



**DATOS GENERALES**

FOLIO: 24311366143

APELLIDO PATERNO: HERNANDEZ APELLIDO MATERNO: PEREZ NOMBRE: OFELIA

CURP: HEPO660928MSPRRF FECHA DE NACIMIENTO: 28/09/1966

NACIONALIDAD: MEXICANA

ENTIDAD DE NACIMIENTO: SAN LUIS POTOSÍ

SEXO:\* FEMENINO ESTA EMBARAZADA?: NO

ENTIDAD DE RESIDENCIA: SAN LUIS POTOSÍ MUNICIPIO: TAMUÍN

LOCALIDAD: EL CARACOL

CALLE:DOMICILIO CONOCIDO NUMERO:SN

ENTRE QUE CALLES:

COLONIA: EL CARACOL C.P.: TELEFONO:

SE RECONOCE COMO INDIGENA?: NO HABLA ALGUNA LENGUA INDIGENA?: NO

OCUPACION:\* HOGAR

**DATOS CLINICOS**

SERVICIO:\* URGENCIAS ADULTOS

FECHA DE INGRESO AL HOSPITAL:\* 18/09/2021 FECHA DE INICIO DE SINTOMAS:\* 13/09/2021

**A PARTIR DE LA FECHA 13/09/2021  
TIENE O HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS?**

INICIO SUBITO DE LOS SINTOMAS	SI
FIEBRE	NO
TOS	SI
CEFALEA	SI
DISNEA	SI
IRRITABILIDAD	NO
DIARREA	NO
DOLOR TORACICO	SI
ESCALOFRIOS	NO
ODINOFAGIA	NO
MIALGIAS	NO
ARTRALGIAS	NO
ATAQUE AL ESTADO GENERAL	SI
RINORREA	NO
POLIPNEA	SI
VOMITO	NO
DOLOR ABDOMINAL	NO
CONJUNTIVITIS	NO
CIANOSIS	NO
ANOSMIA	NO
DISGEUSIA	NO
OTRO	NO

**CO-MORBILIDAD:**

DIABETES	SI
EPOC	NO
ASMA	NO
INMUNOSUPRESION	NO
HIPERTENSION	SI
VIH/SIDA	NO
OTRA CONDICION	NO
ENF. CARDIOVASCULAR	NO
OBESIDAD	NO
INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	NO
TABAQUISMO	NO
OTROS	NO

DIAGNOSTICO PROBABLE: INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE (IRAG)

TRATAMIENTO

DESDE EL INICIO DE LOS SINTOMAS HA RECIBIDO ALGUN TRATAMIENTO?:\* NO  
SE INICIA TRATAMIENTO CON ANTIMICROBIANOS?:\* SI  
SE INICIA TRATAMIENTO CON ANTIVIRALES?:\* NO

**ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS**

TUVO CONTACTO CON OTROS CASOS DE INFLUENZA 2 SEMANAS PREVIAS?:\* NO  
DURANTE LAS SEMANAS PREVIAS AL INICIO DE LOS SINTOMAS TUVO CONTACTO CON:\*  
AVES NO  
CERDOS NO  
OTRO ANIMAL  
REALIZO ALGUN VIAJE ENTRE EL 6 DE SEPTIEMBRE DEL 2021 Y EL 13 DE SEPTIEMBRE DEL 2021?:\* NO  
RECIBIO VACUNA CONTRA LA INFLUENZA ESTACIONAL? NO  
FECHA DE APLICACION DE VACUNA ESTACIONAL:  
RECIBIO VACUNA CONTRA LA INFLUENZA AH1N1? NO  
FECHA DE APLICACION DE VACUNA CONTRA INFLUENZA:

**PRUEBA DE ANTÍGENO COVID 19**

SE LE TOMO MUESTRA AL PACIENTE?: SI  
RESULTADO PRUEBA DE ANTIGENO: POSITIVO

**PRUEBA DE LABORATORIO DE PCR**

SE LE TOMO MUESTRA AL PACIENTE?: NO

**VACUNA COVID-19**

RECIBIO VACUNA CONTRA COVID-19?: SI  
MARCA: ASTRAZENECA  
FECHA APLICACIÓN 1RA DOSIS: 13/08/2021

**EVOLUCION**

EVOLUCION:\* DEFUNCION

FECHA DE EGRESO: 30/09/2021

FOLIO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCION: 210835518  
FECHA DE DEFUNCION: 30/09/2021