



# (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

cellbyte

07/03/2015 10:13:07 AM

Exp. No. 26355 - 2

|  |                               |                |                                 |
|--|-------------------------------|----------------|---------------------------------|
| <b>Nombre:</b> ADIS MEDINA                     | Cédula/Pas.: 3-00-761-2248-D  | ss:            | Llegada: 11/02/2015 02:05:00 PM |
| Fecha Nacimiento: 07/12/2006 (1)-(2)(26355)    | Edad: 8 Años 2 Meses 4 Dias   | Sexo: FEMENINO |                                 |
| Dirección del Paciente: RES LOS LAGOS CASA 18A | Teléfono Residencia: 66823452 |                |                                 |
| Lugar de Trabajo del Paciente:                 | Teléfono Oficina:             |                |                                 |

|   |                      |              |
|---|----------------------|--------------|
| Beneficios: AXA ASSISTANCE MEXICO SUCURSAL PANAMA, S.A. | No de Póliza: 908990 | Certificado: |
| Responsable de la Cuenta:                               | Teléfono:            |              |

|                    |                     |                          |                         |
|--------------------|---------------------|--------------------------|-------------------------|
| Médico de Cabecera |                     |                          |                         |
| Triaje Hora:       | Clasificación OTROS | Firma del que lo Efectuo | Hora inicio Atención CU |
| F.U.M              | Embarazada<br>NO    | G                        | P                       |
|                    |                     |                          | A                       |
|                    |                     |                          | C                       |

**ALERGIAS:**

**ENFERMEDADES ANTERIORES:**

**HISTORIA ENFERMEDAD ACTUAL:**

**MEDICAMENTOS ACTUALES:**

**EXAMEN FISICO:** **SIGNOS VITALES:**

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

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| <b>Exámenes Laboratorio:</b>  |  |
| <b>Exámenes Imagenología:</b> |  |
| <b>EKG:</b>                   |  |
| <b>TRATAMIENTO:</b>           |  |
| <b>MEDICAMENTOS:</b>          |  |
| <b>PROCEDIMIENTOS:</b>        |  |



## (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

cellbyte

07/03/2015 10:13:07 AM

Exp. No. 26355 - 2

|  |                               |                |                                 |
|--|-------------------------------|----------------|---------------------------------|
| <b>Nombre:</b> ADIS MEDINA                     | Cédula/Pas.: 3-00-761-2248-D  | ss:            | Llegada: 11/02/2015 02:05:00 PM |
| Fecha Nacimiento: 07/12/2006 (1)-(2)(26355)    | Edad: 8 Años 2 Meses 4 Dias   | Sexo: FEMENINO |                                 |
| Dirección del Paciente: RES LOS LAGOS CASA 18A | Teléfono Residencia: 66823452 |                |                                 |
| Lugar de Trabajo del Paciente:                 | Teléfono Oficina:             |                |                                 |

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

|                            |         |      |             |
|----------------------------|---------|------|-------------|
| <b>INTERCONSULTA (DR:)</b> |         |      |             |
| MEDICO                     | REG. NO | HORA | OBSERVACION |

|                                |
|--------------------------------|
| <b>CONSULTAS ESPECIALISTAS</b> |
|--------------------------------|

|   |   |
|---|---|
| Se entrega por cambio de turno al DR.:            |   |
| Nombre del medico de urgencia que inicia el caso: | LIRIOLA ITZEL ROSANIA VILLAVARDE - 5186 |
| Observaciones:                                    |   |

Firma y sello