

Sr. Presidente del Concejo Deliberante.

Dn. Damian De Marco.

S \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ D.

**NICOLAS FEDERICO FLORES**, DNI N° 35.848.242, con domicilio real en la calle Albatros N° 222 de esta ciudad vengo en mi carácter de apoderado del Sr. Hugo Alfredo FLORES; DNI N° 14.991.271, de conformidad con la copia certificada del poder agregado a la presente y al expediente SG-4011/2007, a los fines de solicitar por su intermedio se me conceda una excepción al art. 8° inc. a, la Ordenanza Municipal N° 2986, en relación a la explotación de la Licencia de Taxi N° 262, otorgada a mi poderdante con fecha 23/04/2007 según Decreto Municipal N° 507/07.-

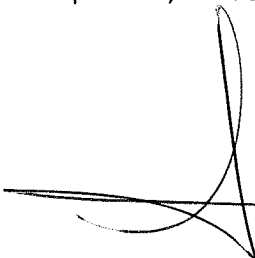
A dichos fines, informo que la licencia se encuentra vigente y que no fue utilizada por mi padre – el poderdante- en virtud que su madre (mi abuela) sufrió un ACV en agosto del año 2010, si bien mi padre viajaba constantemente para supervisar la salud de mi abuela, ya en agosto de 2011 se hizo insostenible la salud física de ésta y tuvo que mudarse provisoriamente a la ciudad de Córdoba, Pcia. del mismo nombre, a los fines ilustrativos adjunto copia simple de la Historia Clínica de mi abuela María del Carmen Martín.-

Estando en el lugar, a principios del año 2012, mi padre sufre un ACV isquémico cerbeloso (constancia agregada a fs. 88 de las actuaciones mencionadas), que le produce un impotencia funcional generalizada, es decir no puede deambular por sus propios medios salvo con asistencia mecánica, a ello se le suma que a mediados del año 2012 fallece mi abuelo –su padre – en un coma diabético, enfermedad de larga data. En este estado, en agosto de este año nuevamente sufre una ACV, que lo mantiene imposibilitado de volver a la Provincia y hacerse cargo del Taxi que manejaba hasta la fecha que se tuvo que ir a cuidar a mi abuela.-

El estado de salud de mi padre, no le permite regresar a la Provincia, ya que en la ciudad de Córdoba, se encuentra atendido en un centro médico que tiene los elementos necesarios para su recuperación, se suma a ello la enfermedad de mi abuela, que realmente ha complicado su regreso a esta ciudad.-

En virtud que la licencia de taxi otorgada es su único sostén económico, ya que actualmente percibe ayuda de familiares y amigos, es que vengo por la presente a solicitar se me otorgue una excepción de dar cumplimiento con la OM N° 2986, autorizándome a hacerme cargo de dicha licencia, habiendo ya presentado la documentación necesaria para rehabilitar la misma en la Dirección de Transporte de la Municipalidad de Ushuaia, y administrarla de forma tal que mi padre pueda seguir sosteniéndose económicamente de ésta, y hasta la fecha me encuentro trabajando en la misma.-

Sin otro particular, agradeciendo desde ya la predisposición para resolver la presente petición, saludo atte..-

  
Flores,  
Nicolas  
15907032  
Albatros 222

|                             |           |
|-----------------------------|-----------|
| CONCEJO DELIBERANTE USHUAIA |           |
| MESA DE ENTRADA LEGISLATIVA |           |
| ASUNTOS INGRESADOS          |           |
| Fecha: 15/11/13             | Hs. 12:13 |
| Numero: 1448                | Fojas: 26 |
| Expte. N°                   |           |
| Girado:                     |           |
| Recibido:                   |           |



REGISTRO DEL ESTADO  
CIVIL Y CAPACIDAD  
DE LAS PERSONAS

# REPUBLICA ARGENTINA

|      |      |      |
|------|------|------|
| 179  | 220  | 1991 |
| TOMO | ACTA | AÑO  |

NACIMIENTO

En ... Albardon, San Juan ...  
República Argentina a ... tres ... de ... Junio ...  
de 1991. Yo, Oficial Público de este Registro Civil, inscribo el ...  
Nacimiento ... de Nicolas Federico ...  
FLORES ... D.N.I. Nº 35.849.249

220

FLORES ...  
Nicolas ...  
Federico ...

Sexo masculino nacido el 31 de marzo de 1991  
a las 00-05 horas, en ... Albardon ...  
Hijo de Hugo Alfredo FLORES ...

Doc. Ident. 14931.271

y de Selva del Rosario MAMANI

Doc. Ident. 16.784.221

Según certificado de la Obst. Emma O. de LOPEZ Nº 95.223

Declarante el padre Doc. Ident. 16.784.221

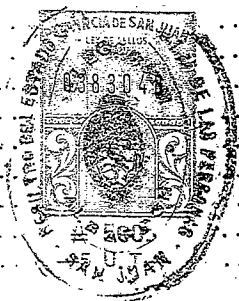
Domicilio Rawson 2871 Albardon Obra en virtud de Inscripto por  
Art. 290 Dec. 8203/63

Ante mí

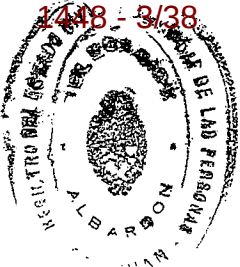
REPUBLICA ARGENTINA

DELEGACION REGISTRAL

San Juan, 17 de Junio de 1991



San Juan, Albardón, 28-06-1992



ANITA ARGENTINA ARROYO  
DELEGADA REGISTRO CIVIL  
REG. DEL EST. CIVIL Y CAP. DE LAS PERS.

En el presente documento se encuentran cumplimentados todos los  
requisitos de inscripción en la Provincia de San Juan (Art. 1º Ley 4667).

**Certifico** que la firma que antecede del Señor Oficial Encargado  
del Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas

Don Anita Arroyo

San Juan, 28 JUNI 1992

MARIA PAULINA AUGUSTO  
JEFE DIVISION ARCHIVO  
REG. DEL EST. CIVIL Y CAP. DE LAS PERS.

Estimado Pablo: Soy Vivi del Hosp  
Rawson (Obras Sociales)

Tenemos una Paciente, Marchu Maria  
del Carmen, que está internada en  
el Hospital (P.C.G) con diag. ALCU y  
POSIBLE MENINGEOMA. LE SOLICITAN  
UNA RMN.

Por el momento NO tiene cobertura  
de Obras Sociales (LA HIJA LLEVA Papeles  
comprobatorios: Pami de Baja y OMSA  
con cobertura a partir de OCTUBRE/10)  
Será posible conseguir un Formo para  
dicho estudio? -

TE AGRAZCO LA ATENCIÓN, ESPERANDO  
UNA RESPUESTA FAVORABLE.



Saludos,

UPUP

CRA. 09/8/10.

HOSPITAL RAWSON  
OFICINA OBRAS SOCIALES

1448-5838



Provincia de Córdoba  
Ministerio de Salud  
Secretaría de Programación Sanitaria  
Subsecretaría de Inclusión Sanitaria  
Área de Rehabilitación Integral  
de Personas con Discapacidad

# CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Ley 22431  
Art. 3ª Ley 24901 Dto. 762/97

Nº 00040571  
ORIGINAL

Los abajo firmantes certifican la discapacidad de la persona cuyos datos se detallan a continuación.

Nombre y Apellido: Hugo Alfredo FLORES

DNI/LC/CI: 14.991.241

Nº CUIT/CUIL: .....

Fecha de Nacimiento: 25/12/1962

DIAGNOSTICO ETIOLOGICO ACV isquémico cerebeloso

DIAGNOSTICO FUNCIONAL Impotencia funcional generalizada

DEFICIENCIA 74.66

DISCAPACIDAD 41762-66/229

MINUSVALIA 2.5/3.6/6.6

ORIENTACION PRESTACIONAL Rehabilitación

Fecha de inicio de la discapacidad 15/02/2012

El presente Certificado tiene validez hasta el 28/3/2016

No siendo vinculante a los efectos del decreto 478/98 del 30/04/98, referidos a la Ley 24241.

LEY 24.901 Art. 13º El discapacitado no puede acceder al transporte público, debe reconocerse transporte especial. ☒ SI ☐ NO  
LEY 25.635. Decreto 38/2004. Resol. Nº 31/2004. Válido para acceder al derecho de gratuidad para viajar en los distintos tipos de transporte colectivo terrestre, sometidos a control de la autoridad nacional de media y larga distancia. Con acompañante. ☒ SI ☐ NO  
LEY 23.876 Art. 1º En casos en que el tipo de discapacidad lo requiera, el pase indicará que también se cubra acompañante. ☒ SI ☐ NO  
Transporte escolar. ☒ SI ☐ NO

Firma: .....

Firma: .....

Firma: .....

Lugar: .....

Fecha: 28/03/12

Expedido por: Junta Hosp. Su Roque Viejo

Lic. GABRIELA AREVALO

PSICOLOGA M.P. 3627

MARIELA ROBLEDU  
Lic. en Trabajo Social  
M.P. 0968

Dra. Maria E. Piatti  
REHABILITACION MEDICA  
M.P. 395/8 M.E. 15.292

## IDENTIFICACION Y DIAGNOSTICO

## Apellido y Nombres

Martin, Maria Del carmen

Nr. HC

2570961

Fec. Nacimiento 01/01/1941

**Tipo Doc. Documento nacional de identidad 10**

Sexo Femenino

Número Doc. 4.195.051

Nacionalidad **Argentina**

No Civil Sin Descripcion

**Cobertura Social O.s. bancaria argentina**

**Escolaridad Sin Descripcion**

Domicilio Habitual **Cabanillas- 1575 - Bº**

Localidad **Cordoba capital**

**Provincia Córdoba**

Nombre del Padre

Tipo y N° Doc

Ocupación

## Imbre de la Madre

Tipo y N° Doc

Ocupación

PERSONA A CARGO DEL PACIENTE

Apellido y Nombre

Domicilio Habitual

Tel.:

### SERVACIONES

## DIAGNOSTICO EN CONSULTAS EXTERNAS

[illegible]

## IDENTIFICACION Y DIAGNOSTICO

Apellido y Nombres

**Martin, Maria Del carmen**

Nrº. HC  
**2570961**

Fec. Nacimiento 01/01/1941

Tipo Doc. Documento nacional de identidad 10

Sexo Femenino

Número Doc. 4.195.051

Nacionalidad **Argentina**

o Civil Sin Descripcion Cobertura Social O.s. bancaria argentina

**Escolaridad Sin Descripcion**

Domicilio Habitual Cabanillas- 1575 - Bº

Localidad **Cordoba capital**

**Provincia Córdoba**

Nombre del Padre

Tipo y N° Doc

Ocupación

### Nombre de la Madre

Tipo y N° Doc

Ocupación

**PERSONA A CARGO DEL PACIENTE**  
Apellido y Nombre

Apellido y Nombre

Domicilio Habitual

Tel.:

### OBSERVACIONES

## DIAGNOSTICO EN CONSULTAS EXTERNAS

[illegible]

# AUTORIZACION Y EXIMICIONES DE RESPONSABILIDAD

1448-8/38 NOMBRES

2- H.C. Nº

## 3 - PARA TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS MEDICOS Y QUIRURGICOS

AUTORIZO AL PERSONAL DEL HOSPITAL, PARA QUE DURANTE MI HOSPITALIZACION O LA DE  
PRACTIQUE LOS PROCEDIMIENTOS MEDICOS Y QUIRURGICOS NECESARIOS DE DIAGNÓSTICO CLINICO, DE GABINETE, DE LABORATORIO O ANATOMIA PATOLOGICOS QUE  
SEAN UTILES PARA EL DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y RECUPERACION DE MI SALUD.

A LA VEZ EXONERO DE RESPONSABILIDAD AL MISMO PERSONAL POR LAS COMPLICACIONES NATURALES QUE PODRIAN PRESENTARSE AL REALIZAR ESTOS  
PROCEDIMIENTOS.

DEL MISMO MODO AUTORIZO AL HOSPITAL PARA QUE SE LLEVEN A CABO LOS PROCEDIMIENTOS MICROSCOPICOS NECESARIOS PARA EL RECONOCIMIENTO  
DE MI ENFERMEDAD, A FIN DE EVITAR RIESGOS DE CONTAGIO Y FACILITAR LA PROTECCION FUTURA A LA SALUD DE MIS FAMILIARES Y DE LA COMUNIDAD.

FIRMO VOLUNTARIAMENTE A LOS ..... DIAS DEL MES DE ..... DEL AÑO .....

NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE

FIRMA

Nº DE D.N.I.

TESTIGO O FAMILIAR

FIRMA

Nº DE D.N.I.

## 4 - PARA SALIDAS EXIGIDAS

DEJO CONSTANCIA QUE YO ..... D.I. Nº .....

ATENDIDO EN EL SERVICIO DE ..... SALGO CONTRA EL CONSEJO

DEL MEDICO TRATANTE Y EL DE LA DIRECCION Y POR ESTE MOTIVO EXONERO DE TODA RESPONSABILIDAD AL MEDICO TRATANTE, AL HOSPITAL

..... POR LOS RIESGOS QUE ME HAN ADVERTIDO Y CUYA RESPONSABILIDAD ASUMO POR MOTIVO DE MI ACTITUD.

FIRMA DEL PACIENTE ..... TESTIGO O FAMILIAR (FIRMA) .....

## 5 - PARA RETIRO DE MENORES

FECHA ..... DE LA SALA ..... HA SIDO RETIRADO

MOTIVO ..... NOMBRE PERSONA QUE RETIRA .....

RELACION DE ESTE CON EL PACIENTE ..... Y QUE RESIDE EN (SEÑAS COMPLETAS) .....

FIRMA ..... D.I. Nº .....

6 -

## CAUSA DE MUERTE

A ..... (DEBIDO A, O COMO CONSECUENCIA DE)

..... (DEBIDO A, O COMO CONSECUENCIA DE)

(DIRECTA)

ERVACIONES: .....

O QUE LA MUERTE SE PRODUJO POR LAS CAUSAS ARRIBA MENCIONADAS

MATRICULA PROF. ....

FIRMA MEDICO

## HOJA DE GUARDIA

|                                                          |             |
|----------------------------------------------------------|-------------|
| 1 - APELLIDO Y NOMBRES<br><u>Marín, María del Carmen</u> | 2 - H.C. Nº |
|----------------------------------------------------------|-------------|

|                                                      |                      |                          |                         |                         |
|------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------|-------------------------|-------------------------|
| FECHA DE NAC. <u>11-03-41</u>                        | SEXO <u>Femenino</u> | EST. CIVIL <u>Casada</u> | FECHA: <u>05/08/10.</u> | D. I. Nº <u>4195051</u> |
| OBRA SOCIAL                                          | Nº AFILIADO          | PROFESION                |                         |                         |
| DOMICILIO <u>Pje. Cabrerillas</u>                    | Nº <u>1575</u>       | Bº <u>San Vicente</u>    | SEC.                    | TEL.                    |
| NOMBRE DEL FAMILIAR Y/O ACOMPAÑANTE                  |                      |                          |                         |                         |
| DOMICILIO                                            |                      |                          |                         |                         |
| D. I. Nº                                             |                      |                          |                         |                         |
| ANTECEDENTES PERSONALES <u>HTA, colitis ulcerosa</u> |                      |                          |                         |                         |
| M. DE C. <u>Punto, mal estar general</u>             |                      |                          |                         |                         |

A.E.A. Paciente de 69 años con APP de HTA de larga data tratada con Atenolol 50 mg <sup>1</sup>/<sub>12</sub>hs, que consulta por punto de 2 días de evolución, posterior a la ingesta de aumento en mal estado, comienzo apuro, localizado en mucosas y miembros, con erofión en mucosa oral, levemente clorosa. Refiere además iniciar por la tarde del día de la fecha con cefaleas, holocefálica, pulsátil, acompañada con malestar general, decaimiento y paresia braquial derecha. Se constata TA de 180 sistólica, por lo que toma Atenolol 50 mg. Ante persistencia sintomatológica consulta a la guardia.

## EXAMEN FISICO

## EVALUACION CLINICA (MARCAR LO ANORMAL CON UNA X)

|                   |                      |                  |                      |
|-------------------|----------------------|------------------|----------------------|
| 1 PIEL            | 8 MAMAS              | 15 URINARIO      | SIGNOS VITALES       |
| 2 LINFATICOS      | 9 TORAX              | 16 GENITAL       |                      |
| 3 CABEZA Y CUELLO | 10 CORAZON           | 17 MIEMBROS SUP. | PULSO 87             |
| 4 OJOS            | 11 VASCULAR          | 18 MIEMBROS INF. | TA 260/120 → 180/190 |
| 5 OIDOS           | 12 ABDOMEN           | 19 COLUMNA       | TEMP. 37°C           |
| 6 NARIZ           | 13 ANO Y RECTO       | 20 NEUROLOGICO   | F. RESP.             |
| 7 BOCA Y GARGANTA | 14 SISTEMA ENDOCRINO | 21 PSIQUIATRICO  | Sat. 97%             |

DESCRIPCION DE LOS DATOS FUNDAMENTALES COLOCANDO EL NUMERO CORRESPONDIENTE ANTES DE SU COMENTARIO ① Colorido normal; turgor, elasticidad y humedad conservada, distribución pigmentaria de acuerdo a sexo y edad ② Menopausia ③ Normocéfalo, no se pñ hemorriciones ④ Escleróticas anictéricas, conjuntivas pálidas, pupilas isocólicas reactivas, reflejos fotomotor y consensuales normales ⑤ Buena mec. respiratoria, mv④, vv④, no se auscultan ruidos patológicos R2 normofonéticos, no PSA, ingurgitación yugular ⑥ reflejo

(12) Abdomen palpable no doloroso a la palpación, depresible, puntos dolorosos  $\ominus$ , RHA  $\oplus$ , Murphy  $\ominus$  (15) PPRB  $\ominus$ , PRVB  $\ominus$  (20) CTE y P, <sup>signos</sup> ~~for~~ meninges.  
4/5

DIAGNOSTICO ENFERMEDAD ACTUAL Emergencia HTA

OTROS DIAGNOSTICOS ACV curto

EXAMENES REALIZADOS Uot, Rx tórax, ECG, cma completa, TAC cerebral

EXAMENES SOLICITADOS valoración de neurología y cardiología - laboratorio completo.

TRATAMIENTO PHP2 7 g x', Enalapril 10 mg (vo), Amlodipina 5 mg (vo),  
Alprazolam 2 mg (vo) Aspirina 325 mg 1 día. Atorvastatina 20 mg/día.  
Atenolol 25 mg c/ 12 Hs.

OBSERVACIONES Siendo las 23:45 hs se habla con derivación de Ate para solicitar traslado a Hospital Córdoba se realiza TAC sin contraste y valoración neurológica Dra. Castañi Soledad.

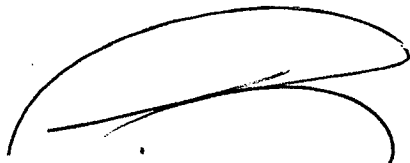
- 01:30 hs se vuelve a insistir con traslado a AB.  
02:10 hs se realiza traslado.

- labo: Hb 12.9 Hto: 38.7 leucocitos: 4.500 NC: 0 NS: 60  
E: 0 B: 0 L: 32 M: 8 cel. mitosis lmf: 9 plaquetas: 182.000  
APF: 100% glucosa: 1.37 urea: 0.39 creatinina: 0.80 CPK: 119  
CPR-HB: 14

- Rx tórax:  $\ominus$  portátil no impresiona imágenes pleuropulmonares.

- ECG: 0. Ritmo sinusal, FC: 75 lpm, Eje:  $30^\circ$ , onda Q, 0.08"  
PR: 0.16 QRS 0.08", QT 0.40"

- Valores Neurológicos Ver hoja Evolución.



Andres A. Barnes  
MEDICO CIRUJANO  
M.P. 19.788

Dra. González  
M.P. 19.788

ANAMNESIS

1448-11/38  
1 - APELLIDO Y NOMBRES

Martín María

2 - H.C.Nº

2510161.

MOTIVO DE CONSULTA: Malos pal, cefalea, harto en brazo  
brazo derecho

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente de 48 años que consulto  
por puerdas el 01/01/12 (por lo nocturno) por cefalea  
hemicranica derecha paroxisica y persistente y harto  
d furzo en brazo derecho y H.D.  
APP: HTA, colelitos olelitos otros en tratamiento  
Antec puerpas: Oe claudicacion retino, coctante OE,  
Oe puerlo, Hemorroides, Opendicelitos, colicardelitos.  
Medicudo en Atendel Sony.

3 - ANAMNESIS  
ORDENACION:  
FECHA Y FORMA  
DE COMIENZO

DESCRIPCION  
CRONOLOGICA DE  
SINTOMAS Y SU  
RELACION CON OTROS  
HECHOS

CONSULTAS  
MEDICAS PREVIAS  
ESTUDIOS,  
TRATAMIENTOS  
Y RESULTADOS.

|                                                         |                                    |                        |                      |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------|----------------------|
| <b>4 - HISTORIA FAMILIAR</b>                            |                                    |                        |                      |
| DIABETES                                                | OTRAS:                             |                        |                      |
| INFECCIONES                                             | HEMORRAGIA                         |                        |                      |
| NEOPLASIA                                               | NEUROPSIQUIATRICAS                 |                        |                      |
| ALERGIA                                                 |                                    |                        |                      |
| HIPERTENSION                                            |                                    |                        |                      |
| ALCOHOLISMO                                             |                                    |                        |                      |
| PADRE: _____ EDAD _____                                 |                                    |                        |                      |
| MADRE: _____                                            |                                    |                        |                      |
| HERMANOS: _____                                         |                                    |                        |                      |
| COLATERALES _____                                       |                                    |                        |                      |
| ESPOSA/O _____                                          |                                    |                        |                      |
| HIJAS/OS _____                                          |                                    |                        |                      |
| <b>5 - ANTECEDENTES PERINATALES</b>                     |                                    |                        |                      |
| EMBARAZO                                                | PARTO                              |                        |                      |
| <input type="checkbox"/> NORMAL                         | <input type="checkbox"/> DISTOCICO |                        |                      |
| <input type="checkbox"/> COMPLICACIONES                 | <input type="checkbox"/> EUTOCICO  |                        |                      |
| PESO _____                                              | TALLA _____                        |                        |                      |
| P.CEF. _____                                            |                                    |                        |                      |
| <b>HISTORIA NEONATAL</b>                                |                                    |                        |                      |
| INCUBADORA                                              | ONFALITIS                          | HEMORRAGIAS            | SUFRIMIENTO FETAL    |
| ICTERICIA                                               | CIANOSIS                           | CONVULSIONES           | OTROS:               |
| <b>6 - HISTORIA PERSONAL</b>                            |                                    |                        |                      |
| LUGAR DE NACIMIENTO Y RESIDENCIA. TRABAJO U OCUPACIONES |                                    |                        |                      |
| <b>ENFERMEDADES</b>                                     |                                    |                        |                      |
| SARAMPION                                               | RUBEOLA                            | NEUMOPATIAS            | FIEBRE REUMATICA     |
| COQUELUCHE                                              | ESCARLATINA                        | VENEREAS               | DESNUTRICION         |
| PAROTIDITIS                                             | DIFTERIA                           | ALERGIAS               | HIPERTENSION         |
| VARICELA                                                | NEFROPATIAS                        | NEOPLASIA              | HEMORRAGIAS          |
| CHAGAS                                                  | DIABETES                           | PALUDISMO              | BRUCELOSIS           |
| OTRAS:                                                  | LESIONES                           | OPERACIONES            | HOSPITALIZACION      |
| <b>7 -</b>                                              |                                    |                        |                      |
| <b>HABITOS</b>                                          |                                    |                        |                      |
| <b>INTOLERANCIA ALIMENTARIA</b>                         |                                    |                        |                      |
| <b>INTOLERANCIA DROGAS</b>                              |                                    |                        |                      |
| ANTIBIOTICOS                                            | ANALGESICOS                        | ANESTESICOS            | OTROS:               |
| <b>ANAMNESIS SISTEMATICA</b>                            |                                    |                        |                      |
| <b>8 - OCULAR</b>                                       |                                    |                        |                      |
| AGUDEZA VISUAL                                          | DIPLOPIA                           | DOLOR                  |                      |
| <b>9 - O.R.L.</b>                                       |                                    |                        |                      |
| INFECCIONES                                             | EPITAXIS                           | VERTIGO                | VOZ                  |
| 10 - DENTAL                                             | 11 - TIROIDES                      | 12 - MAMAS             |                      |
| <b>13 - CARDIOVASCULAR</b>                              |                                    |                        |                      |
| DOLOR                                                   | DISNEA                             | CIANOSIS               | EDEMA                |
| <b>14 - PULMONAR</b>                                    |                                    |                        |                      |
| ESPECTORACION                                           | DISNEA                             | HEMOPTISIS             | DOLOR                |
| <b>15 - GASTROINTESTINAL</b>                            |                                    |                        |                      |
| ALIMENTACION: MATERNA                                   | ARTIFICIAL                         | DURANTE _____          |                      |
| <b>FORMULA ALIMENTARIA ACTUAL</b>                       |                                    |                        |                      |
| SANGRE                                                  | DISFAGIA                           | GASES                  | HEMORROIDES          |
| DOLOR                                                   | VOMITOS                            | ICTERICIA              | HABITOS INTESTINALES |
| <b>16 - URINARIO</b>                                    |                                    |                        |                      |
| DISURIA                                                 | NICTURIA                           | OLIGURIA               | POLIURIA             |
| FRECUENCIA                                              | HEMATURIA                          | INFECCIONES            | ARENILLAS-CALCULOS   |
| <b>17 - GINECO OBSTETRICO</b>                           |                                    |                        |                      |
| MENARCA                                                 | RITMO                              | ULTIMA MESTRUACION     |                      |
| EMBARAZOS                                               | PARTOS                             | ABORTOS                | NACIDOS MUERTOS      |
| <b>18 - NEUROLOGICOS</b>                                |                                    |                        |                      |
| MADURACION                                              | PSICOMOTRIZ                        |                        |                      |
| MARCHA                                                  | CEFALEAS                           | CONVULSIONES           |                      |
| PARALISIS                                               | SENSIBILIDAD                       | INCONTINENCIA          |                      |
| <b>19 - PSIQUISMO</b>                                   |                                    |                        |                      |
| ANSIEDAD                                                | DEPRESION                          | ALTERACIONES DEL SUEÑO |                      |
| <b>20 - MUSCULO ESQUELETICO</b>                         |                                    |                        |                      |
| DOLOR                                                   | FUERZA MUSCULAR                    | DEFORMIDADES           |                      |
| RIGIDEZ                                                 | FRACTURAS                          | HERNIAS                | INFLAMACION          |

⑥ HTA, cefaleas, insomnio

⑧ Desprendido de refugio de  
correspondiente  
cota de 0.5: correspondiente  
guirriante  
OT: cota de 0.5

⑩ Falta de peso del cuerpo.

⑬ HTA, palpitations,  
debe faltar de cuerpo.

⑮ Cefaleas, insomnio, cota de 0.5

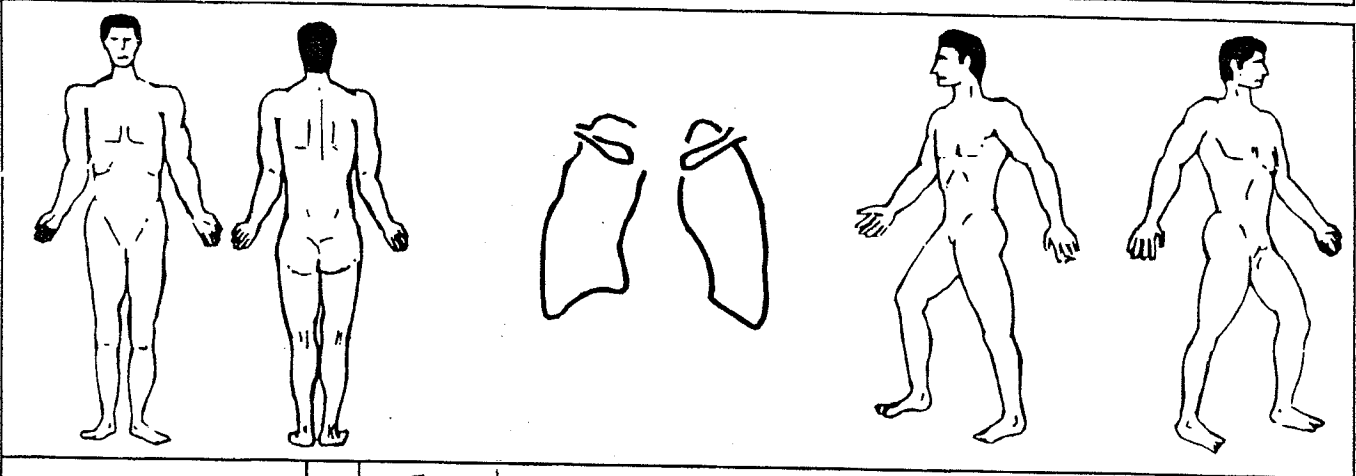
⑰ Cefaleas, insomnio,  
dolor.

puntos de insomnio del cuerpo

⑲ Insomnio.

⑳ Insomnio, insomnio,  
brazo y peso del cuerpo

|                        |            |
|------------------------|------------|
| 1 - APELLIDO Y NOMBRES | 2 - H.C.Nº |
| Portia Maria           |            |



|                                                                                                                           |                                     |                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------|
| 3 - INSPECCION GENERAL                                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | Tº surge elasticidad cutánea                 |
| TEMPERATURA, TALLA, PESO ACTUAL, PERIMETRO CEFALICO, NUTRICION, HIDRATACION, CONCIENCIA, HABITO, FACIES, DECUBITO MARCHA. |                                     | Unidad cervical.                             |
| 4 - PIEL Y FANERAS                                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | Piel seca, levemente palidos                 |
| TURGOR, ELASTICIDAD, TEMPERATURA, HUMEDAD, ALTERACIONES.                                                                  |                                     |                                              |
| 5 - CELULAR SUBCUTANEO                                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | 9p                                           |
| GANGLIOS                                                                                                                  |                                     |                                              |
| CANTIDAD Y DISTRIBUCION, EDEMAS, GANGLIOS.                                                                                |                                     |                                              |
| 6 - OSTEOARTICULAR                                                                                                        | <input type="checkbox"/>            |                                              |
| DEFORMIDADES, LOCALIZACION, PUNTOS DOLOROSOS, NODULOS DERRAME ARTICULAR MOTILIDAD ACTIVA Y PASIVA.                        |                                     |                                              |
| 7 - CABEZA Y CUELLO                                                                                                       | <input type="checkbox"/>            | Occlusiones paliditas, escleroticas          |
| CONFORMACION, OJOS CONJUNTIVA, ESCLEROTICA, MOTILIDAD, PUPILAS, NARIZ, OIDOS, MUCOSA, BOCA, DENTADURA, LENGUA, PALADAR.   |                                     | Pupils incontinuos reactivos RFM y asimetría |
| 8 - TORAX                                                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | Fallos pres de la                            |
| CONFORMACION, MAMAS.                                                                                                      |                                     |                                              |

PULSOS PERIFERICOS: 0 Ausentes, 1 Apenas Palpable, 2 Francamente disminuido, 3 Apenas disminuido, 4 Normal, 5 Aneurisma, 6 Sopro

| LADO      | Radial | Cubital | P.A. | Carótida | Aorta | Femoral | Poplitea | Tibial | Pedia |
|-----------|--------|---------|------|----------|-------|---------|----------|--------|-------|
| Derecho   | X      |         |      | X        |       |         | X        |        | X     |
| Izquierdo | X      |         |      | X        |       |         | X        |        | X     |

9 - RESPIRATORIO

FRECUENCIA RESPIRATORIA, RITMO TIPO, VIBRACIONES, VOCALES, EXPANSION, PERCUSION, AUSCULTACION.

☒ FR : 20 x'.  
TV ⊕ VV ⊖. no se auscultan ruidos sobre-  
apreciables.

10 - CARDIOVASCULAR

TENSION ARTERIAL, FRECUENCIA, CENTRAL PERIFERICA, CHOQUE DE LA PUNTA, LATIDOS ANORMALES, FREMITOS, AREA CARDIACA, RUIDOS NORMALES Y PATOLOGICOS, ARTERIAS Y VENAS.

☒ FC 85 x'. PP ⊖.  
R1 R2 normofonias, no soplos, no edema  
VVV B2 - II sobre RT

11 - ABDOMEN

INSPECCION, PALPACION, TONO Y DOLOR HIGADO Y BAZO, TAMAÑO (en cm) PUNTOS DOLOROSOS, PERCUSION Y AUSCULTACION, TACTO RECTAL, HERNIAS.

☒ Abdomen blando al tacto no doloroso  
RHA ⊕ colonos ⊖.

12 - GENITO URINARIO

PUÑO, PERCUSION, PALPACION, PUNTOS DOLOROSOS, GENITALES, TACTO RECTAL.

☒ PPZB ⊖ PRU ⊖ Dura ⊕

13 - NEUROLOGICO

CONCIENCIA, LENGUAJE PARES CRANEALES Y N. PERIFERICOS, MOTILIDAD, TONO TROFISMO Y FUERZA MUSCULAR, REFLEJOS SUPERFICIALES Y PROFUNDOS, SENSIBILIDAD, TAXIA Y PRAXIA, SIGNOS MENINGEOS, FONDO DE OJO.

☒ DRE, nupel, lucido, sin focos neuronales  
Motricidad, fuerza y sensibilidad focales  
Cuerpo de los miembros.  
Reflejos

14 - DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

PLAN:  
1 - DIAGNOSTICO  
2 - TERAPEUTICO

☒ ACV, encefalitis, HTA.  
① Lab, Rx lateral, ECG, TAC craneal  
② Hct, Hct  
Rendimiento AAS 100mg v.o. q/24h, Atorvastatina  
20mg q/24h, Atenolol 20mg q/24h v.o.  
Eutimico 5mg v.o. q/12 h. Dato hipotensivo  
CSU, auscult. como TA 20/11 x 11/11  
FECHA 09/01/10 FIRMA ACLARADA DEL MEDICO

# CONSULTORIO EXTERNO Y EVOLUCION

1 - APELLIDO Y NOMBRES  
1448 - 15/38

MARTÍN, MARIA DEL CARMEN

2 - H.C. Nº

25 7 09 61

FECHA Y SERVICIO, MOTIVO DE LA CONSULTA, ANAMNESIS, EXAMEN FISICO, DIAGNOSTICO, ESTUDIOS SOLICITADOS E INDICACIONES, NOMBRE, APELLIDO Y FIRMA

06/03/60

Evolución - Guardia Central H. Luján -

Paciente de 69 años y App de HTA en tto y atendida por el Dr. Cardozo. Aparece en tto y apoplejía y valoración de stent hace poco a ser, colitis ulcerosa que requirió internación a pare chdo según informe parte de tto quirúrgico, AA = alergia a ATB no recuerda cual (amoxicilina?), después al yodo - ATB. Agnóstico: ex de hemis lateral y 2 cirugía por plasmoplastia - No recibe urando, hace > 20 años - Constante el día de ser por parietal y parito en caso y noma y lesiones tipo quistes en control oral de 3 d de ad por otros a yod de tina vicia - en pario de control parietal de tina derecha, es blanca y TC x servicio de Neurología (H. C. 62) constricción parietal brusca con der - ACV lateral y fase rdo motor - TC q unpa hiperdensa en tto lateral derecha parietal, región de neoplasia - Se internó y de de Eupresen hipertensión: Alergias (TA 200/120) En el momento de la internación TA de acuerdo fo. fuertemente aumentada: TA 120/70 (falso se aumentó con el control al yodo).

TA = 120/70 - FC TR T° Stt

- Ap esp: NV ⊕ cético si udor aprehes breves nervios
- Ap CV: h h vasomotorios. No hiperemia caplar. No hiperbrosis y pto - hitor pedos + fiebre (1/4) - Vives en RVII grado II que compensa parietal y urdo.
- Abdomen PUA ⊕ no doloroso, pub epistomica ⊖ - No se pto en uranopelvis - No purpura
- Ap Lumen: PPR ⊖ RVO ⊖



# CONSULTORIO EXTERNO Y EVOLUCION

1448-17/38

1- APELLIDO Y NOMBRES

Yohin Yano Yradiz

2- H.C. Nº

2570961

FECHA Y SERVICIO, MOTIVO DE LA CONSULTA, ANAMNESIS, EXAMEN FISICO, DIAGNOSTICO, ESTUDIOS SOLICITADOS E INDICACIONES, NOMBRE, APELLIDO Y FIRMA DEL PROFESIONAL.

08/08/10: 5to día de internación

Paciente con antecedentes HTA, diabetes mellitus, hipertensión arterial. Por episodio de dolor abdominal y pericardio patológico.

SV: FR 20, FC 85, TA: 130/80, afebril.

Ap Rop: MV (+) VU (+) buen estado respiratorio, no ruidos broncales.

Ap CV: R2 R3 normal, no ruidos, no edema, no TP. PP (+)

Ap GU: PPRB (-) PRU (-) Dura (+)

Abdomen: blando, flexible, no doloroso, R44 (+), cotos (+)

Ap Neu: Ote vgl, fondo espeso, PIR, parietal poro. Gripe mal de día, no peso menor.

Conducto: Hidrocefalo no. tra. Lumbocentesis.

Ranitidina 150 mg c/12h v.o.

Atenolol 20 mg c/12h v.o.

Atorvastatina 20 mg c/24h

Enalapril 5 mg v.o. c/12h

Dcho hipotónico, CSF. TA 2 ves x turno

Solicito: perfil lipídico, función renal, citología orales, hemograma RNT.

IC de cardiología y Salud mental

Valeria R. Bianco  
MEDICA CIRUJANA  
M.P. 22.345/9

## EVOLUCION

7/8/10 Desh. 1/2 ID  
H/D → Agente

Depresión de la actividad por la noche  
+ E. 1/2 de la noche

TA 120/70 R. 12 H/D 1/2 E. 1/2 de la noche  
Fiebre intermitente  
Vermes intestinales

Ecg: TRV. 1/2 de la noche  
H/D 1/2

FABIAN DAGHERO  
Médico - M.P. 23510/1  
Esp. en Cardiología - M.E. 9094  
Esp. Med. del Trabajo - M.E. 10969

10/07/10: 6to día de internación

Paciente 69 años evolución hemiparesis braquiocrural derecha  
hemiparesis, ACV. APP HTA.

SV: FC 75 x' RR 20 x' TA 120/80 a/bml.

Paciente con labilidad emocional, ausente.

SV: Hemiparesis braquiocrural derecha marcada.

OTE, vpt, mundo RFM y coremiel E. P.R.

En todo tiempo.

Continua con igual medicación.

RNM miércoles 11/07/10 7-15 hs, 8 horas de oxígeno

Se speso IC C/ Salud mental.

IC con endopra.

Se recibe laboratorios, vpt, lipídicos, hemogramas de los  
de puntos sucesivos

Valeria R. Sienko  
Médica/Cirujana  
M.P. 32.595/8

# CONSULTORIO EXTERNO Y EVOLUCION

1448-19/38

APELLIDO Y NOMBRES

MARTIN MARIA DEL CARMEN

2 - H.C. Nº

2570961-

FECHA Y SERVICIO, MOTIVO DE LA CONSULTA, ANAMNESIS, EXAMEN FISICO, DIAGNOSTICO, ESTUDIOS SOLICITADOS E INDICACIONES, NOMBRE, APELLIDO Y FIRMA DEL PROFESIONAL

10.8.10 - Neurología.

Paciente femenino 69 años con antecedentes de hipertensión arterial.

ACV isquémico de hemiparesia izquierda y parálisis de la cara izquierda.

Evolución estable, sin cambios respecto a evolución clínica.

Se indica continuar con dosis actual de tratamiento con dosis controlada y estable. Mantenerse.

controlar estatus (controlar valores de colesterol, glucosa, etc.).

controlar con control externo de neurología.

ANDREA H. CASALE  
NEUROLOGA  
M. F. 2014 - C. F. 9937

33159 -

33159 -

10/8/10 Neurología (de día)

Paciente con hemiparesia BC dcha. moni. de la evolución. Comienza con reeducación neurol. prop. oc.

Lic. Saavedra

NP 4135.

11/08/10. Paciente f. día de internación, evaluar hemiparesia izquierda por ACV? análisis hemograma.

Sv: glicemia, FC 100, FR 20, TA 120/70 mmHg.

Paciente suelta, amena. Se realiza RMN Plus.

SNC: hemiparesia izquierda de inicio súbito, no se observa lesión aguda de los tejidos blancos. RMN y control de PIR. No afección.

## EVOLUCION

Neurología la valoro el día de ayer y ordena alto con control en consultorio.

Paciente en cuidados de alta hospitalaria, se epno 14/0000  
presión RNT.

Se entrega indicaciones por escrito a paciente y familiar  
- AAS 100mg x día, clopidogrel 75mg x día, Atorvast 20mg c/12hs

Atorvast 20mg x día, enalapril 5mg c/12hs, Tramadol 150mg c/12hs

Control con neurología y cardiología. Se solicitó Ecodoppler vasos del  
cuello y Ecocardiograma.

Alto hospitalario.

Atención  
Médico  
M.F. 20/0000

# EPICRISIS

1448 - 21/38

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 - APELLIDO Y NOMBRES<br><u>García Juan del conu.</u>                                                                                                                                                                                                                                                      |  | 2 - H.C.Nº<br><u>2540961.</u>                                                                                                                                               |
| 3 - FECHA DE INGRESO <u>05, 08, 10.</u> FECHA DE EGRESO <u>11, 08, 10</u> DIAS DE ESTADA: _____                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                             |
| 4 - ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD Y ESTADO AL INGRESO <u>Paciente que ingresa con cefalea lumbar dolor peribastil, hemicorpo braquior al dolor</u>                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                             |
| 5 - DIAGNOSTICO PRESUNTIVO AL INGRESO <u>ACV, crisis hipertensiva.</u>                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                             |
| 6 - EVOLUCION Y SINTESIS DE LA ENFERMEDAD Y DEL TRATAMIENTO <u>Paciente que evoluciona favorablemente en el primer día de poco neurología se realiza intubación con tubo orotraqueal (cipro) y otomastoides, endolymf oteum, sus signos vitales (fue valorado por neurología). Se realizó TAC y RMN.</u>    |  |                                                                                                                                                                             |
| 7 - DIAGNOSTICO AL EGRESO: <u>ACV.</u>                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                             |
| ANATOMICO: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                             |
| FUNCIONAL: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                             |
| ETIOLOGICO: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                             |
| 8 - ESQUEMA DE TRATAMIENTO PARA EL FUTURO: <u>AAS 100mg x día, dep. dia, el 7 mg x día, Aterolol 20mg q/12h, Aterostolium 20mg x día, endolymf 5mg q/12h, Rantidol 150mg q/12h, dieto hiposodico, Control x control de neurología y cardiología, Se solicita Eco dopler vas de cuello y Ecocardiograma.</u> |  |                                                                                                                                                                             |
| 9 - OBSERVACIONES: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                             |
| 10 - CAUSA DE FALLECIMIENTO _____ AUTOPSIA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                             |
| 11 - INTERVENCIONES QUIRURGICAS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DIAGNOSTICO _____                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                             |
| 12 - COMPLICACIONES POST OPERATORIAS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DIAGNOSTICO _____                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                             |
| 13 - COBERTURA SOCIAL: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                             |
| 14 - Nº DE AFILIADO: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                             |
| 15 - GRADO Y TIEMPO ESTIMADO DE INHABILITACION LABORAL _____                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                             |
| 18 - FECHA INDICADA DE REINGRESO AL TRABAJO _____                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                             |
| FIRMA ACLARADA JEFE DE SERVICIO                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | <br>Valeria R. Bianco<br>MEDICA CIRUJANA<br>M.P. 32.398/9<br>FIRMA ACLARADA DEL MEDICO |

COMITE DE HISTORIAS CLINICAS

FECHA:.....

|                                         |          |          |                 |
|-----------------------------------------|----------|----------|-----------------|
| 1 - H. CLINICA CONFECCIONADA .....      | SI ..... | NO ..... | OF. ESTADISTICA |
| 1-1 EN TERMINO (48 HORAS) .....         | SI ..... | NO ..... |                 |
| 1-2 SEGUN NORMAS .....                  | SI ..... | NO ..... |                 |
| 2 - H.C. DE ADMISION COMPLETA .....     | SI ..... | NO ..... |                 |
| 3 - H.C. DE SALA COMPLETA .....         | SI ..... | NO ..... |                 |
| CANTIDAD .....                          | SI ..... | NO ..... |                 |
| 4 - EVOLUCIONES SUFICIENTES             |          |          |                 |
| CALIDAD .....                           | SI ..... | NO ..... |                 |
| 5 - ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS            |          |          |                 |
| 5-1 EXCESIVOS .....                     | SI ..... | NO ..... |                 |
| 5-2 INSUFICIENTES .....                 | SI ..... | NO ..... |                 |
| 6 - H.C. COMPAGINADA SEGUN NORMAS ..... | SI ..... | NO ..... |                 |

7 - OBSERVACIONES: .....

.....

.....

.....

.....

.....

8 - MIEMBROS DE LA COMISION DE H.C.

|                |       |       |
|----------------|-------|-------|
| .....          | ..... | ..... |
| FIRMA ACLARADA | FIRMA | FIRMA |

FECHA: .....

9 - MEDICO DE CABECERA

.....

.....

.....

.....

|                                 |                |
|---------------------------------|----------------|
| .....                           | .....          |
| FIRMA ACLARADA JEFE DE SERVICIO | FIRMA ACLARADA |

## ATENCION DE ENFERMERIA

1448-23/38 APELLIDO Y NOMBRES

2 - H.C. Nº

SERVICIO \_\_\_\_\_ SALA CAMA \_\_\_\_\_ MES / AÑO \_\_\_\_\_

[illegible]

[illegible]

1448 - 25/38

ID:

08/05/2010

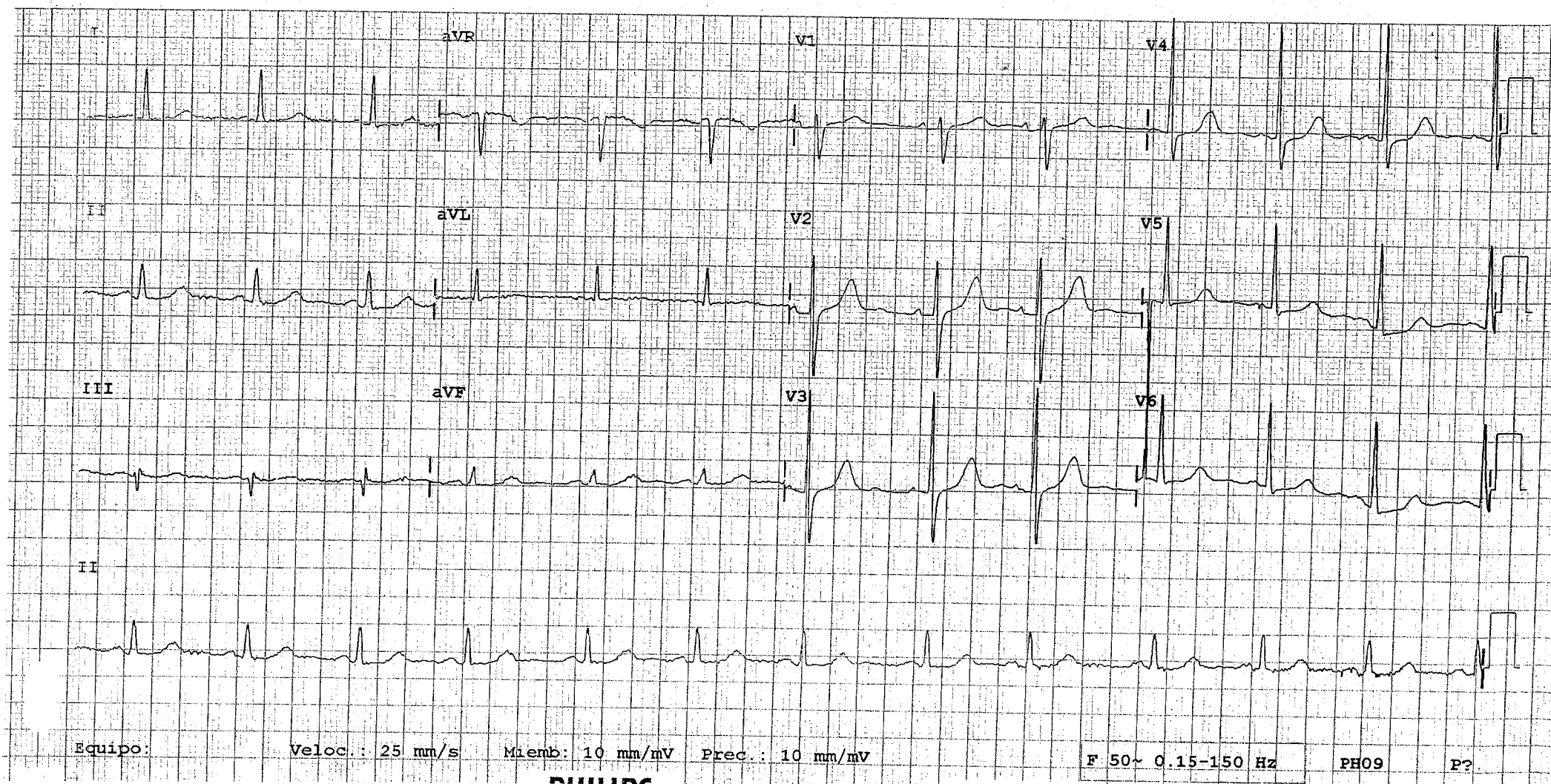
22 31 13

Nombre: María del Carmen Martínez

Frec. 75  
PR 152  
DQRS 84  
QT 412  
QTc 460

--EJES--

P 52  
QRS 34  
T 47



HOJA DE GUARDIA

1448-26/38

Apellido y Nombre  
Martin Maria Carmen

2-H.C. Nº

FECHA DE NAC.

SEXO  
femenino

EST. CIVIL

D.I.Nº

FECHA  
05/08/10

OBRA SOCIAL

Nº DE AFILIADO

PROFESION

DOMICILIO

Nº

Bº

SECC.

TEL.

NOMBRE DEL FAMILIAR Y/O ACOMPAÑANTE

DOMICILIO

ANTECEDENTES PERSONALES

M. DE C.

Valoracion Neurologica

A.E.A.

Pte. fue enviada a Hosp. Taringo por HTA. Al ingreso se le controla 260/120 mm Hg y fcs neurologicos. Se deriva para valoración.

Familiares del conserve antecedentes de la paciente. Por fin, se se realice TAE de cerebro sin embargo.

EXAMEN FISICO

EVALUACION CLINICA (MARCAR LO ANORMAL CON UNA X)

|                   |                      |                                                    |                |
|-------------------|----------------------|----------------------------------------------------|----------------|
| 1 PIEL            | 8 MAMAS              | 15 URINARIO                                        | SIGNOS VITALES |
| 2 LINFATICOS      | 9 TORAX              | 16 GENITAL                                         |                |
| 3 CABEZA Y CUELLO | 10 CORAZON           | 17 MIEMBROS SUP.                                   | PULSO          |
| 4 OJOS            | 11 VASCULAR          | 18 MIEMBROS INF.                                   | T.A.           |
| 5 OIDOS           | 12 ABDOMEN           | 19 COLUMNA                                         | TEMP.          |
| 6 NARIZ           | 13 ANO Y RECTO       | <input checked="" type="checkbox"/> 20 NEUROLOGICO | F. RESP.       |
| 7 BOCA Y GARGANTA | 14 SISTEMA ENDOCRINO | 21 PSIQUIATRICO                                    |                |

DESCRIPCION DE LOS DATOS FUNDAMENTALES COLOCANDO EL NUMERO CORRESPONDIENTE ANTES DE SU COMENTARIO

Pte. Vigal,

OTE y P Lenguaje conservado. Sin rigidez de nuca.

B. Cereales: ☒ Campo visual por confrontacion conservado ☒ ☒ ☒ Mide

primaria conservada. MOE: conservado. MOI: pupila intermedia, reacciones

reales ☒ MOTOR-JENSITIVO conservado ☒ No ginecra focal.

☒ No nistagmus ☒ ☒ Reflejo nauseoso conservado ☒ ☒ MOTOR con-

veda. MOTOR: Hemiparesia Braquio Cural derecha 4/5.

RMP: T 3/3 B 2/2 R 2/2 RP: Flexor Bilateral

Sensibilidad táctil superficial conservado.

DIAGNOSTICO: ENFERMEDAD ACTUAL Alisipérmico con un motor para?

OTROS DIAGNOSTICOS \_\_\_\_\_

EXAMENES REALIZADOS \_\_\_\_\_

EXAMENES SOLICITADOS TAC. de cerebro sin contraste. Infundibular

TRATAMIENTO 4<sup>to</sup> Ventriculo y cisternas periventriculares morfología topografía y densidad conservada. Pericisterna conservada.  
Supratentorial. No derivación de la línea media. Dist.

OBSERVACIONES Ventriculos morfología topografía y densidad conservada  
Imagen cisterna frontal derecha parafisica probable origen  
menigeoma.

Conclusión - Infundibular en polo anterior

- Solidez ITH de cerebro con pedúnculo.
- Velocidad por Neurocirugía por imagen tipo densa  
cisterna frontal derecha
- Anteposición con AAS 325 mg/día
- Ataxia de 20 mg/noche.
- Estudios vasculares por ultrasonido en doppler  
de vasos del cuello y electroencefalograma.

Dra. V. SOLEDAD CATTANI  
NEURÓLOGA  
M.P. 33266/5

FIRMA

Nº DE MATRICULA

ACLARACION FIRMA

SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

1448-28/06

2- H.C. N°

SERVICIO:

WSON HEMATOLOGIA FECHA: 5 8 10 CODIGO

|    |       |      |                            |         |
|----|-------|------|----------------------------|---------|
| 18 |       | /mm3 | V.S.G                      |         |
| 17 | 12.9  | gr%  | CELULAS LE.                |         |
| 16 | 38.2  | %    | TRANSFERRINA               |         |
| 15 | 4.500 | /mm3 | Fe. SERICO                 |         |
| 14 |       | %    | SATURACION DE TRANSFERRINA |         |
| 13 |       | %    | RETICULOCITOS Nro.         |         |
| 12 |       | %    | PLAQUETAS Nro.             | 182 000 |
| 11 |       | %    | OBSERVACIONES:             |         |
| 10 |       | %    | APP 400-                   |         |

HOSPITAL RAWSON

9665

18 110

HOSPITAL RAWSON MEDIO INTERNO FECHA 8 8 10

| SANGRE     |             | ORINA                |  |
|------------|-------------|----------------------|--|
| SODIO      | 142 meq/L   | SODIO                |  |
| CLORO      | 101,2 meq/L | CLORO                |  |
| POTASIO    | 4,84 meq/L  | POTASIO              |  |
| CALCIO     |             | CALCIO               |  |
| FOSFATEMIA |             | FRACCION EXC. SODIO  |  |
| P O2       |             | DIURESIS             |  |
| P Co2      |             | Ca: 9,63<br>Mg: 1,55 |  |
| P H        |             |                      |  |
| Co2 T      |             |                      |  |
| Co3 II     |             |                      |  |
| EX BASES   |             |                      |  |
| FI O2      |             |                      |  |
| FI A V O2  |             |                      |  |

|     |      |
|-----|------|
| 110 | u/l  |
|     | u/l  |
|     | u/l  |
|     | u/l  |
|     | u/l  |
|     | u/l  |
|     | u/l  |
|     | mg/d |
|     | mg/d |
|     | mg/d |
|     | CAMA |
| 3   | AMA  |

# CONSULTORIO EXTERNO Y EVOLUCION

1448-29/38

1. APELLIDO Y NOMBRES

Martín María del Carmen

2. H.C. Nº

2570961

FECHA Y SERVICIO, MOTIVO DE LA CONSULTA, ANAMNESIS, EXAMEN FISICO, DIAGNOSTICO, ESTUDIOS SOLICITADOS E INDICACIONES, NOMBRE, APELLIDO Y FIRMA DEL PROFESIONAL.

8/08/2010. 12:19HS. Guardia

Paciente c/ cardiop. isquémica + HTA. (Dulce  
x Enfermedad HTA). ACU isquémica. Control  
ulcerosa. control a tenerlos 50mg/día + AAS +  
Euclopin 50mg/día + Atervasolima.  
Refiere por rumbos, taquicardia. Signos  
vitales estables. Se palpa pulso aortico.  
ECG. FC: 62x' -> c/ pausas en algunos complejos.  
Solicitó Interconsulta c/ Cardiología.  
Control evolutivo. Secabond  
ECG c/ médico UTI. Solicito  
Isonipama.

*Dr. María Inés Carras*  
MEDICA CIRUJANA - M.P. 13683

Se recibe laboratorios. Isonipama normal  
Coleremia normal. Hg: 14,55 (anemia)  
Asteros camp. Sin feto Hg al  
plac c/ 24H.

*Dr. María Inés Carras*  
MEDICA CIRUJANA - M.P. 13683

10/08/10 Kinesiólogia

Rele continúa con readacar. neurol. en hemiparesia  
BC dcha. relectacion, bipedestacion, dolor artic.

*Dr. Santos Godeys*

MPN 135

NO CORRESPONDE

# CONSULTORIO EXTERNO Y EVOLUCION

1448-30/38

1. APELLIDO Y NOMBRES

Martin Maria del Carmen

2 - H.C. Nº

2570961

FECHA Y SERVICIO, MOTIVO DE LA CONSULTA, ANAMNESIS, EXAMEN FISICO, DIAGNOSTICO, ESTUDIOS SOLICITADOS E INDICACIONES, NOMBRE, APELLIDO Y FIRMA DEL PROFESIONAL

8/08/2010. 12:19 HS. GUARDA

Paciente c/ cardiop. isquemica + HTA. (Dulcero  
+ Enfermedad HTA). ACU isquemico. Colita  
Ulcerosa. control a tenerlos 50mg/dia + AAE +  
Ezetimibe 10mg/dia + Atorvastatina.  
Refiere por momentos, taquicardia. Sin  
vómitos estómbiles. Se palpa pulso aritmico.  
ECG. FC: 62x' -> c/ pausas en algunos complejos.  
Solicitó Interconsulta c/ Cardiología.  
Control evolutivo. Secarordi  
ECG c/ ritmo sin. Solicito  
Ionopama.

*Dra. Maria Inés Torres*  
MEDICA CIRUJANA - M.P. 13683

Se recibe laboratorios. Ionopama normal  
Cardiemia normal. Mg: 4,55 (aprox)  
Aprox 10mg. Sin foto Mg al  
plon c/ 24H.

*Dra. Maria Inés Torres*  
MEDICA CIRUJANA - M.P. 13683

10/08/10 Kinesiólogia

Pete continúa con readuccion neural en hemiparesia  
BCDcho. redestocacion, bipedestacion, dlor alto.

*[Signature]*

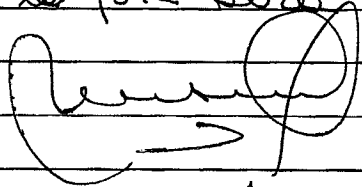
Lia Santos Godeys  
MPN135

NO CORRESPONDE

## EVOLUCION

11-08-10 Epidemiología

Pte OTE, leucida Colobosoma con perieso hirsutum  
 Cereul. Se trabaja en postura de sentado bien  
 Centro de Tronco y espaldas; se reducen laures  
 de la espalda por MMSSD, apertura de mano  
 alabores de entera. Puntos y Consejos  
 para el trabajo y la pte abra. Entrenamiento  
 en día de hoy.



16-9-10 Pte de 69 años, con ACU asqueros

~~Reporte de~~ hoco 6 años ECG = Normal

ECOCARDIOGRAMA = DDV + A + P

Ecodoppler controlado. - Placas No Obstrucción

E<sub>2</sub> R<sub>1</sub> R<sub>2</sub> NF TA 160/80

AMLODIPINA 10 C/24

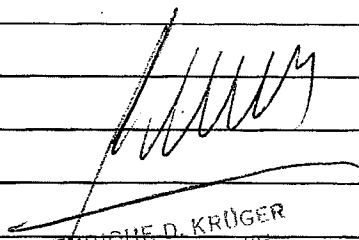
Enalapril 10 C/12

ACIC 12,5 C/24

ANJ 100 X1

Plavido, 75 X1

Atorvastatin 20 C/14

  
 DR. ENRIQUE D. KRÜGER  
 M.P. 13955 - M.N. 60408  
 ESP. CARDIOLOGÍA C.E. 9365  
 ESP. MEDICINA INTERNA U.E. 11032

1448 - 32/38

ID:

08/08/2010

12.04.50

Nombre:

Martin

PCCG.

Ma del Carmen

Frec. 62

PR 172

DQRS 84

QT 440

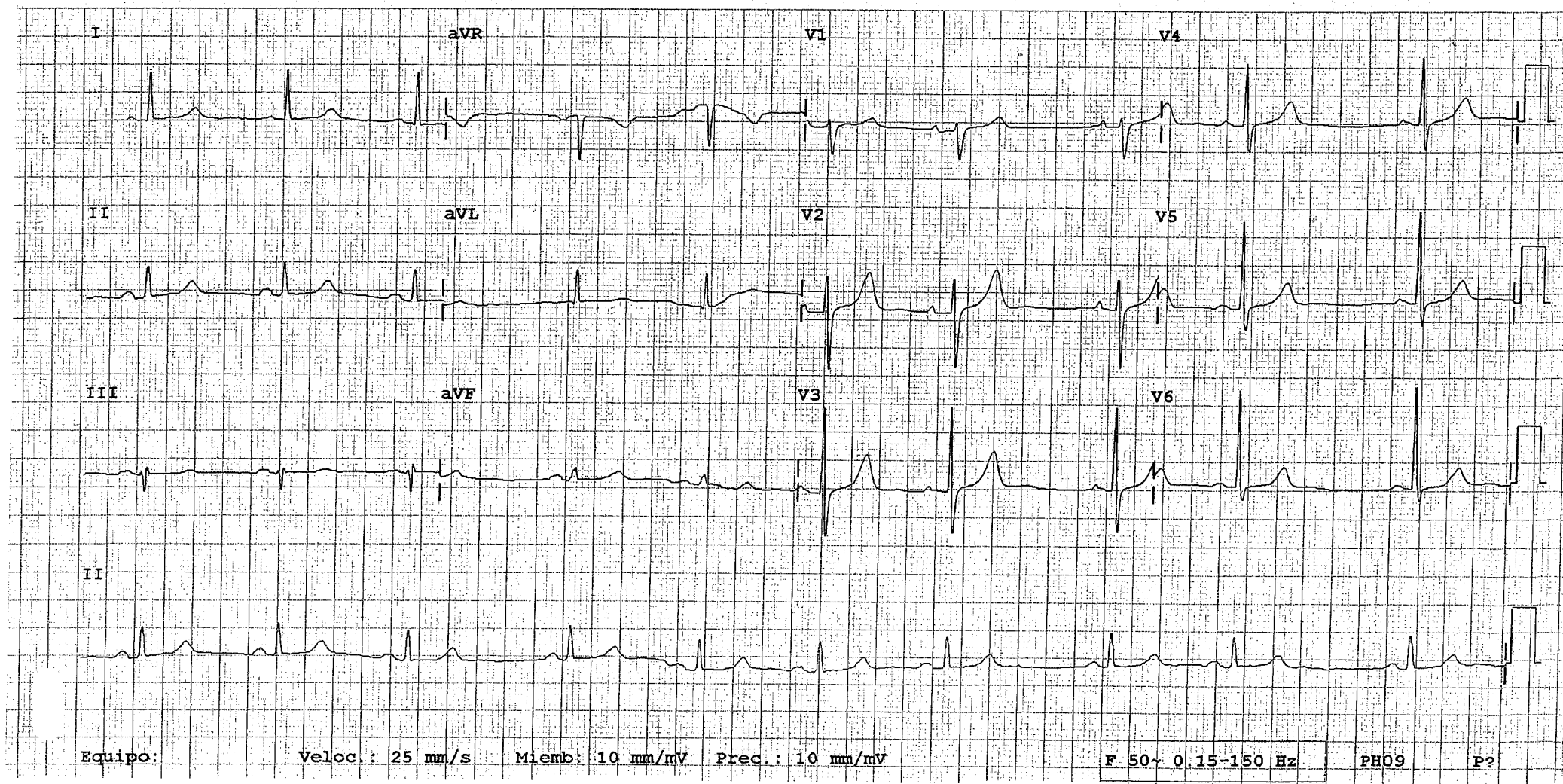
QTc 447

--EJES--

P 72

QRS 26

T 39



GLUC

URE

CRE

CRE

CLF

CAI

FO

MA

ACI

COL

HDL

LDL

TRI

NOME

HOSPITAL RAWSON

QUIMICA

FECHA 10 / 08 / 10

LABORATORIO DE HEMATOLOGIA

HOSPITAL RAWSON - CORDOBA

HOSPITAL RAWSON

MEDIO INTERNO

FECHA 10 / 08 / 10

SANGRE

ORINA

SODIO

144 mg/dl

SODIO

COLORO

105 mg/dl

COLORO

POTASIO

4.25 mg/dl

POTASIO

CALCIO

CALCIO

FOSFATEMIA

FRACCION EXC. SODIO

P O2

DIURESIS

P Co2

P H

Co2 T

Co3 II

EX BASES

FI O2

DIF - A - V O2

SATURACION O2

ANION RESTANTE

NOMBRE

H. C. N°

SALA

CAMA

Marten, Maria

6

6

u/l

u/l

u/l

u/l

u/l

u/l

u/l

mg/dl

mg/dl

mg/dl

CAMA

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

FORMULARIO Nº 15

|                      |            |
|----------------------|------------|
| 1- APELLIDO Y NOMBRE | 2- H.C. Nº |
|----------------------|------------|

|           |
|-----------|
| SERVICIO: |
| 18        |
| 17        |
| 16        |
| 15        |
| 14        |
| 13        |
| 12        |
| 11        |
| 10        |
| 9         |
| 8         |
| 7         |
| 6         |
| 5         |
| 4         |
| 3         |
| 2         |

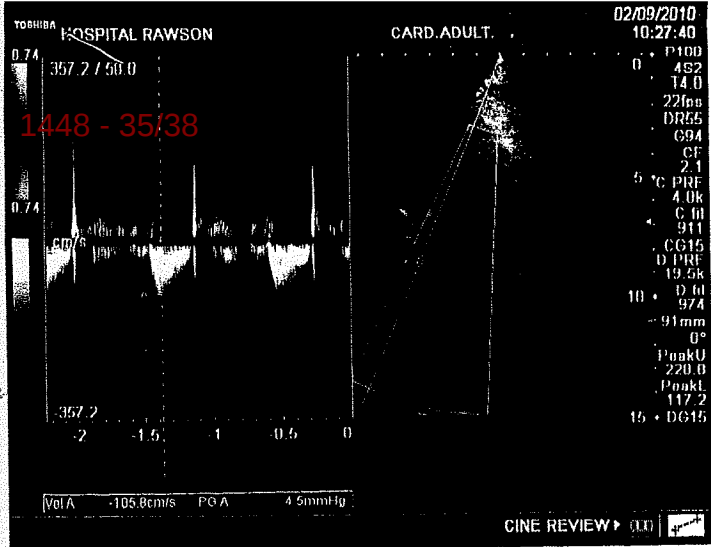
**HOSPITAL RAWSON**  
**LABORATORIO DE SEROLOGIA E INMUNOLOGIA**

APELLIDO Y NOMBRE: MARTIN, MARIA DEL CARMEN  
HC: 2570961 Sala      Cama      Fecha 23 / 8 / 10 303

ANALISIS DE **SIFILIS**  
V.D.R.L. modificada (USR) cualitativa: no reactiva.  
V.D.R.L. modificada (USR) cuantitativa:       
Pruebas Treponémicas: T.P.H.A:  
                                  T.P.P.A:  
                                  E.L.I.S.A:  
                                  FTA-Abs:

V.D.R.L. en L.C.R.:     

  
**Dra. Graciela Morello**  
BIOQUIMICA - M.P. 2756  
Especialista en Inmunología - M.P. 304  
Firma y Sello



## DIAGNOSTICO POR IMAGENES

### INSIONAL CON DOPPLER

*M2m*

Edad: *69*

Fecha: *2.1.9 2010*

| Valores Normales | Valores Hallados |
|------------------|------------------|
| Hasta 40 mm      | <i>35</i> mm     |
| 53 mm            | <i>47.12</i> mm  |
| Variable         | <i>31.9</i> mm   |
| 28 %             | <i>32</i> %      |
| 55 %             | <i>61</i> %      |
| 11 mm            | <i>10.12</i> mm  |
| 11 mm            | <i>7.19</i> mm   |
| 38 mm            | <i>24.5</i> mm   |
| 18-20 mm         | <i>17.1</i> mm   |
| 38 mm            | <i>48.6</i> mm   |

.....

.....

.....

.....

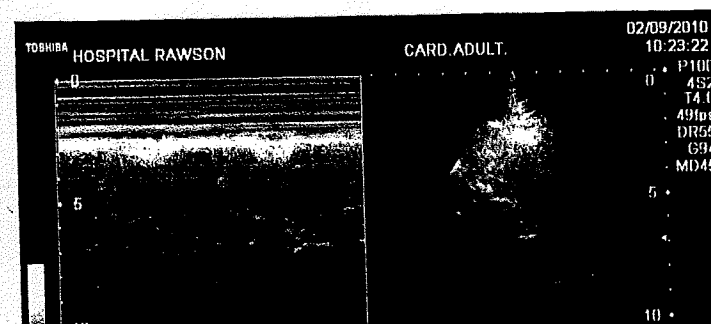
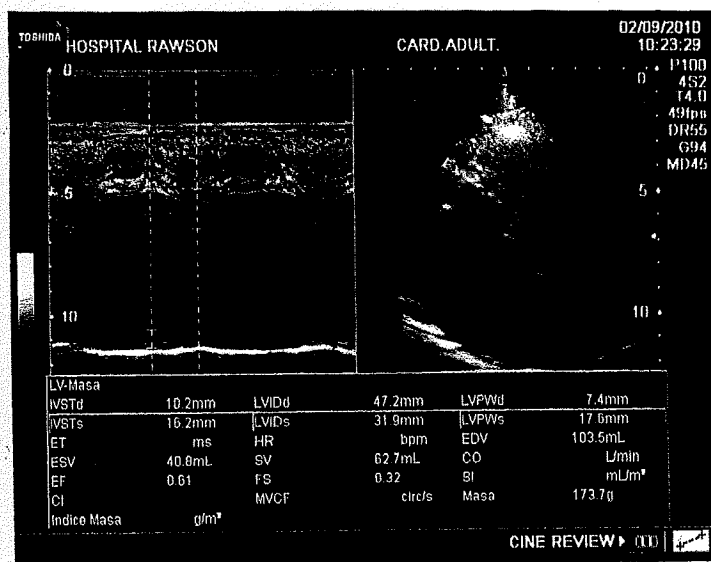
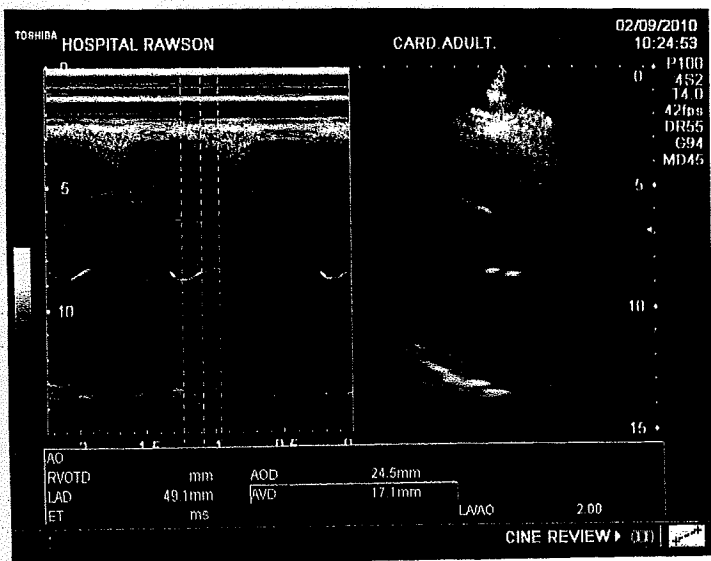
.....

*Dissecting aortic aneurysm*

*Level*

*[Signature]*

DR. JUAN R. CORTES  
ESP. MED. INTERNA - MAT. 4327  
ESP. CARDIOLOGIA - MAT. 2844  
M.P. 9945 - M.N. 101650



20/08/2010 10:46:29

CAROTIDA

HOSPITAL RAWSON

0.10 200 1 / 25 0

cm/s

77.9 cm/s PG A 2.4 mmHg Vel B -24.0 cm/s PG B 0.2 mmHg

CINE REVIEW

20/08/2010 10:46:07

TOSHIBA HOSPITAL RAWSON

20/08/2010 10:46:07

CAROTIDA

0.10 0.10

69.4 2 1.5 1 0.5 0

Vel A -82.2cm/s PG A 2.7mmHg Vel B -24.0cm/s PG B 0.2mmHg

CINE REVIEW

servan signos de estenosis

Ma. Elena Castrillón  
No. 24465 - M.E. 9193  
Diagnóstico por Imágenes

URGENTE

# INTERCONSULTA

7/38  
Nombre del paciente:

**Pabellón :**

**Cama:**

Historia clinica N°

**Especialidad a consultar:**

2570961

**Fecha:**

01/10/2010

**Motivo de interconsulta:**

# Estomatologia

pt, 69 años con APP de ACV hace 2 meses, HTA crónica, consulta por cuadro de 3 meses de evolución con lesiones exulcerativas en encía y labio superior, sin otro síntoma acompañante, más que dolor.

Solicito valoración para eventual tratamiento

Atte

**Medico solicitante:**

MARIANA S. DIAZQUEZ TRABICHET  
MEDICA CIRUJANA  
M.P. 35205

## Informe de la Interconsulta

**Fecha:**

**Firma y Sello**

## Informe de la Interconsulta /Evolución