

MEDICAMENTOS: PROCEDIMIENTOS:

(UAT) - CENTRO MEDICO DEL CARIBE S.A

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

cellbyte 07/03/2015 10:11:48 AM

Apdo. Tels. 441-4420

FAX 441-4671 EXPEDIENTE

| | | | | CUAF | RTO DE URGE | NCIAS | | | | | |
|---|---|---|----------------|--------------------------------|-------------------|-------------------------------------|----------------|---------------------------------|--------------------|--|--|
| | | | | | | | | | Exp. No. 10437 - 3 | | |
| Nombre: PURE RODRIGUEZ | | | | Cédula/Pas.: 3- | .00-29-148-D | ss: | | Llegada: 23/01/2015 11:02:00 PM | | | |
| Fecha Nacimiento: 13/02/1934 (1)-(3)(10437) | | | | Edad: 80 Años 11 Meses 10 Dias | | • | Sexo: FEMENINO | | 10 11.02.00 1 W | | |
| Dirección del Paciente: ARCO IRIS | | | | | TT WICOCO TO DIC | Teléfono Residencia: 64704968 | | | | | |
| Lugar de Trabajo del Pacient | | | | | | Teléfono Oficina: | | | | | |
| <u> </u> | <u>. </u> | | | | | 1.0.0.0.0 | | | | | |
| Beneficios: AXA ASSISTANO | E MEXICO | SUCI | JRSAL PAI | NAMA. S.A. | | No de Póliza: 31226-00 Certificado: | | | | | |
| Responsable de la Cuenta: P | | | | , | Teléfono: | | | | | | |
| Médico de Cabecera | | | · - | | | | | | | | |
| | Clasificación | n NO L | JRGENTE | Firma del que la | o Efectuo | | | Hora inicio Atenció | n CU 11:27:04 PM | | |
| | Embarazada | | | • | | | | | | | |
| | <u> </u> | | G | | | Р | | Α | C | | |
| ALERGIAS: | | | | | | | | | | | |
| ENFERMEDADES ANTERIO | | | | | | | | | | | |
| HISTORIA ENFERMEDAD A | DRIA ENFERMEDAD ACTUAL: ACUDE POR DOLOR EN RODILLA IZQUIERDA. | | | | | | | | | | |
| | | PACIENTE FEMENINA DE 80 AÑOS DE EDAD, ANTECEDENTES DE H.T.A Y DE T.E.P QUE ACUDE POR PRESE DOLOR Y EDEMA EN LA RODILLA IZQUIERDA. | | | | | | | POR PRESENTAR | | |
| MEDICAMENTOS ACTUALI | | DOLO | IN I EDEINI | A LIV LA RODILI | LA IZQUILINDA. | | | | | | |
| | SIGNOS VIT | TAI FS | ş. | TEMPERATUR | A 36.5 PULSO | : 95 ; PRESION ART | TERIAL (P/A). | 133/73 | | | |
| Cabeza | | | | TIENII EROCION | 71. 00.0 , 1 0200 | . 50 , 1 1(20101474(1 | TERME (T/Ty. | 100/10 | | | |
| Ojos | | No Evaluado No Evaluado | | | | | | | | | |
| Oidos | | No Evaluado No Evaluado | | | | | | | | | |
| Nariz | | | /aluado | | C | | | | | | |
| Boca | - | | /aluado | our | COL | nban | | | | | |
| Faringe | | | /aluado | | | | \sim | | | | |
| Cuello | | | /aluado | | 0.0 | | | | | | |
| Corazon y vasos | | | /aluado | | -con | J | | | | | |
| Pulmones | | | /aluado | | | | | | | | |
| Torax | | | /aluado | | | | | | | | |
| Mamas | | | /aluado | | | | | | | | |
| Abdomen | | | /aluado | | | | | | | | |
| Tacto rectal | | | /aluado | | | | | | | | |
| i | | | No Evaluado | | | | | | | | |
| Tacto vaginal | | No Evaluado | | | | | | | | | |
| Piel | | | /aluado | | | | | | | | |
| | | | No Evaluado | | | | | | | | |
| Columna | | | /aluado | | | | | | | | |
| Neurologico | | | | | | | | | | | |
| Estado mental y funcional | - | | /aluado | | | | | | | | |
| Inspeccion general | | | /aluado | | | | | | | | |
| Conciencia | | No Ev | /aluado | | | | | | | | |
| Hidratacion | | | /aluado | | | | | | | | |
| Amigdalas | | | /aluado | | | | | | | | |
| Ganglios | | | /aluado | | | | | | | | |
| Sistema nervioso | | | /aluado | | | | | | | | |
| Gastro instestinal | | | /aluado | | | | | | | | |
| Genito/urinario | | | /aluado | | | | | | | | |
| Cara y pomulos | | | /aluado | | | | | | | | |
| Anorecto | | | /aluado | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Examenes Laboratorio: | | | | | | | | | | | |
| Examenes Imagenologia: | | | | | | | | | | | |
| EKG: | | | | | | | | | | | |
| TRATAMIENTO: | | | | | | | | | | | |

cellbyte



Observaciones:

(UAT) - CENTRO MEDICO DEL CARIBE S.A

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

Tels. 441-4420

07/03/2015 10:11:48 AM

Apdo. FAX 441-4671 **EXPEDIENTE CUARTO DE URGENCIAS**

Exp. No. 10437 - 3

| Nombre: PURE RODRIGUEZ | | Cédula/Pas.: 3-00-29-148-D | ss: | Llegada: 23/01/2015 11:02:00 PM | | | |
|--|---------|---------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|--|--|--|
| Fecha Nacimiento: 13/02/1934 (1)-(3)(10437) | | Edad: 80 Años 11 Meses 10 Dias | | Sexo: FEMENINO | | | |
| Dirección del Paciente: ARCO IRIS | | | Teléfono Residencia: 64704968 | | | | |
| Lugar de Trabajo del Paciente: | | | Teléfono Oficina: | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| REFERIDO A CONSULTA EXTERNA: | | | Especialidad: | | | | |
| DATOS DE SALIDA | | | | | | | |
| Especialista pedido x (Familiar o Pte.): | | | | | | | |
| Hospitalización: NO Transferido a: | | | | Hora: | | | |
| Dx de Salida: 715.36 | | OSTEOARTROSIS LOCALIZADA NEOM.RODILLA | | | | | |
| Hora Salida: 11:31 PM | | Condición: IGUAL | | | | | |
| INCAPACIDAD POR: | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Instrucciones al paciente (medicamentos): | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| INTERCONSULTA (DR:) | | | | | | | |
| MEDICO | REG. NO | HORA | OBSERVACION | | | | |
| | | | | | | | |
| CONSULTAS ESPECIALISTAS | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Se entrega por cambio de turno al DR.: | T (| our Cor | nbanvi | | | | |
| Nombre del medico de urgencia que inicia el ca | ISO: | ARISTIDES VILLALAZ - 1089-11 | | | | | |
| | | | | | | | |

Firma y sello