



CERTIFICADO MÉDICO

1. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO/USUARIO

Establecimiento de salud: HOSPITAL GENERAL GUSTAVO DOMÍNGUEZ ZAMBRANO

Dirección: AV. LAS DELICIAS ENTRE QUITO Y YANUNCAY

Teléfono: (02) 383 6260 - Extencion 1006

Correo Electrónico: hgdzadmisiones@gmail.com

Lugar: SANTO DOMINGO

Fecha de emisión (dd/mm/aaaa): 26-11-2024

Certifico que:

PULLAS RECALDE CARLOS ALBERTO

(Apellidos y Nombres completos)

Institución /empresa: NO REFIERE

Puesto de trabajo: NO REFIERE

N.º Cédula de Identidad /Pasaporte: 1716731573

N.º . Historia Clínica: 1716731573

2. MOTIVO DEL AISLAMIENTO / ENFERMEDAD

Tipo de contingencia:

Enfermedad general,

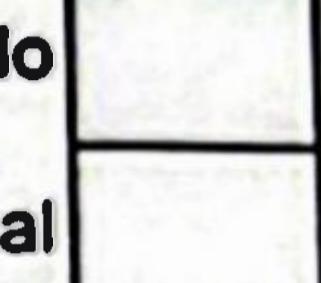


Accidente grave debidamente certificado

Enfermedad catastrófica

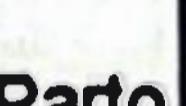
Presunción de accidente de trabajo

Presunción de enfermedad profesional u ocupacional

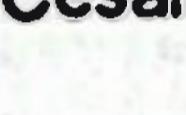


De maternidad

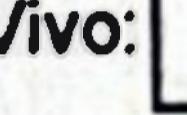
Parto



Cesarea



Nace Vivo:



Fecha del Nacimiento:

(dd/mm/aaaa)

Ingreso a Hospitalización (marca con X):

Si No Desde:

(dd/mm/aaaa)

Hasta:

(dd/mm/aaaa)

Diagnóstico: CALCULO DEL RIÑON

Código CIE10: N200

Enfermedad (marcas con X):

PACIENTE CON CUADRO DE DOLOR ABDOMINAL YA ACUDIO DIAS ANTERIORES EN DONDE REALIZARON UNA UROTAC Y EVIDENCIAN LITIASIS RENAL DERECHA ES ENVIADO AL DOMICILIO CON SIGNOS DE ALARMA CUIDADOS GENERALES TANSULOSINA 0.4MG VO QD, AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE VALORADO NUEVAMENTE POR UROLOGIA QUIEN RECOMIENDA TOMAR FUROSEMIDA 40MG VO QD HASTA LA ELIMINACION DE CALCULO SE LE EXPLICA SIGNOS DE ALARMA Y CONTROLES POR CONSULTA EXTERNA DE UROLOGIA Y REPOSO DE 48 HORAS.

Días en letras

Aislamiento (marcas con X):

Total, de días concedidos:

2	D O S
(En números)	(letras)

Desde:

26/11/2024
(dd/mm/aaaa)

veintiseis de noviembre de dos mil veinticuatro

Días en letras

Hasta:

27/11/2024
(dd/mm/aaaa)

veintisiete de noviembre de dos mil veinticuatro

Días en letras

Nombres y Apellidos del Médico:

PATRICIA VERONICA MORALES CABEZAS

N.º Cédula de Identidad del Médico:

1715514715

Especialidad:

EMERGENCIOLÓGA

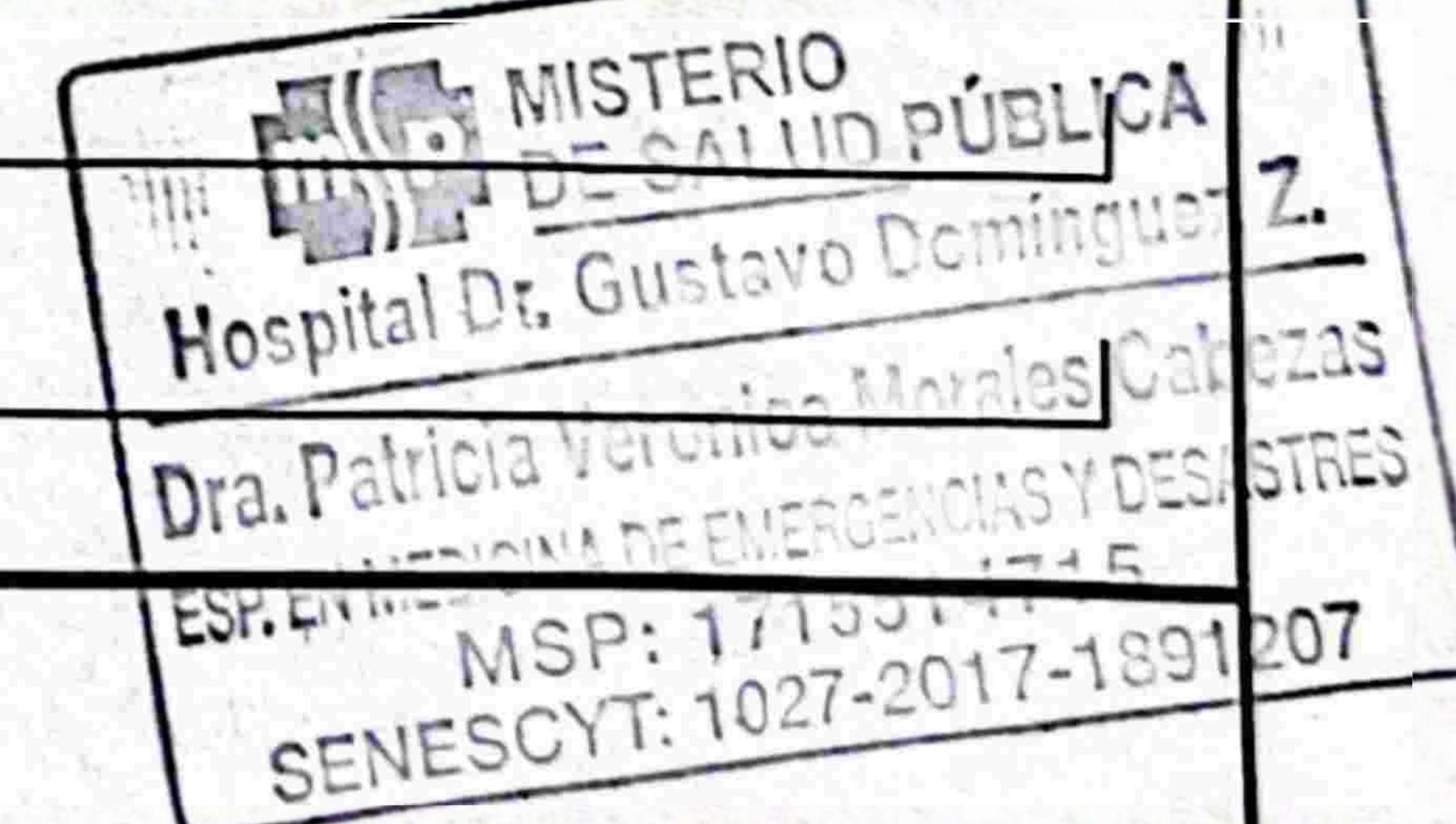
Correo electrónico del Médico:

hgdzadmisiones@gmail.com

Teléfono del profesional:

(02) 383 6260 - Extencion 1006

El presente documento debe ser emitido de acuerdo los requisitos y análisis médico requerido, en caso de información falsa o de alteración, se procederá de acuerdo al Código Orgánico Integral Penal, artículo 328.



Médico

Firma /Sello /Código