



IMPRESIÓN DE LA CÉDULA DEL PACIENTE  
(16/08/2021 13:29:09)

DATOS GENERALES

FOLIO: 24310093915

APELLIDO PATERNO: HERNANDEZ APELLIDO MATERNO: FLORES NOMBRE: CECILIA

CURP: HEFC761017MSPRLC FECHA DE NACIMIENTO: 17/10/1976

NACIONALIDAD: MEXICANA

ENTIDAD DE NACIMIENTO: SAN LUIS POTOSÍ

SEXO:\* FEMENINO ESTA EMBARAZADA?: NO

ENTIDAD DE RESIDENCIA: SAN LUIS POTOSÍ MUNICIPIO: TANCANHUITZ

LOCALIDAD: LAS ARMAS

CALLE:CONOCIDO NUMERO:SN

ENTRE QUE CALLES:

COLONIA: LAS ARMAS 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:\* 14/08/2021

FECHA DE INICIO DE SINTOMAS:\* 07/08/2021

A PARTIR DE LA FECHA 07/08/2021  
TIENE O HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS?

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

CO-MORBILIDAD:

DIABETES	SI
EPOC	NO
ASMA	NO
INMUNOSUPRESION	NO
HIPERTENSION	NO
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?:*	NO
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 31 DE JULIO DEL 2021 Y EL 7 DE AGOSTO 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: 04/08/2021

EVOLUCION

EVOLUCION:\*

DEFUNCION

FECHA DE EGRESO: 15/08/2021

FOLIO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCION: 212248179

FECHA DE DEFUNCION: 15/08/2021