



**DATOS GENERALES**

FOLIO: 2439440530

APELLIDO PATERNO: CARDENAS      APELLIDO MATERNO: MONTALVO      NOMBRE: REYNALDO

CURP: CAMR680329HSPRNY      FECHA DE NACIMIENTO: 29/03/1968

NACIONALIDAD: MEXICANA

ENTIDAD DE NACIMIENTO: SAN LUIS POTOSÍ

SEXO:\* MASCULINO

ENTIDAD DE RESIDENCIA: SAN LUIS POTOSÍ      MUNICIPIO: TAMASOPO

LOCALIDAD: AGUA BUENA

CALLE:PLAN DE SAN LUIS      NUMERO:5

ENTRE QUE CALLES:

COLONIA: AGUA BUENA      C.P.:      TELEFONO:

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

OCUPACION:\* COMERCIANTES DE MERCADOS FIJOS O AMBULANTES

**DATOS CLINICOS**

SERVICIO:\* URGENCIAS ADULTOS

FECHA DE INGRESO AL HOSPITAL:\* 31/07/2021      FECHA DE INICIO DE SINTOMAS:\* 25/07/2021

**A PARTIR DE LA FECHA 25/07/2021  
TIENE O HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS?**

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

**CO-MORBILIDAD:**

DIABETES	SI
EPOC	NO
ASMA	NO
INMUNOSUPRESION	NO
HIPERTENSION	NO
VIH/SIDA	NO
OTRA CONDICION	NO
ENF. CARDIOVASCULAR	SI
OBESIDAD	SI
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?:\* SE IGNORA  
DURANTE LAS SEMANAS PREVIAS AL INICIO DE LOS SINTOMAS TUVO CONTACTO CON:\*

AVES NO

CERDOS NO

OTRO ANIMAL

REALIZO ALGUN VIAJE ENTRE EL 18 DE JULIO DEL 2021 Y EL 25 DE JULIO 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?: NO

**EVOLUCION**

EVOLUCION:\* DEFUNCION

FECHA DE EGRESO: 03/08/2021

FOLIO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCION: 212248009  
FECHA DE DEFUNCION: 03/08/2021