PACIEN		UNIDAD OPERATIVA									COD. LOCALIZACIÓN PARROQUIA CANTÓN PROVINCIA						NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA						
PRIVA	HOSPITAL SOLCA								PA	PARROQUIA CANTÓN 4 1				17	-	HIS	1095						
1 PECISTRO DE ADMISIÓN																							
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE Nº CÉDULA DE CIUDADANÍA																							
ANRRANGO	RON	<u> </u>						JOSUE							T		1760683084						
DIRECCIÓN DE RESIDENC	ZANA Y C														NA PR)	Nº TELÉFONO							
QUITO TUMBACO SEC	E LOS F	LOS PINOS LA TOLA					co quiti			O PICHINCHA				Π	R		0980602783						
FECHA NACIMIENTO	NACIO	NACIONALIDAD (PAÍS) GRUPO CULTU						EDAD GENERO EN AÑOS CUMPLIDOS M F SOL							DO CIV		14	INSTRUCCIÓN ULTIMO AÑO APROBADO					
21/4/2021	ECUATORIANO MESTIZO							2 X X										INFANTE					
FECHA DE ADMISIÓN	EMPRESA DONDE TRABAJA							TIPO DE SEGURO DE SALUD								REFERIDO DE:							
11/8/2023		NO APLICA							IESS								AUTOREFERIDO						
EN CASO NI	ECESARIO AVI	SAR A:	FUE	FUENTE DE INFORMACIÓN							DIRECCIÓN							nº TELÉFONO					
ROSA	CALDERO	N		MADRE QUITO TU							ECTO				IICA	PSJ	É	0987829085					
FORM	A DE LLEGADA	<u> </u>	FUENTE DE INFORMACIÓN								ONA Q				ACIEN	ITE		Nº TELÉFONO					
AMBULATORI X AMBU	JLANCIA	OTRO TRANSPORTE		NO APLICA						NO APLICA								NO APLICA					
2 INICIO DE ATENCIÓN Y MOTIVO																							
HORA 6H54	TR	AUMA	CAL	CAUSA CLÍNICA X CAUSA G. OBST						A	C.	AUSA	QUIR	JRGIC	A	Ì		GRUPO					
NOTIFICACION A LA POLICIA	OTRO	мотічо		FIEBRE													S	ANGU		OPOS			
3 ACCIDENTE	E, VIOLE	ENCIA, INT	OXIC	CACI	ÓN, E	NV	ENE	ENA	MIE	NT	0 0	QL	JEN	/AL	UF	RΑ			4,2	NO X			
FECHA YHORA LUGAR DEL DIRECCIÓN CUSTOD												CUSTODIA POLICIAL											
ACCIDENTE DE TRANSITO	CAÍDA	URA						VENTO	o l	T	CUERPO EXTRAÑO			A	PLAS	TAMIEN	по	OTRO ACCIDENTE					
VIOLENCIA X	VIOLENCIA X ARMA C.	VIOLENC						ABUSO FÍSICO			\dagger	ABUSO			1	ABUSO SEXUAL			OTRA VIOLENCIA				
ARMA DE FUEGO	PUNZANTE RINA			FAMILIAR ÓN INHALACIÓN DE				OTRA				PSICOLÓGICO ENVENENAMIENT			+				-				
ALCOHOLICA A	SAS													ADURA	URA ANAFILAXIA								
OBSERVACIONES																							
					· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·											At 15	NTO	ī		ALOR			
																	ico	<u> </u>		OCHECK			
4 ANTECEDE	NTES P	ERSONAL	ES Y	/ FA	MILIAI	RES	;				DESC	RIBIR	ABAJ(), REG	ISTRA	NDO	EL NÚI	MERO F	RESPE	CTIVO NO APLICA			
1. ALÉRGICO de	GICO	ICO 4. TRAUMATÓG. 5. QUIRÚ						RGICO 6. FARMACOLÓG.						7.	OTRO	7)	(
SINDROME MIELODISI	PLÀSICO M			INMUN	OGLOB	JLINA	ANT	TIMO	CITIC	A SE	GUN	DO C	ICL) (18/	07/2	3), C	ICLO	SPOR	INA	DIA 71			
E ENEEDMEDAD ACTUAL V DEVICIÓN DE CICTEMAC CRONOLOGIA-LOCALIZACION-CARACTERISTICAS-: NO ;																							
5 ENFERIVIEUAD ACTUAL T REVISION DE SISTEMAS INTENSIDAD FRECUENCIA FACTORES AGRAVANTES APLICA																							
VÍA AÉREA LIBRE X VÍA AÉREA OBSTRUÍDA CONDICIÓN ESTABLE X CONDICIÓN INESTABLE MADRÉ REFIERE QUE HOY A LA MADRUGADA PACIENTE PRESENTA ALZA TERMICA, ADEMAS DE SENSACIÓN DE DOLOR A NIVEL ABDOMINAL Y EN																							
EXTREMIDADES INFE	RIORES, PC																						
DEPOSICION NORMAL	-																						
6 CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR																							
	T		T					EVOLUCIÓN				SE MODIFICA CON			ON:	Γ	ALIVI	CON	:	APLICA A			
REGIÓN		PUNTO	8	٦	8 8	-	٥	8	8	9	ol	ž l			o Z	ပ္တ				8-10 GRAVE			
ANATÓMICA		DOLOROSO	LOCALIZAD	DIFUSO	REFERIDO	AGUDO	AGUSA SUB AGUSA	CRÓNICO	ері здок со	CONTINUO	COLICO	POSICIÓN	INGESTA	ESFUERZO	PRESIÓN	ANALGÉSIC	ANTIESPAS	OPIACEO		5-7 MODERADO			
			- 2 -	+	₹ ₹	 	<u> </u>	Ö	<u> </u>	ಕ	-	a	=	8		*	₹×	l °	9				
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	-			┼╌┤				 	-							-	+	┼					
			-	\dashv	-	-	$\vdash \vdash$								_	+							
							<u> </u>	<u></u>				1					Т	<u></u>					

7 SIGNOS VITALES, MEDICIONES Y VALORES																		
PRESION . F. CARDIACA . F. RESPIRAT, TEMP.										_	TEMP. A	GLAR DE S	PES	• 1	40.0			38 2.3≥
GLASGOW	- T		min VERBAL (5)	180	min MOTORA (6)	6	TOTAL (15)	℃	REACCI		2 M/	38,5	2 MM	T. LLEN		SAT	URA	80 84%
8 EXAMEN FÍSICO R= REGIONAL S= SISTÉMICO R= REGIONAL S= SISTÉMICO R= REGIONAL S= SISTÉMICO SP = CON EVIDENCIA DE PATOLOGÍA. MARCAR "X" Y DESCRIBÍR ABAJO ANOTANDO EL NÚMERO Y LETRA CORRESPONDIENTES MARCAR "X" Y NO DESCRIBR														.Albo.				
	C P	8 P		3- 3K	CP SP	<u> </u>		10,700	CP S				CP S		NACOA	AIROD	C	
1-R PEL-	FANERAS	X	, 6-R	ВОС	^ X	. 11-R		ABDOMEN	 		1-S	DRGANOS DE LO SENTIDO		6	s	URINA	- 1	X
2-R	CABEZA	X	7-R	ORO FARINGE A 12-R VERT				RTEBRAL	X		2-\$	RESPIRATOR	ю;)	X 7.S		MUSCU ESQUELÉTI		X
3-R	A A A										3-S C	ARDIO VASCULA	IR X	8-	S	ENDOCR	NO	X
4-R	oioos	X	9-R AXILAS - MAMAS X 14-R SUP						: IX		4-S	DIGESTIV	ю Х	9-	S HE	MO LINFÁTI	со	X
S.R. MARY Y 10.R. TORAY Y 15.0 ME								ERIORES	X		5-S	GENITA	L X	10-	S I	EUROLÓGI	co	X
ANTECDEN BACTEREM INTENSIVO	E, DOLORO: TE DE EXAM IIA YA SIN FII S.	EBRI	S SE INICIO E ES VALOR	ON ANTII	BIO	ULTAD	ERAPIA , SIN	EMBARC RIA SE D	MEMBRUR ROTA PRESEI CIÓP BORRAN TO RADO	PERSIS E SU INC BSTÉT ABORTOS SEMANAS GESTACIÓN WAS IS	TIR CON SRESO A	NO APLICE ESAGEA PUMENT FETAL	AX					
11 HEMATOMA 12 ERITEMA / INFLAMACION 13 LUXACION / ESGLINCE 14 GUENADURA 15 REGISTRAR ABAJO COMENTARIOS Y RESULTADOS, ANOTANDO EL NUMERO APLICA 1 BOVETRÍA X 3. QUIMCA 4. S. GASOMETRÍA X 7. ENDOSCOPIA 9. R.X. ABDOMEN 11. TOMOGRAFÍA 15. NTERCONSULTA X																		
2 UROANALISIS	IIPOANALISIS A ELECTROLITOS S. ELECTRO A PLYTORAV								R-X ÓSEA	+		RESONANCIA	14. 5	COGRAF	lA .	16, 07		
				CARDIOGRAM	IA]		^	<u>. 1</u>					I A	DOMEN		1 ,0.01	.,,,,,	X
15, UCI// 16. HEMOCULTIVOS, PCR, PCT 12 DIAGNÓSTICO DE INCRESO PRESENTIVO DE LA TA PRESENTIVO DEL LA TA PRESENTIVO DE LA TA P																		
	NÓSTICO I			DEF= DE	FINITIVO	CIE	PRE DE									F= DEFINITIVO CIE PR		
SINDROME MIELODISPLASICO, SIN OTRA ESPECIFICACION D46.9								ΩL^{1}	, ,		CIVIE	ESPECIFIC		3 N U		D46.9		X
2								_ 2	2			FIEBRE SIN	FOCO			R50.9		X
3								ا ل		INS	UFICIE	NCIA RESPI	RATORIA	AGUI)A	J96		X
14 PLA	N DE TR	AT.	AMIENT	0							*****		[5 4 11]	en de	- 3 55	gi.	• • •	· fce
	INDICAC		PRINCIPIO	D AC		DICAMENTO NCENTRACIÓN Y				POSOL	OGÍA							
ANTIBIOTIC			CEFEPII	ME						550 MG IV STAT								
ANTITERMIC		PARACE	ETA	MOL					160 MG IV STAT									
NGRESO A	····																	
	***************************************			·····														
15 ALT	Δ									=		r i jege						
DOMICILIO		RESAVIVO	1	/ E	N CONDICIÓN N		ONDICIÓ	N]	DIAS D									
DOMICILO CINTERNA OGBERVACION INTERNACION X REFERENCIA SERVICIO DE REFERENCIA ONCOLOGÍA PEDIATRICA ESTABLECIMIEDAS SOLCA QUITO									ERTO EN	+		ESTABLE A	t	ESTABLE		INCAPACI	DAD	
FECHA DE					r PROFES		,,,,,	ji EME	ERGENCIA				М	ANEJ	J HOSP	TALARIC		
CONTROL	11/8/202		FINALIZACIÓN	9H03	YCÓ		DRA P	ONCE/	DR VILL	ACI	s	FIRMA	A .			HO.	IA	<u> </u>

SOLCA NUCLEO DE QUITO Dra. Gabrieta Lema PEDIATRA C.I.: 1003377650

SOLCA NÚCLEO DE QUITO EMERGENCIA

EMERGENCIA (2)
SOLCA NUCLEO DE QUITO
LY. Jonathan Villacia
MEDICO PESICENTE
C.L.: 17199905.1