

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL	HOSPITAL GENERAL DEL NORTE DE GUAYAQUIL LOS CEIBOS	41	PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	
			12	1	9	

1 REGISTRO DE ADMISIÓN

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		Nº CÉDULA DE CIUDADANÍA		
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL (CALLE Y Nº - MANZANA Y CASA)		BARRIO	PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	ZONA (U/R)	Nº TELÉFONO	
FECHA NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD (PAÍS)	GRUPO CULTURAL	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS	GENERO M F	SOL CAS DIV VIU U-L	ESTADO CIVIL U-L	INSTRUCCIÓN ULTIMO AÑO APROBADO
					<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		
FECHA DE ADMISIÓN	OCCUPACIÓN	EMPRESA DONDE TRABAJA		TIPO DE SEGURO DE SALUD			REFERIDO DE:	
EN CASO NECESARIO AVISAR A:		PARENTESCO - AFINIDAD		DIRECCIÓN			Nº TELÉFONO	
FORMA DE LLEGADA		FUENTE DE INFORMACIÓN		INSTITUCIÓN O PERSONA QUE ENTREGA AL PACIENTE			Nº TELÉFONO	
AMBULATORIO <input type="radio"/>	AMBULANCIA <input type="radio"/>	OTRO TRANSPORTE <input type="radio"/>						

2 INICIO DE ATENCIÓN Y MOTIVO

HORA		TRAUMA	<input type="radio"/>	CAUSA CLÍNICA	<input type="radio"/>	CAUSA G. OBSTÉTRICA	<input type="radio"/>	CAUSA QUIRÚRGICA	<input type="radio"/>	GRUPO SANGUÍNEO	
NOTIFICACION A LA POLICIA	<input type="radio"/>	OTRO MOTIVO	<input type="radio"/>								

3 ACCIDENTE, VIOLENCIA, INTOXICACIÓN, ENVENENAMIENTO O QUEMADURA

FECHA Y HORA DEL EVENTO	LUGAR DEL EVENTO	DIRECCIÓN DEL EVENTO	CUSTODIA POLICIAL
ACCIDENTE DE TRANSITO	CAÍDA	QUEMADURA	OTRO ACCIDENTE
VIOLENCIA X ARMA DE FUEGO	VIOLENCIA X ARMA C.PUNZANTE	VIOLENCIA X RIÑA	ABUSO PSICOLÓGICO
INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA	INTOXICACIÓN ALIMENTARIA	INTOXICACIÓN X DROGAS	ABUSO SEXUAL
OBSERVACIONES			
			ALIENTO ETÍLICO
			VALOR ALCOCHECK

4 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

DESCRIBIR ABAJO, REGISTRANDO EL NÚMERO RESPECTIVO

1. ALÉRGICO	<input type="checkbox"/>	2. CLÍNICO	<input type="checkbox"/>	3. GINECOLÓGICO	<input type="checkbox"/>	4. TRAUMATÓG.	<input type="checkbox"/>	5. QUIRÚRGICO	<input type="checkbox"/>	6. FARMACOLÓG.	<input type="checkbox"/>	7. OTRO	<input type="checkbox"/>
-------------	--------------------------	------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	---------------	--------------------------	---------------	--------------------------	----------------	--------------------------	---------	--------------------------

5 ENFERMEDAD ACTUAL Y REVISIÓN DE SISTEMAS

CRONOLOGÍA - LOCALIZACIÓN - CARACTÉRISTICAS - INTENSIDAD NO
- FRECUENCIA - FACTORES AGRAVANTES APLICA

VÍA AÉREA LIBRE VÍA AÉREA OBSTRUIDA CONDICIÓN ESTABLE CONDICIÓN INESTABLE

6. CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR

7 SIGNOS VITALES, MEDICIONES Y VALORES

PRESIÓN ARTERIAL		F. CARDIACA min		F. RESPIRAT. min		TEMP. BUCAL °C		TEMP. AXILAR °C		PESO Kg		TALLA m	
GLASGOW	Ocular (4)	Verbal (5)		Motora (6)	Total (15)	0	Reacción PUPILA DER	ISO	Reacción PUPILA IZQ	ISO	T. LLENADO CAPILAR	SATURA. OXÍGENO	

8 EXAMEN FÍSICO

R= REGIONAL
S= SISTÉMICO

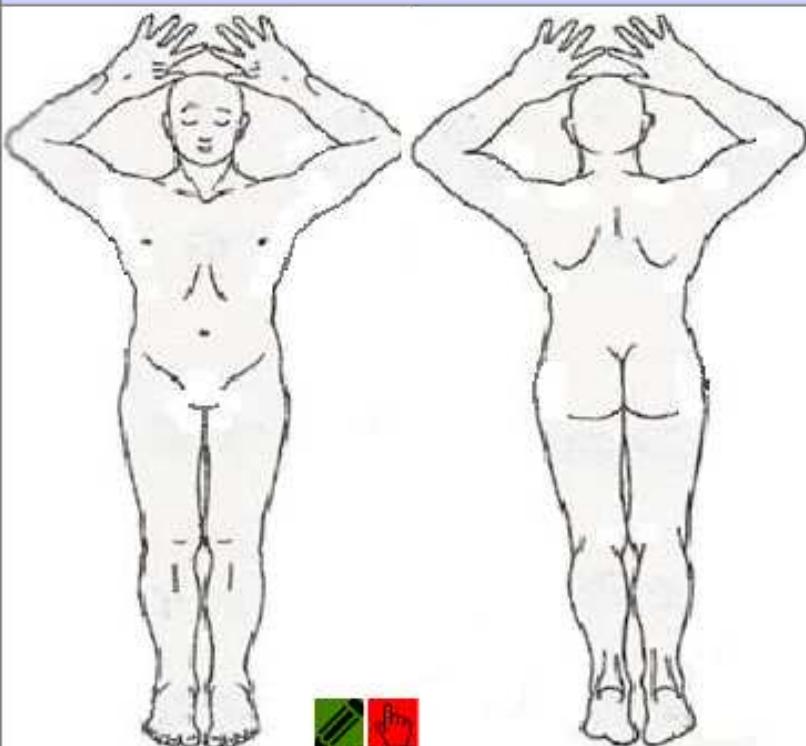
CP = CON EVIDENCIA DE PATOLOGÍA: MARCAR "X" Y DESCRIBIR ABAJO
ANOTANDO EL NÚMERO Y LETRA CORRESPONDIENTES

SP = SIN EVIDENCIA DE PATOLOGÍA:
MARCAR "X" Y NO DESCRIBIR

	CP SP	CP SP	CP SP	CP SP	CP SP	CP SP	CP SP							
1-R PIEL - FANERAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6-R BOCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11-R ABDOMEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1-S ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6-S URINARIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2-R CABEZA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7-R ORO FARINGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12-R COLUMNA VERTEBRAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2-S RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7-S MUSCULO ESQUELÉTICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-R OJOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8-R CUELLO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13-R INGLE-PERINÉ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3-S CARDIO VASCULAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8-S ENDOCRINO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4-R OÍDOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9-R AXILAS - MAMAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14-R MIEMBROS SUPERIORES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4-S DIGESTIVO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9-S HEMOLINFÁTICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5-R NARI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10-R TÓRAX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15-R MIEMBROS INFERIORES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5-S GENITAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10-S NEUROLÓGICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9 LOCALIZACIÓN DE LESIONES

ESCRIBIR EL NUMERO DE LA LESIÓN SOBRE LA REGIÓN CORRESPONDIENTE NO APLICA



- 1 HERIDA PENETRANTE
- 2 HERIDA CORTANTE
- 3 FRACTURA EXPUESTA
- 4 FRACTURA CERRADA
- 5 CUERPO EXTRAÑO
- 6 HEMORRAGIA
- 7 MORDEDURA
- 8 PICADURA
- 9 EXCORIACIÓN
- 10 DEFORMIDAD O MASA
- 11 HEMATOMA
- 12 ERITEMA / INFLAMACION
- 13 LUXACION / ESGUINCE
- 14 QUEMADURA
- 15

10 EMERGENCIA OBSTÉTRICA

NO APLICA

GESTAS	PARTOS	ABORTOS	CESÁREAS
FECHA ULTIMA MENSTRUACIÓN		SEMANAS GESTACIÓN	MOVIMIENTO FETAL
FRECUENCIA C. FETAL		MEMBRANAS ROTAS	TIEMPO
ALTURA UTERINA		PRESENTACIÓN	
DILATACIÓN		BORRAMIENTO	PLANO
PELVIS ÚTIL	SANGRADO VAGINAL	CONTRACCIONES	

11 SOLICITUD DE EXÁMENES

REGISTRAR ABAJO COMENTARIOS Y RESULTADOS, ANOTANDO EL NÚMERO NO APLICA

1. BIOMETRÍA	<input type="checkbox"/>	3. QUÍMICA SANGUÍNEA	<input type="checkbox"/>	5. GASOMETRÍA	<input type="checkbox"/>	7. ENDOSCOPIA	<input type="checkbox"/>	9. R-X ABDOMEN	<input type="checkbox"/>	11. TOMOGRAFÍA	<input type="checkbox"/>	13. ECOGRAFÍA PÉLVICA	<input type="checkbox"/>	15. INTERCONSULTA	<input type="checkbox"/>
2. UROANALISIS	<input type="checkbox"/>	4. ELECTROLITOS	<input type="checkbox"/>	6. ELECTRO CARDIOGRAMA	<input type="checkbox"/>	8. R-X TÓRAX	<input type="checkbox"/>	10. R-X ÓSEA	<input type="checkbox"/>	12. RESONANCIA	<input type="checkbox"/>	14. ECOGRAFÍA ABDOMEN	<input type="checkbox"/>	16. OTROS	<input type="checkbox"/>

12 DIAGNÓSTICO DE INGRESO

PRE= PRESUNTIVO
DEF= DEFINITIVO

CIE PRE DEF

1				
2				
3				

13 DIAGNÓSTICO DE ALTA

PRE= PRESUNTIVO
DEF= DEFINITIVO

CIE PRE DEF

1				
2				
3				

14 PLAN DE TRATAMIENTO

INDICACIONES

MEDICAMENTO
PRINCIPIO ACTIVO, CONCENTRACIÓN Y PRESENTACIÓN

POSOLOGÍA

1		
2		
3		
4		

15 ALTA

DOMICILIO	<input type="checkbox"/>	CONSULTA EXTERNA	<input type="checkbox"/>	OBSERVACIÓN	<input type="checkbox"/>	INTERNACIÓN	<input type="checkbox"/>	REFERENCIA	<input type="checkbox"/>	EGRESA VIVO	<input type="checkbox"/>	EN CONDICIÓN ESTABLE	<input type="checkbox"/>	EN CONDICIÓN INESTABLE	<input type="checkbox"/>	DÍAS DE INCAPACIDAD
SERVICIO DE REFERENCIA				ESTABLECIMIENTO						MUERTO EN EMERGENCIA	<input type="checkbox"/>	CAUSA				

FECHA DE CONTROL		HORA FINALIZACIÓN		PROFESIONAL Y CÓDIGO				FIRMA		NUMERO DE HOJA	
------------------	--	-------------------	--	----------------------	--	--	--	-------	--	----------------	--