



(UAT) - CENTRO MEDICO DEL CARIBE S.A

RUC. 1279-193-25605 D.V. 97

Apdo. Tels. 441-4420

FAX 441-4671

EXPEDIENTE

CUARTO DE URGENCIAS

a.thompson

07/10/2015 04:08:48 PM

Exp. No. 86 - 3

| | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| Nombre: OSABIO RUBEN | Cédula/Pas.: 3-00-50-315-D | ss: | Llegada: 30/12/2013 07:40:00 AM |
| Fecha Nacimiento: 13/08/1946 (1)-(3)(86) | Edad: 69 Años 1 Mes 24 Dias | Sexo: MASCULINO | |
| Dirección del Paciente: SAN MARTIN 4TA CALLE CASA 128 | | Teléfono Residencia: 442-0083 | |
| Lugar de Trabajo del Paciente: | | Teléfono Oficina: | |

| | | |
|---|-----------------------|--------------|
| Beneficios: AXA ASSISTANCE MEXICO SUCURSAL PANAMA, S.A. | No de Póliza: 2915-00 | Certificado: |
| Responsable de la Cuenta: OSABIO RUBEN | Teléfono: | |

| | | | |
|--------------------|---------------------|---------------------------|-------------------------|
| Médico de Cabecera | | | |
| Triage Hora: | Clasificación OTROS | Firma del que lo Efectuo: | Hora inicio Atención CU |
| F.U.M | Embarazada NO | G | P |

| | |
|------------------|--|
| ALERGIAS: | |
|------------------|--|

| | |
|---------------------------------|--|
| ENFERMEDADES ANTERIORES: | |
|---------------------------------|--|

| | |
|------------------------------------|--|
| HISTORIA ENFERMEDAD ACTUAL: | |
|------------------------------------|--|

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

| | |
|-------------------------------|--|
| MEDICAMENTOS ACTUALES: | |
|-------------------------------|--|

| | | |
|-----------------------|-------------------------------|--|
| EXAMEN FISICO: | SIGNOS VITALES TRIAGE: | |
|-----------------------|-------------------------------|--|

| | |
|---------------------------|-------------|
| Cabeza | No Evaluado |
| Ojos | No Evaluado |
| Oidos | No Evaluado |
| Nariz | No Evaluado |
| Boca | No Evaluado |
| Faringe | No Evaluado |
| Cuello | No Evaluado |
| Corazon y vasos | No Evaluado |
| Pulmones | No Evaluado |
| Torax | No Evaluado |
| Mamas | No Evaluado |
| Abdomen | No Evaluado |
| Tacto rectal | No Evaluado |
| Organos genitales | No Evaluado |
| Tacto vaginal | No Evaluado |
| Piel | No Evaluado |
| Extremidades | No Evaluado |
| Columna | No Evaluado |
| Neurologico | No Evaluado |
| Estado mental y funcional | No Evaluado |
| Inspeccion general | No Evaluado |
| Conciencia | No Evaluado |
| Hidratacion | No Evaluado |
| Amigdalas | No Evaluado |
| Ganglios | No Evaluado |
| Sistema nervioso | No Evaluado |
| Gastro intestinal | No Evaluado |
| Genito/urinario | No Evaluado |
| Cara y pomulos | No Evaluado |
| Anorecto | No Evaluado |

| | |
|-------------------------------|--|
| Exámenes Laboratorio: | |
| Exámenes Imagenología: | |
| EKG: | |
| TRATAMIENTO: | |
| MEDICAMENTOS: | |
| PROCEDIMIENTOS: | |



(UAT) - CENTRO MEDICO DEL CARIBE S.A

RUC. 1279-193-25605 D.V. 97

Apdo. Tels. 441-4420

FAX 441-4671

EXPEDIENTE

CUARTO DE URGENCIAS

a.thompson

07/10/2015 04:08:48 PM

Exp. No. 86 - 3

| | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| Nombre: OSABIO RUBEN | Cédula/Pas.: 3-00-50-315-D | ss: | Llegada: 30/12/2013 07:40:00 AM |
| Fecha Nacimiento: 13/08/1946 (1)-(3)(86) | Edad: 69 Años 1 Mes 24 Dias | Sexo: MASCULINO | |
| Dirección del Paciente: SAN MARTIN 4TA CALLE CASA 128 | | Teléfono Residencia: 442-0083 | |
| Lugar de Trabajo del Paciente: | | Teléfono Oficina: | |

| | |
|---|----------------|
| REFERIDO A CONSULTA EXTERNA: | Especialidad: |
| DATOS DE SALIDA | |
| Especialista pedido x (Familiar o Pte.): | |
| Hospitalización: | Transferido a: |
| Dx de Salida: | Hora: |
| Hora Salida: | Condición: |
| INCAPACIDAD POR: | |
| Instrucciones al paciente (medicamentos): | |

| | | | |
|----------------------------|---------|------|-------------|
| INTERCONSULTA (DR:) | | | |
| MEDICO | REG. NO | HORA | OBSERVACION |

| |
|--------------------------------|
| CONSULTAS ESPECIALISTAS |
|--------------------------------|

| | |
|---|-------------------------------------|
| Se entrega por cambio de turno al DR.: | |
| Nombre del medico de urgencia que inicia el caso: | LIZBETH DEL CARMEN MUDARRA A - 8445 |
| Observaciones: | |

Firma y sello