

CERTIFICADO MÉDICO

1. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO/USUARIO

Establecimiento de salud: HOSPITAL GENERAL GUSTAVO DOMINGUEZ 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
(dd/mm/aaaa)
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, ☒ Enfermedad catastrófica ☐ Accidente grave debidamente certificado ☐
Presunción de enfermedad profesional u ocupacional ☐
Presunción de accidente de trabajo ☐
De maternidad ☐ Parto ☐ Cesarea ☐ Nace Vivo: ☐ Fecha del Nacimiento:
(dd/mm/aaaa)
Ingreso a Hospitalización (marca con X): Si ☒ No ☐ Desde: Hasta:
(dd/mm/aaaa) (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.

Dias en letras

Aislamiento (marcas con X): ☐

Total, de días concedidos:

2 DOS
(En (letras)
números)

Desde:

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

veintiseis de noviembre de dos mil veinticuatro

Dias en letras

Hasta:

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

veintisiete de noviembre de dos mil veinticuatro

Dias en letras

Nombres y Apellidos del Médico:

PATRICIA VERONICA MORALES CABEZAS

N.º Cédula de Identidad del Médico:

1715514715

Especialidad:

EMERGENCIOLOGA

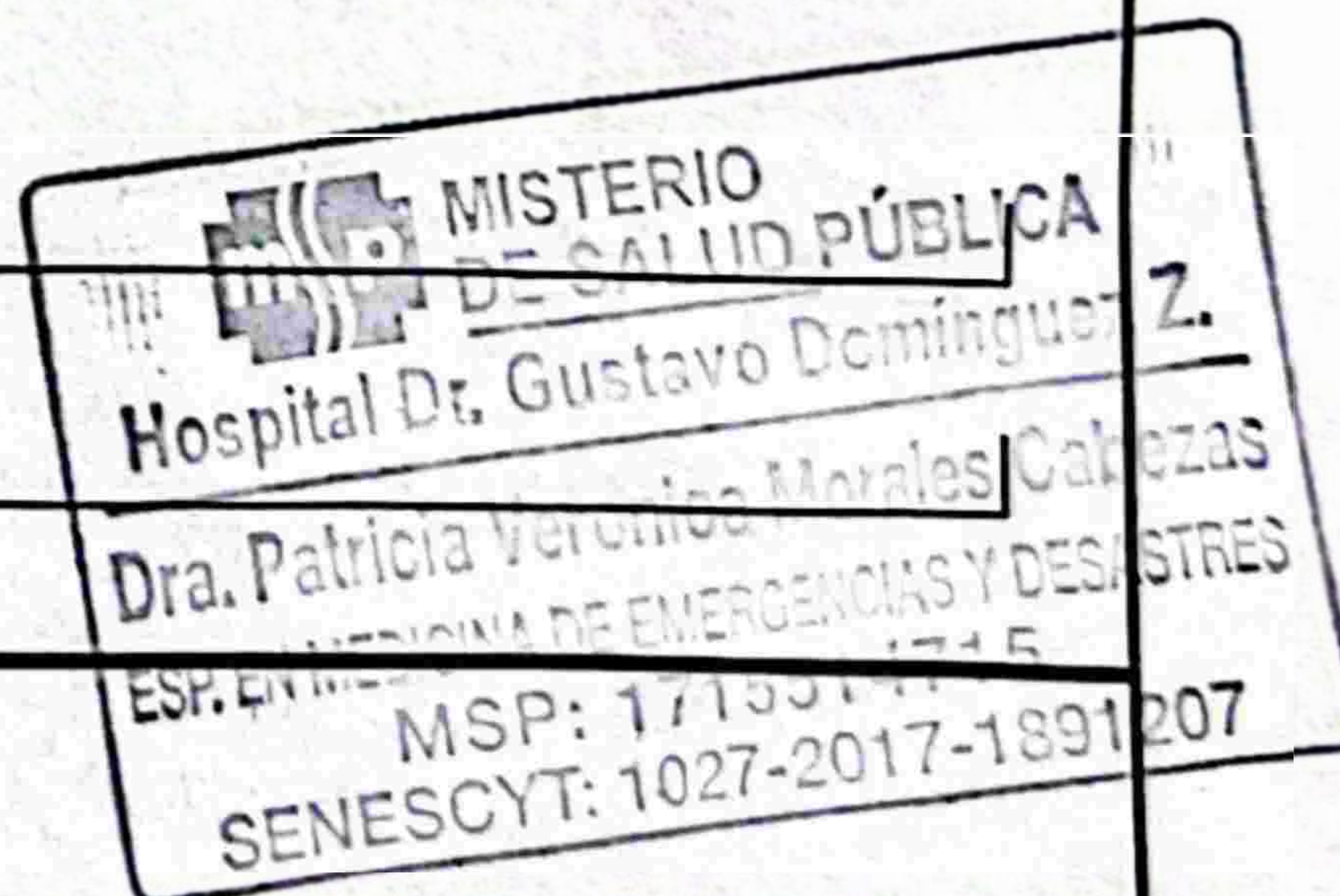
Correo electrónico del Médico:

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