



**Nombre paciente: CONSUELO LEONILA REYES
HERNANDEZ**

Edad: 60 AÑOS

Fecha de Ingreso: 03/05/2021

Servicio: URGENCIAS

Diagnóstico de ingreso: TCE LEVE/MODERADO

PLAN: HOSPITALIZACION, PROTOCOLO DE ESTUDIO.

Médico Tratante: DR OMAR MAULION/CAMPOS

HOJA DE INGRESO

NOMBRE DEL PACIENTE: Consuelo Leonila Reyes Hernandez

EDAD: 61 OCUPACIÓN: Hogar.

LUGAR DE NACIMIENTO: Uruapan, Michoacan.

NOMBRE DEL CONYUGE: _____

NOMBRE DEL PADRE: Catalino Roye Flores

NOMBRE DE LA MADRE: Juana Hernandez Motor

NOMBRE DEL RESPONSABLE LEGAL: Isabel Avila Reyes

DOMICILIO: Cuahuatemoc # 10 Col. Sol Azteca.

DIAGNÓSTICO (S): _____

CUARTO No.: C-5

FECHA Y HORA DE INGRESO: 03/05/21 2:30pm 60KL

FECHA Y HORA DE EGRESO: _____

Autorizó al(los) MÉDICO(S) para mi tratamiento y/o para que intervenga(n) quirúrgicamente, de ser necesario procedan conforme a lo que se requiera para mi recuperación, en la inteligencia de no desconocer los riesgos a que quedo sujeto(a) por procedimientos Quirúrgicos y Anestésicos, me comprometo a pagar los gastos ocasionados por los servicios adquiridos en mi estancia en esta institución, liquidando el costo total de todos los servicios en general.

ACEPTO

ACEPTO

Consuelo Reyes
FIRMA DEL PACIENTE

Isabel Avila Reyes
FIRMA DEL RESPONSABLE LEGAL

DEBO(EMOS) Y PAGARE(MOS) A LA ORDEN DE LUIS ANGEL GARCÍA VENEGAS EL DÍA _____ DEL MES
DE _____ DE 20 ____ . LA CANTIDAD DE: \$ _____

VALOR DE LOS SERVICIOS QUE HE(MOS) RECIBIDO A MI(NUESTRA) ENTERA SATISFACCIÓN. ESTE PAGARE ES
MERCANTIL Y SERÁ REGIDO POR LA LEY GENERAL DE TÍTULOS Y OPERACIONES DE CREDITO.

ACEPTO

ACEPTO

Consuelo Reyes
FIRMA DEL PACIENTE

Isabel Avila Reyes
FIRMA DEL RESPONSABLE LEGAL

CONSUELO LEONILA REYES HERNANDEZ 60 AÑOS

HABITACION U-2

INDICACIONES 03/05/2021 14:30 HRS

1.- AYUNO

2.- Sol HARTMAN 1000ml para 8 hr

3.- MEDICAMENTOS:

DEXAMETASONA 8MG IV C/12 HRS


OMEPRAZOL 40MG IV C/24 HRS

KETOROLACO 30MG IV C/8 HRS

4.- MEDIDAS GENERALES:

- SVPT Y CGE
- SOLICITO LABORATORIALES BH, QS6, EGO, ES3, ANTIGENO COVID 44
- Reportar eventualidades
- Gracias


DR OMAR MAULION
MEDICO TRATANTE


HELOIM CAMPOS
MEDICO DE GUARDIA

17:40 hrs - Dieta Normal
- Dilatoraco 75mg en 100mg. de
Sol Fisiologica c/12 hr pasar
en 30min.

- Ceftriaxona 1gr IV c/12 hrs

- Inmovilizador de cuello
Rigida.


Dr. Campos

HOJA N°.

HAB. N°. 5

Nombre de paciente: CONSUELO LEONILA REYES HERNANDEZ

Edad: 61 AÑOS Peso: Talla:
Dx: POLICONTUNDIDA, FRACTURA APOFISIS ESPINOSA EN C3.

Fecha: 04/05/2021 Hora: 12:00 hrs

FECHA DE INGRESO: 03/05/2021

FECHA DE EGRESO: 04/05/2020

DIAGNOSTICO DE INGRESO: TCE LEVE/MODERADO, POLICONTUNDIDA.

DIAGNOSTICO DE EGRESO: POLICONTUNDIDA, FRACTURA APOFISIS ESPINOSA C3, HEMATOMA SUBGALEAL.

Paciente femenino en la séptima década de vida cursando su primer día de estancia intrahospitalaria con los diagnósticos ya mencionados. Tolerancia vía oral sin presentar náuseas ni vómito, aún no ha presentado evacuaciones, uris al corriente de características normales, sin datos de déficit neurológico ni bajo gasto.

EF: TEMP 36.5 FC 71 FR 21 SATO2: 91% TA 130/90

Consiente, orientada, cooperadora, Glasgow 15pts orientada en sus tres tiempos, tranquila, adecuada coloración de piel y tegumentos, mucosas regularmente hidratadas, pupilas isocóricas normorreflejas, coanas permeables, presenta herida por contusión en unión de parietales con occipital, suturada con mínimo sangrado impregnado en gasas de 10x12cm aprox, con hematoma subgaleal escaso, vendaje tipo capelina funcional, se palpa leve depresión ósea, cavidad oral con faringe hiperemia sin hipertrofias ni retrocarga, cuello tráquea central y móvil, sin ingurgitación yugular ni alteraciones, con inmovilizador blando, tórax simétrico con adecuados movimientos de amplexión y amplexación, campos pulmonares ventilados, sin agregados, ruidos cardíacos rítmicos adecuada frecuencia e intensidad sin agregados, abdomen globoso a expensas de pániculo adiposo, blando, depresible, no doloroso, normoperistalsis, miembro torácico izquierdo con herida suturada en cara externa de brazo, de 8cm aprox por contusión, poco sangrado impregnado en gasas, resto extremidades integrales, móviles, pulsos periféricos adecuados, reflejos osteotendinosos normales, llenado capilar inmediato.

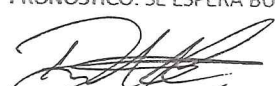
ANÁLISIS: Gabinete reporta fractura no desplazada de apófisis espinoza de c3, hematoma subgaleal occipital.

LAB: leucocitosis 18,700 con neutrofilia segmentados 12,155 y bandas 561.

IDX: POLICONTUNDIDA, FRACTURA APOFISIS ESPINOSA EN C3, HEMATOMA SUBGALEAL

PLAN: CONTINUA TRATAMIENTO AMBULATORIO CON ANTIBIOTICO, ANALGESICO, ANTIINFLAMATORIO Y CITA EN 8 DIAS PARA VALORACION

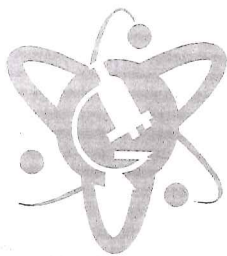
PRONOSTICO: SE ESPERA BUENO PARA LA VIDA Y FUNCION A LARGO PLAZO



DR HELOIM CAMPOS OCAMPO

CEDULA PROFESIONAL: AC-16788/21

MEDICO TRATANTE



LACE
LABORATORIO DE ANÁLISIS
CLÍNICOS Y ESPECIALIZADOS

"Diagnostico confiable para tu salud"

Página 1 de 1

ATENCIÓN: DR HELOIM CAMPOS OCAMPO
PACIENTE: CONSUELO REYES HERNANDEZ
EDAD/SEXO: 60 Años / Femenino

FECHA REGISTRO: 03/05/2021
No. ORDEN: 11409

NOMBRE DE EXAMEN	RESULTADO	INTERVALO DE REFERENCIA
<u>PCR IgG E IgM SARS-COVID-19</u>		
ANTICUERPOS IgM	NEGATIVO	NEGATIVO
<i>Nota: Un resultado NEGATIVO, no descarta la posibilidad de enfermedad clínica COVID-19.</i>		
ANTICUERPOS IgG	POSITIVO	NEGATIVO
<i>Nota: tener anticuerpos protectores IgG no excluye la posibilidad de una eventual reinfección.</i>		
Temperatura	-	< 37.5 °C
Saturación de oxígeno	-	> 90 %

INTERPRETACIÓN:

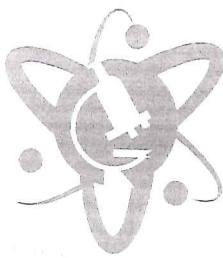
- IgM -/IgG- No hay evidencia de infección por SARS-CoV-2
- IgM +/IgG- Probable infección reciente sin anticuerpos protectores.
- IgM +/IgG + Probable infección reciente con anticuerpos protectores en desarrollo.
- IgM -/IgG + Probable infección pasada con anticuerpos protectores.

Las pruebas no deben utilizarse como único criterio para el diagnostico de SARS-CoV2 (LA RECOMENDACIÓN ES LA VERIFICACIÓN POR PCR) El resultado negativo de la prueba no descarta la infección actual o futura por SARS-CoV2 particularmente en aquellos que han estado en contacto con el virus, por lo que la prueba puede realizarse en días posteriores arrojando resultados distintos.

Método empleado: Inmunoensayo Cromatográfico

QUIMICO RESPONSABLE
QFB-EHDL CARLOS ALEJANDRO MACÍAS GAMIZ
CED. PROF. 4647216 CED. ESP. 6595650

Laboratorio evaluado por PACAL



LACE

LABORATORIO DE ANÁLISIS
CLÍNICOS Y ESPECIALIZADOS

"Diagnostico confiable para tu salud"

Página 1 de 1

ATENCIÓN: DR HELOIM CAMPOS OCAMPO
PACIENTE: CONSUELO REYES HERNANDEZ
EDAD/SEXO: 60 Años / Femenino

FECHA: 03/05/2021
MUESTRA: SANGRE TOTAL
No. ORDEN: 11409

BIOMETRÍA HEMÁTICA COMPLETA

		Rango Normal	
ERITROCITOS	3.85 *	4.00 - 5.40	/MM3
HEMOGLOBINA	11.9	10.9 - 16.1	gr/dL
HEMATOCRITO	36.3	36.0 - 45.0	%
VGM	94.3	82.9 - 99.1	fL
MCH	30.8	26.9 - 34.1	pg/cel
CHCM	32.7	30.9 - 34.6	g/dL
RDW	13.5	11.6 - 14.0	%
SÍNDROME BLANCA			
LEUCOCITOS	18,700.0 *	4,500.0 - 11,000.0	cel/μl
LINFOCITOS (cel/μl)	4,114.0	1,199.0 - 6,801.0	cel/μl
MONOCITOS (cel/μl)	1,496.0 *	99.0 - 801.0	cel/μl
EOSINOFILOS (cel/μl)	374.0	20.0 - 450.0	cel/μl
BASOFILOS (cel/μl)	0.0	0.0 - 100.0	cel/μl
NEUTROFILOS SEGMENTADOS (cel/μl)	12,155.0 *	1,799.0 - 7,001.0	cel/μl
NEUTROFILOS EN BANDA (cel/μl)	561.0 *	49.0 - 401.0	cel/μl
SÍNDROME PLACOMETARIA			
LINFOCITOS %	22 *	24 - 41	%
MONOCITOS %	8	2 - 9	%
EOSINOFILOS %	2	0 - 5	%
BASOFILOS %	0	0 - 2	%
NEUTROFILOS SEGMENTADOS %	65	45 - 67	%
NEUTROFILOS EN BANDA %	3	0 - 5	%
SÍNDROME PLACOMETARIA			
PLAQUETAS	133 *	150 - 400	X10 ³ /μl
VPM	10.7	7.3 - 12.1	fL

OBSERVACIONES

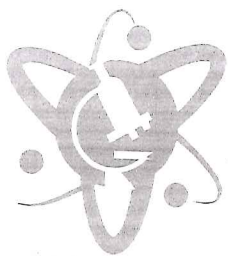
LEUCOCITOSIS

QUIMICO RESPONSABLE

QFB-EHDL CARLOS ALEJANDRO MACÍAS GAMIZ
CED. PROF. 4647216 CED. ESP. 6595650

Laboratorio evaluado por PACAL

Matriz: Calz. Benito Juárez No. 107 Col. Francisco J. Mujica. Uruapan, Mich.
Sucursal: Manuel Pérez Coronado No. 2 Col. La Magdalena. Uruapan, Mich.
452 148 26 66 452 134 14 75 laboratoriolaceupn@gmail.com



LACE

LABORATORIO DE ANÁLISIS
CLÍNICOS Y ESPECIALIZADOS

"Diagnostico confiable para tu salud"

Página 1 de 2

ATENCIÓN: DR HELOIM CAMPOS OCAMPO
PACIENTE: CONSUELO REYES HERNANDEZ
EDAD/SEXO: 60 Años / Femenino

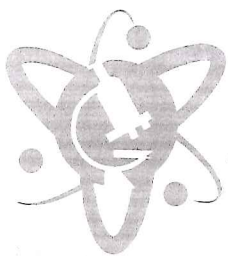
FECHA REGISTRO: 03/05/2021
No. ORDEN: 11409

NOMBRE DE EXAMEN	RESULTADO	INTERVALO DE REFERENCIA		
GLUCOSA	116.1	Normal	70-99	mg/dL
		Pre-Diabetes	100-125	mg/dL
		Diabetes	>126	mg/dL
		Embarazadas	<92	mg/dL
Método empleado: Espectrofotometría Automatizada				
UREA				
RESULTADO:	29.6			
NITROGENO UREICO (BUN)	13.82	14.9 - 39.1		mg/dL
Método empleado: Espectrofotometría Automatizada		6.99 - 18.23		mg/dL
CREATININA				
RESULTADO:	0.96	0.29 - 1.11		mg/dL
Método empleado: Espectrofotometría Automatizada				
COLESTEROL				
RESULTADO	2.70	2.59 - 6.10		mg/dL
Método empleado: Espectrofotometría Automatizada				
TRIGLICÉRIDOS				
RESULTADO	205.5	0.0 - 201.0		mg/dL
Método empleado: Espectrofotometría Automatizada				
GLUCOSA EN AYUNO				
RESULTADO	176.4	0.0 - 150.1		mg/dL
Método empleado: Espectrofotometría Automatizada				
GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR RH				
GRUPO SANGUÍNEO	"O"			
FACTOR RH	POSITIVO			
Método empleado: Inmunoaglutinación				
TIEMPO DE COAGULACIÓN (PT)				
RESULTADO	13.8	11.0 - 16.0		Segundos
INR	1.17	0.89 - 1.31		
Método empleado: Coagulométrico				

QUÍMICO RESPONSABLE

QFB-EHDL CARLOS ALEJANDRO MACÍAS GAMIZ
CED. PROF. 4647216 CED. ESP. 6595650

Laboratorio evaluado por PACAL



LACE

LABORATORIO DE ANÁLISIS
CLÍNICOS Y ESPECIALIZADOS

"Diagnostico confiable para tu salud"

Página 2 de 2

ATENCIÓN: DR HELOIM CAMPOS OCAMPO
PACIENTE: CONSUELO REYES HERNANDEZ
EDAD/SEXO: 60 Años / Femenino

FECHA REGISTRO: 03/05/2021
No. ORDEN: 11409

RESULTADO 25.4 24.0 - 46.0 segundos
Método empleado: Coagulométrico
HEMOGLOBINA GLICOSILADA 6.2

CRITERIOS ADA

Normal. < 5.6%
Prediabetes. 5.7 - 6.4 %
Diabetes. > 6.5 %
Control de diabéticos
Buen control. < 6.5%

Método empleado: Inmunofluorescencia

RESULTADO 137.4 136.0 - 149.0 mEq/L
Método empleado: Ión Selectivo

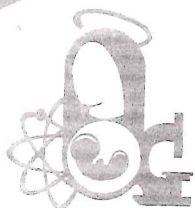
RESULTADO 4.0 3.8 - 5.0 mEq/L
Método empleado: Ión Selectivo

RESULTADO 107.4 98.0 - 106.0 mEq/L
Método empleado: Ión Selectivo

QUIMICO RESPONSABLE

QFB-EHDL CARLOS ALEJANDRO MACÍAS GAMIZ
CED. PROF. 4647216 CED. ESP. 6595650

Laboratorio evaluado por PACAL



**DIAGNÓSTICO
INTEGRAL
GUADALUPANO®**



ULTRASONIDO
5ta. DIMENSION



RAYOS X
MASTOGRAFIA
(DIGITAL)



MASTOGRAFIA

**LABORATORIO
DE ANALISIS CLINICOS**

TEL. 52 8 68 08

LUNES 03 DE MAYO 2021

MEDICO: DR. HELOIM CAMPOS OCAMPO
PACIENTE: CONSUELO LEONILA REYES HERNANDEZ 60a
ESTUDIO: TAC DE CRANEO SIMPLE CON CORTES AXIALES, SAGITALES Y
CORONALES

- SE IDENTIFICA AUMENTO DE VOLUMEN Y AUMENTO EN LA DENSIDAD DE PARTES BLANDAS EN REGIÓN OCCIPITAL DE PREDOMINIO DERECHO.
- SE VISUALIZA TRAZO DE FRACTURA, COMPLETO, NO DESPLAZADO A NIVEL DE LA APOFISIS ESPINO A NIVEL C3.
- REGIONES ORBITARIAS, SENOS PARANASALES, CELDILLAS MASTOIDEAS, CLIVUS Y LOS MARGENES DEL AGUJERO MAGNO ESTAN CONSERVADOS.
- LA ATENUACION Y DENSIDAD DEL PARENQUIMA CEREBRAL NORMAL, SIN EVIDENCIA DE LESIONES QUISTICAS O SOLIDAS.
- LOS GIROS Y SURCOS SE VISUALIZAN CON GROSOR Y CALIBRE CONSERVADO.
- NO SE EVIDENCIAN DATOS DE HEMORRAGIA, HEMATOMAS O PROCESOS ACUPATIVOS ASOCIADOS, LINEA MEDIA SIN DESPLAZAMIENTOS. TRANSICION MESENCEFALICA PONTINA, GANGLIOS BASALES Y REGION DE TALAMOS CONSERVADOS.
- INFRATENTORIALMENTE LA ESTRUCTURA PONTINOBULBAR Y CEREBELOSA CONSERVADA, CUARTO VENTRICULO DE DIMENSIONES Y CARACTERISTICAS NORMALES, SISTEMA VENTRICULAR SUPRATENTORIAL NORMAL. CALCIFICACIONES FISIOLÓGICAS EN PLEXOS COROIDEOS.

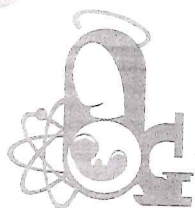
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

- 1.- PARÉNQUIMA CEREBRAL SIN ALTERACIONES AL MOMENTO DEL ESTUDIO.
- 2.- FRACTURA DE LA APOFISIS ESPINOSA A NIVEL DE C3.
- 3.- EMATOMA SUBGALEAL EN REGIÓN OCCIPITAL DE PREDOMINIO DERECHO.

DR. JOSE COBARRUBIAS HDEZ.

Horario de Lunes a Viernes: 7:30 a.m. a 7:30 p.m.
RE-CERTIFICADO POR EL C.M.P.R.M. Folio 1849

Av. Juárez 121 int. 3 Col. Morelos (casi Esq. con Hilanderos)
Uruapan, Mich. ☎ (452) 523 55 35



**DIAGNÓSTICO
INTEGRAL
GUADALUPANO®**



ULTRASONIDO
5ta. DIMENSION



RAYOS X
MASTOGRAFIA
(DIGITAL)



MASTOGRAFIA

**LABORATORIO
DE ANALISIS CLINICOS**

TEL. 52 8 68 08

Lunes, 03 de mayo de 2021.

MEDICO : DR. HELOIM CAMPOS
PACIENTE : CONSUELO LEONILA REYES HERNANDEZ 61a.
ESTUDIO : RX AP Y LATERAL DE BRAZO IZQUIERDO.

Los tejidos blandos muestran volumen y densidad levemente aumentadas.

La forma y posición anatómicas son normales del humero y de la parte proximal del cubito y radio.

El contenido mineral y densidad estan conservados.

El hueso compacto y la cortical tienen una anchura normal con un contorno liso. Las superficies articulares presentan una configuración correcta, limites lisos bien definidos y su separación es normal sin esclerosis. No se observan calcificaciones interarticulares o peri articulares. No se observa soluciones de continuidad ósea. Ni presencia de cuerpos extraños.

CONCLUSION:

- 1.- brazo izquierdo, con proceso inflamatorio de tejidos blandos, sin lesión ósea demostrable que sugiera fractura ó luxación.

ATENTAMENTE

DR. Carlos Cobarrubias Hdez.
Médico Radiologo

Re-Certificado por el C.M.R.I. Folio 2761

Horario de Lunes a Viernes: 7:30 a.m. a 7:30 p.m.
Sábado: De 7:30 a.m. a 2:00 p.m.

Av. Juárez 121 int. 3 Col. Morelos (casi Esq. con Hilanderos)
Uruapan, Mich. ☎(452) 523 55 35

14:00 PM

452 116 5296

HOJA DE INGRESO

NOMBRE DEL PACIENTE: Consuelo Leonila Reyes Hernandez

EDAD: 61 años OCUPACIÓN: Ama de casa

LUGAR DE NACIMIENTO: Oaxaca

NOMBRE DEL CONYUGE: _____

NOMBRE DEL PADRE: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____

NOMBRE DEL RESPONSABLE LEGAL: Silvano Avila Barriga

DOMICILIO: Privada de Uyamel #18 Col: Norte

DIAGNÓSTICO (S): _____

CUARTO No.: urg. 2

FECHA Y HORA DE INGRESO: 03 Mayo - 2021 14:00 PM


FECHA Y HORA DE EGRESO: _____

Autorizó al(los) MÉDICO(S) para mi tratamiento y/o para que intervenga(n) quirúrgicamente, de ser necesario procedan conforme a lo que se requiera para mi recuperación, en la inteligencia de no desconocer los riesgos a que quedo sujeto(a) por procedimientos Quirúrgicos y Anestésicos, me comprometo a pagar los gastos ocasionados por los servicios adquiridos en mi estancia en esta institución, liquidando el costo total de todos los servicios en general.

ACEPTO

ACEPTO

FIRMA DEL PACIENTE


FIRMA DEL RESPONSABLE LEGAL


DEBO(EMOS) Y PAGARE(MOS) A LA ORDEN DE LUIS ANGEL GARCÍA VENEGAS EL DÍA _____ DEL MES
DE _____ DE 20 _____. LA CANTIDAD DE: \$ _____

VALOR DE LOS SERVICIOS QUE HE(MOS) RECIBIDO A MI(NUESTRA) ENTERA SATISFACCIÓN. ESTE PAGARE ES
MERCANTIL Y SERÁ REGIDO POR LA LEY GENERAL DE TÍTULOS Y OPERACIONES DE CREDITO.

ACEPTO

ACEPTO

FIRMA DEL PACIENTE


FIRMA DEL RESPONSABLE LEGAL