



(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 04:08:45 PM

Exp. No. 295 - 2

Nombre: IVONNE A. BOWEN	Cédula/Pas.: 3-00-66-377-D	ss:	Llegada: 17/12/2013 02:39:00 PM
Fecha Nacimiento: 18/02/1952 (1)-(2)(295)	Edad: 63 Años 7 Meses 19 Dias	Sexo: FEMENINO	
Dirección del Paciente: VILLA DEL CARIBE CASA 472	Teléfono Residencia: 6691-1583		
Lugar de Trabajo del Paciente:	Teléfono Oficina:		

Beneficios: AXA ASSISTANCE MEXICO SUCURSAL PANAMA, S.A.	No de Póliza: 2078-01	Certificado:
Responsable de la Cuenta: IVONNE A. BOWEN	Teléfono:	

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

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 04:08:45 PM

Exp. No. 295 - 2

Nombre: IVONNE A. BOWEN	Cédula/Pas.: 3-00-66-377-D	ss:	Llegada: 17/12/2013 02:39:00 PM
Fecha Nacimiento: 18/02/1952 (1)-(2)(295)	Edad: 63 Años 7 Meses 19 Dias	Sexo: FEMENINO	
Dirección del Paciente: VILLA DEL CARIBE CASA 472	Teléfono Residencia: 6691-1583		
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:	MEDICO DE TURNO CMC - 0000
Observaciones:	

Firma y sello