



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS

UMAE HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA "LOMAS VERDES"

HOJA FRONTAL DE URGENCIAS

FECHA: 10/09/2015 HORA: 08:27
NOMBRE COMPLETO CORONA LEGORRETA JUAN DE DIOS SEXO: MASCULINO EDAD 27
N.S.S. 0814 88 6993-9 CALIDAD 1M1988OR CLINICA DE ADSCRIPCION: 58 DELEGACION: 16
DOMICILIO 1A CDA DE POZAS 7 AMP SAN MATEO NAUCALPAN DE JUAREZ TEL. 69914767
EMPRESA ART 109 VENCE 01/10/2015 DOM: TEL.
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
OCURRIO EL ACCIDENTE: FECHA 09/09/2015 HORA 20:00 LUGAR: HOGAR
TIPO DE ACCIDENTE: HOGAR Otro:
CUBICULO No T2 MEDICO TRATANTE SEMPETEGUI 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 ☐ QUEMADURAS ☐ FUEGO ☐ ELECTRICO ☐
ANIMAL ☐ QUIMICO ☐ ESCALDAD ☐

4. INTOXICACION:

ALCOHOL ☐ DROGAS ☐ FARMACOS ☐ ALIMENTO ☐
GRADO LEVE ☐ MODERADO ☐ SEVERO ☐

5. ESTADO DEL PACIENTE:

CONCIENTE ☒ INCONS. ☐ EN SHOCK ☐ MUERTO ☐

6. ESTUDIOS DE LABORATORIO

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

7. b) ELECTRODIAGNOSTICO: E.C.G. ☐ E.E.G. ☐

8. c) OTROS ESTUDIOS: LAVADO PERITONEAL ☐ OTROS ☐

9. TRATAMIENTO:

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

10. TIPO DE ANESTESIA:

LOCAL ☐ REGIONAL ☐ GENERAL ☐

11. ALTA:

CONS. EXT. ☐ DOMICILIO ☐ UMF ☒ ALTA VOLUNT. ☐
ABANDONO EL SERVICIO ☐ HGZ ☐ OTRA. INST. ☐
DEFUNCION ☐ HORA: ☐
TRASLADO ☐ A: ☐
HOSPITALIZACION ☐ SERVICIO: ☐ PISO: ☐
OBSERVAC. URG. ☐ CAMA: ☐
U.C.I. ☐ CAMA: ☐

12. DIAGNOSTICO DE EGRESO

1.- Traet de Estiloides cubital Itg
2.- Luxacion y Reduccion Staloides mano Itg
3.- Exueme de tobillo Itg.

13. INDICACIONES TERAPEUTICAS AL EGRESO

Dato flego 100mg Ora Oral c/12hs
Fenda. pagopalmar c. g. enduza. 4to y 5to dedos de Mano Itg. x 4
Fenda. Jero podalve Itg. x 4 Jero.
Control en UTI

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

CLAVES(*) Rx 1.- Simple 2.- Dinámico
3.- Contraste 4. TAC

CLAVES(**) Fx A - Abierta C - Cerrada
COLUMNA: 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: ☐

Nombre, Matricula y Firma Med. Tratante

[Firma]