



Nº H.C. 03 7 5 7 5 1

EPICRISIS

Nombres y Apellidos: KOIEN, MARCO ANTONIO																		
Doc. S.M. N° Doc.		1	0	2	1	2	5	9	4	Fecha Nac.	23	07	20	Edad	4	Sexo	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
Médico Tratante: DR. KLOEAO										N° Hab.		2	4	3				
Responsable: ELIC										Capacidad Diferente		<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si					
Fecha de Ingreso		11	10	22	Fecha de Egreso		21	10	22	Días de Hospitalización								

Diagnóst. de Ingreso TRIPICANTE BILVA. CURECHO DISTORSIONADO
DE PAQUETE RECONSTRUIDO DE INFORMACIONES

[illegible]

ΟΠΕΚΕΔΕ 62, ΠΑΝΗΓΥΡΙΣΤΙΟΝ ΜΟΥ, ΜΑΡΙΤΕΛΛΟΝ ΠΥΛΑΟΥΝ
 ΟΣΙΟΠΟΛΙΣ, ΔΜΖ, ΑΣΜΟ, ΑΝΕΜΟ ΚΑΝΙΟ.
 Examen Físico 70 75% PA 11070 TE 70% 507 95%.

DOI: 10.1002/1522-2675(200101)23:1<10::AID-HLCA10>3.0.CO;2-1

Exámenes Auxiliares

21/110 PCR 873. U 173. ci 72, K-566 WUC 7240
H10.3, P109 173 000

Interconsultas ENCICLOPEDIA, HISTORIA, NATURALIA
UNIVERSIDAD

Evolución FAUO FAUO4

Tratamiento realizado NEPHRECTOMIA IODICA DE LA DERECHA + NEPHRECTOMIA
DE LA IZQUIERDA + ABLACION DE LA TUMOR + CUÑA VERTICAL + URONECTOMIA
PRIVADA.

Procedimientos WELTGEBOUR + MEDICO
HARMONOUS

Complicaciones NINGUNA

Pronóstico () Bueno (☒) Reservado () Malo

Tipo de Alta (☒) Indic. Médica (☐) Voluntaria (☐) Fuga (☐) Transferencia _____

Cond. de Egreso () Curado () Mejorado () Estacionario () Empeorado Fallecido ()

Diagnóstico Final Transtorno Mental Alcool CIE 10 F10.0

desire to have. CIE 10

CIE 10



CLINICA ANGLO AMERICANA

Fecha (Date)	DD	MM	AA
	2,1	1,0	2,2

INFORME MÉDICO / MEDICAL REPORT

Datos Personales (Personal Information)

Nombre y Apellido (First and Last Name)	Salcedo Bertorini Karen María		
Tipo de Documento (Document Type)	DNI	Nº Documento (Document Number)	1 0 2 1 8 5 9 4
Fecha de Nacimiento (Date of Birth)	2 3 0 7 7 4	Edad (Age)	4 8
Cía. de Seguros (Insurance Company)	MAPFRE	Particular (Private)	<input type="checkbox"/>
		Atención (Attention)	<input type="checkbox"/>
		Ambulatorio (Outpatient)	<input type="checkbox"/>
		Hospitalizado (Inpatient)	<input checked="" type="checkbox"/>
		Urgencia (Emergency)	<input type="checkbox"/>

Relato (Narrative)

Tipo de Enfermedad (Type of Illness)	Tiempo de Enfermedad (Length of Disease)
Relato (HPI) Paciente con antecedente de trasplante renal en 1998, el cual presenta rechazo de injerto y falla renal en el 2012. Por ello se da inicio a diálisis. Actualmente intervenida quirúrgicamente por disfunción renal derecho	

Examen Físico (Physical Exam)

Piel: TÍPICA. $llc < 2"$. No edemas, fístula arterio venosa en brazo izquierdo.
T.P.: MV pasa por AHT. NO RA/CV-RCR de BI. NO soplos / Abd: B/D, NO dolor a la palpación, HO sin signo de flogosis cubierta c/gasas secas y limpias / SNC: LOTEP. EG15/15.

Diagnóstico (Diagnosis)

- Trasplante renal derecho. disfuncional
- ERC terminal en hemodiálisis 3 veces por semana

Exámenes Auxiliares (Additional Tests)

- Hemograma
- Análisis gases arteriales
- Electrolitos séricos
- Perfil hepático
- Glucosa, urea, creatinina
- Enzimas cardíacas

Plan / Tratamiento (Assessment and Plan of Treatment)

- Analgesia
- Antibioticoterapia

Indicaciones (Orders)

Cambio a un turno de diálisis diurno para que pueda tener acceso a personal de apoyo en casa y durante su traslado. Esto debido a que se encuentra en una situación delicada de salud y serios problemas de movilidad debido a la intervención quirúrgica y sus secuelas.

Nombre del Médico Tratante

(Name of Treating Physician)

Eliana Milagros Pazos Chambilla

C.M.P.

091947

R.N.E.

ELIANA PAZOS CHAMBILLA
Médico Asistente de Cirugía
CMP 91947
CLINICA ANGLO AMERICANA

Firma y Sello del Médico Tratante
(Signature and Stamp of Treating Physician)