

34 - SANDRA HERNANDEZ PEREZ

Paciente

Nombre:	SANDRA
Apellido paterno:	HERNANDEZ
Apellido materno:	PEREZ
Foto:	FOTO_1599520498.jpg
Fecha de registro:	07/09/2020
Fecha de nacimiento:	16/09/1992
Sexo:	Femenino
Tipo documento:	CURP
Email:	laura.padilla@smilessoftware.com.mx
Origen:	Recomendado por médico
Tipo de paciente:	Aseguradora Aseguradora 2
Alerta 1:	Hipertensa
Titular:	EMILIA GONZALEZ AGUILAR
Idioma:	ESP

CONSULTA 20/03/2021

Formato #33

Fecha:	20/03/2021 06:24 PM
Formato:	Consentimiento informado
Medico:	EMILIA GONZALEZ AGUILAR
Sucursal:	Clínica Demo
Activo:	Sí

CONSULTA 04/11/2020

Formato #7

Fecha:	04/11/2020 01:20 PM
Formato:	Certificado médico
Medico:	EMILIA GONZALEZ AGUILAR
Sucursal:	Clínica Demo
Activo:	Sí

CONSULTA 07/09/2020

Documento #33

Nombre del documento:	PARTE MEDICO
Documento:	doc_1599522073.pdf
Fecha:	07/09/2020 06:41 PM
Usuario:	MEDIS 365
Sucursal:	Clínica Demo

34 - SANDRA HERNANDEZ PEREZ

Imagen #52

Nombre de la imagen: 2020-09-07
Imagen: img_1599521962.jpg
Fecha: 07/09/2020 06:39 PM
Usuario: MEDIS 365
Sucursal: Clínica Demo
Carpeta: EVOLUCIÓN-RX

Orden de estudios de gabinete #17

Fecha: 07/09/2020 06:36 PM
Médico: EMILIA GONZALEZ AGUILAR
Sucursal: Clínica Demo
Documentos de resultados:

Fecha	Descripción	Archivo
07/09/2020 06:37 PM	RX	lab_1599521822.pdf

Listado de orden de estudios de gabinete

Estudio	Indicaciones	Grupo
AP DE TORAX		RADIOGRAFIAS
Prueba de Esfuerzo		ELECTROCARDIOGRAFÍA

Orden de análisis clínicos #23

Fecha: 07/09/2020 06:30 PM
Médico: EMILIA GONZALEZ AGUILAR
Sucursal: Clínica Demo
Indicaciones para el paciente:

- Presentarse con ropa comoda
- Presentarse con 4hrs de ayuno
- Indicaciones

Documentos de resultados:

Fecha	Descripción	Archivo
07/09/2020 06:33 PM	Análisis	lab_1599521581.pdf

Listado de orden de análisis clínicos

Grupo	Análisis	Indicaciones	Unidad	Referencia	Resultado	Fecha resultado
BIOMETRIA HEMÁTICA	EOSINOFILOS		%			
BIOMETRIA HEMÁTICA	ERITROCITOS		µl			
BIOMETRIA HEMÁTICA	PLAQUETAS		10 ³			
PERFIL	PROTEINAS		g/dl			

34 - SANDRA HERNANDEZ PEREZ

Grupo	Análisis	Indicaciones	Unidad	Referencia	Resultado	Fecha resultado
HEPÁTICO	TOTALES					

Receta #68

Fecha: 07/09/2020 12:00 AM
Detalle:
 AMOXIL
 ADULTOS: 1 CAPSULA DE 500MG O 1 TABLETA DE 1 GR CADA 8 HORAS

Indicaciones

Nota de evolución #68

Fecha: 07/09/2020 12:00 AM
Médico: EMILIA GONZALEZ AGUILAR
Cerrada: Sí
Peso (kg): 56
Talla (cm): 156
IMC: 23.01
Tensión arterial: 124/74
Temperatura (°C): 36
Frecuencia cardíaca (lpm): 100
Frecuencia respiratoria (rpm): 18
Saturación de oxígeno (%): 98
Detalle: Nota de evolución, libre

Historia clínica #68

Fecha: 07/09/2020 12:00 AM
Medico: EMILIA GONZALEZ AGUILAR
Sucursal: Clínica Demo
Firmado: No

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Pregunta	Respuesta
Religión:	
Escolaridad:	
Lugar de nacimiento:	
Grupo sanguíneo:	
Alergias:	
Acompañante:	
¿Cuál?	
...¿CUÁL?	

II. FIABILIDAD

Pregunta	Respuesta
Describe:	

III. ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

Pregunta	Respuesta
Describe:	

IV. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

Pregunta	Respuesta
Describe:	

V. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Pregunta	Respuesta
Describe:	

VI. MOTIVO DE CONSULTA

Pregunta	Respuesta
Describe:	

VII. PADECIMIENTO ACTUAL

Pregunta	Respuesta
Describe:	

VIII. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

Pregunta	Respuesta
1. Órganos de los sentidos	
-- Visión:	
-- Audición:	
-- Olfato:	
-- Gusto:	
-- Tacto:	
2. Piel y tegumentos	
-- Piel:	
-- Uñas:	
-- Pelo:	
3. Respiratorio:	
4. Cardiovascular y periférico:	
5. Gastrointestinal:	
6. Genitourinario:	
7. Músculo-esquelético:	
8. Nervioso-psiquiátrico:	

IX. EXPLORACIÓN FÍSICA

Pregunta	Respuesta
a) Habitus exterior:	
b) Signos vitales.	
c) Cabeza.	
-- Cráneo	
-- Ojos:	
-- Oídos:	
-- Nariz:	
-- Boca:	
e) Cuello:	
f) Tórax:	
g) Abdomen:	
h) Extremidades:	
i) Columna:	
j) Examen pélvico:	

X. PARACLÍNICOS PREVIOS

Pregunta	Respuesta
Describe:	
colocar	

XI. DIAGNÓSTICO

Pregunta	Respuesta
Describe:	
CIE10:	

XII. TRATAMIENTO

Pregunta	Respuesta
Describe:	

XIII. PRONÓSTICO

Pregunta	Respuesta
Describe:	

IX. OBSERVACIONES

Pregunta	Respuesta
SELECCIÓN	
SELECCIÓN MULTIPLE	
NUMERO	
FECHA	
SI O NO	No

34 - SANDRA HERNANDEZ PEREZ

Pregunta	Respuesta
TEXTO	
IMAGEN	

X. ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

Pregunta	Respuesta
Menarca	

Firma

Pregunta	Respuesta
Firma	

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

Pregunta	Respuesta
FUM	
Menarca	

EJEMPLO 1

Pregunta	Respuesta
EJEMPLO X	
¿Opciones?	
EJEMPLO XX	No
Antecedentes	
Ejemplo	
imagen	