



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 NO
ESTACIONAL?:

FECHA DE APLICACION DE VACUNA ESTACIONAL:

RECIBIO VACUNA CONTRA LA INFLUENZA NO
AH1N1?:

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