



|                  |                  |        |                  |      |      |
|------------------|------------------|--------|------------------|------|------|
| Apellido paterno | Apellido materno | Nombre | Fecha nacimiento | Edad | Sexo |
|                  |                  |        |                  |      |      |

CURP:

Derechohabencia a:

RESIDENCIA HABITUAL

|       |        |                           |                       |        |
|-------|--------|---------------------------|-----------------------|--------|
| Calle | Número | Colonia o fraccionamiento | Municipio o Localidad | Estado |
|       |        |                           |                       |        |

DATOS COMPLEMENTARIOS EN CASO DE LESIONES CONSECUTIVAS A ACCIDENTES

|                               |                    |                                           |
|-------------------------------|--------------------|-------------------------------------------|
| Lugar de ocurrencia           | Circunstancias     | Bajo efecto de: drogas, alcohol.          |
|                               |                    |                                           |
| Se presentó solo o acompañado | Nombre acompañante | Conducido en vehículo, especificar placas |
|                               |                    |                                           |

DATOS SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA

|                          |                     |                         |                              |      |       |                             |                        |                       |
|--------------------------|---------------------|-------------------------|------------------------------|------|-------|-----------------------------|------------------------|-----------------------|
| Fecha y Hora de atención |                     |                         | Nombre del médico que valora |      |       | Firma del médico que valora |                        |                       |
| Tensión arterial         | Frecuencia cardíaca | Frecuencia respiratoria | Temperatura                  | Peso | Talla | Glucometría                 | Escala Coma de Glasgow | Saturación de Oxígeno |
|                          |                     |                         |                              |      |       |                             |                        |                       |

Ramiro Rubio Resendis

19/07/2020 07/Junio/2020 10:00 hrs

INICIAL URGENCIAS JORNADA ESPECIAL

Motivo consulta: Acude a valoración por Disnea, Tos. Masculino de 40 años de edad, Residente de esta cd. De Oficio Mecánicos.

APP: DM 15 años de evolución en manejo con hipoglucemiantes orales, Mal control. Niega alergias o Hipertensión,

PA: Inicio hace 10 días aprox con fiebre y tos, por lo que acude a unidad médica provada indicándose tratamiento, sin embargo al pasar de los días persiste sintomatología agregándose astenia adinamia ataque al estado general motivo por el que acude

Exp: Asu llegada con TA 150/85 FC 125 FR 24 T 36 SAT 02 al 68% Glicemia 432 mg/dl

Neurologico ; Sin alteraciones, conciente, membrana timpánica sin alteraciones, orofaringe hiperemica, con datos Sin datos de dificultad respiratoria, presenta datos de disociación toracoabdominal además de estertores en hemitórax izquierdo, precordio rítmico en este momento, sin mas agregados , Abd. Blando y depresible, con mov int presentes, Sin más agregados, sin edema.

IDX:

1. Infección Respiratoria Aguda
2. Neumonía atípica
3. Pbe SARS COVID

Estado: Grave

Pronóstico: Reservado a evolución

Plan: Se ingresa acorde a GPC para valoración y manejo. El paciente no acepta intubación en este momento, se notifica a TS Hilda Sandoval y a Directivo Enf Rafaela Osornio. En este momento no se cuenta con familiar (hijo) TS se comunico con el vía telefónica el cual indica que regreso a domicilio en Fracc Villa Brisa indicando regresar en 30 minutos.

Dr. Luis Alberto Solano Juárez 6184870/UAT

[illegible]



INDICACIONES MÉDICAS

|           |                       |               |         |        |                 |          |
|-----------|-----------------------|---------------|---------|--------|-----------------|----------|
| NOMBRE:   | RAMIRO RUBIO RESENDIZ | FECHA DE NAC: | 40 AÑOS | EDAD:  | HOMBRE          | SEXO:    |
| SERVICIO: | URGENCIAS             | CAMA:         |         | FECHA: | No. EXPEDIENTE: | HOJA No. |

FECHA Y HORA: INDICACIONES DEL MEDICO (DEBEN IR SEGUIDAS DEL NOMBRE, FIRMA Y CEDULA PROFESIONAL)

SIGNOS VITALES

19 DE JULIO DEL 2020 A LAS 12:30 HRS

1. DIETA

a. AYUNO

2. SOLUCIONES

a. SOL FISIOLÓGICA 1000ML PARA 2 HRS

b. SOL FISIOLÓGICA 1000ML PARA 8 HRS

3. MEDICAMENTOS:

a. CEFTRIAXONA 1 GR IV C 12 HRS

b. OSELTAMIVIR 75MG C 12 HRS

c. AZITROMICINA 500MG CADA 24 HRS

d. ENOXAPARINA 60 MG SC C 24 HRS

e. IVERMECTINA 12MG CADA 12 HRS

4. LABORATORIOS:

a. BHC QS GPO Y RH PFH E SERICOS EGO

5. GABINETE.

a. Rx TORAX

6. MEDIDAS GENERALES

a. SV Y CGE

b. GLUCOMETRIA CAPILAR CADA 8 HRS

i. MENOR A 80 APLICAR 30ML SG 50%

ii. 81 A 180 NO APLICAR

iii. 181 A 200 2 U IAR SC

iv. 201 A 300 4 U IAR SC

v. 301 A 400 6 U IAR SC

vi. 401 O MAS 8 U IAR SC

c. MONITORIZACION CARDIACA CONTINUA

d. REVALORA MEDICINA INTERNA

e. BALANCE HIDRICO Sonda foley

f. REPORTAR EVENTUALIDADES OPORTUNAMENTE

g. PREVENCIÓN DE CAIDAS

n- 02 + 0 N

Dr Alberto Solano  
6184870/UAAT

Dexametazona 8 mg IV cada 24 hrs por 3 dosis

50 U Insulina apaga en 50 ml sol salina  
ini ar a 3 ml y ajustar D/R.

19/07/20

1. Colocar bolsa reservorio c. 15 lt x min

2. Pronar paciente. x 2 hrs, posterior cambio  
posicion el 2 hr

3. Fisioterapia pulmonar

Dr. Lage

PROCESS



[illegible]