y EDEMA EN AMBAS EXTREMIDADES

Alergias: PACIENTE DESCONOCE

Alertas:

Spasms
SOA
W

Encuentro: 2016221571 Récord: 0000567278
Fecha de Admisión: 10/27/2016 05:45 PM SSN: XXX-XX-6076
FSC: MEDICARE Y MUCHO MAS
Médico: DIAZ SOJO, OMAR
Especialidad: GENERALISTA
Estación Enfermería: Sala de Emergencia Adultos
Cuarto/Cama: ANEXO1 C1
Enfermero (a):
Creado Por: Dr. Omar Diaz Sojo
Impreso por: Dr. Omar Diaz Sojo

Hospital Hermanos Meléndez
NIEVES CRUZ, NATIVIDAD
MRN 0000567278 DOS 10/27/2016 7:45PM
ACCT 2016221571 M 94 Años
0000567278

LABORATORIO

Critical Test

Ordered On (Date/Time):

Report Results to (RN, MD):

Telephone or Extension:

Results Reported On:

Read Back Conducted by:

Procedimientos

URINALISIS

Diagnóstico:

~~URINALYSIS ROUTINE~~
Cantidad : 1

Desde

10/27/2016 7:45PM

Diagnóstico:

~~URINALYSIS CLEAN CATCH~~
Cantidad : 1

Desde

10/27/2016 7:45PM

Ordenado por:

e-signed
DIAZ SOJO, OMAR

Licencia:

16148

HOSPITAL HERMANOS MELENDEZ LAB CLINICO

BAYAMON MEDICAL PLAZA BUILDING
CARR. #2 KM 11.3
BAYAMON, PR 00959
DIRECTOR: LCDA. ADRIA M. GRIFFITH

LIC #57 CLIA # 40D0658006 TEL: (787) 786-1235 FAX: (787) 798-7145

002181555



Col. Tec. Med. P.R.
Pat. No.: 0000029
Paid 5 Cents
Exp: 4/30/2017
Num: 1704-003095144

Order Number	Location	Sup
007000001068013	CUB B SALA DE AMG	
Date of Birth	Age	Sex
1/01/1922	94 Años	M 1

Ordering Physician

DIAZ-SOJO, OMAR

Order Date	Collection Date
27 OCT 16 7:45PM	27 OCT 16 7:45PM
Received On	Reported On
28 OCT 16 12:10AM	28 OCT 16 12:38AM

Test	Units	Results	Flags	Normal Range
MICROBIOLOGY: INFLUENZA A AND B ANTIGEN				

COMMENT:

A NEGATIVE RESULT FOR FLU (A) AND/OR FLU (B) PROTEIN ANTIGEN CANNOT RULE-OUT INFECTIONS DUE TO FLU (A) AND/OR FLU (B). FLU (A) AND/OR FLU (B) ANTIGENS IN THE SAMPLE MAY BE BELOW THE DETECTION LIMIT OF THE TEST. THE PROCEDURE METHOD OF BINAXNOW SUGGETS CULTURE OF NEGATIVE SAMPLE.

INFLUENZA A ANTIGEN TEST RESULT: NEGATIVE NEGATIVE
INFLUENZA B ANTIGEN TEST RESULT: NEGATIVE NEGATIVE

INSERT METHOD NOTIFICATION:

-A NEGATIVE TEST RESULT DOES NOT EXCLUDE INFECTION WITH INFLUENZA A OR B THEREFORE, THE RESULTS OBTAINED WITH THE BINAXNOW INFLUENZA A & B TEST SHOULD BE USED IN CONJUNCTION WITH CLINICAL FINDINGS TO MAKE AN ACCURATE DIAGNOSIS. ADDITIONAL TESTING IS REQUIRED TO DIFFERENTIATE ANY SPECIFIC INFLUENZA A & B SUBTYPES OR STRAINS, IN CONSULTATION WITH STATE OR LOCAL PUBLIC HEALTH DEPARTMENTS.

-THE BINAXNOW INFLUENZA A & B TEST DETECTS BOTH Viable (LIVE) AND NON Viable INFLUENZA A AND B. TEST PERFORMANCE DEPENDS ON THE AMOUNT OF VIRUS (ANTIGEN) IN THE SPECIMEN AND MAY OR NOT COMPARE WITH CELL CULTURE RESULTS PERFORMED ON THE SAME SPACIMEN.

-INADEQUATE SPECIMEN COLLECTION OR IMPROPER SAMPLE HANDLING OR TRANSPORT MAY YIELD A FALSE-NEGATIVE RESULT.

-PERFORMANCE OF THE BINAXNOW INFLUENZA A & B TEST HAS NOT BEEN ESTABLISHED FOR MONITORING ANTIVIRAL TREATMENT OF INFLUENZA.

-POSITIVE AND NEGATIVE PREDICTIVE VALUES OF IN VITRO DIAGNOSTIC TEST ARE HIGHLY DEPENDENT ON PREVALENCE. FALSE NEGATIVE TEST RESULTS ARE MORE LIKELY DURING PEAK ACTIVITY WHEN PREVALENCE OF DISEASE IS HIGH. FALSE POSITIVE RESULTS ARE MORE LIKELY DURING PERIODS OF LOW INFLUENZA ACTIVITY WHEN PREVALENCE IS MODERATE TO LOW.

-INDIVIDUALS WHO HAVE RECEIVED NASALLY ADMINISTERED INFLUENZA A VACCINE MAY TEST POSITIVE IN COMMERCIALLY AVAILABLE INFLUENZA RAPID DIAGNOSTIC TESTS FOR UP TO THREE DAYS AFTER VACCINATION.

-CHILDREN TEND TO DISCARD VIRUS MORE ABUNDANTLY AND FOR LONGER PERIODS OF TIME THAN ADULTS. THEREFORE, IN VITRO DIAGNOSTIC TEST FOR INFLUENZA MAY HAVE LOWER SENSITIVITY IN ADULTS THAN IN CHILDREN.

-THE USE OF VISIBLY BLOODY SAMPLES IS NOT RECOMMENDED.

HOSPITAL HERMANOS MELENDEZ LAB CLINICO

BAYAMON MEDICAL PLAZA BUILDING

CARR. #2 KM 11.3

BAYAMON, PR 00959

DIRECTOR: LCDA. ADRIA M. GRIFFITH

LIC #57

CLIA # 40D0658006

TEL: (787) 786-1235 FAX: (787) 798-7145

002181555



Col. Tec. Med. P.R.

Pat. No.: 0000029

Paid 5 Cents

Exp: 4/30/2017

Num: 1704-003095144

Order Number	Location	Sup
007000001068013	CUB B SALA DE	BMG

Date of Birth	Age	Sex	Page
1/01/1922	94 Años	M	2

Ordering Physician

DIAZ-SOJO, OMAR

Order Date	Collection Date
27 OCT 16 7:45PM	27 OCT 16 7:45PM

Received On	Reported On
28 OCT 16 12:10AM	28 OCT 16 12:38AM

Test**Units****Results****Flags****Normal Range****BY: BINAXNOW INFLUENZA A & B RAPID TEST.**

PERFORMED&REVIEWED: L:1008- ANGEL M. DE JESUS-ALEJANDRO

Order Created : 10/27/2016 7:45PM by REGISTERED ORDER

Sample Number: 004207911 Taken : 10/27/2016 7:45PM by REGISTERED ORDER

HOSPITAL HERMANOS MELENDEZ LAB CLINICO

BAYAMON MEDICAL PLAZA BUILDING

CARR. #2 KM 11.3

BAYAMON, PR 00959

DIRECTOR: LCDA. ADRIA M. GRIFFITH

LIC #57

CLIA # 40D0658006

TEL. (787) 786-1235 FAX: (787) 798-7145

002181555



Col. Tec. Med. P.R.

Pat. No.: 0000029

Paid 5 Cents

Exp: 4/30/2017

Num: 1704-003095068

Order Number	Location	Sup
007000001068013	CUB B SALA DE	AMG

Date of Birth	Age	Sex	Page
1/01/1922	94 Años	M	1

Ordering Physician

DIAZ-SOJO, OMAR

Order Date	Collection Date
27 OCT 16 7:45PM	27 OCT 16 7:45PM
Received On	Reported On
27 OCT 16 8:32PM	27 OCT 16 9:14PM

Test

Units

Results

Flags

Normal Range

CHEMISTRY:ARTERIAL BLOOD GASES

pH.....	7.421	7.350	7.450
pCO2.....mmHG.....	41.90	35.00	45.00
PO2.....mmHG.....	77.60	LOW	80.00 100.00
*HCO3(-act) (BICARBONATE) ..MMOL/L.....	26.60	HIGH	20.00 26.00
*BE(B) (BASE EXCESS).....MMOL/L	1.9		
	BE(B) REFERENCE RANGE FOR ADULTS -3.0 to +3.0 AND FOR PEDIATRICS AND NEONATES -5.0 to +5.0		
*ctCO2.....MMOL/L.....	27.90	24.00	30.00
*O2 SATURATION(est).....%.....	95.70	95.00	100.00

***CALCULATED VALUES**

ALLEN'S TEST: SATISFACTORY

COMMENTS:

ARTERIAL BLOOD GASES ANALYSIS IS RECOMMENDED FOR ASSESS ACID-BASE PHYSIOLOGY AND OXYGENATION STATUS. AS A FACT, METABOLIC ACTIVITY OCCURS AT ALL TIMES IN THE SPECIMEN BETWEEN SAMPLING AND COMPLETION OF THE ANALYSIS; BUT SPECIMEN ANALYZED WITHIN 30 MINUTES OF COLLECTION BLOOD GASES ARE MINIMALLY Affected, EXCEPT IN THE PRESENCE OF AN ELEVATED LEUKOCYTE, PLATELET, OR RETICULOCYTE COUNT, WHERE SPECIMEN COULD BE Affected MORE RAPIDLY.

BY: SIEMENS RAPIDLAB 1240-2

PERFORMED&REVIEWED: L:7328- MISael CRUZ-ADORNO

Order Created : 10/27/2016 7:45PM by REGISTERED ORDER

Sample Number: 004207909 Taken : 10/27/2016 7:45PM by REGISTERED ORDER

HOSPITAL HERMANOS MELENDEZ LAB CLINICO
 BAYAMON MEDICAL PLAZA BUILDING
 CARR. #2 KM 11.3
 BAYAMON, PR 00959
 DIRECTOR: LCDA. ADRIA M. GRIFFITH
 LIC #57 CLIA # 40D0658006 TEL (787) 786-1235 FAX: (787) 798-7145
 002181555

Patient Name	Acc. No.
[REDACTED]	2016221571
URB JARDINES DE CAFAMA EDIF 13 APT 285 BAYAMON	CUB B SALA DE 0000567278 PR 00959-

Order Number	Location	Sup
007000001068013	CUB B SALA DE	AMG

Date of Birth	Age	Sex	Page
1/01/1922	94 Años	M	1

Ordering Physician			
DIAZ-SOJO, OMAR			

Order Date	Collection Date
27 OCT 16 7:45PM	27 OCT 16 7:45PM
Received On	Reported On
27 OCT 16 9:00PM	27 OCT 16 9:35PM

Test	Units	Results	Flags	Normal Range
CHEMISTRY (COMPREHENSIVE METABOLIC PANEL)				
SGPT (ALT)	U/L	20.00		12.00 78.00
AST (SGOT)	U/L	21.00		14.00 59.00
GLUCOSE	MG/DL	96.00		65.00 109.00
BUN	MG/DL	15.00		7.00 21.00
CREATININE	MG/DL	0.97		0.70 1.30
CALCIUM	MG/DL	9.00		8.40 10.20
TOTAL BILIRUBIN	MG/DL	0.30		0.20 1.00
TOTAL PROTEIN	G/DL	6.80		6.40 8.20
ALBUMIN	G/DL	3.20	LOW	3.40 5.00
GLOBULIN	G/DL	3.60		2.80 4.40
A/G RATIO		0.89	LOW	1.50 2.50
ALKALINE PHOSPHATASE	U/L	113.00		46.00 116.00
SODIUM	MMOL/L	137.00		136.00 145.00
POTASSIUM	MMOL/L	4.80		3.50 5.00
CHLORIDE	MMOL/L	105.00		98.00 107.00
CARBON DIOXIDE	MMOL/L	28.50		21.00 32.00

TO CONFIRM THE DIAGNOSIS OF DIABETES MELLITUS ANY OF THE FOLLOWING GLUCOSE VALUES ON 2 DIFFERENT DAYS ARE NEEDED.

*FASTING (FOR AT LEAST 8 HRS) \geq 126 MG/DL

*RANDOM (NON FASTING) \geq 200 MG/DL (PLUS CLASSIC SYMPTOMS OF DIABETES)

*2 HRS \geq 200 MG/DL DURING OGTT (1 SPECIMEN)

OGTT=ORAL GLUCOSE TOLERANCE TEST (NORMAL VALUE AT 2 HRS <140 MG/DL)

IFG AND IGT ARE RISK FACTOR FOR DEVELOPMENT OF TYPE 2 DIABETES:

*IMPAIRED FASTING GLUCOSE (110 TO 125 MG/DL)

*IMPAIRED GLUCOSE TOLERANCE (140 TO 199)

FASTING GLUCOSE NORMAL VALUE (65 TO 109 MG/DL)

SOURCE: BURTON L, LABORATORY MEDICINE. FEB 2000, VOL 31, NO 2:84-90.

BY: SIEMENS DIMENSION..RXL MAX-1

BY: SIEMENS DIMENSION METHOD

PERFORMED&REVIEWED: L:7147- ADY NEGRON-ADORNO

Order Created : 10/27/2016 7:45PM by REGISTERED ORDER

Sample Number: 004207910 Taken : 10/27/2016 7:45PM by REGISTERED ORDER



Apartado 306
Bayamón, Puerto Rico 00960
(787) 620-8181

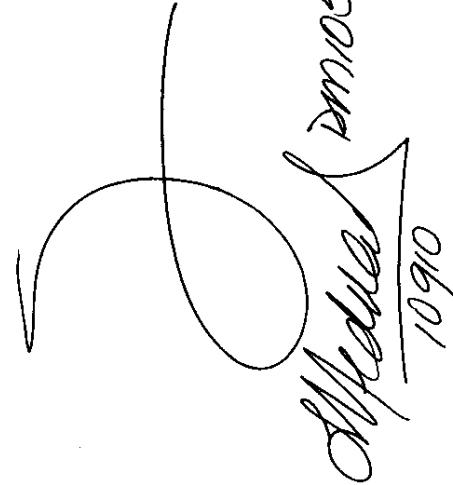
27234

PARA _____
DIRECCION _____
FECHA 11/04/10 EDAD _____

Rx Otuscenide 20mg

Sig: 1 tab p.o daily #30.

② Huagui 500mg
Sig: 1 tab p.o. daily #2.


10910

Nombre del Médico: _____ NPI _____ DEA _____
Firma _____ DM _____ LIC. # _____

4-26-Po.

11/23/66

Cleve

Nov 7. 1966

5

Met 1117

11.5

Sh 4-26-Po7.

FILE NO.
DATE 11/23/66
TIME 200a

Consecutive No. Ques 7-Nov-66

Answered

Consecutive No. Ques 11/17

Answered



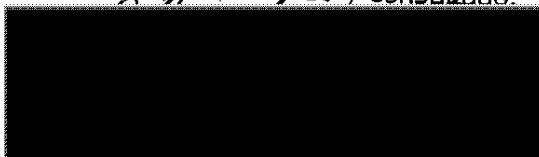
HOSPITAL HERMANOS MELENDEZ
PO BOX 306
BAYAMON, PR 00960

Departamento de Admisiones

LO QUE USTED DEBE CONOCER SOBRE SU ADMISSION AL HOSPITAL

1. Deberá tener en orden todas las órdenes médicas suministradas por su médico de cabecera.
2. Deberá verificar la cubierta de hospitalización que le provee su plan médico y traer formas y tarjetas del mismo debidamente autorizado. El departamento de admisiones verificará la cubierta de beneficios a los cuales usted tiene derecho y además le mantendrá informado sobre qué deducible si alguno, deberá traer al momento de ingresar al hospital.
3. Debe tener presente que hay algunos servicios que a veces el seguro que usted posee no cubre por ende, el hospital tiene que cobrarlos directamente al paciente. En ocasiones el hospital no tiene conocimiento de esto hasta tanto no se recibe el pago del seguro.
4. El paciente privado (sin seguro medico) deberá realizar el depósito que se requiera al momento de ser ingresado, este será determinado basado en su diagnóstico, estadía promedio de acuerdo al diagnóstico.
5. Los pacientes Medicare pagarán un deducible de \$_____ al momento de ser ingresados en caso que el paciente de Medicare haya estado hospitalizado en los últimos sesenta (60) días, deberá presentar copia del recibo de pago de deducible de esa hospitalización.
6. Si usted es paciente de Medicare y tiene otro seguro adicional puede presentar dicha tarjeta para cubrir el deducible requerido y otros servicios no cubiertos por Medicare.
7. Es requisito traer sus pertenencias tales como: cepillo, pasta de diente, pijama, chinelas, toallas, artículos de afeitar, kit de admisiones,...entre otros.
8. Usted puede ordenar bandejas de dietas adicionales a la suya para los acompañantes en su habitación. Podrá hacer la coordinación con el departamento de admisiones, por una tarifa de \$5.00 dólares por comida. Es importante hacer el pedido de la bandeja a las 9:00 am y 2:00 pm. No se servirá ningún tipo de dieta especial.
9. El servicio de teléfono se cobrará a \$25.00 dólares. Las llamadas a larga distancia y al exterior se harán mediante el cuadro telefónico marcando el 0, este servicio se ofrecerá hasta las 9:00 pm solamente y se cargarán a su cuenta. Para llamadas locales marque el 9.
10. Nuestra Institución provee el uso de frisas mediante alquiler, el precio de este servicio es de \$15.00 dólares si al irse de alta usted devuelve la frisa se le reembolsara \$10.00 dólares. Las mismas pueden ser solicitadas en la estación de la enfermera del piso o al Departamento de admisiones.
11. Todo paciente deberá conservar la tarjeta de su plan médico en su habitación.
12. El proceso de asignación de cama dependerá de la disponibilidad de habitaciones según el censo del Hospital.

13. El horario de servicios del Departamento de Admisiones es de 6:00 am hasta las 12:00 mn.
14. Usted podrá realizar cualquier pago o deposito con dinero en efectivo, cheque, tarjeta de crédito (American Express, Visa y/o Master Card) y/o tarjeta de débito.
15. La Institución tiene un procedimiento de alta administrativas, hora de alta "Check Out" 11:00 am. Después de obtener la alta del medico, deberá tener la alta administrativa antes de abandonar el Hospital.
16. **El Hospital no se hace responsable de perdida o robo de objetos de valor (prendas y/o dinero en efectivo), objetos personales incluyendo documentos personales, dentaduras postizas, espejuelos, lentes de contactos, computadoras portátil (Laptops), celulares, juegos electrónicos, cámaras digital, DVD, radio portátil, CD's y otros objetos.**
17. Nuestro horario de visita es de 11:00 am a 8:30 pm.
18. Todo paciente deberá dejar en su hogar los medicamentos que al momento de la admisión estuviera tomando.
19. No deberá tomar ningún medicamento que no sea ordenado por su médico durante su hospitalización. En caso de duda comuníquese con la enfermera o su médico.
20. Para su seguridad esta totalmente prohibido fumar dentro del Hospital.
21. Todo paciente que necesite estar acompañado por algún familiar deberá solicitar un pase en la oficina de enfermería. Todo acompañante deberá ser mayor de 18 años.
22. Para garantizar su seguridad en caso de que usted desee solicitar el servicio de una enfermera especial, podrá comunicarse con la Oficina de Enfermería a las extensiones 8015-8032.
23. Esta prohibido traer muebles tales como equipos electrónicos como: televisores, radio y/o secadoras de pelo.
24. **Recuerde que deberá cumplir con todos lo que conlleva el documento de responsabilidades y deberes del paciente.**
25. **CERTIFICO**, que he leído y entendido todo lo aquí expuesto y se me han contestado todas las dudas que he tenido y consultado.



Firma testigo

7/29/17

Fecha

Relación con paciente



Hospital Hermanos Meléndez
Apartado 306
Bayamón, Puerto Rico 00960

COMPROMISO DE PAGO PARA PACIENTES Y SELECCIÓN DE FORO

ONF

1. Yo /Nosotros el/los abajo firmante(s) me/nos comprometo (emos) a pagar al **HOSPITAL HERMANOS MELENDEZ**, cualquier deuda contraída por los servicios médico hospitalarios brindados al paciente que el seguro médico deje de pagar por razón que fuera. En ocasiones, servicios como ambulancia, Chemoport y otros no están incluidos en la cubierta. Igualmente, me comprometo a pagar por el tiempo adicional que permanezca en la institución después de haber sido dado de alta. La hora de alta del Hospital es en o antes de las 11:00 am.

ONF

2. Yo, el abajo firmante, debo y pagaré al **HOSPITAL HERMANOS MELENDEZ** la cantidad de
Iniciales \$ _____ durante las próximas veinticuatro (24) horas por concepto de:

*() Sala de Emergencia *() _____ Hospitalización
*() No Aplica, cliente ya pago deducible.

ONF

3. En caso de ser paciente privado debo y pagaré al Hospital la cantidad de \$200.00 por
Iniciales concepto de servicios prestados en Sala de Emergencia (Laboratorios, Placas y otros no
están incluidos). De ser admitido el depósito requerido será de \$ _____. Al cabo de
diez (10) días laborables, después de alta, se le brindará información detallada de los
gastos incurridos durante su estadía.

ONF

Reclamaciones y Selección de Foro:

En la eventualidad de que entienda que he sufrido algún daño físico, emocional o
económico por los servicios ofrecidos, me comprometo a presentar cualquier reclamación
contra el **HOSPITAL HERMANOS MELENDEZ**, Médicos de Cabecera y/o cualquier otro
miembro de la Facultad Médica, única y exclusivamente en el Tribunal de Primera Instancia
del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, Sala de Bayamón.

En Bayamón, Puerto Rico a 7 de 29 de 2017

Firma: _____

(Paciente o representante)

Firma: _____

Relación: _____

(Garantizador)

No. de cuenta S/E: _____ No. de cuenta Admisiones: _____

Oficial de Registro: Cu LR

Oficial de Admisiones: _____

(* Marcar con X si es S/E, Hospitalización o No aplica)



EL PROGRAMA DE CONTROL DE INFECCIONES TE INFORMA Y EDUCA

Para asegurar la Calidad del Servicio y la Prevención de Infecciones en nuestro hospital le solicitamos a todos los pacientes, familiares y visitantes de nuestra Institución que lleven a cabo las siguientes medidas:

- ④ **LAVADO DE MANOS** antes de comer, luego de ir al baño, al manejar o tocar secreciones como orina o heces fecales.
 - ④ Está prohibido que familiares y/o visitantes se sienten o se acuesten en la cama del paciente.
 - ④ Si tiene alimentos, estos serán colocados en la mesa de comer. Nunca los alimentos deben estar junto a los artículos personales como recipientes para lavarse la boca o de escupir ya que pueden ser contaminados con bacterias.
 - ④ Todas sus pertenencias y el urinal o la “chata” serán colocados en el gabinete provisto para esto, no sobre la mesa de comer o de noche.

¡Usted es una parte importante en la prevención de infecciones en nuestro hospital!
¡Gracias por confiarnos su salud!

Encargado o representante del paciente

7/29/17
Fecha
Hijas
Parentesco

Nombre del paciente: [REDACTED]

Número de identificación del paciente:

Médico:

Villafane

Mensaje Importante De Medicare Sobre Sus Derechos

Como Paciente Interno, Usted Tiene El Derecho A:

- Recibir servicios cubiertos por Medicare. Esto incluye servicios de hospital necesarios desde el punto de vista médico y servicios que podría necesitar después de la salida (dato de alta), si son ordenados por el médico. Tiene el derecho a estar informado sobre estos servicios, quien pagará y donde obtenerlos.
- Participar en toda decisión sobre la estadía en el hospital y saber quién la pagará.
- Notificar toda preocupación que tenga sobre la calidad de la atención recibida a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés) mencionada aquí :

LIVANTA, LLC

787-520-5743 TTY 1-866-868-2289

Sus Derechos De Medicare Para Salir Del Hospital:

Planificación para su salida (dato de alta): Durante la estadía en el hospital, el personal cooperará con usted para prepararlo para que su salida no presente riesgos y organizar los servicios que usted podría necesitar después de salir del hospital. Cuando ya no necesite recibir la atención de hospital como paciente interno, el médico o el personal del hospital le informarán la fecha de su salida.

Si piensa que su salida es muy apresurada:

- Puede hablar con el personal del hospital, su médico y la administración de su plan de cuidado de la salud (si pertenece a uno de ellos) sobre sus preocupaciones.
- También tiene el derecho de apelar, es decir, pedir una revisión de su caso por una Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés). El QIO es un organización externa contratada por Medicare para revisar el caso a fin de decidir si usted está listo para salir del hospital.
 - Si desea apelar, debe comunicarse con el QIO antes de la fecha de su salida (dato de alta) planificada y antes de salir del hospital.
 - En tal caso, no tendrá que pagar los servicios que reciba durante el proceso de apelación (con excepción de los cargos como copagos y deducibles).
- Si no apela la decisión, pero decide permanecer en el hospital más allá de la fecha de salida (dato de alta) planificada, tal vez tenga que pagar el costo de los servicios que reciba después de esa fecha.
- **La página 2 incluye instrucciones paso por paso para comunicarse con el QIO y presentar una apelación.**

Si desea hablar con alguien en el hospital sobre este aviso, llame al _____.

Favor de firmar y escribir la fecha para mostrar que recibió este aviso y que entiende sus derechos.

Firma del paciente o representante

Fecha/Hora

7/29/17 8:45pm

Pasos Para Apelar Una Salida

Paso 1: Debe comunicarse con el QIO antes de la fecha de su salida (dado de alta) planificada y antes de salir del hospital. En tal caso, no tendrá que pagar los servicios que reciba durante la apelación (con excepción de los cargos como copagos y deducibles).

- Esta es la información para comunicarse con el QIO:

LIVANTA, LLC

787-520-5743 TTY 1-866-868-2289

- Puede presentar una solicitud de apelación cualquier día de la semana. **Una vez que hable con alguien o deje un mensaje, ha comenzado la apelación.**
- Puede pedir ayuda al hospital para comunicarse con el QIO si fuera necesario.
- El nombre de este hospital es:

Escriba el nombre del hospital

El número de identificación del proveedor

Paso 2: Recibirá un aviso detallado del hospital o del plan Medicare Advantage u otro plan de cuidado de salud administrado de Medicare (si pertenece a uno de ellos) que explica las razones por las que consideran que usted está listo para ser dado de alta.

Paso 3: El QIO le solicitará su opinión. Usted o su representante necesitan estar disponibles para hablar con el QIO, si se solicita. Usted o su representante pueden presentar al QIO una declaración escrita, pero no se le exige que así lo haga.

Paso 4: El QIO revisará su historial médico y otra información importante sobre su caso.

Paso 5: El QIO le notificará sobre su decisión en el lapso de 1 día después de recibir toda la información necesaria.

- Si el QIO determina que usted no está listo para ser dado de alta, Medicare continuará cubriendo el costo de los servicios de hospital.
- Si el QIO determina que usted está listo para ser dado de alta, Medicare continuará pagando sus servicios hasta el mediodía del día **después** que el QIO le notifique a usted su decisión.

Si No Cumple Con La Fecha Límite Para La Apelación, Usted Tiene Otros derechos De Apelación:

- Todavía puede solicitar al QIO o a su plan (si pertenece a uno de ellos) que revisen su caso:
 - Si tiene Medicare Original: Llame al QIO mencionado arriba.
 - Si pertenece al plan Medicare Advantage o a otro plan de cuidado de salud administrado de Medicare: Llame a su plan.
- Si usted se queda en el hospital, el hospital puede cobrarle el costo de los servicios que reciba después de la fecha de su salida (dado de alta) planificada.

Si desea más información, llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o TTY: 1-877-486-2048.

Información Adicional:

**Oscar Huayapan (tijo) 31/julio/17
Buster Tamm
BTA*

De acuerdo con la Ley de Reducción de papeleo ("Paperwork Reduction Act) de 1995, no se exige a nadie que responda a la información solicitada a menos que se exhiba un número de control OMB válido. El número de OMB correspondiente a esta recolección de datos es el 0938-0692. El tiempo promedio calculado para contestar las preguntas es 15 minutos por respuesta, incluido el tiempo para leer las instrucciones, buscar reseñas de datos existentes, recopilar los datos necesarios, completar y revisar la información. Si tiene comentarios sobre el tiempo de respuesta o sugerencias para mejorar este formulario, favor de escribir a CMS, Attn: PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Instrucciones Para El Aviso: Mensaje Importante De Medicare

Cómo Llenar El Aviso

Página 1 del Mensaje de Medicare

A. Encabezado

Los hospitales deben mostrar "Departamento De Salud Y Servicios Humanos, Centros de Servicios de Medicare y Medicaid" y el número de OMB.

El hospital completará los siguientes espacios en blanco. La información que escriban los hospitales en los espacios en blanco en el mensaje debe escribirse a máquina o a mano de manera legible en letra tamaño 12 o equivalente. Los hospitales pueden también usar una identificación del paciente (etiqueta o emblema) que incluya la siguiente información:

Nombre del paciente: Escriba el nombre completo del paciente.

Número de identificación del paciente: Llene con un número de identificación para ese paciente. Este número no será, ni incluirá el número de seguro social.

Médico: Escriba el nombre del médico del paciente.

B. Cuerpo del aviso

Punto No. 3 – Notificación a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO por sus siglas en inglés) aquí mencionada sobre toda preocupación que usted tenga en relación con la calidad de la atención que recibe

Los hospitales pueden pre imprimir o escribir de otra manera el nombre y el número de teléfono del QIO incluyendo TTY también, si es necesario.

Si desea hablar con alguien en el hospital sobre este aviso, llame: Incluya un número de teléfono en el hospital para que el paciente o representante llame si tiene preguntas sobre el aviso. Preferiblemente debe incluir también un nombre de contacto.

Firma del paciente o representante: Solicite al paciente o el representante que firme el aviso para indicar que ha recibido y entiende el contenido.

Fecha/Hora: Pedir al paciente o al representante que escriba la fecha y la hora cuando firmó el aviso.

Página 2 del Mensaje de Medicare

Primer punto secundario – escriba el nombre y el número de teléfono del QIO: Escriba claramente el nombre y el número de teléfono, incluir TTY si es necesario, de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que ejecuta las revisiones para el hospital.

Segundo punto secundario – El nombre de este hospital es: Escriba o imprima (con anterioridad) el nombre del hospital, con el número de identificación del proveedor de Medicare (no el número de teléfono).

Información adicional: Los hospitales pueden usar esta sección para incluir documentación adicional como, por ejemplo, la obtención de las iniciales de los beneficiarios, la fecha, y la hora como prueba de constancia de la entrega de la copia de seguimiento del mensaje o documentación de los rechazos.



Hospital Hermanos Meléndez
PO Box 306
Bayamón, PR 00960
Departamento de Admisiones

CERTIFICACION Y ORIENTACION SOBRE DOCUMENTOS ENTREGADOS

- SE ME ENTREGO HOJA DE ORIENTACION SOBRE NORMAS DE HOSPITAL.
- SE ME ENTREGO HOJA DE DERECHOS COMO PACIENTE MEDICARE ADMITIDO.
- SE ME ENTREGO HOJA COMO PACIENTE TRICARE ADMITIDO.
- SE ME ENTREGO HOJA DE INSTRUCCIONES DE ALTA.
- SE ME ENTREGO HOJA DE DECLARACION DE DERECHOS DEL PACIENTE.
- SE ME ENTREGO HOJA DE PREVENCION DE CAIDAS.
- SE ME ENTREGO NOTIFICACION DE DERECHOS DE PRIVACIDAD.
- SE ME ENTREGO HOJA DE ORIENTACION SOBRE ABUSO Y NEGLIGENCIA.
- SE ME ENTREGO FOLLETO PREVENCION ERRORES EN EL CUIDADO (HABLE).
- SE ME ENTREGO HOJA CONTROL DE INFECCIONES.
- SE ME ENTREGO HOJA VENTILACION DE QUEJAS.

CERTIFICO QUE HE SIDO ORIENTADO SOBRE LA CARTA DE DERECHOS DEL
PACIENTE Y LAS NORMAS INSTITUCIONALES

[Redacted area]

Verdejosa
Firma Representante del Paciente
Verdejosa
Firma Autorizada - Departamento de Admisiones

Alma Tejada
Firma del Paciente
TPK
Parentesco
7/29/17
Fecha

Favor indicar la razón por la cual el paciente no puede firmar:

* Marcar N/A en lo que no aplica (no dejar nada sin marcar)

Revisado: febrero 2012/OMC
Hoja Certifico/Dept. Admisiones



HOSPITAL HERMANOS MELENDEZ
PO BOX 306
BAYAMÓN, PR 00960
Departamento de Admisiones

CERTIFICACION

[REDACTED] mayor de edad, en mi sano juicio mental, mediante el presente documento CERTIFICO que al momento de mi admisión del HOSPITAL HERMANOS MELENDEZ, INC., me encuentro mentalmente capacitado y que he sido orientado en forma general por su personal en relación a la Ley Federal conocida en el idioma inglés como "PATIENT SELF-DETERMINATION ACT" y que como parte de esta orientación se me ha entregado:

1. Información escrita sobre la política administrativa adoptada por el Hospital en relación a la referida Ley y el procedimiento para su implementación."
2. Información escrita sobre mis derechos bajo la referida.

Además, que luego de recibir la información y orientación general que me ha ofrecido el HOSPITAL HERMANOS MELENDEZ, INC., CERTIFICO mediante la correspondiente marca de cotejo (✓):

A. TESTAMENTO VITAL

- Que no tengo un testamento vital ("living will") indicando la clase de tratamiento que deseo recibir y/o rechazo de tratamiento médico o de cirugía bajo circunstancias específicas.
- Que tengo un testamento vital ("living will") y que en este acto le entrego al Hospital a través de su empleado que ha atendido mi admisión, el cual, está en pleno vigor por no haberlo revocado o enmendado.
- Que tengo el testamento ("living will"), pero no le hago entrega al Hospital por no tenerlo conmigo. Daré instrucciones a mis familiares para que lo entreguen, y desde entonces, el Hospital deberá hacer cumplir mis deseos.

B. MANDATO

- Que no tengo un mandato especial de cuidado de salud nombrando a otra(s) persona (s) para que tome(n) por mí cualquier decisión médica en caso de incapacitarme.
- Que tengo un mandato especial de cuidado de salud nombrando a otra(s) persona(s) para que tome(n) por mí cualquier decisión médica en caso de incapacitarme y que en este le entrego al mismo Hospital a través de sus empleado que ha atendido mi admisión, el cual, está en pleno vigor por no haberlo revocado o enmendado.
- Que tengo un mandato especial de cuidado de salud, pero no le hago entrega del mismo al Hospital por no tenerlo conmigo. Daré instrucciones a mis familiares para que lo entreguen y desde entonces el Hospital deberá cumplir mis deseos.

Y para que esté conste, libre y voluntariamente firmo esta CERTIFICACION, hoy, 24 de julio de 2007, en Bayamón, Puerto Rico.

Testigo: Joaquin Lopez

Parentesco: (Hijo)



813A

NAC :01/01/1922 EDAD :95Y SEXO :M
RM :0000567278 CNT :0201704264
S.S :XXX-XX-6076 CC :813-01
ADM :07/29/2017 08:45 PM
TP :0 - ACUTE IN-PATIENT
DR :VILLAFANE SAN INOCENCIO, EDWI
PLAN :MEDICARE Y MUCHO MAS(HMO-MM)

CONSENTIMIENTO PARA AUTORIZACIÓN A:

NO RESUCITAR A PACIENTE CON CONDICIÓN TERMINAL
(CODE ORDER, DNR, DO NOT RESUSCITATE)

IDENTIFICACIÓN PACIENTE

Yo, (nosotros) el suscribiente, como miembro de la familia, próximo en parentesco, tutor legal o persona responsable de: _____ autorizo y consiento a que se aplique la orden de **NO RESUCITAR**.

Nombre del Paciente

NO RESUCITAR significa que en un evento de arresto cardiaco o pulmonar (respiratorio) NO se iniciarán o aplicarán medidas de resucitación cardiopulmonar tales como:

- Compresiones al pecho.
- Establecer un pasaje de aire artificial. (Intubar)
- Administrar medicamentos con propósito de resucitar.
- Desfibrilar.
- Cardiovertir.
- Proveer asistencia de ventilación mecánica (Ventilador).

Iniciales de familiar o tutor legal

Relación con el pte.

He (hemos) sido informado (informados) de que el paciente está mentalmente incompetente e incapacitado para tomar decisiones relacionadas con su tratamiento médico. Me ha sido explicada la condición médica del paciente (diagnóstico), pobre pronóstico y que las probabilidades de recuperación son nulas, que la condición es terminal y que su muerte es inminente.

Como persona responsable y/o autorizada confirmo que la decisión de **NO RESUCITAR** estaría de acuerdo con el mejor interés del (la) paciente en caso de que estuviese capacitado (a) para tomar dicha decisión. Entiendo que en cualquier momento puedo (podemos) revocar mi (nuestro) consentimiento de aplicar la orden de **NO RESUCITAR**.

Dado a su pobre pronóstico y a que el Dr. _____ me ha _____

Nombre de Médico del Paciente

explicado con claridad lo que conlleva el procedimiento de resucitar; además de las pocas probabilidades de éxito y los riesgos de prolongar su agonía, solicitamos que solo se ofrezca a: _____ aquellos tratamientos que contribuyan a proveerle la

Nombre del Paciente

comodidad e higiene, faciliten su respiración (succión y cambios de posición), lo liberen de dolor y le permitan tener un proceso de muerte digno. Se me explicó también las consecuencias de

aplicar la orden de **NO RESUCITAR**, entre las que se encuentra la muerte con el cese total del sistema cardiovascular, no traslado a unidad de intensivo, excepto cuando se autoriza abrir un pasaje de aire artificial (intubación) y conexión de un ventilador. Mis dudas fueron aclaradas y entiendo que tengo la información suficiente y razonable para tomar esta decisión.

Por la presente relevo (relevamos) y exonerio (exoneramos) de responsabilidad al Hospital Hermanos Meléndez, los médicos, agentes y empleados en relación a la aplicación de la orden de **NO RESUCITAR**.

7/30/17

Fecha

Hora: AM / PM

Nombre del Médico (letra de Molde)

Firma del Médico

Nombre del Familiar o Tutor Legal (letra de Molde)

Firma del Familiar o Tutor Legal

Lia

Nombre del Familiar (letra de Molde)

Firma del Familiar

Relación con el pte.

Nombre del Familiar (letra de Molde)

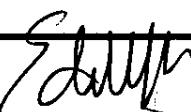
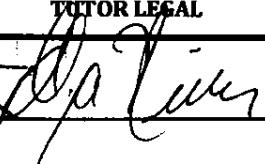
Firma del Familiar

Relación con el pte.

Nombre del Testigo (letra de Molde)

Firma del Testigo y Título

RENOVACIÓN O REVOCACIÓN DEL D.N.R. (CADA 72 HORAS)

FECHA	HORA	RENOVACIÓN (✓)	REVOCADO (✓)	FIRMA DEL MÉDICO	FIRMA DEL FAMILIAR O TUTOR LEGAL
8/2/17		✓			



HOSPITAL HERMANOS MELÉNZ
BOX 306
BAYAMÓN, PUERTO RICO 00960

CONSENTIMIENTO PARA ADMISION Y TRATAMIENTO

Yo, [REDACTED], teniendo conocimiento que padeczo de una condición que requiere diagnóstico y tratamiento médico y/o quirúrgico por la presente consiento voluntariamente,

- ✓ A que se lleven a cabo todos los procedimientos de diagnóstico y cuidado de hospitalización y todos los tratamientos médicos quirúrgicos y/o de radiología que sean necesarios a juicio y por el Doctor _____ sus ayudantes o quienes el designe.
- ✓ Que la naturaleza y objetos del tratamiento, las alternativas al mismo, los riesgos y la posibilidad de complicaciones me han sido explicados. Reconozco que no se me ha ofrecido garantía o seguridad en cuanto a los resultados que puedan obtenerse de dicho tratamiento.
- ✓ Autorizo al Hospital Hermanos Meléndez a retener, conservar y utilizar para fines científicos y de enseñanza cualquier espécimen o tejido tomado de mi cuerpo durante mi hospitalización.
- ✓ Autorizo a que se disponga de forma apropiada cualquier muestra, tejido u otros materiales corporales removidos durante procedimientos quirúrgicos o diagnósticos realizados a mi persona.

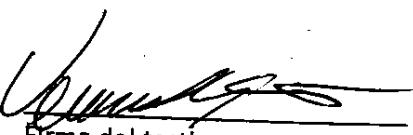
[REDACTED] Firma del paciente o representante Parentesco
Este consentimiento es comprendido y certifico que entiendo su contenido.

7/29/13

Fecha

AM/PM

Hora


Firma del testigo

7/29/13

Fecha

AM/PM

Hora

En caso de no poder obtener el consentimiento escrito por parte del paciente o representante autorizado, documente las razones y gestiones realizadas para obtener el mismo:
Razones: Emergencia Barreras de Comunicación Otros: _____
Gestiones realizadas: _____



Hospital Hermanos Meléndez
Carr # 2 KM 11.7

BAYAMON, PR 00960
(787)620-8181

Fecha Nac: 01/01/1922

Edad: 95 Años

Género: M

Estatura: 5'7"

Peso: 170Lbs

SS: XXX-XX-6076

Médico:

Admisión: 07/29/2017 04:22 PM

Sala de Emergencia Adultos

Solicitud de Restricción a Divulgación de Información

La ley federal conocida como HIPAA, vigente a partir del 14 de abril de 2003, requiere que nuestra Institución proteja la privacidad y seguridad de su información de salud. Por tanto, la información que le podemos brindar a familiares, amistades u otras personas que pregunten por usted por nombre está limitada. Bajo esta ley, el Hospital está autorizado a hacer las siguientes divulgaciones, de no mediar su objeción:

I. DIRECTORIO

El Hospital puede incluir la siguiente información en el directorio de la Institución y divulgarla a todas aquellas personas que pregunten por usted por nombre:

1. Localización en el Hospital.
2. Condición general (limitada a los siguientes términos: buena, moderada, seria, crítica o indeterminada).
3. Afiliación religiosa (será provista solamente a miembros del clero).

II. FAMILIARES, AMISTADES U OTRAS PERSONAS ENVUeltas EN SU CUIDADO

A familiares o amistades no envueltos directamente con su cuidado se les informará solamente su localización y condición general. A personas envueltas en su cuidado se les divulgará aquella información razonablemente necesaria y relevante a sus funciones con respecto al cuidado de su salud o el pago por los servicios de salud.

Favor de indicar si tiene alguna objeción a que se lleven a cabo las divulgaciones anteriores:

- Objeto a que la información anterior forme parte del directorio de la Institución.
- Objeto a que familiares, amistades cercanas u otras personas envueltas en mi cuidado reciban información sobre mi localización, condición general u otra información relevante a sus funciones.
- No deseo que las siguientes personas sean informadas sobre mi localización y/o condición general (favor de indicar nombre y/o parentesco):

7/29/17

Fecha



CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO EN SALA DE EMERGENCIA

Yo, [REDACTED]iendo conocimiento que padezco de una condición que requiere diagnóstico, tratamiento y/o procedimiento médico, por la presente consiento voluntariamente:

- ✓ A que se lleven a cabo todos los procedimientos de diagnóstico y todos los tratamientos y/o procedimientos médicos que sean necesarios a juicio de los médicos de Sala de Emergencia y/o por cualquier otro médico perteneciente a la Facultad Médica y por empleados del hospital.
- ✓ Que me han sido explicados la naturaleza y objetivo del tratamiento y/o procedimiento, las alternativas al mismo, los riesgos y la posibilidad de complicaciones. Reconozco que no se me ha ofrecido garantía o seguridad en cuanto a los resultados que puedan obtenerse de dicho tratamiento y/o procedimiento.
- ✓ Entiendo que entre aquellos que prestan servicios al paciente en este hospital hay personal médico, de enfermería y otro personal de cuidado de salud en adiestramiento, quienes, a menos que se solicite lo contrario, estarán presentes o suministrarán cuidado al paciente como parte de su educación.
- ✓ Autorizo a que se suministre la información necesaria del expediente clínico tanto al médico como al Hospital para propósitos de facturación.

El consentimiento tiene que ser firmado por el paciente. En caso de que el paciente sea un menor o esté física o mentalmente incapacitado firmará el representante legal.

Este consentimiento me ha sido debidamente explicado y certifico que entiendo su contenido.
[REDACTED]

NOMBRE DEL PACIENTE

FIRMA

7/29/17

AM/PM

HORA

FIRMA DEL REPRESENTANTE
DEL PACIENTE

PARENTESCO

FECHA

AM/PM

HORA

EN CASO DE NO PODER OBTENER EL CONSENTIMIENTO ESCRITO POR PARTE DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL,
DOCUMENTE LA RAZÓN POR LA CUAL NO SE OBTUVO EL MISMO Y LAS GESTIONES REALIZADAS:

Razones: () Emergencia () Barreras de Comunicación () Otras: _____

Gestiones realizadas: _____

NAME _____

RECORD NO. _____ AGE _____ SEX _____

SOCIAL SECURITY NUMBER _____

M.D. _____

DX. _____

ALLERGY _____

ADRESSEOGRAFT

MEDICATIONS STAT & SINGLE ORDERS

Date													
	Order	AM	PM										
Initials →													

MEDICATION PRN AND DIABETIC SCALE

Date													
	Order	AM	PM										
Initials →													

MEDICATION OMISSION



MEDICATION ADMINISTRATION RECORD

SCOM	S. Sanders	70472	RD
CM	C. Mazzola	70472	R
SCOM	S. Sanders	70472	RW
Du	Insol 00000		N
RF	Amazon		RD
DR	Proctor & Gamble		R
PM	Shady 31680		RW
DR	Insol 00000		R
SCOM	S. Sanders	70472	RW
AMM	Insol 00000		R

Daily	9:00 am
BID	9:00 am - 5:00 pm
TID	9:00 am - 1:00 pm - 5:00 pm
QID	9:00 am - 1:00 pm - 5:00 pm - 9:00 pm
Q 4 hrs	1:00 am - 5:00 am - 9:00 am - 1:00 pm - 5:00 pm - 9 pm
Q 6 hrs	12:00 MN - 6:00 am - 12:00 MD - 6:00 pm
Q 8 hrs	1:00 am - 9:00 am - 5:00 pm
Q 12 hrs	9:00 am - 9:00 pm
P.O. - BY MOUTH	○ - OMISSION
I.M. - INTRAMUSCULAR	/ - ADMINISTRATED
SUBCUTANEOUS	STAT - ADM. IMMEDIATELY
I.V. - INTRAVENOUS	
S.L. - SUBLINGUAL	

ALLERGY: None

MEDICATION AROUND THE CLOCK

R.N. Initials →



1. Imprint patient's name before placing in chart.
 2. Use Ball Point only.

INSTRUCTIONS: ADDRESSOGRAPH

WRITE OF IMPRINT PATIENT INFORMATION BELOW

567278

HOSPITAL
HERMANOS
MELENDEZ

APARTADO 306
BAYAMON, PUERTO RICO

AUTHORIZATION GIVEN TO DISPENSE A GENERIC EQUIVALENT
(UNDER THE FORMULARY SYSTEM) UNLESS THE PARTICULAR
DRUG IS ENCIRCLED.

DRUG ALLERGIES:

Physician Name _____ **License** _____ **NPI** _____ **DEA** _____ **DM** _____

License

NPI

DEA

DM

"Prohibited Abbreviations"

All Drug Names	Abbreviations	Doses designations and other information
MS, MgS04, MS04	q.d. or QD, q.o.d. or QOD, U or u, IU	Zero after decimal point (1.0) and Zero not placed in front of decimal point (.5mg)

PHYSICIAN'S ORDERS

28

HOSPITAL
HERMANOS
MELÉNDEZ

Respiratory Therapy Medical Order

513-A

PRIMERICOM

RM - 567278
954 8 Villafane

Respiratory Therapy Drug

ALBUTEROL SULFATE

- STAT () 0.083%/3mL (2.5mg/3mL NSS)
 () 0.042%/3mL (1.25mg/3mL NSS)

Every _____ minutes for _____ doses by nebulization for 15 min.

MAINTENANCE

- (✓) 0.083%/3mL (2.5mg/3mL NSS) Premix
 () 0.042%/3mL (1.25mg/3mL NSS) Premix

THERAPY

Every 6 hours by nebulization for 15 min.
 For: 24 hrs.
 48 hrs.
 72 hrs.

With oxygen _____ 8lt./min.

With air compressor _____ 21%

Other: _____

IPRATROPIUM BROMIDE 0.02% (ATROVENT) PR

- () 0.5mg/2.5mL

Every _____ hours by nebulization for 15 min.
 For: 24 hrs. 48 hrs. 72 hrs.

BUDESONIDE (PULMICORT) INHALATION SUSPENSION PREMIX

(Order Only by Pneumologist)

- () 0.25 mg/mL () 0.5 mg/2mL

Every 12 hours by nebulization for 15 min.
 For: 24 hrs. 48 hrs. 72 hrs.

XOPENEX INHALATION SOLUTION PREMIX

(Order Only by Pneumologist)

- () 0.31mg/3mL () 0.63mg/3mL () 1.25mg/3mL

Every _____ hours by nebulization for 15 min.
 For: 24 hrs. 48 hrs. 72 hrs.

RACEPINEPHRINE 2.25% PREMIX (11.25mg/0.5mL)
 (VAPONEPHRINE)

() Every _____ hours by nebulization for 15 min.

For: 24 hrs. 48 hrs. 72 hrs.

Respiratory Therapy Procedures

Incentive Spirometry: Every _____ hours.

Arterial Blood Gas Sample _____ Stat AM PM

Catheter Suction

- () Nasal () Oral () Tracheostomy
 () Endotracheal tube every _____ hours.

Continuous Oxymetry, for _____ hours.

Sputum sample /culture

Chest Physiotherapy every _____ hrs.

Pulmonary area _____

Oxygen Therapy

- () Nasal Cannula _____ LPM

- () Ventury Mask _____ % F10₂

- () Aerosol Mask _____ LPM

- () Non-Rebreathing Mask at 15 LPM

- () Oxyhood _____ % F10₂

MD signature
RN signature

License
Signature

Date
8/1/13

Time
11AM/1PM

Date
8/1/13

Time
11AM/1PM

LPM = Liter Per Minute
 Revisado: Enero 2012 / w



1. Imprint patient's name before placing in chart.
 2. Use Ball Point only.

INSTRUCTIONS: ADDRESSOGRAPH

WRITE OF IMPRINT PATIENT INFORMATION BELOW

569278



APARTADO 306
BAYAMON, PUERTO RICO

AUTHORIZATION GIVEN TO DISPENSE A GENERIC EQUIVALENT
(UNDER THE FORMULARY SYSTEM) UNLESS THE PARTICULAR
DRUG IS ENCIRCLED.

DRUG ALLERGIES:

Physician Name _____ **License** _____ **NPI** _____ **DEA** _____ **DM** _____

“Prohibited Abbreviations”

All Drug Names	Abbreviations	Doses designations and other information
MS, MgS04, MS04	q.d. or QD, q.o.d. or QOD, U or u, IU	Zero after decimal point (1.0) and Zero not placed in front of decimal point (.5mg)

PHYSICIAN'S ORDERS

**HOSPITAL HERMANOS MELENDEZ, INC
BAYAMÓN, PUERTO RICO 0096-1999**

ADMISSION REQUEST

Pa

Address:

Telephone:

Date of Birth: 1/1/00 Sex: M

Physician: Dr. John R. Tel:

Source of Payment:

Principal Diagnosis or problem: TBI

SIRS UTHN(0)

Reason for Admission (Admitting Criteria):

Hypotension, fever, tachycardia
↓ alertness

Dr. Villafane

95 años

567278

Admission Urgency

Emergency Risk to life

() Intractable pain () Urgent (within 24 hrs.)

() Semi-urgent (within 3 days)

() Elective (when bed available)

Preferred Admission date:

HISTORIAL ALLERGIES NONE NKA

YES REMARKS

WEIGHT:

Operation:

Date of procedure:

Anticipated length of stay: _____ to _____ DAYS

Discharge planning required? () YES () NO REMARKS:

DATE GIVEN	HOUR & PERSON CARRYING OUT ORDER	DOCTORS ORDER	NURSE NOTING ORDER AND HOUR	DATE DISCONTINUED
26 July 17,		Admit as Inpatient		
8:45 AM	Bed rest, Raise up.			
3	Vital signs q4h; if stable x4, then q6h			
Call	O.S.S. to run at 100 ml hr. X 1/2 h; then contin			
3	Keep NPO until further orders			
6	Foley Cath I/O and chart			
7	(Check diff am, lipid p. TSH, T3, T4, cgs, uric x3)			
10 AM	U/A NYC.			
10 AM	Chart Xray			
4 PM	Even			
10 PM	Droperidol 10 mg iv q 24h			
11	Zolmitriptan 50 mg po q 24h			
10 PM	Reped 20 mg po q 12h			
11 PM	Albuterol 0.083 g amp iv q 6hr.			
	Spironolactone			
	Glucophage			

- INSTRUCTIONS:**
1. Imprint patient's name before placing in chart.
 2. Use Ball Point only.

WRITE OF IMPRINT PATIENT INFORMATION BELOW

813A

0201704264

567278



HOSPITAL
HERMANOS
MELENDEZ

APARTADO 306
BAYAMON, PUERTO RICO

AUTHORIZATION GIVEN TO DISPENSE A GENERIC EQUIVALENT
(UNDER THE FORMULARY SYSTEM) UNLESS THE PARTICULAR
DRUG IS ENCIRCLED.

DRUG ALLERGIES:

DATE & TIME	PHYSICIAN'S ORDERS	NURSE'S INITIALS
20 Jul 17	1) Marshl & Sulf abd 2) Kapectate 500 mg each watry pox	
21 Jul 17	1) 200 mg pox	Eduardo 5147
	7:30 AM 2:40 PM	
21 Jul 17	1) Stools for Fecal leukocytes 2) Renal excretion culture 3) Urine Culture	
	MARIA OROZCO 7/31/17	Eduardo 5147

Physician Name 7/31/17 License _____ NPI _____ DEA _____ DM _____

"Prohibited Abbreviations"

All Drug Names	Abbreviations	Doses designations and other information
MS, MgSO ₄ , MS04	q.d. or QD, q.o.d. or QOD, U or u, IU	Zero after decimal point (1.0) and Zero not placed in front of decimal point (.5mg)

PHYSICIAN'S ORDERS



HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ

HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ
Carr # 2 KM 11.7
BAYAMON, PR 00960
(787) 620-8181

RADIOLOGY DEPARTMENT

Name: [REDACTED]
Age: 95 YEARS
Address: URB JARDINES DE CAPARRA
EDIF 13 APT 285
BAYAMON, PR 00959
Physician: NAJARRO CANIZALES, JUAN CARLOS
CUBICULO B SALA DE EMERGENCIA

Account: 2017211253
Record: 0000567278
Order Date: 7/29/2017 7:19 PM
X-Ray Taken:
Completed Date: 7/29/2017 11:59 PM

CT-CHEST W/O CONTRAST

RIS: 759847

STUDY:

CT OF THE CHEST WITHOUT CONTRAST:

HISTORY: EMPHYSEMA, FEVER, COUGH.

COMPARISON: CHEST CT DATED OCTOBER 20, 2016.

TECHNIQUE: CONTIGUOUS AXIAL IMAGES OF THE CHEST WERE OBTAINED WITHOUT INTRAVENOUS CONTRAST ADMINISTRATION.

FINDINGS:

VISUALI IS PORTIONS OF THE UPPER ABDOMEN SHOW HYPODENSE LESIONS IN THE BILATERAL KIDNEYS, LARGEST IN THE LEFT MEASURING APPROXIMATELY 4.2 CM IN LENGTH. THESE LESIONS EXTEND BEYOND THE FIELD-OF-VIEW AND ARE OF INDETERMINATE ETIOLOGY. THERE ARE ATEROMATOUS CALCIFICATIONS INVOLVING THE THORACIC AORTA AS WELL AS THE CORONARY ARTERIAL TREE. NO PERICARDIAL EFFUSION. THERE IS NO AXILLARY OR MEDIASTINAL LYMPHADENOPATHY FOR SIZE CRITERIA. A PERIPHERALLY CALCIFIED LESION IS SEEN IN THE POSTERIOR ASPECT OF THE LEFT HEMITHORAX ABUTTING THE AORTIC ARCH MEASURING APPROXIMATELY 2.1 X 2.2 CM IN TRANSAXIAL DIMENSIONS IS ESSENTIALLY UNCHANGED COMPARED TO PRIOR EXAMINATION. THIS LESION IS OF INDETERMINATE ETIOLOGY. THERE IS A COARSE CALCIFICATION AT THE AORTICOPULMONARY WINDOW WHICH MAY REPRESENT CONGLOMERATE OF CALCIFIED LYMPH NODES, BUT IS NONSPECIFIC. THIS IS ALSO UNCHANGED COMPARED TO PRIOR EXAMINATION.

TRACHEA AND MAINSTEM BRONCHI ARE CLEAR. THERE IS PERSISTENT EVIDENCE OF VOLUME LOSS INVOLVING THE LEFT UPPER LOBE WITH BRONCHIECTATIC CHANGES AND COLLAPSE. THERE IS SUBSEQUENT IPSILATERAL SHIFT OF THE REMAINDER LEFT LUNG AND TO A LESSER DEGREE IN THE RIGHT LUNG APEX. THERE IS ALSO BRONCHIECTASIS INVOLVING THE REMAINDER OF THE LUNGS BILATERALLY, ALTHOUGH TO A LESSER DEGREE. THERE ARE SCATTERED SUBCENTIMETER CALCIFIED NODULES THROUGHOUT THE LUNG PARENCHYMA FAVERED TO BE POSTINFLAMMATORY (SUCH AS GRANULOMAS). A COARSE CALCIFICATION IN THE RIGHT UPPER LOBE WITH ASSOCIATED TRACTION MAY REPRESENT POST INFLAMMATORY SCARRING.

THERE ARE SCATTERED GROUNDGLASS OPACITIES INVOLVING THE RIGHT LOWER LOBE, RIGHT UPPER LOBE, AND LEFT LOWER LOBE WHICH ARE NONSPECIFIC. NO SIGN OF CONSOLIDATION IS HOWEVER SEEN. THE AREAS OF GROUNDGLASS OPACITY IN THE LEFT LUNG AS WELL AS IN THE RIGHT LOWER LOBE ARE NEW AS COMPARED TO PRIOR EXAM. NO PNEUMOTHORAX IS SEEN. THERE IS NO PLEURAL FLUID.

SKELETAL STRUCTURES SHOW NO DESTRUCTIVE LYtic OR BLASTIC BONE LESION. SMALL MARGINAL OSTEOPHYTES ARE SEEN PROJECTING FROM THE VERTEBRAL ENDPLATES THROUGH THE IMAGED SPINE RELATED TO Spondylosis.

IMPRESSION:

SUBTLE AREAS OF SUBTLE GROUNDGLASS OPACITIES INVOLVING THE BILATERAL LOWER LOBES ARE NEW COMPARED TO THE PRIOR EXAMINATION AND NONSPECIFIC. MAIN DIAGNOSTIC CONSIDERATION IS THAT OF SUBSEGMENTAL

_____ Radiologist Name



HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ

HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ
Carr # 2 KM 11.7
BAYAMON, PR 00960
(787) 620-8181

RADIOLOGY DEPARTMENT

Name: [REDACTED] Account: 2017211253
Age: 95 YEARS Record: 0000567278
Address: URB JARDINES DE CAPARRA Order Date: 7/29/2017 7:19 PM
EDIF 13 APT 285 X-Ray Taken:
BAYAMON, PR 00959 Completed Date: 7/29/2017 11:59 PM
Physician: NAJARRO CANIZALES, JUAN CARLOS
CUBICULO B SALA DE EMERGENCIA

CT-CHEST W/O CONTRAST

RIS: 759847

ATELECTASIS. IN THE APPROPRIATE CLINICAL SETTING, EARLY INFILTRATES SHOULD BE CONSIDERED. OTHERWISE, THERE HAS BEEN NO SIGNIFICANT INTERVAL CHANGE IN CHRONIC BILATERAL LUNG CHANGES WITH COLLAPSE OF THE LEFT UPPER LOBE, BILATERAL BRONCHIECTASIS, RIGHT APICAL AND LEFT BASAL EMPHYSEMA, LEFTWARD SHIFTING OF MEDIASTINAL STRUCTURES, AND MULTIPLE PULMONARY AND MEDIASTINAL CALCIFIC NODULES. PLEASE REFER ABOVE FOR FURTHER DETAILS.

Interpreted by: Alvarado Burgos, Enrique, MD 7/29/2017 11:59:29 PM
In Conjunction with: Matos Ruiz, Nelson, MD, DABR 7/29/2017 11:59:29 PM
Electronically Signed by: Alvarado Burgos, Enrique, MD 7/29/2017 11:59:29 PM

_____ Radiologist Name _____



HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ

HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ
Carr # 2 KM 11.7
BAYAMON, PR 00960
(787) 620-8181

RADIOLOGY DEPARTMENT

Name: [REDACTED]

Account: 2017211253

Age: 95 YEARS

Record: 0000567278

Address: URB JARDINES DE CAPARRA
EDIF 13 APT 285
BAYAMON, PR 00959

Order Date: 7/29/2017 7:19 PM

Physician: NAJARRO CANIZALES, JUAN CARLOS

X-Ray Taken: Completed Date: 7/30/2017 9:31 AM

CUBICULO B SALA DE EMERGENCIA

CHEST ONE VIEW

RIS: 759848

STUDY:

CHEST PORTABLE RADIOGRAPH SINGLE FRONTAL VIEW:

HISTORY: FEVER AND COUGH. HISTORY OF EMPHYSEMA.

FINDINGS/IMPRESSION:

PATIENT IS ROTATED TOWARDS THE LEFT. THERE IS VOLUME LOSS IN THE LEFT PULMONARY APEX IN KEEPING WITH UPPER LOBE COLLAPSE AS HAS BEEN DESCRIBED IN CHEST CT DATED OCTOBER 20, 2016. THERE ARE SCATTERED CALCIFICATIONS THROUGHOUT THE LUNG PARENCHYMA WHICH MAY REPRESENT POSTINFLAMMATORY CHANGES (SUCH AS GRANULOMAS AND SCARRING). THERE IS A COARSE CALCIFICATION SEEN BY THE AORTICOPULMONARY WINDOW AS WELL. NO DEFINITE EVIDENCE OF CONFLUENT LOBAR CONSOLIDATION OR PNEUMOTHORAX SEEN. THERE IS A 1.0 X 0.8 CM LUCENT LESION IN THE LEFT PROXIMAL HUMERAL DIAPHYSIS WITH NO AGGRESSIVE FEATURES.

Interpreted by: Alvarado Burgos, Enrique, MD 7/30/2017 9:31:31 AM

In Conjunction with: Matos Ruiz, Nelson, MD, DABR 7/30/2017 9:31:31 AM

Electronically Signed by: Alvarado Burgos, Enrique, MD 7/30/2017 9:31:31 AM

_____ Radiologist Name _____



HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ

HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ
Carr # 2 KM 11.7
BAYAMON, PR 00960
(787) 620-8181

RADIOLOGY DEPARTMENT

Name [REDACTED]
Age: 55 YEARS

Account: 2017211253
Record: 0000567278

Address: URB JARDINES DE CAPARRA
EDIF 13 APT 285
BAYAMON, PR 00959

Order Date: 7/29/2017 7:19 PM
X-Ray Taken:
Completed Date: 7/29/2017 11:59 PM

Physician: NAJARRO CANIZALES, JUAN CARLOS
CUBICULO B SALA DE EMERGENCIA

CT-CHEST W/O CONTRAST

RIS: 759847

STUDY:

CT OF THE CHEST WITHOUT CONTRAST:

HISTORY: EMPHYSEMA, FEVER, COUGH.

COMPARISON: CHEST CT DATED OCTOBER 20, 2016.

TECHNIQUE: CONTIGUOUS AXIAL IMAGES OF THE CHEST WERE OBTAINED WITHOUT INTRAVENOUS CONTRAST ADMINISTRATION.

FINDINGS:

VISUALI IS PORTIONS OF THE UPPER ABDOMEN SHOW HYPODENSE LESIONS IN THE BILATERAL KIDNEYS, LARGEST IN THE LEFT MEASURING APPROXIMATELY 4.2 CM IN LENGTH. THESE LESIONS EXTEND BEYOND THE FIELD-OF-VIEW AND ARE OF INDETERMINATE ETIOLOGY. THERE ARE ATEROMATOUS CALCIFICATIONS INVOLVING THE THORACIC AORTA AS WELL AS THE CORONARY ARTERIAL TREE. NO PERICARDIAL EFFUSION. THERE IS NO AXILLARY OR MEDIASTINAL LYMPHADENOPATHY FOR SIZE CRITERIA. A PERIPHERALLY CALCIFIED LESION IS SEEN IN THE POSTERIOR ASPECT OF THE LEFT HEMITHORAX ABUTTING THE AORTIC ARCH MEASURING APPROXIMATELY 2.1 X 2.2 CM IN TRANSAXIAL DIMENSIONS IS ESSENTIALLY UNCHANGED COMPARED TO PRIOR EXAMINATION. THIS LESION IS OF INDETERMINATE ETIOLOGY. THERE IS A COARSE CALCIFICATION AT THE AORTICOPULMONARY WINDOW WHICH MAY REPRESENT A CONGLOMERATE OF CALCIFIED LYMPH NODES, BUT IS NONSPECIFIC. THIS IS ALSO UNCHANGED COMPARED TO PRIOR EXAMINATION.

TRACHEA AND MAINSTEM BRONCHI ARE CLEAR. THERE IS PERSISTENT EVIDENCE OF VOLUME LOSS INVOLVING THE LEFT UPPER LOBE WITH BRONCHIECTATIC CHANGES AND COLLAPSE. THERE IS SUBSEQUENT IPSILATERAL SHIFT OF THE MEDIASTINAL STRUCTURES AND HYPERINFLATION OF THE RIGHT LUNG. EMPHYSEMATOUS CHANGES ARE SEEN IN THE REMAINDER LEFT LUNG AND TO A LESSER DEGREE IN THE RIGHT LUNG APEX. THERE IS ALSO BRONCHIECTASIS INVOLVING THE REMAINDER OF THE LUNGS BILATERALLY, ALTHOUGH TO A LESSER DEGREE. THERE ARE SCATTERED SUBCENTIMETER CALCIFIED NODULES THROUGHOUT THE LUNG PARENCHYMA FAVERED TO BE POSTINFLAMMATORY (SUCH AS GRANULOMAS). A COARSE CALCIFICATION IN THE RIGHT UPPER LOBE WITH ASSOCIATED TRACTION MAY REPRESENT POST INFLAMMATORY SCARRING.

THERE ARE SCATTERED GROUNDGLASS OPACITIES INVOLVING THE RIGHT LOWER LOBE, RIGHT UPPER LOBE, AND LEFT LOWER LOBE WHICH ARE NONSPECIFIC. NO SIGN OF CONSOLIDATION IS HOWEVER SEEN. THE AREAS OF GROUNDGLASS OPACITY IN THE LEFT LUNG AS WELL AS IN THE RIGHT LOWER LOBE ARE NEW AS COMPARED TO PRIOR EXAM. NO PNEUMOTHORAX IS SEEN. THERE IS NO PLEURAL FLUID.

SKELETAL STRUCTURES SHOW NO DESTRUCTIVE LYtic OR BLASTIC BONE LESION. SMALL MARGINAL OSTEOPHYES ARE SEEN PROJECTING FROM THE VERTEBRAL ENDPLATES THROUGH THE IMAGED SPINE RELATED TO SPONDYLOSIS.

IMPRESSION:

SUBTLE AREAS OF SUBTLE GROUNDGLASS OPACITIES INVOLVING THE BILATERAL LOWER LOBES ARE NEW COMPARED TO THE PRIOR EXAMINATION AND NONSPECIFIC. MAIN DIAGNOSTIC CONSIDERATION IS THAT OF SUBSEGMENTAL

_____ Radiologist Name _____



HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ

HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ
Carr # 2 KM 11.7
BAYAMON, PR 00960
(787) 620-8181

RADIOLOGY DEPARTMENT

Name [REDACTED]

Age: 95 YEARS

Address: URB JARDINES DE CAPARRA
EDIF 13 APT 285
BAYAMON, PR 00959

Physician: NAJARRO CANIZALES, JUAN CARLOS
CUBICULO B SALA DE EMERGENCIA

Account: 2017211253

Record: 0000567278

Order Date: 7/29/2017 7:19 PM

X-Ray Taken:

Completed Date: 7/29/2017 11:59 PM

CT-CHEST W/O CONTRAST

RIS: 759847

ATELECTASIS. IN THE APPROPRIATE CLINICAL SETTING, EARLY INFILTRATES SHOULD BE CONSIDERED. OTHERWISE, THERE HAS BEEN NO SIGNIFICANT INTERVAL CHANGE IN CHRONIC BILATERAL LUNG CHANGES WITH COLLAPSE OF THE LEFT UPPER LOBE, BILATERAL BRONCHIECTASIS, RIGHT APICAL AND LEFT BASAL EMPHYSEMA, LEFTWARD SHIFTING OF MEDIASTINAL STRUCTURES, AND MULTIPLE PULMONARY AND MEDIASTINAL CALCIFIC NODULES. PLEASE REFER ABOVE FOR FURTHER DETAILS.

Interpreted by: Alvarado Burgos, Enrique, MD 7/29/2017 11:59:29 PM
In Conjunction with: Matos Ruiz, Nelson, MD, DABR 7/29/2017 11:59:29 PM
Electronically Signed by: Alvarado Burgos, Enrique, MD 7/29/2017 11:59:29 PM

Radiologist Name



HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ

HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ
Carr # 2 KM 11.7
BAYAMON, PR 00960
(787) 620-8181

RADIOLOGY DEPARTMENT

Name: [REDACTED] Account: 2017211253
Age: 95 YEARS Record: 0000567278
Address: URB JARDINES DE CAPARRA Order Date: 7/29/2017 7:19 PM
EDIF 13 APT 285 X-Ray Taken:
BAYAMON, PR 00959 Completed Date: 7/30/2017 9:31 AM
Physician: NAJARRO CANIZALES, JUAN CARLOS
CUBICULO B SALA DE EMERGENCIA

CHEST ONE VIEW

RIS: 759848

STUDY:

CHEST PORTABLE RADIOGRAPH SINGLE FRONTAL VIEW:

HISTORY: FEVER AND COUGH. HISTORY OF EMPHYSEMA.

FINDINGS/IMPRESSION:

PATIENT IS ROTATED TOWARDS THE LEFT. THERE IS VOLUME LOSS IN THE LEFT PULMONARY APEX IN KEEPING WITH UPPER LOBE COLLAPSE AS HAS BEEN DESCRIBED IN CHEST CT DATED OCTOBER 20, 2016. THERE ARE SCATTERED CALCIFICATIONS THROUGHOUT THE LUNG PARENCHYMA WHICH MAY REPRESENT POSTINFLAMMATORY CHANGES (SUCH AS GRANULOMAS AND SCARRING). THERE IS A COARSE CALCIFICATION SEEN BY THE AORTICOPULMONARY WINDOW AS WELL. NO DEFINITE EVIDENCE OF CONFLUENT LOBAR CONSOLIDATION OR PNEUMOTHORAX SEEN. THERE IS A 1.0 X 0.8 CM LUCENT LESION IN THE LEFT PROXIMAL HUMERAL DIAPHYSIS WITH NO AGGRESSIVE FEATURES.

Interpreted by: Alvarado Burgos, Enrique, MD 7/30/2017 9:31:31 AM

In Conjunction with: Matos Ruiz, Nelson, MD, DABR 7/30/2017 9:31:31 AM

Electronically Signed by: Alvarado Burgos, Enrique, MD 7/30/2017 9:31:31 AM

Radiologist Name

HOSPITAL HERMANOS MELENDEZ LAB CLINICO
 BAYAMON MEDICAL PLAZA BUILDING
 CARR. #2 KM 11.3
 BAYAMON, PR 00959
 DIRECTOR: LCDA. ADRIA M. GRIFFITH
 LIC #57 CLIA # 40D0658006 TEL (787) 786-1235 FAX: (787) 798-7145
 002278660

Col. Tec. Med. P.R.
 Pat. No.: 0000029
 Paid 5 Cents
 Exp: 4/30/2018
 Num: 1804-003239691

Order Number	Location	Sup
016480001178704	MEDICINA 8VO E	AMG

Date of Birth	Age	Sex	Page
1/01/1922	95 Años	M	1

Ordering Physician

VILLAFANE-SAN INOCENCIO, EDWI

Order Date	Collection Date
2 AUG 17 2:02AM	2 AUG 17 2:02AM

Received On	Reported On
2 AUG 17 9:43AM	2 AUG 17 10:04AM

Test	Units	Results	Flags	Normal Range
HEMATOLOGY : COMPLETE BLOOD COUNT W/DIFF		Plene		
WHITE BLOOD COUNT	$\times 10^3/\mu\text{L}$	13.14	HIGH	4.80 - 10.80
RED BLOOD COUNT	$\times 10^6/\mu\text{L}$	4.709		4.700 - 6.100
HEMOGLOBIN	g/dL	13.56	LOW	14.00 - 18.00
HEMATOCRIT	%	43.11		42.00 - 52.00
MCV	fL	91.55		80.00 - 94.00
MCH	pg	28.80		27.00 - 31.00
MCHC	g/dL	31.45	LOW	32.00 - 36.00
RDW	%	16.00	HIGH	11.50 - 14.50
PLATELETS	$10^3/\mu\text{L}$	302.30		150.00 - 400.00
MPV	fL	8.25		7.40 - 10.40
DIFERENTIAL				
NEUTROPHILS	%	64.25		42.20 - 75.20
LYMPHOCYTES	%	26.05		20.50 - 51.10
MONOCYTES	%	8.82		1.70 - 13.00
EOSINOPHILS	%	0.56		0.00 - 10.00
BASOPHILS	%	0.32		0.00 - 0.80
NEUTROPHILS #	$10^3/\mu\text{L}$	8.44	HIGH	1.40 - 6.50
LYMPHOCYTES #	$10^3/\mu\text{L}$	3.42	HIGH	2.00 - 3.40
MONOCYTES #	$10^3/\mu\text{L}$	1.16	HIGH	0.10 - 1.10
EOSINOPHILES #	$10^3/\mu\text{L}$	0.07		0.00 - 0.70
BASOPHILES #	$10^3/\mu\text{L}$	0.04		0.00 - 0.20
RBC MORPHOLOGY				

Comments: LH 750-2 METHOD

BY: YOLANDA PENA-HERNANDEZ

PERFORMED&REVIEWED: L:6846- YOLANDA PENA-HERNANDEZ
 Order Created : 8/02/2017 2:02AM by Maria Ramos-Vazquez
 Sample Number: 004429188 Taken: 8/02/2017 2:02AM by Maria Ramos-Vazquez

Ordenes Ancilares
Laboratorio
Requisición

Hospital Hermanos Meléndez
Carr # 2 KM 11.7
BAYAMON PR 00960



HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ

173

442 9188

Nombre: [REDACTED]

Queja Principal: BKP R/O UTI

Dx:

Dirección: URB JARDINES DE CAPARRA
EDIF 13 APT 285
BAYAMON PR 00959

Fecha Nacimiento: 01/01/1922 Edad: 95 Años Sexo: M
Estatura: 5ft 7in - 1m 70.18cm Peso: 170lb 0oz - 77kg 110.70g

Fecha Orden: 08/02/2017 2:02AM Orden: 1178704

Prioridad: Rutina

Alergias: PACIENTE DESCONOCE, PACIENTE DESCONOCE

Alertas:

Encuentro: 0201704264

Récord: 0000567278

Fecha de Admisión: 07/29/2017 08:45 PM

SSN: XXX-XX-6076

FSC: MEDICARE Y MUCHO MAS

Médico: VILLAFANE SAN INOCENCIO, EDWIN

Especialidad: INTERNISTA

Estación Enfermería: MEDICINE 8TH VIP (MIXED)

Cuarto/Cama: 813 01

Enfermero (a):

Creado Por: Maria Ramos Vazquez 6to

Impreso por: Maria Ramos Vazquez 6to

Hospital Hermanos Meléndez
NIEVES CRUZ, NATIVIDAD
MRN 0000567278 DOS 08/02/2017 2:02AM
ACCT 0201704264 M 95 Años



* 0 0 0 5 6 7 2 7 8 *

LABORATORIO

Critical Test

Ordered On (Date/Time): _____

Report Results to (RN, MD): _____

Telephone or Extension: _____

Results Reported On: _____

Read Back Conducted by: _____

Procedimientos

HEMATOLOGIA

Impresión de Diagnóstico: BKP R/O UTI

Desde

08/02/2017 2:02AM

CBC (COMPLETE BLOOD COUNT W/DIFF)

Cantidad : 1

RECEIVED LAB

2017 AUG 2 AM 9:22

Solicitado vía:

Transcripción de Orden

Licencia: 5447

D.E.A.:

Lic. Narcóticos:

Ordenado por:

VILLAFANE SAN INOCENCIO, EDWIN

Laboratorio Anciliares
Requisición

8-211

Hospital Hermanos Meléndez
Carr # 2 KM 11.7
BAYAMON PR 00960



HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ

4429189

Nombre: [REDACTED]

Queja Principal: BKP R/O UTI

Dx:

Dirección: URB JARDINES DE CAPARRA
EDIF 13 APT 285
BAYAMON PR 00959

Fecha Nacimiento: 01/01/1922 Edad: 95 Años Sexo: M
Estatura: 5ft 7in - 1m 70.18cm Peso: 170lb 0oz - 77kg 110.70g

Fecha Orden: 08/02/2017 2:02AM Orden: 1178704

Prioridad: Rutina

Alergias: PACIENTE DESCONOCE, PACIENTE DESCONOCE

Alertas:

Encuentro: 0201704264 Récord: 0000567278

Fecha de Admisión: 07/29/2017 08:45 PM SSN: XXX-XX-6076

FSC: MEDICARE Y MUCHO MAS

Médico: VILLAFANE SAN INOCENCIO, EDWIN

Especialidad: INTERNISTA

Estación Enfermería: MEDICINE 8TH VIP (MIXED)

Cuarto/Cama: 813 01

Enfermero (a):

Creado Por: Maria Ramos Vazquez 6to *keylenn*

Impreso por: Maria Ramos Vazquez 6to *4 1/30 An*

[REDACTED] ACCT 0201704264 M 95 Años



* 0 0 0 0 5 6 7 2 7 8 *

LABORATORIO

Critical Test

Ordered On (Date/Time):

Report Results to (RN, MD):

Telephone or Extension:

Results Reported On:

Read Back Conducted by:

Procedimientos

QUIMICA

Impresión de Diagnóstico: BKP R/O UTI

Desde

BASIC METABOLIC PANEL

Cantidad : 1

08/02/2017 2:02AM

*Ramona
8/2/17
8 AM*

RECIBIDO LAB

2017 AUG 2 AM 9:22

Solicitado vía:

Transcripción de Orden

Licencia: 5447

D.E.A.:

Lic. Narcóticos:

Ordenado por:

VILLAFANE SAN INOCENCIO, EDWIN



LABORATORIO CLINICO TOLEDO

CALLE PALMA 51
ARECIBO, PR 00612-4582

Col. Tec. Med. P.R.
Pat. No.: 0000054
Paid 5 Cents
Exp: 1/31/2018
Num: 1801-011935185

DIRECTOR: LCDA. ILIA M TOLEDO GARCIA
LIC #774 CLIA #40D0657994 TEL: (787) 880-0444 FAX: (787) 880-7281
007783561 0016-000119-000-8868

Patient Name	Patient ID
	8-211/ 813A
C/O HOSPITAL HNOS. MELENDEZ, INC.	160566
00000	

Client Information

000119:000-HOSPITAL HNOS. MELENDEZ,

Date of Birth	Age	Sex	Page
1/01/1922	95 Años	F	1

Ordering Physician

Collection Date	Order Date
AUG 2, 2017 9:22AM	AUG 2, 2017 6:47PM

Reported On	Supervisor	MTR
AUG 2, 2017 11:33PM	CVV	LSR

Test	Units	Results	Flag	Normal Range
BASIC METABOLIC PANEL				
FBS	MG/DL	72	LOW	85 110
BUN	MG/DL	9.0	LOW	9.8 20.1
CREATININE	MG/DL	0.69		0.40 1.30
BUN/CREATININE RATIO		13.04		
SODIUM	MMOL/L	137		136 150
POTASSIUM	MMOL/L	4.2		3.4 5.1
CHLORIDE	MMOL/L	106		90 115
CO2	MMOL/L	24.0		20.0 34.0
ANION GAP		11.20		7.00 25.00
CALCIUM	MG/DL	9.0		8.0 10.5
GLOMERULAR FILTRATION RATE	ML/MINS/1.73	>60.00		
GFR AFRO-AMERICANS	ML/MINS/1.73	>60.00		

BY ARCHITECT I2000

TEST PERFORMED BY: L:6367- LUZ DEL C. VALENTIN-VELEZ
TEST VALIDATED BY: L:8259- LIZ SALGADO-ROMERO

ORIGINAL

V6.30x

Ordenes Ancilares
Laboratorio
Revisión

Hospital Hermanos Meléndez
Carr # 2 KM 11.7
BAYAMON PR 00960



HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ

Nombre: [REDACTED]

Queja Principal: BKP R/O UTI
Dx:

Un llanto Meléndez

2017-AUG-01 PM 7:13

Dirección: URB JARDINES DE CAPARRA
EDIF 13 APT 285
BAYAMON PR 00959

Fecha Nacimiento: 01/01/1922 Edad: 95 Años Sexo: M
Estatura: 5ft 7in - 1m 70.18cm Peso: 170lb 0oz - 77kg 110.70g

Fecha Orden: 08/01/2017 2:46PM Orden: 1178555

Prioridad: Rutina

Alergias: PACIENTE DESCONOCE, PACIENTE DESCONOCE

Alertas:

MICROBIOLOGY
NIEVES CRUZ NATIVIDAD SUC
C001 Req:002278505 M 95 Años
8/01/17 2:46PM ARF 004428825
O:016480001178555 R#:0000567278 RM:00813'01
CULTURE URINE



RECEIVED LAS
Encuentro: 0201704264 Récord: 0000567278
Fecha de Admisión: 07/29/2017 08:45 PM SSN: XXX-XX-6076
FSC: MEDICARE Y MUCHO MAS
Médico: VILLAFANE SAN INOCENCIO, EDWIN
Especialidad: INTERNISTA
Estación Enfermería: MEDICINE 8TH VIP (MIXED)
Cuarto/Cama: 813 01
Enfermero (a): RAMOS, ANA
Creado Por: Ana Ramos Fuentes 2XT
Impreso por: Ana Ramos Fuentes 2XT

NIEVES CRUZ, NATIVIDAD
MRN 0000567278 DOS 08/01/2017 2:46PM
ACCT 0201704264 M 95 Años



* 0 0 0 0 5 6 7 2 7 8 *

LABORATORIO

Critical Test
Ordered On (Date/Time):
Report Results to (RN, MD):
Telephone or Extension:
Results Reported On:
Read Back Conducted by:

Procedimientos

BACTERIOLOGIA

Impresión de Diagnóstico: BKP R/O UTI

CULTURE URINE WITH SENS & CC
Cantidad : 1

Desde

08/01/2017 2:46PM

*Ana Ramon
8/1/17
1pm*

Ordenado por:

VILLAFANE SAN INOCENCIO, EDWIN

Solicitado via:

Transcripción de Orden

Licencia: 5447

D.E.A.:

Lic. Narcóticos:

Microbiology Report

HOSPITAL HERMANOS MELENDEZ

Carre. 2 Km. 11.3, Bayamon, P.R. 00959
LABORATORIO CLINICO

LIC. No : 57
TEL : (787) 620 - 8181

Name	Specimen	81766	Status	Final
Patient ID	Source	URINE	Status Date	8/5/2017
Date of Birth	Ward of Iso	HOSP. HERMANOS MELEN...	Collected	8/2/2017
Attd. Phys			Req Phys	

OVER 100,000 COLS/ML.

1 Escherichia coli ESBL	Status: Final	8/4/2017
-------------------------	---------------	----------

1 E. coli ESBL

Drug	MIC	Interps	Origin
Amikacin	<=16	S	
Amp/Sulbactam	16/8	I	
Ampicillin	>16	R*	
Aztreonam	>16	ESBL	
Cefepime	>16	R*	
Cefotaxime	>32	ESBL	
Cefotaxime/K C...	<=0.5		
Cefotetan	<=16	S	
Ceftazidime	16	ESBL	
Ceftazidime/K ...	<=0.25		
Ceftriaxone	>32	ESBL	
Cefuroxime	>16	R*	
Cephalothin	>16	R*	
Ciprofloxacin	>2	R	
Ertapenem	<=1	S	
Gentamicin	>8	R	
Imipenem	<=1	S	
Levofloxacin	>4	R	
Meropenem	<=1	S	
Nitrofurantoin	<=32	S	
Pip/Tazo	<=16	S	
Piperacillin	>64	R*	
Tetracycline	>8	R	
Tigecycline	<=2	S	
Tobramycin	>8	R	
Trimeth/Sulfa	>2/38	R	

S	= Susceptible	N/R	= Not Reported	Blank	= Data not available, or drug not advisable or tested
I	= Intermediate	---	= Not Tested	ESBL	= Extended spectrum beta-lactamase
R	= Resistant	POS	= Positive	BlaC	= Beta-lactamase positive
MIC	= mcg/ml (mg/L)	NEG	= Negative	TFG	= Thymidine-dependent strain

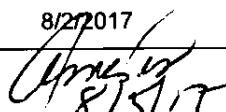
S* = Predicted susceptible interpretation
 R* = Predicted resistant interpretation
 EBL? = Suspected ESBL. Confirmatory tests needed to differentiate ESBL from other beta-lactamases.
 IB = Inducible Beta-lactamase. Appears in place of "Susceptible" with species known to possess inducible beta-lactamases; potentially they may become resistant to all beta-lactam drugs. Monitoring of patients during/after therapy is recommended. Avoid other/combined beta-lactam drugs.

^ = Reported interpretation changed

For blood and CSF isolates, a beta-lactamase test is recommended for Enterococcus species.

RUO: Un-validate

Name	Specimen	81766	Status	Final
Patient ID	Source	URINE	Status Date	8/5/2017
Date of Birth	Ward/Rm	HHM / 813A	Collected	8/2/2017



8/3

HOSPITAL HERMANOS MELENDEZ LAB CLINICO	
BAYAMON MEDICAL PLAZA BUILDING	
CARR. #2 KM 11.3	Col. Tec. Med. P.R.
BAYAMON, PR 00959	Pat. No.: 0000029
DIRECTOR: LCDA. ADRIA M. GRIFFITH	Paid 5 Cents Exp: 4/30/2018 Num: 1804-003241232
LIC #57 CLIA # 40D0658006	TEL: (787) 786-1235 FAX: (787) 798-7145
002278505	

Order Number	Location	Sup	
016480001178555	MEDICINA 8VO E	AMG	
Date of Birth	Age	Sex	Page
1/01/1922	95 Años	M	1
Ordering Physician			
VILLAFANE-SAN INOCENCIO, EDWI			
Order Date	Collection Date		
1 AUG 17 2:46PM	1 AUG 17 2:46PM		
Received On	Reported On		
2 AUG 17 1:06AM	5 AUG 17 3:08PM		

Test	Units	Results	Flags	Normal Range
MICROBIOLOGY: URINE CULTURE ROUTINE				
COLONY COUNT:		OVER 100,000 COLS/ML		
URINE CULTURE RESULT:		POSITIVE CULTURE. GROWTH OF ESCHERICHIA COLI (ESBL+) FOR BACTERIAL ID/SENS, SEE ATTACHMENT.		
PERFORMED&REVIEWED: L:2817- AUREA E. MAS				
Order Created : 8/01/2017 2:46PM by Ana Ramos-Fuentes				
Sample Number: 004428825 Taken : 8/01/2017 2:46PM by Ana Ramos-Fuentes				

Microbiology Report
HOSPITAL HERMANOS MELENDEZ

Carr.2 Km. 11.3, Bayamon, P.R. 00959
LABORATORIO CLINICO

LIC . No : 57

TEL : (787) 620 - 8181

Name		Specimen	817108	Status	Final
Patient ID	817108	Source	URINE	Status Date	8/5/2017
Date of Birth		Ward of Iso	HOSP. HERMANOS MELEN...	Collected	8/2/2017
Attd. Phys				Req Phys	

OVER 100,000 COLS/ML.

1 Escherichia coli ESBL	Status: Final	8/5/2017
-------------------------	---------------	----------

1 E. coli ESBL

Drug	MIC	Interps	Origin
Amikacin	<=16	S	
Amp/Sulbactam	<=8/4	S	
Ampicillin	>16	R*	
Aztreonam	<=8	R*	
Cefepime	>16	R*	
Cefotaxime	>32	ESBL	
Cefotaxime/K C...	<=0.5		
Cefotetan	<=16	S	
Ceftazidime	4	ESBL	
Ceftazidime/K ...	<=0.25		
Ceftriaxone	>32	ESBL	
Cefuroxime	>16	R*	
Cephalothin	>16	R*	
Ciprofloxacin	>2	R	
Ertapenem	<=1	S	
Gentamicin	>8	R	
Imipenem	<=1	S	
Levofloxacin	>4	R	
Meropenem	<=1	S	
Nitrofurantoin	<=32	S	
Pip/Tazo	<=16	S	
Piperacillin	>64	R*	
Tetracycline	>8	R	
Tigecycline	<=2	S	
Tobramycin	>8	R	
Trimeth/Sulfa	>2/38	R	

S	= Susceptible	N/R	= Not Reported	Blank	= Data not available, or drug not advisable or tested
I	= Intermediate	--	= Not Tested	ESBL	= Extended spectrum beta-lactamase
R	= Resistant	POS	= Positive	BlaC	= Beta-lactamase positive
MIC	= mcg/ml (mg/L)	NEG	= Negative	TFG	= Thymidine-dependent strain

S* = Predicted susceptible interpretation

R* = Predicted resistant interpretation

ESBL? = Suspected ESBL. Confirmatory tests needed to differentiate ESBL from other beta-lactamases.

IB = Inducible Beta-lactamase. Appears in place of "Susceptible" with species known to possess inducible beta-lactamases; potentially they may become resistant to all beta-lactam drugs. Monitoring of patients during/after therapy is recommended. Avoid other/combined beta-lactam drugs.

^ = Reported interpretation changed

For blood and CSF isolates, a beta-lactamase test is recommended for Enterococcus species.

RUO: Un-validated results are not intended for clinical use.

Name		Specimen	817108	Status	Final
Patient ID	817108	Source	URINE	Status Date	8/5/2017
Date of Birth		Ward/Rm	HHM / 813A	Collected	8/2/2017

*Carney
8/5/17*

HOSPITAL HERMANOS MELENDEZ LAB CLINICO

BAYAMON MEDICAL PLAZA BUILDING

CARR. #2 KM 11.3

BAYAMON, PR 00959

DIRECTOR: LCDA. ADRIA M. GRIFFITH

LIC #57

CLIA # 40D0658006

TEL: (787) 786-1235 FAX: (787) 798-7145

002278505



Col. Tec. Med. P.R.

Pat. No.: 0000029

Paid 5 Cents

Exp: 4/30/2018

Num: 1804-003241233

Order Number	Location	Sup
016480001178555	MEDICINA 8VO E	AMG

Date of Birth	Age	Sex	Page
1/01/1922	95 Años	M	1

Ordering Physician

VILLAFANE-SAN INOCENCIO, EDWI

Order Date	Collection Date
1 AUG 17 2:46PM	1 AUG 17 2:46PM
Received On	Reported On
2 AUG 17 1:06AM	5 AUG 17 3:08PM

Test	Units	Results	Flags	Normal Range
MICROBIOLOGY: URINE CULTURE ROUTINE				
<hr/>				
COLONY COUNT: OVER 100,000 COLS/ML				
URINE CULTURE RESULT: POSITIVE CULTURE.				
GROWTH OF ESCHERICHIA COLI (ESBL+)				
FOR BACTERIAL ID/SENS, SEE ATTACHMENT.				
<hr/>				
PERFORMED&REVIEWED: L:2817- AUREA E. MAS				
Order Created : 8/01/2017 2:46PM by Ana Ramos-Fuentes				
Sample Number: 004428825 Taken : 8/01/2017 2:46PM by Ana Ramos-Fuentes				

Ordenes Ancilares
Laboratorio
Requisición

108

Hospital Hermanos Meléndez
Carr # 2 KM 11.7
BAYAMON PR 00960



HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ

Nombre: [REDACTED]

Queja Principal: BKP R/O UTI

Dx:

Dirección: URB JARDINES DE CAPARRA
EDIF 13 APT 285
BAYAMON PR 00959

Fecha Nacimiento: 01/01/1922 Edad: 95 Años Sexo: M
Estatura: 5ft 7in - 1m 70.18cm Peso: 170lb 0oz - 77kg 110.70g

Fecha Orden: 08/01/2017 9:51AM Orden: 1178423
Prioridad: Rutina

Alergias: PACIENTE DESCONOCE, PACIENTE DESCONOCE

Alertas:

Encuentro: 0201704264 Récord: 0000567278
Fecha de Admisión: 07/29/2017 08:45 PM SSN: XXX-XX-6076
FSC: MEDICARE Y MUCHO MAS
Médico: VILLAFANE SAN INOCENCIO, EDWIN
Especialidad: INTERNISTA
Estación Enfermería: MEDICINE 8TH VIP (MIXED)
Cuarto/Cama: 813 01
Enfermero (a): RAMOS, ANA
Creado Por: Ana Ramos Fuentes 2XT
Impreso por: Ana Ramos Fuentes 2XT

Hospital Hermanos Meléndez

MRN 0000567278 DOS 08/01/2017 9:51AM
ACCT 0201704264 M 95 Años



* 0 0 0 5 6 7 2 7 8 *

10:08

LABORATORIO

Critical Test
Ordered On (Date/Time):
Report Results to (RN, MD):
Telephone or Extension:
Results Reported On:
Read Back Conducted by:

200

Procedimientos

BACTERIOLOGIA

MICROBIOLOGY

Presentación de Diagnóstico: BKP R/O UTI

CULTURE URINE
8/01/17 2:48PM ARF 004428825
C001 Req:002278005 M 95 AÑOS
0:016480001178555 R#:0000567278 RM:00813~0

SUC

Desde

08/01/2017 9:51AM



*Ramírez
8/1/17
10M*

Ordenado por:

VILLAFANE SAN INOCENCIO, EDWIN

Solicitado vía:

Transcripción de Orden

Licencia: 5447

D.E.A.:

Lic. Narcóticos:

Ordenes Ancilares
Laboratorio
Requisición

Hospital Hermanos Meléndez
Carr # 2 KM 11.7
BAYAMON PR 00960



HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ

Nombre: [REDACTED]

Queja Principal: BKP R/O UTI

Dx:

442-8581

Dirección: URB JARDINES DE CAPARRA
EDIF 13 APT 285
BAYAMON PR 00959

Fecha Nacimiento: 01/01/1922 Edad: 95 Años Sexo: M
Estatura: 5ft 7in - 1m 70.18cm Peso: 170lb 0oz - 77kg 110.70g

Fecha Orden: 08/01/2017 9:51AM Orden: 1178423

Prioridad: Rutina

Alergias: PACIENTE DESCONOCE, PACIENTE DESCONOCE

Alertas:

Encuentro: 0201704264

Récord: 0000567278

Fecha de Admisión: 07/29/2017 08:45 PM

SSN: XXX-XX-6076

FSC: MEDICARE Y MUCHO MAS

Médico: VILLAFANE SAN INOCENCIO, EDWIN

Especialidad: INTERNISTA

Estación Enfermería: MEDICINE 8TH VIP (MIXED)

Cuarto/Cama: 813 01

Enfermero (a): RAMOS, ANA

Creado Por: Ana Ramos Fuentes 2XT

Impreso por: Ana Ramos Fuentes 2XT

Hospital Hermanos Meléndez

MRN 0000567278 DUS 08/01/2017 9:51AM
ACT 0201704264 M 95 Años



LABORATORIO

Critical Test
Ordered On (Date/Time):
Report Results to (RN, MD):
Telephone or Extension:
Results Reported by:
Read Back Conducted by:

Procedimientos

URINALISIS

Impresión de Diagnóstico: BKP R/O UTI

URINALYSIS ROUTINE
Cantidad : 1

Desde

08/01/2017 9:51AM

[Handwritten signature]
8/1/17
cm

Solicitado vía:

Transcripción de Orden

Licencia: 5447

D.E.A.: _____

Lic. Narcóticos: _____

Ordenado por:

VILLAFANE SAN INOCENCIO, EDWIN

HOSPITAL HERMANOS MELENDEZ LAB CLINICO

BAYAMON MEDICAL PLAZA BUILDING

CARR. #2 KM 11.3

BAYAMON, PR 00959

DIRECTOR: LCDA. ADRIA M. GRIFFITH

LIC #57

CLIA # 40D0658006

TEL: (787) 786-1235 FAX: (787) 798-7145

002278408



Col. Tec. Med. P.R.

Pat. No.: 0000029

Paid 5 Cents

Exp: 4/30/2018

Num: 1804-003239255

Order Number	Location	Sup
016480001178423	MEDICINA SVO E	AMG

Date of Birth	Age	Sex	Page
1/01/1922	95 Años	M	1

Ordering Physician

VILLAFANE-SAN INOCENCIO, EDWI

Order Date	Collection Date
1 AUG 17 9:51AM	1 AUG 17 9:51AM
Received On	Reported On
1 AUG 17 10:48AM	1 AUG 17 12:28PM

Test	Units	Results	Flags	Normal Range
URINALYSIS				
COLOR.....		YELLOW		YELLOW
CLARITY.....		CLOUDY		CLEAR
GLUCOSE.....	MG/DL.....	NEGATIVE		NEGATIVE
BILIRUBIN.....		NEGATIVE		NEGATIVE
KETONE.....	MG/DL.....	NEGATIVE		NEGATIVE
SPECIFIC GRAVITY (RANDOM).....		1.010		1.001-1.035
PROTEIN.....	MG/DL.....	NEGATIVE		NEGATIVE
pH.....		7.0		4.6 - 8.0
UROBILINOGEN.....	EU/DL.....	0.2 E.U./dL		UP TO 1.0
NITRITE.....		NEGATIVE		NEGATIVE
BLOOD.....		TRACE-INTACT		NEGATIVE
LEUCOCYTES.....		LARGE		NEGATIVE
URINALYSIS - MICROSCOPIC				
CASTS.....	/LPF.....	NEGATIVE		NEGATIVE
W.B.C.....	/HPF.....	>50		NEGATIVE
R.B.C.....	/HPF.....	3-5		NEGATIVE
CRYSTALS.....		NEGATIVE		NEGATIVE
SQUAMOUS EPITHELIAL CELLS...	/LPF.....	MODERATE		
YEASTS.....		NEGATIVE		NEGATIVE
TRICHOMONAS SP.....		NEGATIVE		NEGATIVE
BACTERIA.....	/HPF.....	MODERATE		NEGATIVE
MUCOUS THREADS.....	/LPF.....	FEW		NEGATIVE

CONFIRMATORY TEST

BY: ATLAS 1 METHOD

PERFORMED&REVIEWED: L:6846 - YOLANDA PENA-HERNANDEZ

Order Created : 8/01/2017 9:51AM by Ana Ramos-Fuentes

Sample Number: 004428581 Taken : 8/01/2017 9:51AM by Ana Ramos-Fuentes

813A

813

HOSPITAL HERMANOS MELENDEZ LAB CLINICO

BAYAMON MEDICAL PLAZA BUILDING Col. Tec. Med. P.R.
CARR. #2 KM 11.3 Pat. No.: 0000029
BAYAMON, PR 00959 Paid 5 Cents
DIRECTOR: LCDA. ADRIA M. GRIFFITH Exp: 4/30/2018
Num: 1804-003239119

LIC #57 CLIA # 40D0658006 TEL: (787) 786-1235 FAX: (787) 798-7145
002277629 

Order Number	Location	Sup	
000200001177552	SALA EMERGENCIA	AMG	
Date of Birth	Age	Sex	Page
1/01/1922	95 Años	M	1

Ordering Physician**VILLAFANE-SAN INOCENCIO, EDWI**

Patient Name	Acc. No.
[REDACTED]	0201704264
URB JARDINES DE CAPARRA EDIF 13 APT 285 BAYAMON	RM: 00813^01 0000567278 7-3400
PR 00959 -	

Order Date	Collection Date
29 JUL 17 9:39PM	29 JUL 17 9:39PM
Received On	Reported On
29 JUL 17 10:07PM	1 AUG 17 9:19AM

Test	Units	Results	Flags	Normal Range
BACTERIOLOGY: ANAEROBIC BLOOD CULTURE				
ANAEROBIC LILAC BLOOD CULTURE BOTTLE				
PRELIMINARY REPORT: NO GROWTH AFTER 2 DAYS OF INCUBATION.				
PERFORMED&REVIEWED: L:2288- MARYANN HANEY-BRAVO Order Created : 7/29/2017 9:39PM by Dania Villanueva-Robles Sample Number: 004426779 Taken : 7/29/2017 9:39PM by Dania Villanueva-Robles				
<i>Dania</i>				

HOSPITAL HERMANOS MELENDEZ LAB CLINICO

BAYAMON MEDICAL PLAZA BUILDING
CARR. #2 KM 11.3
BAYAMON, PR 00959
DIRECTOR: LCDA. ADRIA M. GRIFFITH

LIC #57 CLIA # 40D0658006 TEL: (787) 786-1235 FAX: (787) 798-7145
002277629



Col. Tec. Med. P.R.
Pat. No.: 0000029
Paid 5 Cents
Exp: 4/30/2018
Num: 1804-003239118

Order Number	Location	Sup	
000200001177552	SALA EMERGENCI	AMG	
Date of Birth	Age	Sex	Page
1/01/1922	95 Años	M	1

Ordering Physician

VILLAFANE-SAN INOCENCIO, EDWI

Order Date	Collection Date
29 JUL 17 9:39PM	29 JUL 17 9:39PM
Received On	Reported On
29 JUL 17 10:07PM	1 AUG 17 9:19AM

Test	Units	Results	Flags	Normal Range
BACTERIOLOGY:CULTURE BLOOD AEROBIC BLOOD (1)				
AEROBIC BLUE BLOOD CULTURE BOTTLE (1):				
PRELIMINARY REPORT: NO GROWTH AFTER 2 DAYS OF INCUBATION.				
PERFORMED&REVIEWED: L:2288- MARYANN HANEY-BRAVO Order Created : 7/29/2017 9:39PM by Dania Villanueva-Robles Sample Number: 004426778 Taken : 7/29/2017 9:39PM by Dania Villanueva-Robles				

Ordenes Ancilares
Laboratorio
Orden Médica

Hospital Hermanos Meléndez
Carr # 2 KM 11.7
BAYAMON PR 00960



HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ

Nombre:

Queja Principal: FIERBRE DESDE ESTA MANANA Y TOS DESDE HACE 3 DIAS
Dx:

Dirección: URB JARDINES DE CAPARRA
EDIF 13 APT 285
BAYAMON PR 00959

Fecha Nacimiento: 01/01/1922 Edad: 95 Años Sexo: M
Estatura: 5ft 7in - 1m 70.18cm Peso: 170lb 0oz - 77kg 110.70g

Fecha Orden: 07/29/2017 7:19PM Orden: 1177535

Prioridad: Rutina

Alergias: PACIENTE DESCONOCE, PACIENTE DESCONOCE

Alertas:

Encuentro: 2017211253

Récord: 0000567278

Fecha de Admisión: 07/29/2017 04:40 PM

SSN: XXX-XX-6076

FSC: MEDICARE Y MUCHO MAS

Médico: NAJARRO CANIZALES, JUAN CARLOS

Especialidad: GENERALISTA

Estación Enfermería: CÚBICOLO B SALA DE EMERGENCIA

Cuarto/Cama:

Enfermero (a):

Creado Por: Juan Carlos Najarro Canizares

Impreso por: Juan Carlos Najarro Canizares

Hospital Hermanos Meléndez

0000567278 D05 07/29/2017 7:19PM
ACCT 2017211253 M 95 Años
0000567278

LABORATORIO

Critical Test

Ordered On (Date/Time):

Report Results to (RN, MD): _____

Telephone or Extension: _____

Results Reported On: _____

Read Back Conducted by: _____

Procedimientos

HEMATOLOGIA

Impresión de Diagnóstico: FIERBRE DESDE ESTA MANANA Y TOS DESDE HACE 3 DIAS

CBC (COMPLETE BLOOD COUNT W/DIFF)
Cantidad : 1

Desde

07/29/2017 7:19PM

- 1) NSS .9 IV 100 mL /hr
2) Leucopenia .500 mg IV 72hr x 1
3) 2ithromycin 200 mg IV 122hr x 2
4) ABG
5) Desdron 4mg IV x 1
6) Tessalon 10mg PO x 1
7) Acetaminophen 500mg PO x 2

Ordenado por:

e-signed

Licencia:

19495

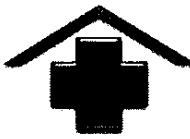
D.E.A.:

FN6574013

Lic. Narcóticos:

Ordenes Ancilares
Laboratorio
Requisición

Hospital Hermanos Meléndez
Carr # 2 KM 11.7
BAYAMON PR 00960



HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ

Nombre: [REDACTED]

Queja Principal: BKP R/O UTI
Dx: 4426775

Dirección: URB JARDINES DE CAPARRA
EDIF 13 APT 285
BAYAMON PR 00959

Fecha Nacimiento: 01/01/1922 Edad: 95 Años Sexo: M
Estatura: 5ft 7in - 1m 70.18cm Peso: 170lb 0oz - 77kg 110.70g

Fecha Orden: 07/29/2017 9:39PM Orden: 1177552
Prioridad: Rutina
Alergias: PACIENTE DESCONOCE, PACIENTE DESCONOCE
Alertas:

Encuentro: 0201704264 Récord: 0000567278
Fecha de Admisión: 07/29/2017 08:45 PM SSN: XXX-XX-6076
FSC: MEDICARE Y MUCHO MAS
Médico: VILLAFANE SAN INOCENCIO, EDWIN
Especialidad: INTERNISTA

Estación Enfermería: MEDICINE 8TH VIP (MIXED)
Cuarto/Cama: 813 01
Enfermero (a): VILLANUEVA ROBLES, DANIA
Creado Por: Dania Villanueva Robles SE

Impreso por: DANIA VILLANUEVA ROBLES SE

Hospital Hermanos Meléndez

MRN 0000567278 DOS 07/29/2017 9:39PM
ACCT 0201704264 M 95 Años
0000567278

LABORATORIO

Critical Test

Ordered On (Date/Time): _____

Report Results to (RN, MD): _____

Telephone or Extension: _____

Results Reported On: _____

Read Back Conducted by: _____

Procedimientos

HEMATOLOGIA

Impresión de Diagnóstico: BKP R/O UTI

2017 JUL 29 PM 9:57

RECEIVED LAB

CBC (COMPLETE BLOOD COUNT W/DIFF)

Cantidad : 1

Desde

07/29/2017 9:39PM

Ordenado por:

VILLAFANE SAN INOCENCIO, EDWIN

Solicitado vía:

Transcripción de Orden

Licencia: 5447

D.E.A.: _____

Lic. Narcóticos: _____

Ordenes Ancilares
Laboratorio
Requisición

Hospital Hermanos Meléndez
Carr # 2 KM 11.7
BAYAMON PR 00960



HOSPITAL HERMANOS MELENDEZ

Nombre: [REDACTED]

Queja Principal: BKP R/O UTI

Dx:

Dirección: URB JARDINES DE CAPARRA
EDIF 13 APT 285
BAYAMON PR 00959

Fecha Nacimiento: 01/01/1922 Edad: 95 Años
Estatura: 5ft 7in - 1m 70.18cm Peso: 170lb 0oz - 77kg 110.70g

Fecha Orden: 07/29/2017 9:39PM Orden: 1177552
Prioridad: Rutina
Alergias: PACIENTE DESCONOCE, PACIENTE DESCONOCE
Alertas:

Encuentro: 0201704264 Récord: 0000567278
Fecha de Admisión: 07/29/2017 08:45 PM SSN: XXX-XX-6076
FSC: MEDICARE Y MUCHO MAS
Médico: VILLAFANE SAN INOCENCIO, EDWIN
Especialidad: INTERNISTA
Estación Enfermería: MEDICINE 8TH VIP (MIXED)
Cuarto/Cama: 813 01
Enfermero (a): VILLANUEVA ROBLES, DANIA
Creado Por: Dania Villanueva Robles SE
Impreso por: DANIA VILLANUEVA ROBLES SE

Hospital Hermanos Meléndez

MRN 0000567278 DOS 07/29/2017 9:39PM
ACCT 0201704264 M 95 Años
0000567278

LABORATORIO

Critical Test

Ordered On (Date/Time):

Report Results to (RN, MD):

Telephone or Extension:

Results Reported On:

Read Back Conducted by:

Procedimientos

QUIMICA

Impresión de Diagnóstico: BKP R/O UTI

COMPREHENSIVE METABOLIC PANEL
Cantidad : 1

Desde

07/29/2017 9:39PM

Impresión de Diagnóstico: BKP R/O UTI

LIPID PROFILE
Cantidad : 1

Desde

07/29/2017 9:39PM

Impresión de Diagnóstico: BKP R/O UTI

TSH SERUM

(ref)

Desde

Solicitado vía:

Transcripción de Orden

Licencia: 5447

D.E.A.:

Lic. Narcóticos:

Ordenado por:

VILLAFANE SAN INOCENCIO, EDWIN

Ordenes Ancilares
Laboratorio
Requisición

Hospital Hermanos Meléndez
Carr # 2 KM 11.7
BAYAMON PR 00960



HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ

Nombre:

Queja Principal: BKP R/O UTI

Dx:

Dirección: URB JARDINES DE CAPARRA
EDIF 13 APT 285
BAYAMON PR 00959

Fecha Nacimiento: 01/01/1922 Edad: 95 Años Sexo: M
Estatura: 5ft 7in - 1m 70.18cm Peso: 170lb 0oz - 77kg 110.70g

Fecha Orden: 07/29/2017 9:39PM Orden: 1177552

Prioridad: Rutina

Alergias: PACIENTE DESCONOCE, PACIENTE DESCONOCE

Alertas:

Encuentro: 0201704264

Récord: 0000567278

Fecha de Admisión: 07/29/2017 08:45 PM

SSN: XXX-XX-6076

FSC: MEDICARE Y MUCHO MAS

Médico: VILLAFANE SAN INOCENCIO, EDWIN

Especialidad: INTERNISTA

Estación Enfermería: MEDICINE 8TH VIP (MIXED)

Cuarto/Cama: 813 01

Enfermero (a): VILLANUEVA ROBLES, DANIA

Creado Por: Dania Villanueva Robles SE

Impreso por: DANIA VILLANUEVA ROBLES SE

Hospital Hermanos Meléndez

MKN 000056/278 DOS 07/29/2017 9:39PM
ACCT 0201704264 M 95 Años
0000567278

LABORATORIO

Critical Test

Ordered On (Date/Time): _____

Report Results to (RN, MD): _____

Telephone or Extension: _____

Results Reported On: _____

Read Back Conducted by: _____

Procedimientos

URINALISIS

Impresión de Diagnóstico: BKP R/O UTI

Desde

07/29/2017 9:39PM

URINALYSIS ROUTINE

Cantidad : 1

Solicitado via:

Transcripción de Orden

Licencia: 5447

D.E.A.: _____

Lic. Narcóticos: _____

Ordenado por:

VILLAFANE SAN INOCENCIO, EDWIN



LABORATORIO CLINICO TOLEDO

CALLE PALMA 51
ARECIBO, PR 00612-4582

Col. Tec. Med. P.R.
Pat. No.: 0000054
Paid 5 Cents
Exp: 1/31/2018
Num: 1801-011921659

DIRECTOR: LCDA. ILIA M TOLEDO GARCIA
LIC #774 CLIA #40D0657994 TEL: (787) 880-0444 FAX: (787) 880-7281
007773808 0016-000119-000-8868

Patient Name	Patient ID#
[REDACTED]	813 160540
C/O HOSPITAL HNOS. MELENDEZ, INC.	7 3134 813 A
	00000

Client Information			
000119:000-HOSPITAL HNOS. MELENDEZ,			
Date of Birth	Age	Sex	Page
1/01/1922	95 Años	M	1
Ordering Physician			
[REDACTED]			

Collection Date	Order Date
JUL 29, 2017 9:39PM	JUL 31, 2017 6:56PM
Reported On	Supervised By
AUG 1, 2017 4:49AM	CVV JRR

	Units	Results	Units	Normal Range
COMPREHENSIVE METABOLIC PANEL				
FBS	MG/DL	106	85	110
BUN	MG/DL	19	8	26
CREATININE	MG/DL	0.86	0.40	1.30
BUN/CREATININE RATIO		22.09		
SODIUM	mMOL/L	136	136	150
POTASSIUM	mMOL/L	4.9	3.4	5.1
CHLORIDE	mMOL/L	103	90	115
CO2	mMOL/L	29.0	20.0	34.0
ANION GAP		8.90	7.00	25.00
CALCIUM	MG/DL	9.0	8.0	10.5
TOTAL BILIRUBIN	MG/DL	0.3	0.1	1.5
TOTAL PROTEIN	G/DL	6.6	6.0	8.8
ALBUMIN	G/DL	3.1 LOW	3.4	5.3
GLOBULIN	G/DL	3.50	2.10	3.70
ALBUMIN/GLOBULIN RATIO		0.89 LOW	1.00	2.80
AST (SGOT)	U/L	16	5	59
ALT (SGPT)	U/L	8	0	72
ALKP	U/L	153 HIGH	38	150
GLOMERULAR FILTRATION RATE	ML/MINS/1.73	>60.00		
GFR AFRO-AMERICANS	ML/MINS/1.73	>60.00		

BY ARCHITECT

TEST PERFORMED BY: L:7595- DAISY RODRIGUEZ-LOPEZ / L:7533- ROSANED D. LOPEZ-ROSADO
TEST VALIDATED BY: L:8453- JONATHAN RIVERA-RAMOS



LABORATORIO CLINICO TOLEDO

CALLE PALMA 51
ARECIBO, PR 00612-4582

Col. Tec. Med. P.R.
Pat. No.: 0000054
Paid 5 Cents
Exp: 1/31/2018
Num: 1801-011921054

DIRECTOR: LCDA. ILIA M TOLEDO GARCIA
LIC #774 CLIA # 40D0657994 TEL: (787) 880-0444 FAX: (787) 880-7281
007773808



Client Information

000119:000-HOSPITAL HNOS. MELENDEZ,

Date of Birth	Age	Sex	Page
1/01/1922	95 Años	M	1

Ordering Physician

Collection Date	Order Date
JUL 29, 2017 9:39PM	JUL 31, 2017 6:56PM

Reported On	Supervisor	M.D.
AUG 1, 2017 1:31AM	CVV	DRL

Test	Units	Results	Interpretation	Normal Range
------	-------	---------	----------------	--------------

LIPID PANEL

CHOLESTEROL	MG/DL	159	133	200
TRIGLYCERIDES	MG/DL	62	10	200
HDL	MG/DL	47	40	60
VLDL	MG/DL	12.40	5.00	40.00
LDL	MG/DL	99.60	0.00	100.00
CHOLESTEROL/HDL		3.38		

Note:

	Female	Male
Risk 1/2 Average	3.27	3.43
Risk Average	4.44	4.97
Risk 2X Average	7.05	9.55

LDL/HDL

2.12

Note:

	Female	Male
Risk 1/2 Average	1.47	1.00
Risk Average	3.22	3.55
Risk 2X Average	5.03	6.26

TEST PERFORMED BY: L:7533- ROSANED D. LOPEZ-ROSADO
TEST VALIDATED BY: L:7595- DAISY RODRIGUEZ-LOPEZ

ORIGINAL

V6.30x

PUERTO RICO CHILDREN'S HOSPITAL-LAB.

CARR. #2 KM 11.6

Col. Tec. Med. P.R.

BO. PAJAROS INTERIOR

Pat. No.: 0000073

BAYAMON, PR 00959

Paid 5 Cents

DIRECTOR: LCDA. ALMA C. COLON-#1879

Exp: 4/30/2018

Num: 1804-000743234

LIC #1196 CLIA # 40D1098313

TEL: (787) 474-8282 FAX: (787) 474-1371

002277628



Order Number	Location	Sup
000200001177551	SALA EMERGENCI	ACC

Date of Birth	Age	Sex	Page
1/01/1922	95 Años	M	1

Ordering Physician
VILLAFANE-SAN INOCENCIO, EDWI

Patient Name	Acc. No.
[REDACTED]	0201704264
URB JARDINES DE CAPARRA	RM: 00813^01
EDIF 13 APT 285	0000567278
BAYAMON	PR 00959-

Order Date	Collection Date
29 JUL 17 9:37PM	29 JUL 17 9:37PM
Received On	Reported On
29 JUL 17 9:55PM	29 JUL 17 10:03PM

Test	Units	Results	Flags	Normal Range
BLOOD GASES				
pH.....		7.406		7.350 7.450
PCO2.....	MM Hg.....	41.00		35.00 45.00
PO2.....	MM Hg.....	137.90	HIGH	70.00 100.00
* HCO3-act (BICARBONATE)	MMOL/L.....	25.20		20.00 26.00
* BE(B).....	MMOL/L.....	0.4		
* ctCO2.....	MMOL/L.....	26.40		19.00 29.00
* O2 SAT(est).....%%	98.80	HIGH	90.00 95.00

Blood Gases Reference Values

	Arterial	Capillary	Venous
pH	7.35 - 7.45	7.35 - 7.45	7.32 - 7.42
PCO2 (mm Hg)	35 - 45	35 - 45	38 - 52
PO2 (mm Hg)	70 - 100	60 - 80	24 - 48
HCO3 (mmol/L)	19 - 25	19 - 25	19 - 25
BE(B) (mmol/L)	-5 to +5	-5 to +5	-5 to +5
ctCO2 (mmol/L)	19 - 29	19 - 29	23 - 33
O2 saturation(%)	90 - 95	90 - 95	40 - 70

REFERENCE: PEDIATRIC & NEONATAL DOSAGE HANDBOOK 18TH EDITION.

NOTE: VENOUS BLOOD GASES CAN BE USED TO ASSESS ACID-BASE STATUS, NOT OXYGENATION. PCO2 AVERAGE 6-8 MM Hg HIGHER THAN PaCO2 AND pH IS SLIGHTLY LOWER. PERIPHERAL VENOUS SAMPLES ARE STRONGLY Affected BY THE LOCAL CIRCULATORY AND METABOLIC ENVIRONMENT.

* = CALCULATED VALUES.

ALLEN'S TEST.....SATISFACTORY

BY: SIEMENS-RAPIDLAB 1240.

PERFORMED&REVIEWED: L:8476- MELISSA VELEZ-MENDEZ

Order Created : 7/29/2017 9:37PM by Carlos Fernandez-Ruiz

Sample Number: 004426774 Taken : 7/29/2017 9:37PM by GLORIA COLOM-RODRIGUEZ

Ordenes Anciliares
Laboratorio
Requisición

Hospital Hermanos Meléndez
Carr # 2 KM 11.7
BAYAMON PR 00960



HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ

Nombres: [REDACTED]

Queja Principal: BKP R/O UTI
Dx:

Dirección: URB JARDINES DE CAPARRA
EDIF 13 APT 285
BAYAMON PR 00959

Fecha Nacimiento: 01/01/1922 **Edad:** 95 Años **Sexo:** M
Estatura: 5ft 7in - 1m 70.18cm **Peso:** 170lb 0oz - 77kg 110.70g

Fecha Orden: 07/29/2017 9:37PM **Orden:** 1177551
Prioridad: Rutina
Alergias: PACIENTE DESCONOCE, PACIENTE DESCONOCE
Alertas:

Encuentro: 0201704264 **Récord:** 0000567278
Fecha de Admisión: 07/29/2017 08:45 PM **SSN:** XXX-XX-6076
FSC: MEDICARE Y MUCHO MAS
Médico: VILLAFANE SAN INOCENCIO, EDWIN
Especialidad: INTERNISTA

Estación Enfermería: MEDICINE 8TH VIP (MIXED)
Cuarto/Cama: 813 01
Enfermero (a):
Creado Por: Carlos Fernandez Ruiz TR

Impreso por: CARLOS FERNANDEZ RUIZ TR

MEJICO CRUZ NATIVIDAD
Lab Req: 002277628 7/29/17 9:37PM Sx: M
Sample: 004426774 FN: 1/01/1922 Firma:
Acc: 0201704264 R#: 0000567278 Rm: 0081301
BLOOD GASES



Hospital Hermanos Meléndez

MINI-CROSS 7/29/2017 9:37PM
ACCT 0201704264 M 95 Años
0000567278

LABORATORIO

Critical Test
Ordered On (Date/Time): _____
Report Results to (RN, MD): _____
Telephone or Extention: _____
Results Reported On: _____
Read Back Conducted by: _____

Procedimientos

QUIMICA

Impresión de Diagnóstico: BKP R/O UTI E1 O: 1.6

Desde

07/29/2017 9:37PM

ARTERIAL BLOOD GASES ABGS
Cantidad : 1
Ventury Mask: _____ Canula Nasal: 2L Non-Rebreathing Mask: _____
Biap IPAP: _____ EPAP: _____
VT: _____ RR: _____ FIO2: _____ PEEP: _____
VT Spont.: _____ RR Spont: _____
Mode: PSV: _____ Sample Drawn By: C. Fernandez 2637 Hour: 9:35 AM
Allen's Test Satisfactory: + Unsatisfactory: _____ Patient Hgb: _____ Patient Temp: _____
Puncture Site: 1421 izquierdo Pressure Puncture Time : (> 5 min) Y N _____
Analyzed by: _____ Date: _____ Time: _____
Comentarios

Solicitado via:
2017 JUL 29 PM 9:49
Juan Capricho de Orden

Licencia: 5447
RECEIVED LAB _____
Lic. Narcóticos: _____

Ordenado por:
VILLAFANE SAN INOCENCIO, EDWIN

SICA

PUERTO RICO CHILDREN'S HOSPITAL-LAB.

CARR. #2 KM 11.6
BO. PAJAROS INTERIOR
BAYAMON, PR 00959
DIRECTOR: LCDA. ALMA C. COLON-#1879

LIC #1196 CLIA # 40D1098313 TEL. (787) 474-8282 FAX: (787) 474-1371

002277628



Col. Tec. Med. P.R.
Pat. No.: 0000073
Paid 5 Cents
Exp: 4/30/2018
Num: 1804-000743234

Order Number	Location	Sup
000200001177551	SALA EMERGENCI	ACC

Date of Birth	Age	Sex	Page
1/01/1922	95 Años	M	1

Ordering Physician

VILLAFANE-SAN INOCENCIO, EDWI

Order Date	Collection Date
29 JUL 17 9:37PM	29 JUL 17 9:37PM
Received On	Reported On
29 JUL 17 9:55PM	29 JUL 17 10:03PM

Test	Units	Results	Flags	Normal Range
BLOOD GASES				
pH.....		7.406		7.350 7.450
pCO2.....	MM Hg.....	41.00		35.00 45.00
pO2.....	MM Hg.....	137.90	HIGH	70.00 100.00
* HCO3-act (BICARBONATE).....	MMOL/L.....	25.20		20.00 26.00
* BE(B).....	MMOL/L.....	0.4		
* ctCO2.....	MMOL/L.....	26.40		19.00 29.00
* O2 SAT(est).....	%.....	98.80	HIGH	90.00 95.00
Blood Gases Reference Values				
Arterial Capillary Venous				
pH	7.35 - 7.45	7.35 - 7.45		7.32 - 7.42
pCO2 (mm Hg)	35 - 45	35 - 45		38 - 52
pO2 (mm Hg)	70 - 100	60 - 80		24 - 48
HCO3 (mmol/L)	19 - 25	19 - 25		19 - 25
BE(B) (mmol/L)	-5 to +5	-5 to +5		-5 to +5
ctCO2 (mmol/L)	19 - 29	19 - 29		23 - 33
O2 saturation (%)	90 - 95	90 - 95		40 - 70
REFERENCE: PEDIATRIC & NEONATAL DOSAGE HANDBOOK 18TH EDITION.				
NOTE: VENOUS BLOOD GASES CAN BE USED TO ASSESS ACID-BASE STATUS, NOT OXYGENATION. PCO2 AVERAGE 6-8 MM Hg HIGHER THAN PaCO2 AND pH IS SLIGHTLY LOWER. PERIPHERAL VENOUS SAMPLES ARE STRONGLY AFFECTION BY THE LOCAL CIRCULATORY AND METABOLIC ENVIRONMENT.				
* = CALCULATED VALUES.				
ALLEN'S TEST.....SATISFACTORY				
BY: SIEMENS-RAPIDLAB 1240.				
PERFORMED&REVIEWED: L:8476- MELISSA VELEZ-MENDEZ				
Order Created : 7/29/2017 9:37PM by Carlos Fernandez-Ruiz				
Sample Number: 004426774 Taken : 7/29/2017 9:37PM by GLORIA COLOM-RODRIGUEZ				

alta 8/2017

HOSPITAL HERMANOS MELENDEZ LAB CLINICO			
BAYAMON MEDICAL PLAZA BUILDING CARR. #2 KM 11.3 BAYAMON, PR 00959		Col. Tec. Med. P.R. Pat. No.: 0000029 Paid 5 Cents Exp: 4/30/2018 Num: 1804-003240749	
LIC #57	CLIA # 40D0658006	TEL (787) 786-1235	FAX: (787) 798-7145
002277629			

Order Number	Location	Sup	
000200001177552	SALA EMERGENCIA	AMG	
Date of Birth	Age	Sex	Page
1/01/1922	95 Años	M	1
Ordering Physician			
VILLAFANE-SAN INOCENCIO, EDWI			
Order Date	Collection Date		
29 JUL 17 9:39PM	29 JUL 17 9:39PM		
Received On	Reported On		
29 JUL 17 10:07PM	4 AUG 17 8:45AM		

Test	Units	Results	Flags	Normal Range
<i>Cynas</i>				
BACTERIOLOGY: ANAEROBIC BLOOD CULTURE				
ANAEROBIC LILAC BLOOD CULTURE BOTTLE				
PRELIMINARY REPORT: NO GROWTH AFTER 2 DAYS OF INCUBATION.				
FINAL REPORT: NO GROWTH AFTER 5 DAYS OF INCUBATION.				
BACTERIOLOGY: CULTURE BLOOD AEROBIC BLOOD (1)				
AEROBIC BLUE BLOOD CULTURE BOTTLE (1):				
PRELIMINARY REPORT: NO GROWTH AFTER 2 DAYS OF INCUBATION.				
FINAL REPORT: NO GROWTH AFTER 5 DAYS OF INCUBATION.				
PERFORMED&REVIEWED: L:2817- AUREA E. MAS Order Created : 7/29/2017 9:39PM by Dania Villanueva-Robles Sample Number: 004426778 Taken : 7/29/2017 9:39PM by Dania Villanueva-Robles Sample Number: 004426779 Taken : 7/29/2017 9:39PM by Dania Villanueva-Robles				

813A

HOSPITAL HERMANOS MELENDEZ LAB CLINICO

BAYAMON MEDICAL PLAZA BUILDING

CARR. #2 KM 11.3

BAYAMON, PR 00959

DIRECTOR: LCDA. ADRIA M. GRIFFITH

LIC #57

CLIA # 40D0658006

TEL: (787) 786-1235 FAX: (787) 798-7145

002277629



Col. Tec. Med. P.R.

Pat. No.: 0000029

Paid 5 Cents

Exp: 4/30/2018

Num: 1804-003238132

Order Number	Location	Sup	
000200001177552	SALA EMERGENCI	AMG	
Date of Birth	Age	Sex	Page
1/01/1922	95 Años	M	1

Ordering Physician

VILLAFANE-SAN INOCENCIO, EDWI

Patient Name	Acc. No.
[REDACTED]	0201704264
URB JARDINES DE CAPARRA EDIF 13 APT 285 BAYAMON	RM: 00813^01 0000567278 PR 00959- 7-7895

Order Date	Collection Date
29 JUL 17 9:39PM	29 JUL 17 9:39PM
Received On	Reported On
29 JUL 17 10:07PM	29 JUL 17 10:19PM

Test	Units	Results	Flags	Normal Range
HEMATOLOGY : COMPLETE BLOOD COUNT W/DIFF				
WHITE BLOOD COUNT.....	$\times 10^3/\mu\text{L}....$	11.16	HIGH	4.80 10.80
RED BLOOD COUNT.....	$\times 10^6/\mu\text{L}....$	4.657	LOW	4.700 6.100
HEMOGLOBIN.....	g/dL.....	13.44	LOW	14.00 18.00
HEMATOCRIT.....	%.....	42.46		42.00 52.00
MCV.....	fL.....	91.17		80.00 94.00
MCH.....	pg.....	28.86		27.00 31.00
MCHC.....	g/dl.....	31.65	LOW	32.00 36.00
RDW.....	%.....	16.06	HIGH	11.50 14.50
PLATELETS.....	$10^3/\mu\text{L}....$	323.60		150.00 400.00
MPV.....	fL.....	8.07		7.40 10.40
DIFERENTIAL				
NEUTROPHILS.....	%.....	73.79		42.20 75.20
LYMPHOCYTES.....	%.....	18.52	LOW	20.50 51.10
MONOCYTES.....	%.....	7.05		1.70 13.00
EOSINOPHILS.....	%.....	0.42		0.00 10.00
BASOPHILS.....	%.....	0.22		0.00 0.80
NEUTROPHILS #.....	$10^3/\mu\text{L}....$	8.23	HIGH	1.40 6.50
LYMPHOCYTES #.....	$10^3/\mu\text{L}....$	2.07		2.00 3.40
MONOCYTES #.....	$10^3/\mu\text{L}....$	0.79		0.10 1.10
EOSINOPHILES #.....	$10^3/\mu\text{L}....$	0.05		0.00 0.70
BASOPHILES #.....	$10^3/\mu\text{L}....$	0.02		0.00 0.20

RBC MORPHOLOGY

Anisocytosis.....1+

Comments:

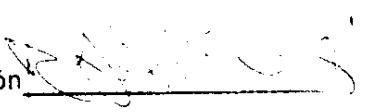
BY:..... LH 750-2 METHOD

PERFORMED&REVIEWED: L:7147- ADY NEGRON-ADORNO

Order Created : 7/29/2017 9:39PM by Dania Villanueva-Robles

Sample Number: 004426775 Taken : 7/29/2017 9:39PM by Dania Villanueva-Robles

~~DATE: 8/10/17
C.R.H.: Orla~~

Compaginación 

Análisis 

Codificación 

P.A.S 