

RESULTADO DE ANALISIS

PACIENTE: PRUEBA PRUEBA ANGELO

DNI:

SEXO: Masculino

EDAD: 22

FECHA NACIMIENTO: 1997-11-24

MEDICO: PATOLOGO CLÍNICO

FECHA RESULTADO: 2020-11-19 10:00:10

ARÉA

INMUNOLOGÍA

Detección de anticuerpos - SARS-CoV-2

METODOLOGÍA: Inmunocromatografía

Prueba	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
Anticuerpo IgM-SARS-COV-2	NO REACTIVO	-----	-----
Anticuerpo IgG-SARS-COV-2	NO REACTIVO	-----	-----

Interpretación de Resultados:

- Un resultado "Reactivo", Indica presencia de anticuerpos contra SARS-coV-2 en sangre, deberá confirmarse con una prueba molecular.
- Un resultado "No Reactivo", Indica que no se han identificado anticuerpos contra SARS-coV-2 en sangre, no descarta la presencia de la enfermedad.



Firma y Sello
Melgarejo Chamorro Pablo Armando
Patólogo Clínico
C.M.P. :40503



Firma y Sello
Ruiz Cotrina Jorge Martin
Patólogo Clínico
C.M.P. :040560 R.N.E.:021633

RESULTADOS

Apellidos y Nombres: PRUEBA PRUEBA ANGELO

Edad: 22 años Sexo: Masculino

ANÁLISIS	RESULTADO	UND.	RANGO REFERENCIAL
HEMOGRAMA COMPLETO			
Recuento de Globulos Rojos	5,160,000	/mm ³	3'800,000 - 5'800,000
Hemoglobina		g/dl	Hombres: 13.0 - 18.0 Mujeres: 12.0 - 16.0
Hematocrito		%	Hombres: 40 - 54 Mujeres: 35 - 47
Leucocitos		/mm ³	Adulto: 4,500 - 10,000 Niño: 8,000 - 11,000
Recuento de Plaquetas		/mm ³	150,000 - 450,000
CONSTANTES CORPUSCULARES			
VCM		fl	80 -97
HCM		pg	27 - 32
CHCM		grHb/dl	30.0 - 35.0
FORMULA DIFERENCIAL PORCENTUAL			
Linfocitos		%	25 - 40
Monocitos	6	%	2 - 8
Eosinófilos		%	0 - 4
Basófilos		%	0 - 2
Segmentados		%	55 - 65
Abastonados		%	0 - 5
FORMULA DIFERENCIAL ABSOLUTA			
Linfocitos		/mm ³	1,000 - 4,800
Monocitos		/mm ³	0 - 800
Eosinófilos		/mm ³	0 - 500
Basófilos		/mm ³	0 - 200
Segmentados		/mm ³	1,600 - 7,000
Abastonados		/mm ³	0 - 500

Observacion:


Jorge M. Ruiz Cotrina
MEDICO PATÓLOGO
CMP 40560 RNE. 021633Firma y Sello
De Médico Especialista
Ruiz Cotrina Jorge Martin
C.M.P. :040560 R.N.E.:021633
REYNALDO ARTICA VICENTE
Tecnólogo Médico
CTMP 10626Tecnólogo Médico
Artica Vicente Reynaldo
Abdías
C.M.P. :10626

RESULTADOS

Apellidos y Nombres: PRUEBA PRUEBA ANGELO

Edad: 22 años Sexo: Masculino

GLUCOSA

GLUCOSA BASAL

Observacion:

ANÁLISIS

RESULTADO

UND.

RANGO REFERENCIAL

mg/dl

70 - 110


Jorge M. Ruiz Cotrina
MEDICO PATÓLOGO
CMP 40560 RNE. 021633

Firma y Sello

De Médico Especialista

Ruiz Cotrina Jorge Martin

C.M.P. :040560

R.N.E.:021633


innomedic
REYNALDO ARTICA VICENTE
Tecnólogo Médico
CTMP 10626


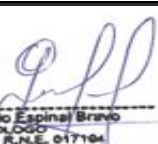
Tecnólogo Médico

Artica Vicente Reynaldo

Abdías

C.M.P. :10626

LECTURA DE RADIOGRAFÍA DE TÓRAX UTILIZANDO LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LA OIT DE RADIOGRAFÍAS DE NEUMOCONIOSIS

HCL											Lector	Espinal Bravo Percy Alfredo									
Nombre	PRUEBA ANGELO, PRUEBA										Edad	22									
Fecha de lectura	4	11	2020								Fecha de radiografía			4	11	2020					
	Dia	Mes	Año											Dia	Mes	Año					
I. Calidad Radiográfica		1		Buena				Causas		1		Sobreexposición				5		Escapulas			
		2		Aceptable		X				2		Subexposición				6		Artefacto			
		3		Baja Calidad						3		Posición centrado		X		7		Otros			
		4		Inaceptable						4		Inspiración Insuficiente									
Comentario sobre defectos Técnicos																					
II. ANORMALIDADES PARENQUIMATOSAS (si NO hay anomalías pase a III A. Pleurales)																					
2.1. Zonas Afectadas (marque TODAS las zonas afectadas)				2.2. Profusión (opacidad pequeñas) (escala de 12 puntos) (Consulte las radiografías estándar; marque la subcategoría)				2.3. Forma y Tamaño (Consulte las radiografías estándar; se requieren dos símbolos; marque un primario y en secundario)				2.4. Opacidades Grandes (Marque 0 si no hay ninguna o marque A, B o C)									
	Der.	Izq.		0/-	0/0	0/1	Primaria		Secundaria												
Superior				1/0	1/1	1/2	p	s	p	s									A		
Medio				2/1	2/2	2/3	q	t	q	t									B		
Inferior				3/2	3/3	3/+	r	u	r	u									C		
III. ANORMALIDADES PLEURALES (si NO hay anomalías pase a símbolos)																SI		NO	X		
3.1 Placas Pleurales (0=Ninguna, D=Hemitórax derecho; I=Hemitórax izquierdo)																					
Sitio (Marque) las casillas adecuadas				Calcificación (marque)			Extensión (pared Torácica; combinada para placas de perfil y de frente)						Ancho (opcional) (ancho mínimo exigido : 3 mm)								
							1 < 1/4 de la pared lateral del tórax						a De 3 a 5 mm								
							2 Entre 1/4 y 1/2 de la pared lateral del tórax						b De 5 a 10 mm								
							3 > 1/2 de la pared lateral del tórax						c Mayor a 10 mm								
Perfil	0	D	I	0	D	I	1	2	3	1	2	3	a	b	c	a	b	c			
De frente	0	D	I	0	D	I															
Diafragma	0	D	I	0	D	I															
Otro(s) sitio(s)	0	D	I	0	D	I															
Obliteración del Ángulo Costofrenico							0	D	I												
3.2 Engrosamiento Difuso de la Pleura (0=Ninguna, D=Hemitórax derecho; I=Hemitórax izquierdo)																					
Pared Torácica				Calcificación			Extensión						Ancho								
De perfil	0	D	I	0	D	I	0	D	0	I			D		I						
							1	2	3	1	2	3	a	b	c	a	b	c			
De frente	0	D	I	0	D	I															
IV. SIMBOLOS *																SI	X	NO			
(Rodee con un círculo la respuesta adecuada; si rodea od , escriba a continuación un COMENTARIO)																					
aa	at	ax	bu	ca	cg	cn	co	cp	cv	di	ef	em	es								
fr	hi	ho	id	ih	kl	me	pa	pb	pi	px	ra	rp	tb								
CONCLUSIÓN		RADIOGRAFIA DE TORAX NORMAL.																			
Firma y sello del médico Percy Alfredo Espinal Bravo C.M.P. :034748				  Dr. Percy Alfredo Espinal Bravo RADIOLOGO CMR 034748 (R.N.E. 017194)																	

I. DATOS DEL PACIENTE			
1. Apellidos y nombres: _____		2. N° Teléfono: _____	
3. Fecha de nacimiento: ____/____/____		4. Edad: ____ Año ____ Mes ____ Día	
5. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		6. N° DNI/CE/Pasaporte: _____	
7. Peso: _____		8. Talla: _____	
9. Etnia o raza : <input type="checkbox"/> Mestizo <input type="checkbox"/> Andino <input type="checkbox"/> Asiático descendiente		<input type="checkbox"/> Afrodescendiente <input type="checkbox"/> Indígena amazónico <input type="checkbox"/> Otro _____	
10. Nacionalidad: <input type="checkbox"/> Peruano <input type="checkbox"/> Extranjero		País de nacionalidad: _____	
11. Migrante: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		País de Origen: _____	
12. Dirección de residencia actual: _____ País: _____			
Departamento: _____		Provincia: _____ Distrito: _____	
II. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS Y PATOLÓGICOS.			
13. Fecha de inicio de síntomas: ____/____/____		Fecha de inicio de aislamiento: ____/____/____	
14. Asintomático <input type="checkbox"/>			
15. Lugar probable de infección: _____			
Departamento: _____		Provincia: _____ Distrito: _____	
16. Síntomas:			
<input type="checkbox"/> Tos	<input type="checkbox"/> Malestar	<input type="checkbox"/> Dolor de oído	
<input type="checkbox"/> Dolor de garganta	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Irritabilidad/confusión	
<input type="checkbox"/> Congestión nasal	<input type="checkbox"/> Náuseas/Vómitos	<input type="checkbox"/> Dolor Marque todos los que aplica:	
<input type="checkbox"/> Dificultad Respiratoria	<input type="checkbox"/> Cefalea	() Muscular	() Pecho
<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Anosmia	() Abdominal	() Articulaciones
<input type="checkbox"/> Escalofrío	<input type="checkbox"/> Ageusia		
<input type="checkbox"/> Otros, especificar : _____			
17. Signos:			
<input type="checkbox"/> Exudado faríngeo	<input type="checkbox"/> Disnea/taquipnea	<input type="checkbox"/> Hallazgos anormales en radiografía	
<input type="checkbox"/> Inyección conjuntival	<input type="checkbox"/> Auscultación pulmonar anormal	<input type="checkbox"/> Hallazgos anormales en ecografía	
<input type="checkbox"/> Convulsión		<input type="checkbox"/> Hallazgos anormales en tomografía	
<input type="checkbox"/> Otros, especificar: _____		<input type="checkbox"/> Hallazgos anormales en RMN	
18. Condiciones de comorbilidad o factores de riesgo			
<input type="checkbox"/> Embarazo (Edad gestacional: _____)	<input type="checkbox"/> Post parto/aborto (≤ 6 semanas o 42 días)		
<input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular (incluye hipertensión)	<input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia (incluye VIH)		
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal		
<input type="checkbox"/> Enfermedad Hepática	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar crónica		
<input type="checkbox"/> Enfermedad crónica neurológica o neuromuscular	<input type="checkbox"/> Asma		
<input type="checkbox"/> Obesidad	<input type="checkbox"/> Cáncer		
<input type="checkbox"/> Tuberculosis			
<input type="checkbox"/> Otros, especificar : _____			
19. Fecha de cumplimiento de embarazo: ____/____/____			
20. Ocupación:			
<input type="checkbox"/> Trabajador de salud	-> Si es trabajador de salud, especificar profesión:		
<input type="checkbox"/> Policía	<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Laboratorista	
<input type="checkbox"/> Militar	<input type="checkbox"/> Enfermera	<input type="checkbox"/> Técnico en enfermería	
<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Obstetra	<input type="checkbox"/> Otros: _____	
<input type="checkbox"/> Otros especificar: _____			
21. Lugar de trabajo:		IPRESS _____	
		Departamento _____	
		Provincia _____	
		Distrito _____	