



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS

UMAE HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA "LOMAS VERDES"

HOJA FRONTAL DE URGENCIAS

NOMBRE COMPLETO CORONA LEGORRETA JUAN DE DIOS

FECHA: 10/09/2015 HORA: 08:27

N.S.S. 0814 88 6993-9 CALIDAD 1M19880R

SEXO: MASCULINO EDAD 27

DOMICILIO 1A CDA DE POZAS 7 AMP SAN MATEO NAUCALPAN DE JUAREZ

CLINICA DE ADSCRIPCION: 58 DELEGACION: 16

EMPRESA ART 109 VENCE 01/10/2015

DOM: TEL. 69914767

1a VEZ SUBSECUENTE ACTO DE VIOLENCIA:SI NO

EN CASO NECESARIO AVISAR A: JUAN CORONA LOPEZ

PARENTESCO: PADRE TEL.

EL ENFERMO LLEGO AL SERVICIO ESPONTANEO

PROCEDENCIA OTROS

OCURRIÓ EL ACCIDENTE: FECHA 09/09/2015

HORA 20:00

LUGAR: HOGAR

TIPO DE ACCIDENTE: HOGAR

Otro:

CUBICULO No T2 MEDICO TRATANTE SEMPERTEGUI

ASISTENTE MEDICA AM

ALERGICO A:

NO

1. NOTIFICACION A MIN. PUB:

SI NO

2. ESPECIALIDAD:

ORTOPED.	NEUROCIR.	C. RECON.	C.T.T.A.
MED. INT.	UROLOGIA	MAXILOF.	OTROS

3. AGENTE O TIPO DE SESION:

CAIDA	HIPUCO	HIPAF.	MAQ./HERR.	VIAL
ASFIXIA			FUEGO	ELECTRICO
ANIMAL	QUEMADURAS	QUIMICO		ESCALDAD

4. INTOXICACION:

ALCOHOL	DROGAS	FARMACOS	ALIMENTO
GRADO	LEVE	MODERADO	SEVERO

5. ESTADO DEL PACIENTE:

CONCIENTE	<input checked="" type="checkbox"/>	INCONS.	<input type="checkbox"/>	EN SHOCK	<input type="checkbox"/>	MUERTO	<input type="checkbox"/>
-----------	-------------------------------------	---------	--------------------------	----------	--------------------------	--------	--------------------------

6. ESTUDIOS DE LABORATORIO

a) LABORATORIO:	B. HEMAT.	R. HEMORR.	ORINA	QUIM. SANG.	CULTIVOS
	ELECTROL.	GASOMETRIA		RH:	
	GRUPO SANG.				

7. b) ELECTRODIAGNOSTICO:

E.C.G. E.E.G.

8. c) OTROS ESTUDIOS LAVADO PERITONEAL

OTROS

9. TRATAMIENTO:

TRAT. MED.	MANIPUL.	TRACC.	TRAQUEOST.
LAPARO		CIRUGIA	QUIOFANO
TORACC.		VACUNAC.	CUBICULO
ARTIC.		YESO	TRANSF.
CENTESIS:	VENOSA		OTROS

10. TIPO DE ANESTESIA:

LOCAL	<input type="checkbox"/>	REGIONAL	<input type="checkbox"/>	GENERAL	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	----------	--------------------------	---------	--------------------------

11. ALTA:

CONS. EXT.	DOMICILIO	UMF	ALTA VOLUNT.	<input type="checkbox"/>
ABANDONO EL SERVICIO		HGZ	OTRA. INST.	
DEFUNCION	HORA:			
TRASLADO	A:			
HOSPITALIZACION	SERVICIO:		PISO:	
OBSERVACION URG.	CAMA:			
U.C.I.	CAMA:			

12. DIAGNOSTICO DE EGRESO

1.- Fract de Estiloide cubital Irg
 2.- luxacion ya Reducida estilofito mano Irg
 3.- Esquera oleo Tobillo Irg.

13. INDICACIONES TERAPEUTICAS AL EGRESO

Dclo fregado 100mg Uva Oral c/12hs
 Ferula. pectoral. qd ondula \$10 y 5to dedos de mano Irg.
 Ferula. gelro podalic Irg. x 4 sem
 Control su Urt

Nombre, Matricula y Firma Medico Tratante

*RX	ZONA	CONTUSION	HERIDA	QUEMADURA	FRACTURA	ESGUINCE	LUXACION	L. NEUROSC.	L. TENDINOSA	AMPUTAC.
	COL. VERT									
	CUELLO									
	PELVIS									
	R. HOMBRO									
	BRAZO									
	CODO									
	ANTEBRAZO									
	MUÑECA									
	MANO									
	CADERA									
	MUSLO									
	RODILLA									
	PIerna									
	TOBILLO									
	PIerna									
	CRANEO									
	CARA									
	GENITALES									
	TORAX	PARED								
	ABDOMEN	PARED								
	OTROS PADECIMIENTOS (Especifique sitio y tipo)									
	Pie.									

CLAVES(*) Rx 1.- Simple 2.- Dinámico

3.- Contraste 4. TAC

CLAVES(**) Fx A - Abierta C - Cerrada

COLUMNAS: C - Cervical T - Torácica L - Lumbar
SC - Sacro-Coccígea Por E.G. A.T.

• Paciente Detenido SI NO
 Incapacidad No _____ Por _____ Días
 Días probables de recuperación: _____