



# (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

25/05/2015 03:37:12 PM

Exp. No. 10797 - 11

|  |                              |                               |                                 |
|--|------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| <b>Nombre:</b> TEOFILO OLIVEROS                  | Cédula/Pas.: 3-00-54-102-D   | ss:                           | Llegada: 22/01/2015 09:50:00 AM |
| Fecha Nacimiento: 17/01/1947 (1)-(11)(10797)     | Edad: 68 Años 0 Meses 5 Días |                               | Sexo: MASCULINO                 |
| Dirección del Paciente: LOS LAGOS LIRIO 2 APT 11 |                              | Teléfono Residencia: 449-4195 |                                 |
| Lugar de Trabajo del Paciente:                   |                              | Teléfono Oficina:             |                                 |

|   |                       |              |
|---|-----------------------|--------------|
| Beneficios: AXA ASSISTANCE MEXICO SUCURSAL PANAMA, S.A. | No de Póliza: 3775-00 | Certificado: |
| Responsable de la Cuenta: TEOFILO OLIVEROS              | Teléfono:             |              |

|                    |                     |                           |                                     |   |   |
|--------------------|---------------------|---------------------------|-------------------------------------|---|---|
| Médico de Cabecera |                     |                           |                                     |   |   |
| Triage Hora:       | Clasificación OTROS | Firma del que lo Efectuo: | Hora inicio Atención CU 10:14:24 AM |   |   |
| F.U.M              | Embarazada<br>NO    | G                         | P                                   | A | C |

**ALERGIAS:** PACIENTE NIEGA ALERGIAS( )

**ENFERMEDADES ANTERIORES:** OTROS(HIPERCOLESTEROLEMIA TTO CON LIPITOR, HIPERURICEMIA TTO CON ALOPURINOL); DIABETES(TTO CON METFORMINA); HIPERTENSION ARTERIAL(TTO CON NORVASC, NEBIVOLOL); E: COR [ENFERMEDAD CORONARIA](TTO CON CORDARONE Y LASIX); HERNIA(INGUINAL DERECHA OPERADA)

**HISTORIA ENFERMEDAD ACTUAL:** VERTIGO

PCTE Q ACUDE CON HISTORIA DE MAREOS DESDE HORAS DE LA MADRUGADA, REFLUJO Y DEBILIDAD GENERALIZADA.

**MEDICAMENTOS ACTUALES:**

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

|                           |   |
|---------------------------|---|
| Cabeza                    | No Evaluado   |
| Ojos                      | No Evaluado   |
| Oidos                     | No Evaluado   |
| Nariz                     | No Evaluado   |
| Boca                      | Anormal DIENTESLENGUA ( MUCOSA ORAL SUBHIDRATADA. ) |
| 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>           |  |



## (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

25/05/2015 03:37:12 PM

Exp. No. 10797 - 11

|  |                              |                               |                                 |
|--|------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| <b>Nombre:</b> TEOFILO OLIVEROS                  | Cédula/Pas.: 3-00-54-102-D   | ss:                           | Llegada: 22/01/2015 09:50:00 AM |
| Fecha Nacimiento: 17/01/1947 (1)-(11)(10797)     | Edad: 68 Años 0 Meses 5 Días | Sexo: MASCULINO               |                                 |
| Dirección del Paciente: LOS LAGOS LIRIO 2 APT 11 |                              | Teléfono Residencia: 449-4195 |                                 |
| Lugar de Trabajo del Paciente:                   |                              | Teléfono Oficina:             |                                 |

|                        |  |
|------------------------|--|
| <b>MEDICAMENTOS:</b>   |  |
| <b>PROCEDIMIENTOS:</b> |  |

|  |                  |                                |
|--|------------------|--------------------------------|
| REFERIDO A CONSULTA EXTERNA: ROLANDO E. GONZALEZ GUTIERREZ |                  | Especialidad: MEDICINA INTERNA |
| DATOS DE SALIDA  |                  |                                |
| Especialista pedido x (Familiar o Pte.):                   |                  |                                |
| Hospitalización: NO  | Transferido a:   | Hora:                          |
| Dx de Salida: 780.4  | VERTIGO Y MAREO  |                                |
| Hora Salida: 11:43 AM                                      | Condición: MEJOR |                                |
| 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: | ROXANA JIMENEZ - 0693 |
| Observaciones:                                    |                       |

Firma y sello