

Jornada Médica Internacional de Cirugía Del ____ al ____ de noviembre del 2 008.

Historia Clínica Resumida

I. Datos Generales de Identificación del Paciente:

01. Nombres y Apellidos _____

02. No de Cédula de Vecindad: Serie _____ Número _____ Expedida en _____

03. Fecha de Nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____ 04. Edad _____ M A

04 Sexo: Masculino _____ Femenino _____ 05. Ocupación _____

06. Vecino de _____

07. Municipio _____ Departamento _____

Especificar los datos más específicos para localización de los familiares sobre el lugar de residencia actual

08. Teléfono/s para comunicarse con familiares o vecinos _____

09. ¿Sabe leer y escribir? NO _____ SI _____ Último curso o grado aprobado _____

10. ¿Habla Español? Sí _____ No _____ Lengua que habla y se comunica _____

12. Ocupación _____

II. Datos del Acompañante

13. Nombres y Apellidos _____

14. Parentesco _____

15. Vecino de _____

Municipio _____ Departamento _____

16. Teléfono/s _____

17. En caso de Emergencia avisar a _____

18. Telefono/s _____

Otros Datos de Interés a relacionar

Paciente _____

II. Datos Positivos de Interés del Interrogatorio. Anotar al dorso

Information of interest from the interview. Write on the back of sheet if necessary

2.1. Antecedentes sobre la enfermedad o problemática de salud presentada

History of current health problem

2.2. Antecedentes Patológicos Personales

2.2.1. Enfermedades padecidas

Previous Illnesses

2.2.2. Alergias a alimentos, medicamentos o/u otras sustancias del ambiente

Allergies - food, medication, environmental

2.2.3. Operaciones previas realizadas. Especificar tipo y años de evolución.

Previous operations. Specify type and date

2.2.4. Transfusiones de Sangre. No _____ Sí _____ Especificar motivo y fecha.

Past Blood transfusion. No Yes Reason and date

2.2.5. Antecedentes Patológicos Familiares a destacar:

Family history

2.2.6. Madre _____

Mother

Padre _____

Father

2.2.7. Hermanos/a _____

Siblings

2.2.8. Esposo/a _____

Spouse

2.2.9. Otros Familiares _____

Other relatives

2.2.10. Ingresos previos en Hospitales. Especificar Motivo/s y fecha.

Previous hospital admissions. Specify what for and date(s)

2.2.11. Vacunas Recibidas. Especificar tipo y fecha.

Vaccines received. Specify which ones and the dates

2.2.12. Grupo Sanguíneo _____

Blood group

Factor Rh _____

Rh

2.2.13. Otros Comentarios sobre Factores de Riesgo Asociados: Tabaquismo, consumo de bebidas alcohólicas, medicamentos que consume habitualmente, Drogas, etc.

Other factors – medications, smoking, alcohol

Paciente _____

III. Datos Positivos identificados, al Examen Físico

Physical examination

3.01. **Peso** _____ (_____) **libras (kg)**
Weight pounds (kg)

3.02. **Talla** _____ **Centímetros**
height centimeters

3.02. **Presión Arterial:** Brazo Derecho _____ Brazo Izquierdo _____
Blood pressure right arm left arm

3.03. **Pulso Radial** _____
Radial Pulse

3.04. **Temperatura** _____
temperature

3.05. **Mucosas**
Mucous membranes

3.06. **Aparato Respiratorio**
Respiratory system

3.07. **Aparato Cardiovascular**
Cardiovascular system

3.07. **Aparato Digestivo**
Digestive system

3.08. **Aparato Génito-Urinario**
Genital/urinary system

3.09. **Sistema Nervioso**
Nervous system

3.10. **SOMA**

3.11. **Otros Sistemas y Aparatos**
Other systems

Paciente _____

IV. Criterios Médicos Diagnósticos Pre-Jornada Médica

Diagnostic medical criteria prior to medical mission

A) Impresión Diagnóstica _____

Diagnosis

B) Otros Diagnósticos Asociados

Other associated diagnoses

Especificar Nombres y Apellidos y Fecha

Specify names and surnames and date

Historia Elaborada por _____

History compiled by

Historia Revisada por _____

History reviewed by

Observaciones Especiales a Valorar con Médicos Especialistas de la Jornada

Special observations to evaluate with the specialists of the mission

Paciente _____

V. Resultados de Investigaciones Previas Realizadas

Lab results

5.01. Laboratorio Clínico

Grupo Sanguíneo _____

Blood group

Factor Rh _____

Rh

Hemoglobina _____

Hb

Hematocrito _____

Hct

Velocidad de Sedimentación _____

ESR

Leucocitos _____

Leucocytes

Segmentados _____

Linfocitos _____

Eosinófilos _____

Basófilos _____

Total

Glucosa _____

Glucosa

Serología VDRL _____

Orina

Urine

Heces Fecales

Stool

5.02. Radiología

Diagnostic imaging

5.03. Electrocardiograma

ECG

5.04. Otros Resultados de Investigaciones

Other investigations

Paciente _____

VI. Criterios Diagnósticos de Cirujanos Especializados

6.1. Diagnóstico Presuntivo o Inicial

Present diagnosis

6.2. Intervención Quirúrgica a realizar

Proposed Surgical Procedure

6.3. Programación

Scheduling

Prioridad 1 2 3

Priority

Tiempo necesario para la operación (min) _____

Surgical Time Required - skin to skin (min)

Duración prevista de la estancia (días) en CSB _____

Estimated Length of Stay (days)

In CSB

en CSB y Albergue _____

Tipo de cirugía y anestesia

Type of Surgery & Anesthesia

General Regional Spinal Local

a) Fecha _____

Date of Surgery

b) Hora _____ **AM PM** **c) Salón** _____

Time

Room

Tratamiento alternativo si una operación no es necesaria

Alternative treatment if surgery not required

Paciente _____

VII. Consulta de Anestesia. Comentarios e Indicaciones. Cuidados y Precauciones

Anesthesia Consultation, Comments and Instructions

CLINICAL HISTORY CSB

Paciente _____
Patient _____
Edad _____ **Sexo** _____ **Fecha de la Operación** _____ **Salón** _____
Age *Sex* *Date of Operation* *Room*
Hora de Inicio: _____ **Hora de Terminación** _____ **Tiempo de Duración** _____
Start Time *Finish Time* *Duration of Procedure*

VIII. Informe Operatorio
Operative Report

9.01. Operación Realizada
Operation Performed

9.02. Cirujano Principal
Principal Surgeon

9.03. Cirujano/s Participantes
Surgical Assist

9.04. Anestesiólogo/a
Anesthesiologist

9.05. Anestesia Aplicada
Type of Anesthetic

9.06. Personal de Apoyo Participante
Support Staff Present

9.07.01. Enfermería
Nurses

9.08.02. Otras Personas
Other

9.09. De las Técnicas y los Procedimientos Aplicados
Operative Technique/Procedure

9.10. Otros Hallazgos identificados durante el Acto Operatorio
Additional Findings

9.11. Otros Comentarios a Realizar
Additional Comments

Paciente _____

IX. Evoluciones Médicas

Medical follow up

Fecha/Hora

Date/Time

Hallazgos de Interés

Findings of interest

Médico/a

Physician

Paciente _____

X. Indicaciones Médicas

Physician's Instructions

Fecha/Hora

Date/Time

Indicaciones

Physician's Instructions

Médico/a

Physician

Paciente _____

XI. Cumplimientos de Enfermería
Nursing Procedures

Fecha/Hora
Date/Time

Medidas Aplicadas
Procedures

Enfermera
Nurse

Paciente _____

XII. OBSERVACIONES y COMENTARIOS DE ENFERMERÍA

Nursing Follow up Notes

Fecha/Hora

Date/Time

Observaciones y Comentarios

Notes

Personal de Enfermería

Nurse

XIII. HOJA DE EGRESO

Discharge Summary

1. Fecha/Hora

Date/ time

2. Diagnóstico/s al Egreso

Diagnosis and status at discharge

3. Intervención Quirúrgica Realizada

Surgical Procedure Performed

4. Complicaciones Presentadas

Complications

5. Tratamiento y Plan Educativo a Continuar Ambulatoriamente

Treatment and educational Plan following Surgery

6. Seguimiento y Reconsulta

Follow-up consultation

7. Médico Responsable

Physician in charge

8. Otras Observaciones y Comentarios a valorar

Other comments and observations

CLINICAL HISTORY CSB

Universidad Francisco Marroquín
Programa de Salud

Fundación Chusita Llerandi de Herrera
Centro de Salud Bárbara

Facultad de Medicina
San Juan Sacatepéquez

Jornada Médica Internacional de Cirugía Del ____ al ____ de noviembre del 2 008.

Historia Clínica Resumida

| No. | Acápites del Contenido | Página |
|------------|--|---------------|
| I. | Datos Generales de Identidad del Paciente y su Acompañante | 1 |
| II. | Datos Positivos al Interrogatorio | 2 |
| III. | Datos Positivos al Examen Físico | 3 |
| IV. | Criterios Diagnósticos Pre-Jornada Médica | 4 |
| V. | Resultados de Investigaciones Previas Realizadas | 5 |
| VI. | Criterios Diagnósticos de Cirujanos Especialistas de la Jornada | 6 |
| VII. | Consulta de Anestesia. Comentarios e Indicaciones. Cuidados y Precauciones | 7 |
| VIII. | Informe Operatorio | 8 |
| IX. | Hojas de Evoluciones Médicas | 9 |
| X. | Hoja de Indicaciones | 10 |
| XI. | Hoja de Cumplimientos de Enfermería | 11 |
| XII. | Hoja de Observaciones y Comentarios de Enfermería | 12 |
| XIII. | Hoja de Egreso | 13 |