



REPÚBLICA DE COSTA RICA  
Tribunal Supremo de Elecciones  
Cédula de Identidad

8 0113 0844

Pastora Morales Cabrera



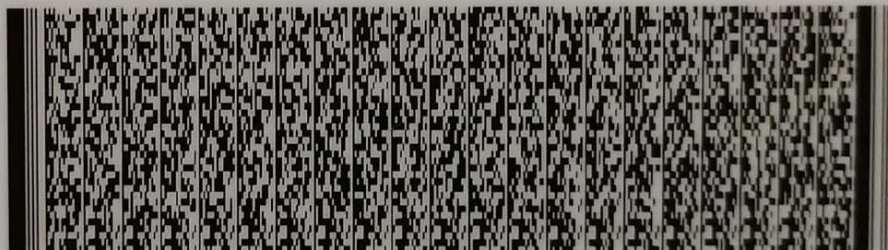
8 0113 0844

8 0113 0844

Nombre: **PASTORA DEL CARMEN**  
1° Apellido: **MORALES**  
2° Apellido: **CABRERA**  
C.C:



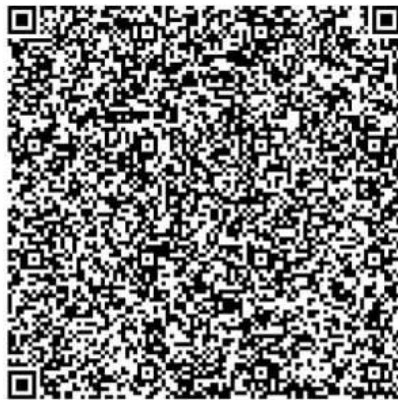
Número de Cédula: **8 0113 0844**  
Fecha de Nacimiento: **21 09 1980**  
Lugar de Nacimiento: **CHINANDEGA REPUBLICA DE NICARAGUA**  
Nombre del Padre: **JORGE MORALES MARTINEZ**  
Nombre de la Madre: **SONIA CABRERA R**  
Domicilio Electoral: **TUCURRIQUE JIMENEZ CARTAGO**  
Vencimiento: **07 12 2026** Sexo: **F**



000202231

## COVID-19 Estado de vacunación / Estado de vacunación

Escanear para verificar / Escanear para verificar:



Código / Código: 1A77081119F70



### INFORMACIÓN PERSONAL DATOS PERSONALES

Nombre completo / Nombre completo

**ISABEL CRISTINA TORTOS MORALES**

Número de identificación / Número de  
identificación:

**305640476**

Fecha de nacimiento / Fecha de nacimiento:

**14/03/2006**



Caja Costarricense de Seguro Social

19 MAR. 2019

A-12

#239069

1. Criterio de priorización	
2. Consulta Externa	3. Urgencias
<input type="radio"/> 1. Urgente	<input type="radio"/> Rojo
<input checked="" type="radio"/> 2. A cupo	<input type="radio"/> Amarillo
	<input checked="" type="radio"/> Verde

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS  
305640476 TORTOS MORALES ISABEL  
Especialidad: DERMATOLOGIA: 119/ALERGOL  
Médico: PINO GARCIA CARIDAD: 5874  
Cita: Lunes 23 de SEPTIEMBRE, 2019, a las 11:00AM

PRESENTARSE 15 MINUTOS ANTES DE SU CITA EN DERMATOLOGIA / PLANTA BAJA

REFERENCIA ☐ CC

10. Residencia habitual: (Provincia) (Cantón) (Distrito)	
Cartago Jiménez Tucumque / Turrialba	
11. Dirección exacta	
150mtr Norte de liceo Cass alado derecho Verde.	
12. Número de teléfono del paciente	13. Número de teléfono para mensajes y nombre de la persona con quien dejarlo
61859047	88726976
14. Nombre de la madre	15. Nombre del padre
Carmen Morales C	Tucumque

## II. Centro que refiere o contra-refiere

16. Nombre del centro	17. Área de atención
HN	<input type="radio"/> 1. Consulta Externa <input type="radio"/> 2. Urgencias <input type="radio"/> 3. Hospitalización
18. Servicio	19. Especialidad o disciplina
<input checked="" type="radio"/> 1. Medicina <input type="radio"/> 2. Cirugía <input type="radio"/> 3. Gineco-Obstetricia <input type="radio"/> 4. Pediatría <input type="radio"/> 7. Psiquiatría <input type="radio"/> 8. Otro	Pediatría Alergol
20. Nombre del profesional	22. Número de teléfono y extensión del profesional
Dr. Adrian Yung Rodriguez	

## III. Centro al que se refiere o contra-refiere

23. Nombre del centro	24. Área de atención
HN	<input checked="" type="radio"/> 1. Consulta Externa <input type="radio"/> 2. Urgencias <input type="radio"/> 3. Hospitalización
25. Servicio	26. Especialidad o disciplina
<input checked="" type="radio"/> 1. Medicina <input type="radio"/> 2. Cirugía <input type="radio"/> 3. Gineco-Obstetricia <input type="radio"/> 4. Pediatría <input type="radio"/> 7. Psiquiatría <input type="radio"/> Otro	HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS ALEROLOGIA
27. Nombre funcionario de REDES responsable de completar el formulario	
Cindy Jimenez Gonzalez	

## IV. Cita

28. Fecha de la cita	29. Hora de la cita	30. Especialidad
19 MAR 2019	11:00	* 19 MAR 2019 *
31. Nombre funcionario de REDES asignó la cita		32. Fecha de asignación de la cita
JEFEATURA DE CONSULTA EXTERNA		JEFEATURA CONSULTA EXTERNA

4-70-04-0140

El paciente debe presentarse con 15 minutos de anticipación a la hora fijada para la atención, transcurrido este tiempo, podrá reasignarse la cita para evitar la pérdida del cupo.



# V. Resumen de historia clínica

33. Antecedentes	Problemas activos del paciente	<p>1. Asma alérgico. Persistente grave.</p> <p>2. Rinitis alérgica Persistente. Moderada-grave</p> <p>3. Conjuntivitis alérgica Persistente leve (Perene).</p>
	Subjetivos (incluye resumen de historia clínica asociada al problema)	<p>Asma: Síntomas no cénicos - 1/semana. 2-3 recast</p> <p>Semana: opresión en el pecho; Tos seca no irritativa</p> <p>Rinitis con Prurito estornudo escurrimiento sin</p>
	Objetivos (incluye examen físico, resultados de laboratorio, apoyo al diagnóstico)	<p>observación ni congestión. No síntomas AOS. No Resp</p> <p>oral; Ronquido no patológico; No sint. mala audición</p> <p>y sin infecciones sinopulmonares recurrentes.</p> <p>Asma con ACT 12/25 ptes (19-3-19).</p> <p>Espirometría 19-3-19, CVF 3003/3210 (100%).</p>
	Análisis (incluye proceso diagnóstico e impresión diagnóstica)	<p>FEV1 2880/2580 (90%); FEV1/CVF 80% (95%)</p> <p>FEF25-75: 73%, Factores de Riesgo exacerb.: (1) Asma persistente grave (ACT), (2) Rinitis alérgica, (3) sensibilizada a APC. Factores de Riesgo limitados</p>
	Plan de manejo (incluye tratamiento)	<p>Flujo no: Síntomas ERGE no; Fumado pasivo (-).</p> <p>Contaminantes ambientales (-). Síntomas prurito cuerda.</p> <p>Vocales (-): Fase inspiratoria espiró normal.</p> <p>SPT: Alérgico polvo casero, No hay. Severe Asthma Fungal</p> <p>Sensibilizantes; Aspergillus (-).</p>
	Motivo de referencia o contra-referencia	<p>Tx usado: Beclometasona oral 2 inhalizh; Fomoterol</p> <p>94 y bid, usa espaciador. técnica buena.</p> <p>Tx Rinitis Beclometasona nasal 330 y c/dia (2 disp/</p> <p>noctuid). Loratadina 10 y c/dia (1 disp/</p> <p>noctuid). Tx conj. persist. leve sin manifestación de keratoconjuntivitis</p> <p>Conjuntivitis vernal ni papilar gigante. Tx Olpatadina 2x 2 gotas bid</p>

34. Incapacidad desde	Fecha	Número de días	35. Alta	1. Si	2. No
<p>0 días. Sin resultado. No síntomas</p> <p>no alergia alimentaria, no síntomas a Veneno Hemiparado ni</p>					
<p>HOSPITAL NACIONAL DE ALERGIA</p> <p>Dr. Adolfo Rodríguez</p> <p>Código 0190</p> <p>19 MAR 2019</p> <p>Rx: Sin manifestación de referir por edad, evaluar</p> <p>ni bronquectasia, cambios</p> <p>omalizumab.</p>					

HOSPITAL NACIONAL DE ALERGIA  
Código 4216

