

Poder Judicial de Tucumán
Secretaría Administrativa

Poder Ad Litem N° 0002-003940



2211191953190

Ante esta Secretaría Administrativa comparece:

Datos Personales

Apellido y Nombre: **GIMENEZ JOHANA DEL VALLE**

Nacionalidad: **ARGENTINA**

Estado Civil: **SOLTERO/A**

Profesión: **DESEMPLEADA**

Fecha de Nacimiento: **10/12/1991**

Domicilio: **CALLE LOLA MORA 2897**

Localidad: **CONCEPCIÓN**

Provincia: **TUCUMAN**

DNI/LC/LE: **36752257**

Y haciendo uso de la facultad que le confiere el Código de Procedimiento del Trabajo (Ley 6204) en su Art. 26 otorga PODER ESPECIAL a favor del:

Dr/a: **SOLIS NANCY MARGARITA**

DNI/LC/LE N°: **33232787** Matrícula N°: **1682** Tomo: **01** Folio: **46**

Para que lo represente ante los Tribunales del Trabajo del Centro Judicial **Concepción** y en todo lo que tenga relación con el juicio que interpondrá contra: **PEREZ MARCELO RICARDO Y PROAUTO EQUIPAMIENTO** y cuyo objeto es.

COBRO DE PESOS

Y declara: que a los efectos y en la forma prevista por el Art. 26 de la Ley 6204 le confiere poder suficiente para demandar, conciliar, proseguir el juicio, interponer recursos, ejecutar la sentencia y realizar todos los demás actos que estimara convenientes y útiles para la defensa de sus derechos y de sus intereses y para que tanto en lo principal, incidentes y dependientes, haga y practique lo que el otorgante haría y practicase siendo presente. Con lo que se da por cumplimentado el acto previa lectura y ratificación por ante actuario, la firma el compareciente por ante mi que certifico.—

Concepción, 22.11.2022

Firma Otorgante

Gimenez Johana
Aclaración del Otorgante

Firma Funcionario
Sec. Administrativa
o Deleg. Administrativa

C.P.N. MIGUEL RAUL PRIETO
SECRETARIO JUD. CAT A
DELEGACION ADMINISTRATIVA
CENTRO JUDICIAL CONCEPCION

Sello

FORMULARIO DE INGRESO DE DENUNCIA ADMINISTRATIVA
Aprobado por Resolución N° 148/14-SET de fecha 20/03/2019.

A - DATOS DEL DENUNCIANTE

1 - Apellido y Nombre	Gimenez Johana del Valle
2 - Documento Nacional de Identidad	36752257 -
3 - Domicilio REAL	Lola Mora 2897 - CP. 4146
4 - Domicilio CONSTITUIDO	Lola Mora 2897 CP. 4146

B - DATOS DE LA REPRESENTACIÓN LEGAL

1 - Apellido y Nombre	Solis Nancy Margarita
2 - Documento Nacional de Identidad	33232787
3 - Matricula Profesional	MP. 1682 - L° 01 - F° 46
4 - Domicilio Estudio Jurídico	Cordoba 562 P. 1 dpto "D" SMT
5 - Carácter	PATROCINANTE <input checked="" type="checkbox"/> APODERADO <input type="checkbox"/>

C - DATOS DEL DENUNCIADO/S

1 - Apellido y Nombre o Razón Social	Perez, Marcelo Ricardo (TróAuto Equipamiento)
2 - D.N.I. o C.U.I.T.	20-22557181-1
3 - Domicilio	España 997 - concepcion - Tuc.
4 - Rubro/Actividad	Equipamiento Vehicular.

D - DATOS DE LA RELACION LABORAL

1 - Fecha de Ingreso	05-06-17
2 - Tarea/Función cumplida	Varias: Administrativa, At. al Público, etc
3 - Lugar de prestación de servicios	España 997.
4 - Días y horario de prestación de servicios	La Sab. de 8 a 13hs y 17 a 22 HS.
5 - Fecha de Egreso (Si correspondiere)	14-12-2020
6 - Condición laboral	Registrado <input type="checkbox"/> Defectuosamente registrado <input type="checkbox"/> No registrado <input checked="" type="checkbox"/>
7 - Remuneración percibida	\$ 18.000
8 - Rubros reclamados	Antigüedad - 4 años Preaviso y Sac Integración de Salario + sac ART 2 ley 25323 Indemnización Agravada x embargo. Multa x trabajo en Negro L. 24013 diferencia Salarial. + sac. Suma Aproximada = \$ 987.800
9 - Acompaña denuncia/fojas	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Fojas: 1 (denuncia Policial)
10 - Agrega documentación/fojas	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Fojas: 27

*En caso de necesitar más espacio, continuar al dorso detallando rubro y sub-rubro correspondiente. Si utiliza el dorso del presente formulario, firmarlo al finalizar.

NANCY MARGARITA SOLIS
ABOGADA
MCAT 8097 - L° N - F° 595
MCAS 1682 - L° 01 - F° 46
Mat. Fed. T° 121 - F° 100
MCA. 4080 - T° B - F° 451

Firma y Sello del Abogado



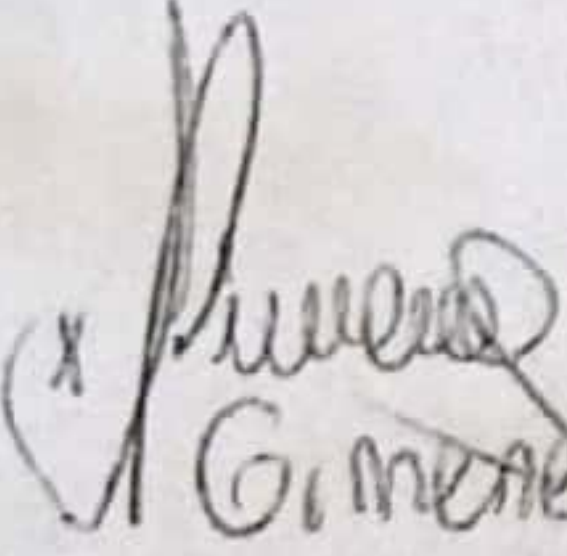
Firma del Denunciante
Gimenez Johana
36752257


E - DATOS ADICIONALES DE INTERES (Detallar a que rubro y sub-rubro corresponde y a continuación completar con la información que considere necesaria).

- Rubros Reclamados: Daño Moral derivado del Despedido. Enumeración de los daños ocasionados: Perdió el Salario, es decir del ingreso económico por el cual satisfacería sus necesidades y las de su familia. Como su salario determinaba su nivel de vida y por ende alteró su vida y la de su futura hija que por desgracia no llegó a su término falleciendo a meses de nacer. El daño no puede reducirse solo a la pérdida de la estabilidad y a la dificultad de adaptación de una nueva vida. Sino también contemplar el perjuicio ocasionado por la falta de registración de no contar con una obra social y de ello también deriva el daño. Por todo lo expuesto y por el Abandono social el topico de daño. Por la suma = \$ 493.900.

Total de Planilla: B) Rubros Reclamados: \$ 987.800
E) Daño: \$ 493.900

Total - \$ 1.481.700 ..

x 
Jimenez Johana
36752257


NANCY MARGARITA SOLIS
ABOGADA
MCAT 8-07-1º N.º Fº 596
MCAS 185-1º 01 - Fº 46
Mar. J. ed. 1º 121 - Fº 100
MCAJ 4080 - 7º 8 - Fº 454



Audiencia: 06/10/21

Hrs 11.30

Concepcion, seis de Octubre de 2021.-

REF. EXPRE. Nº298/182- G-2021 SET.-

En la fecha siendo las hrs. 11.40 comparece la ciudadana GIMENEZ Johana del Valle con la asistencia legal de la/ Dra. SOLIS Nancy Margarita.- Lo hace como reclamante de PEREZ Marcelo Ricardo - - - - -

La parte concurrente solicita nueva fecha de audiencia la cual queda determinada para el día 22 de Octubre de 2021 a hrs. 11.00 quedando por este acto notificada.- - - - -

Se cierra el presente acto con la firma de la parte compareciente por ante mi funcionario que certifico.- - -

GIMENEZ Johana del Valle.-

Solis Nancy
Margarita

M.P. 1682

EDUARDO RUBEN GRAMAJO
SECRETARIO DE CONCILIACION
CONCILIACION Y RECLAMACIONES
SECRETARIA DE ESTADO DE TRABAJO

Gimenez Johana



CONCEPCION , 22 DE OCTUBRE DE 2021

REFERENCIA EXPTE N 298/182-G-2021

En EL DIA DE LA FECHA SIENDO HS 11 , habiendo transcurrido los quince minutos de tolerancia compareció la Sra. GIMENEZ JOHANA DEL VALLE DNI 36.752.257 con la asistencia letrada de la Dra. Solís Nancy Margarita M.P 1682 C.A.S no compareciendo por la otra parte el SR PEREZ MARCELO RICARDO , esperando informe de la cedula tramitada.

Acto seguido la parte actora manifiesta solicitar una nueva fecha de audiencia y sea notificado debidamente el Sr PEREZ MACELO

Acto seguido se fija fecha de audiencia para el día 03/11/2021 a hs 10 , sin más que agregar se cierra el presente acto previa lectura y ratificación de las partes por ante mi Doy Fe.-

Solís Nancy
M.P. 1682

Gimenez Johana
36752257



POLICÍA DE TUCUMÁN

Cria de Concepción URS

CONSTANCIA POLICIAL

___ El funcionario policial que suscribe CERTIFICA que en el día de la fecha a horas 10:10 compareció la ciudadana que dijo llamarse GIMENEZ JOHANA DEL VALLE DNI nro 36.752.257 domiciliada en calle LOLA MORA nro 2897 de la ciudad CONCEPCION departamento CHICLIGASTA provincia TUCUMAN quien manifiesta que : el dia MIERCOLES 06 del corriente mes y año en horas de la mañana me presente en el local PROAUTO EQUIPAMIENTOS ubicado en calle ESPAÑA nro 997 de esta ciudad donde trabajo hace 3 años y 7 meses , y mi empleador MARCELO PEREZ , me dijo que ya no necesitaba de mis servicios , que no regrese mas sin darme motivos del despido. A solicitud de las partes interesadas se expide la presente en Cría de Concepción a los SIETE días del mes de ENERO del año 2021



MOLINA CESAR AUGUSTO
SARGENTO C
POLICIA DE TUCUMAN

[Handwritten signature]
1 36 752257

palabras

DESTINATARIO

REMITENTE

PROAUTO EQUIPAMIENTO
 Apellido y nombre o razón social
 EQUIPAMIENTO VEHICULAR -
 Ramo o actividad principal
 22557181
 Nº C.U.I.T.
 ESPAÑA 997
 Domicilio laboral
 Concepción
 Localidad
 4146
 Código Postal
 Tucumán
 Provincia

GIMENEZ JOHANA DEL VALLE
 Apellido y nombre
 36752257
 DNI Nº
 LOLAMORA 2897
 Domicilio real
 CONCEPCION
 Localidad
 19-02-2021
 Fecha
 4146
 Código Postal
 TUCUMÁN
 Provincia

VENGO A 'INTIMARLO' A QUE EN EL PLAZO PARENTORIO DE 48 HS DE RECIBIDA LA PRESENTE PROCEDA A REGULARIZAR MI SITUACION DE EMPLEADO NO REGISTRADO, EN VIRTUD DE LO ESTIPULADO EN LA LEY 24013 ART 8 Y 15 A TAL FIN DENUNCIÉ MI REAL NUMERACION ES DE 18.000\$ POR DEBAJO DE LO QUE ESTABLECE LA ESCALA SALARIAL DE EMPLEADO DE COMERCIO, Y POR ULTIMO QUE SE HAGA EFECTIVA LAS DIFERENCIAS SALARIALES NO PRESCRIPTAS, COMO EMPLEADO, LA PRESENTE INTERPELACION LA HAGO BAJO APERCIBIMIENTO DE CONSIDERARME GRAVEMENTE INJURIADO, DISCRIMINADO Y DESPEDIDO POR SU EXCLUSIVA CULPA Y RESPONSABILIDAD ART 1 DE LEY 25323 SE REÑITE COPIA DE LA AFIP SEGUN ORDENA EL ART 11 DE LA CITADA 24013 ASIMISMO INTIMO A QUE EN EL PLAZO DE 30 DIAS INSCRIBA CORRECTAMENTE LA RELACION LABORAL QUE NOS LLEVE, CONSIERNANDE EN LAS REPARTICIONES CORRESPONDIENTES POR LEY DE MI FECHA DE INGRESO 5/06/17 COMO EMPLEADO DE JORNADA FULL TIME YA QUE TRABAJE BAJO SU DEPENDENCIA 10HS DIARIAS DE LUNES A SABADOS SIN RECONOCIMIENTO DE HORAS EXTRAS SIENDO MIS LABORES HABITUALES BAJO SU DEPENDENCIA DE ENCARGADA DE APERTURA Y CIERRE DEL LOCAL, ATENCION AL CLIENTE Y TRABAJO DE TALLER (POLARIZADO Y EQUIPAMIENTO DE VEHICULOS) ACTUALMENTE ME ENCUENTRO EMBARAZADA DE 4 MESES Y HE QUEDADO SIN LA POSIBILIDAD DE SEGUIR TRABAJANDO POR MI ESTADO.

QUEDA Ud. DEBIDAMENTE INTIMADO Y CONSTITUIDO EN MORA.

Certifico que la presente es copia fiel del original
 Impuesta por certificada o/u C.D. Nº
 En fecha En Suc. 4146 - Concepción Pola. Tuc

CD 88368812 8



Charcas Daniel E.
 JEFE RELEVANTE
 L.P. 107733

[Signature] GIMENEZ JOHANA 36752257
 Firma, aclaración y DNI del remitente

- 1 - Comunicación de renuncia 2 - Comunicación de ausencia 3 - Otro tipo de comunicación

En caso de comunicaciones efectuadas a organismos previsionales u obras sociales, se consignará su domicilio legal.

[Empty rectangular box for additional information]

23.789

CORREO ARGENTINO

CORREO OFICIAL REPUBLICA ARGENTINA S.A.

Fecha Hora Cajero Terminal
22/02/2021 11:19:19 03435 435

Sucursal: T0018
CONCEPCION
AVELLANEDA Y MORENO S/N

CD883688129AR

Comprobante NO VALIDO
como Documento Fiscal

REMITENTE

GIMENEZ JOHANA DEL VALLE
Apellido y nombre
36752257 DNI N°
19-02-2021 Fecha
LOLAMORA 2897 Domicilio real
4146 Código Postal
CONCEPCION Localidad
TUCUMÁN Provincia

AE -
4146
Código Postal
TUCUMÁN
cia

EL PLAZO PARENTORIO DE 48 HS DE RECIBIDA LA PRESENTE PROCEDA A REGULARIZAR
EL TRABAJO EN VIRTUD DE LO ESTIPULADO EN LA LEY 24013 ART 8 Y 15 A TAL FIN
DE 18.000\$ POR DEBAJO DE LO QUE ESTABLECE LA ESCALA SALARIAL DE EMPLEADO DE
AFECTIVA LAS DIFERENCIAS SALARIALES NO PRESCRIPTAS, COMO EMPLEADO, LA PRESENTE

INTERPELACION LA HAGO BAJO APERCIBIMIENTO DE CONSIDERARME GRAVEMENTE INJURIADO DISCRIMINADO Y DESPEDIDO POR SU EXCLUSIVA
CULPA Y RESPONSABILIDAD ART 1 DE LEY 25323 SE REINTEGRO LA AFIP SEGUN ORDENA EL ART 91 DE LA CITADA 24013 ASIMISMO INTIMO
A QUE EN EL PLAZO DE 30 DIAS INSCRIBA CORRECTAMENTE LA RELACION LABORAL QUE NOS LLEVE, CONSIGNANDO EN LAS REPARTICIONES
CORRESPONDIENTES POR LEY DE MI FECHA DE INGRESO 5/06/17 COMO EMPLEADO DE JORNADA FULL TIME YA QUE TRABAJE BAJO SU DEPENDENCIA
10HS DIARIAS DE LUNES A SABADOS SIN RECONOCIMIENTO DE HORAS EXTRAS SIENDO MIS LABORES HABITUALES BAJO SU DEPENDENCIA
DE ENCARGADA DE APERTURA Y CIERRE DEL LOCAL, ATENCION AL CLIENTE Y TRABAJO DE TALLER (POLARIZADO Y EQUIPAMIENTO DE VEHICULOS)
ACTUALMENTE ME ENCUENTRO EMBARAZADA DE 4 MESES Y HE QUEDADO SIN LA POSIBILIDAD DE SEGUIR TRABAJANDO
POR MI ESTADO.

QUEDA Ud. DEBIDAMENTE INTIMADO Y CONSTITUIDO EN MORA.

Certifico que la presente es copia fiel del original
Impuesta por certificada o/u C.D. N°
En fecha En Suc. 4146 - Concepción Pola. Tuc

CD 88368812 8



Charcas Daniel E.
JEFE RELEVANTE
L.P. 107733

Firma y Adhesión
del remitente

GIMENEZ JOHANA 36752257
Firma, aclaración y DNI del remitente

- 1 - Comunicación de renuncia
- 2 - Comunicación de ausencia
- 3 - Otro tipo de comunicación

En caso de comunicaciones efectuadas a organismos previsionales u obras sociales, se consignará su domicilio legal.

[Empty rectangular box for additional information]

CARTA DOCUMENTO

REMITENTE

PEREZ Marcelo Ricardo

DESTINATARIO

GIMÉNEZ JOHANA

\$ 0755
1768

DOMICILIO

España 997

DOMICILIO Lola Mora 2897 esq Pasco B° Fátima

CÓDIGO POSTAL

4146

PROVINCIA

Tucumán

CÓDIGO POSTAL

4146

LOCALIDAD

Concepción.

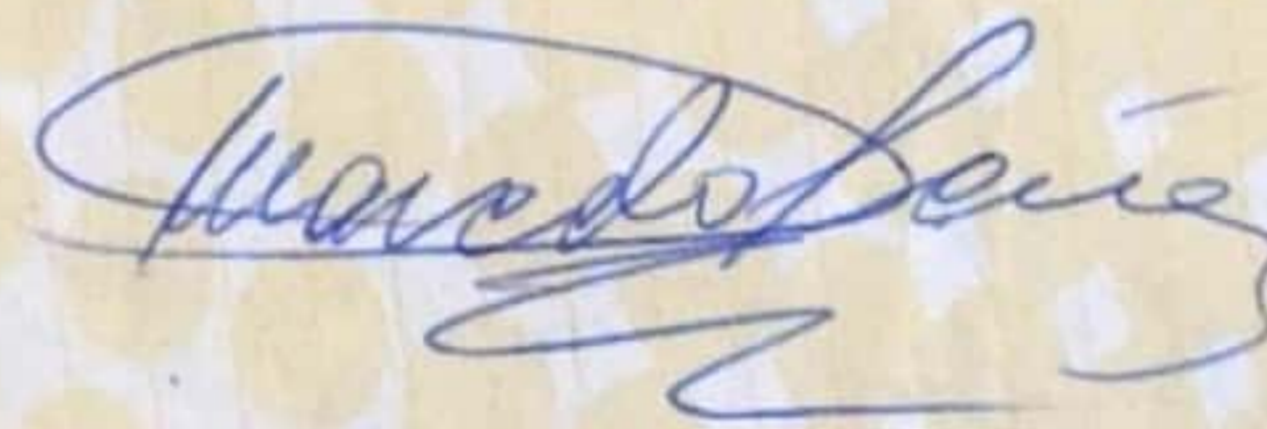
PROVINCIA

Tucumán

HABIENDO RECIBIDO EN MI DOMICILIO EL DIA 17/03/2021 TCL CD 79275496
7. RECHAZO DICHA COMUNICACIÓN POR IMPROCEDENTE FALAZ Y MALICIOSA.
DESCONOZCO RELACIÓN LABORAL QUE INVOCA. NIEGO HABER RECIBIDO ALGÚN
EMPLAZAMIENTO CON ANTERIORIDAD AL QUE RESPONDO. UD NO TRABAJO BAJO
RELACIÓN DE DEPENDENCIA DEL SUSCRIPTO Y MENOS AUN NOTIFICO SITUACIÓN DE
GRAVIDEZ PUES ELLO NO CORRESPONDÍA- POR VÍA POSTAL ESTÁ PROCURANDO
CREAR UNA RELACIÓN LABORAL INEXISTENTE CON EL PROPÓSITO DE GENERARSE UN
ENRIQUECIMIENTO INDEBIDO DOY POR CONCLUIDO TODO INTERCAMBIO POSTAL.
EMPLÁZOLE ABSTENERSE DE CONTINUAR CURSANDO COMUNICACIONES ILEGÍTIMAS
QUE NO RESPONDERÉ EN LO SUCESIVO HACIENDO DESDE YA EXPRESA RESERVA DE
MIS DERECHOS-

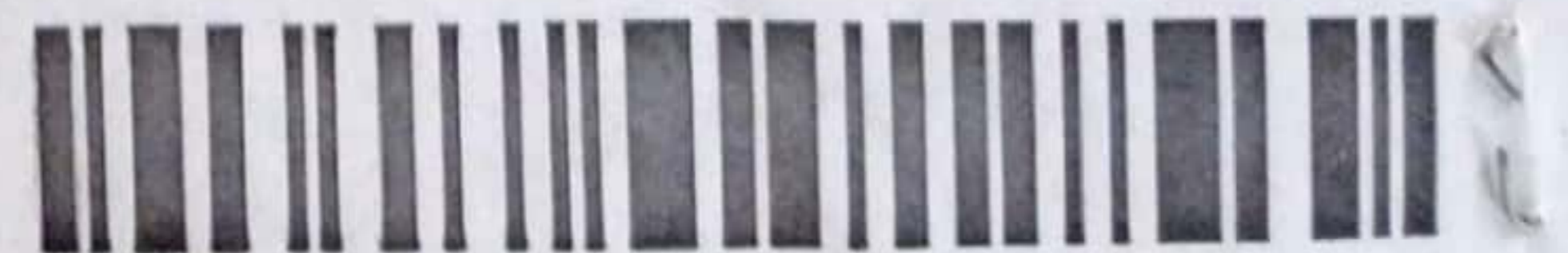
QUEDA UD DEBIDAMENTE NOTIFICADA

MARCELO R PÉREZ
DNI 22.557.181



Doble por aquí

4010802101



Telegrama Ley N° 23.789

Más de 30 palabras



DESTINATARIO

PROAUTO EQUIPAMIENTO
 Apellido y nombre o razón social

EQUIPAMIENTO VEHICULAR
 Ramo o actividad principal

22557181
 N° C.U.I.T.

ESPAÑA 997 4146
 Domicilio laboral Código Postal

CONCEPCION TUCUMÁN
 Localidad Provincia

REMITENTE

Gimenez Johana del Valle
 Apellido y nombre

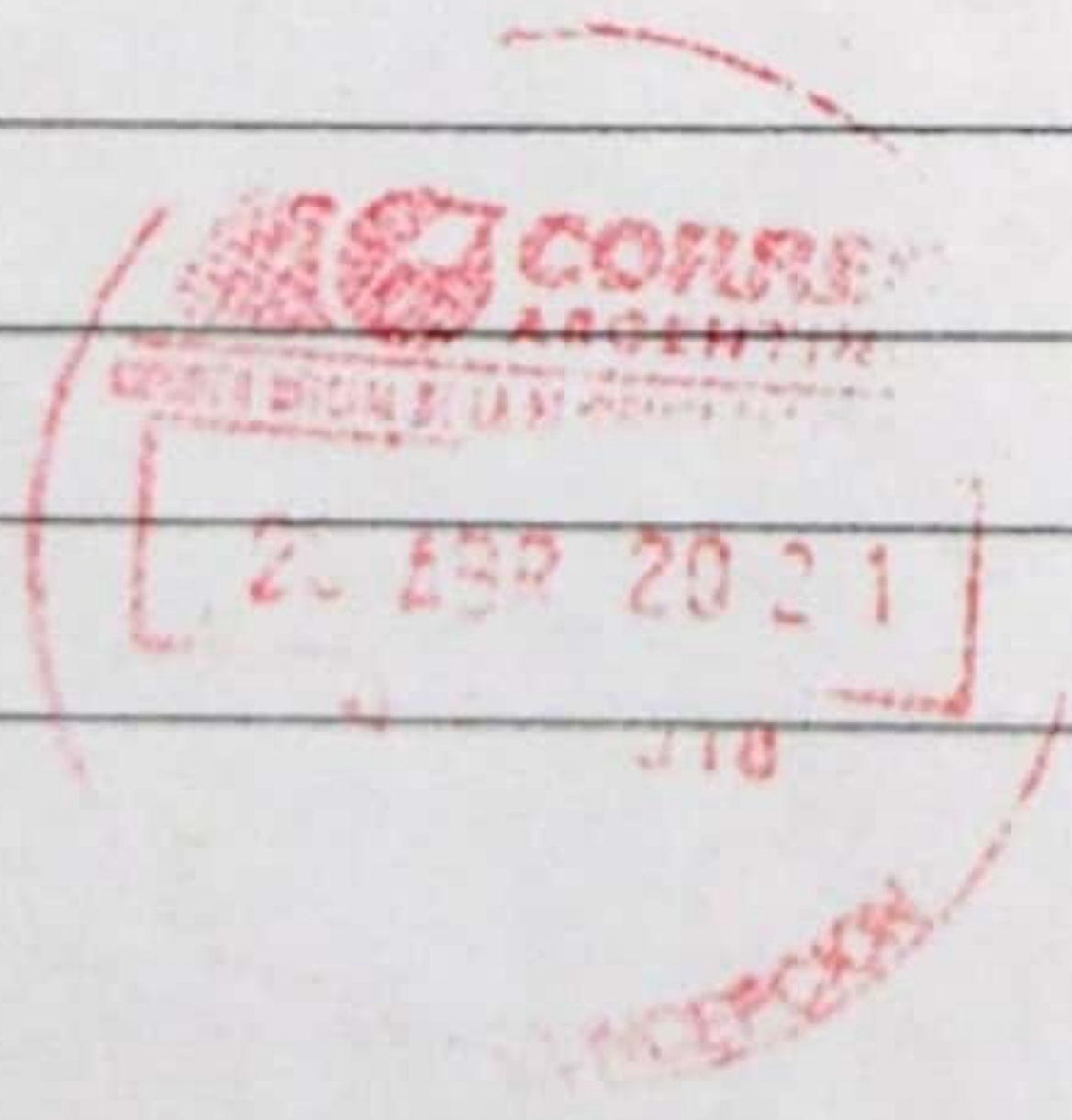
36752257 20-04-21
 DNI N° Fecha

LOLA MORA 2897 4146
 Domicilio real Código Postal

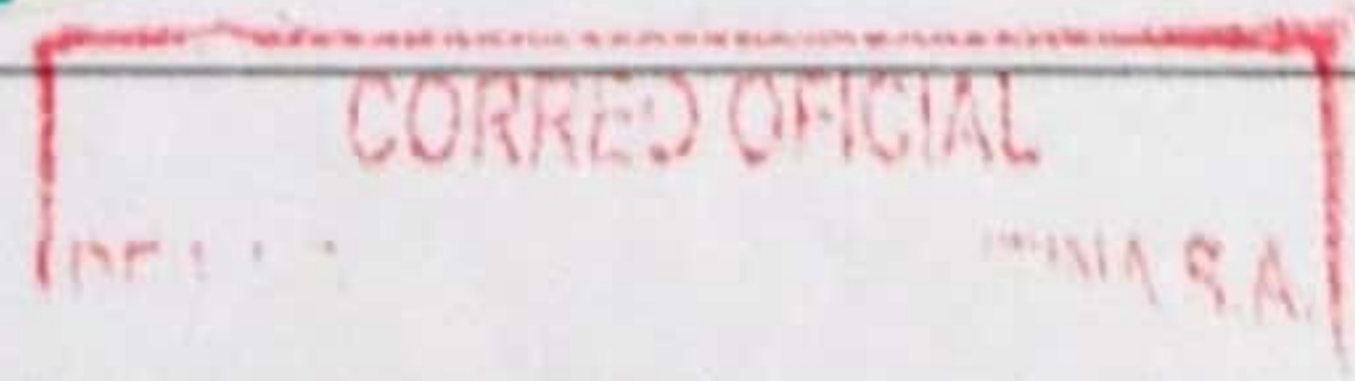
CONCEPCION TUCUMÁN
 Localidad Provincia

RATIFICO Y REITERO MI TELEGRAMA ANTERIOR DE FECHA 10-03-21, RECHAZADO SU CD DE FECHA 19-03-21, POR TEMERARIO COMPLETAMENTE FALSO, IMPRECEDENTE Y MALICIOSO, ANTE SU NEGATIVA ARBITRARIA DE LA RELACION LABORAL (O DE CUALQUIER OTRO INCUMPLIMIENTO COMO ABONO DEL SALARIO, DIFERENCIA SALARIAL, VACACIONES Y DESPIDO POR CAUSA DE ENFERMEDAD (EMBARAZO) ME CONSIDERO DESPIDIDO POR SU UNICA CULPA Y EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD, QUEDA UD. DEBIDAMENTE NOTIFICADO

Johana Gimenez
 Johana Gimenez
 36752257



CD 79275770 8



Firma, aclaración y DNI del remitente

- 1 - Comunicación de renuncia
- 2 - Comunicación de ausencia
- 3 - Otro tipo de comunicación

En caso de comunicaciones efectuadas a organismos previsionales u obras sociales, se consignará su domicilio legal.

Nº 23.789

CORREO ARGENTINO

CORREO OFICIAL REPUBLICA ARGENTINA S.A.

Fecha 20/04/2021 Hora 11:58:18 Cajero 03435 Terminal 435

Sucursal: T0018 CONCEPCION AVELLANEDA Y MORENO S/N

CD792757708AR

Comprobante NO VALIDO como Documento Fiscal

REMITENTE

Gimenez Johana del Valle
Apellido y nombre
36752257
DNI Nº
20-04-21
Fecha
LOLA MORA 2897
Domicilio real
4146
Código Postal
Concepción
Localidad
Tucumán
Provincia

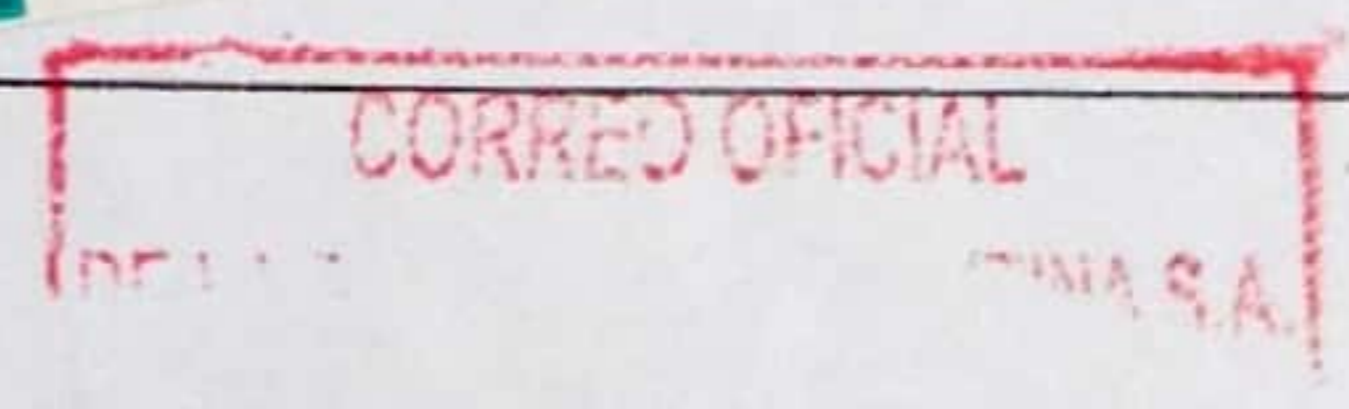
ento
culpe
4146
Código Postal
TUCUMÁN
Provincia

INTERO MI TELEGRAMA ANTERIOR DE FECHA
HAZADO SO CD DE FECHA 19-03-21, POR
TAMENTE FALSO, IMPRECEDENTE Y MALICIOSO,
ARBITRARIA DE LA RELACION LABORAL (O DE
CUALQUIER OTRO INCUMPLIMIENTO COMO AONO DEL SALARIO,
DIFERENCIA SALARIAL, VACACIONES Y DESPIDO POR CAUSA DE
EMFERMEDAD (EMBARAZO)
ME CONSIDERO DESPEDIDO POR SU UNICA CULPA Y EXCLUSIVA
RESPONSABILIDAD,
QUEDA UD. DEBIDAMENTE NOTIFICADO

Johana Gimenez
36752257



CD 79275770 8



Firma, aclaración y DNI del remitente

- 1 - Comunicación de renuncia []
2 - Comunicación de ausencia []
3 - Otro tipo de comunicación []

En caso de comunicaciones efectuadas a organismos previsionales u obras sociales, se consignará su domicilio legal.

CARTA DOCUMENTO

REMITENTE

PEREZ Marcelo Ricardo

DESTINATARIO

GIMÉNEZ JOHANA

DOMICILIO

España 997

DOMICILIO La Mora 2897 esq Pasco B° Fátima

CÓDIGO POSTAL

4146

LOCALIDAD

Concepción

PROVINCIA

Tucumán

CÓDIGO POSTAL

4146

LOCALIDAD

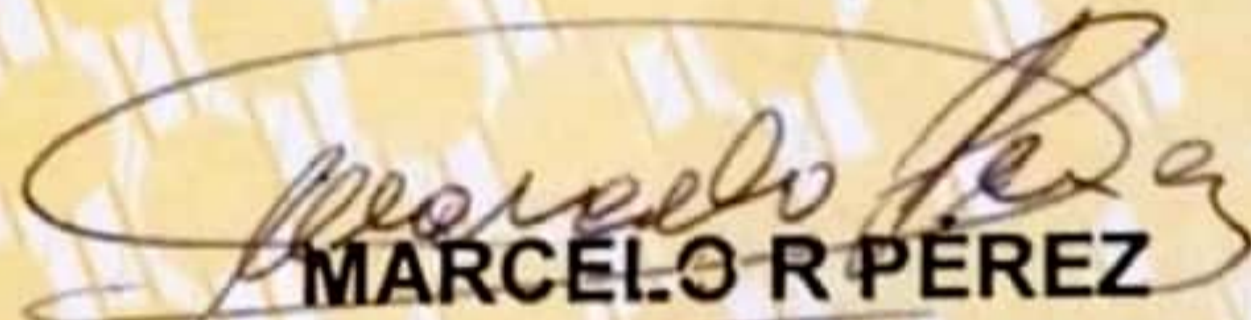
Concepción.

PROVINCIA

Tucumán

RECHAZO POR IMPROCEDENTE FALAZ Y TEMERARIO TCL CD 79275770 8 – ratifico CD 079262805 EN TODOS SUS TERMINOS. RATIFICO CONCLUSIÓN DE INTERCAMBIO POSTAL HACIENDO RESERVA DE MIS DERECHOS ANTE SU PRETENSÓN QUE COMO LO EXPUSIERA PRETENDE CREAR VÍA TCL DE USO GRATUITO PARA LOS "REALES" TRABAJADORES UNA RELACIÓN LABORAL INEXISTENTE EN MIRAS DE OBTENER UN ENRIQUECIMIENTO INDEBIDO.-
COMUNICOLE ASIMISMO QUE NO RESPONDERÉ NUEVAS MISIVAS

QUEDA UD DEBIDAMENTE NOTIFICADA


MARCELO R PÉREZ
DNI 22.557.181

Doble por aquí

Doble por aquí



4010802100



2V CD 79275925 8



CORREO ARGENTINO

30 ABR. 2021
NIS T0018
14140ZCA - CONCEPCION

CORREO ARGENTINO

\$ 755,00 20 04
NCD Argentina

CN 15

CORREO ARGENTINO

MOTIVO	
DIRECCIÓN INSUFICIENTE (Adresse insuffisante)	FALLECÍO (Décédé)
DIRECCIÓN INEXISTENTE (Adresse inexistant)	CERRADO / AUSENTE SE DEJÓ AVISO DE VISITA
RECHAZADO (Refuse)	PLAZO VENCIDO, NO RECLAMADO (Non réclamé)
DESCONOCIDO (Inconnu)	DIRECCIÓN INACCESIBLE (Adresse inaccessible)
SE MUDO (Déménagé)	OTROS MOTIVOS (Autres):
NUEVA DIRECCIÓN (Si se conoce)	

DATOS DEL DISTRIBUIDOR		DEVOLUCIÓN (RETOUR)	
FECHA	HORA	FECHA	LEGAJO RESPONSABLE
30-4	16:30		
REPARTO N°	LEGAJO	FIRMA Y ACLARACIÓN DEL RESPONSABLE	
5			

0104-00682

55825

HISTORIA CLINICA PERINATAL - CLASIMR - OPS/OMS										FECHA DE NACIMIENTO		ETNIA		ALTA PRETA		ESTUDIOS		ESTADIO CIVIL		Lugar de nacimiento																			
<p>Nombre: <u>Yolanda del Valle Vargas</u> Apellido: <u>Correa</u> Localidad: <u>Loaysa</u></p>										día: <u>10</u> mes: <u>12</u> año: <u>91</u> (edad) años: <u>29</u>		mestiza blanca negra otra		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si		<input type="checkbox"/> casada <input type="checkbox"/> unión estable <input type="checkbox"/> soltera <input type="checkbox"/> otro		<input type="checkbox"/> Lugar de origen <input type="checkbox"/> Lugar de parto <input type="checkbox"/> otro		36752257																	
FAMILIARES			PERSONALES			OBSTETRICOS			FIN EMBARAZO ANTERIOR			EMBARAZO PLANEADO			FRACASO METODO ANTICONCEP.																								
TBC diabetes hipertensión proclampsia eclampsia etc.			VIH VIH-1 VIH-2 VIH-3			ULTRASONIO normal <200g normal >200g Antecedente de paros prematuros			gestas previas: <u>03</u> abortos: <u>01</u> vaginales: <u>02</u> nacidos vivos: <u>02</u> vivos: <u>02</u>			<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no			<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no			<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no																					
GESTACION ACTUAL				EQUICOMPARTE por FUM				RUBACT				RUBMAS				RUBAS				ALCOHOL				VIGILANCIA				ANTIRRETOLO				ANTITETANICA				EX. NORMAL			
PISO-ANTERIOR: <u>1</u> TALLA (cm): <u>150</u> FUM: <u>1</u>				FUM: <u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> 1° trm: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2° trm: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3° trm: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no							
CEPATO				TUNCLASMOSS				VIN				Hb <20wem				Fe/FOLATOS indicados				Hb >20wem				SIFILIS - Diagnóstico y Tratamiento															
<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal				<input type="checkbox"/> <20wem IgG <input type="checkbox"/> >20wem IgG <input type="checkbox"/> 1° consulta IgM				<input type="checkbox"/> <20wem <input type="checkbox"/> >20wem				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no															
CHAGAS				BACTERIURIA				GLUCOSIA EN AYUNAS				ESTREPTOCOCCO B				PREPARACION PARA EL PARTO				CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA				SIFILIS - Diagnóstico y Tratamiento															
<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no															
CONSULTAS ANTENATALES										signos de alarma, exámenes, bacteriencas										Técnicas										proxima cita									
día: <u> </u> mes: <u> </u> año: <u> </u> peso: <u> </u> P.A. <u> </u> altura: <u> </u> presión: <u> </u> F.C. (bpm): <u> </u> movén. fetal: <u> </u> proteinuria: <u> </u>										SIN CONSULTA										Técnicas: <u> </u> proxima cita: <u> </u>										proxima cita: <u> </u>									
PARTO		ABORTO		HOSPITALIZ. an EMBARAZO				CORTICOIDES ANTENATALES				INICIO espontáneo				RUPTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO				EDAD GEST. al parto				PRESENTACION SITUACION				TAMANO FETAL ACORDE				ACOMPAÑANTE							
FECHA DE INGRESO: <u> </u> día <u> </u> mes <u> </u> año <u> </u> CONSULTAS PRE-NATALES total: <u> </u> días		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> incompl. <input type="checkbox"/> ninguna <input type="checkbox"/> alguna				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no							
CARNE: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no											
hora: <u> </u> min: <u> </u> posición de la madre: <u> </u> PA: <u> </u> pulso: <u> </u> contr. 70: <u> </u> dilatación: <u> </u> altura present.: <u> </u> altura present.: <u> </u> meconio: <u> </u> FCR/Flap: <u> </u>		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no											
NACIMIENTO VIVO: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no MUERTO: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no											
POSICION PARTO: <input type="checkbox"/> ventral <input type="checkbox"/> occipital DESCARGOS Grado (1 a 4): <u> </u> OGTOCICOS: <input type="checkbox"/> preterm. <input type="checkbox"/> postterm. PLACENTA: <input type="checkbox"/> completa <input type="checkbox"/> retenida LIGADURA CORDON: <input type="checkbox"/> precoz <input type="checkbox"/> normal		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no															
SEXO: <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m PESO AL NACER: <u> </u> g LONGTUD cm: <u> </u> DIVISOR: <input type="checkbox"/> <2500 g <input type="checkbox"/> >2500 g		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no															
DEFECTOS CONGENTOS: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> menor <input type="checkbox"/> mayor ENFERMEDADES: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no															
EGRESO RN: <input type="checkbox"/> vivo <input type="checkbox"/> fallece traslado: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no fallece durante o en lugar de traslado: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no EDAD AL EGRESO días completos: <u> </u> ALIMENTO AL ALTA: <input type="checkbox"/> lact. excl. <input type="checkbox"/> parcial <input type="checkbox"/> artificial		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no															
BCG: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no HEPATITIS B: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no PESO AL EGRESO: <u> </u> g		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no															
EGRESO MATERNO: <input type="checkbox"/> traslado <input type="checkbox"/> hogar día: <u> </u> mes: <u> </u> año: <u> </u> fallece durante o en lugar de traslado: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no															
ANTIRRETOLO POST PARTO: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no Yigobulina anti D: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no																			
ANTICONCEPCION: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no METODO ELEGIDO: <input type="checkbox"/> DIU post evento <input type="checkbox"/> DIU natural <input type="checkbox"/> DIU hormonal <input type="checkbox"/> ninguno		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no																			

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL



Los números a la izquierda son para la codificación en este formulario. El código a la derecha es de la Clasificación Internacional de Enfermedades Rev. 10 (CIE 10) OPS/OMS 1992

PATOLOGÍAS DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (EPP)		PATOLOGÍA NEONATAL	
50 GESTACION MÚLTIPLE	O30	50 ENFERMEDAD DE MEMBRANAS HIALINAS	P22.0
51 HIPERTENSIÓN PREVIA	O10	51 SÍNDROMES ASPIRATIVOS	P28
52 Hipertensión previa esencial complicando EPP	O10.0	52 APNEAS POR PREMATUREZ	P28.3-P28.4
53 Hipertensión previa secundaria complicando EPP	O10.4	53 OTROS SDR	Q25.0, P28.1, P23, P25, P22, P27
54 PRECLAMPSIA	O13, O14	01 Ductus arterioso persistente	Q25.0
54 Hipertensión transitoria del embarazo	O18	02 Persistencia de la circulación fetal	P28.3
05 Preclampsia leve	O13	03 Neumonía congénita	P23
05 Preclampsia severa y moderada	O14	04 Neumotorax y enfisema intersticial	P25
53 Hipertensión previa con proteinuria sobreañorada	O11	05 Taquipnea transitoria	P22.1
54 ECLAMPSIA	O15	06 Enfermedad respiratoria crónica originada en el periodo perinatal	P27
55 CARDIOPATIA	Z86.7	HEMORRAGIAS	
56 DIABETES	O24	07 Enfermedad hemorrágica del recién nacido	P33
57 Diabetes mellitus insulino-dependiente previa	O24.0	55 Hemorragia pulmonar originada en el periodo perinatal	P26
58 Diabetes mellitus no insulino-dependiente previa	O24.1	56 Hemorragia umbilical (excluye las enfalitis con hemorragia)	P31
59 Diabetes mellitus iniciada en el embarazo	O24.4	HIPERBILIRRUBINEMIAS	
07 Teste de tolerancia a la glucosa anormal	R73.0	08 Enfermedad hemolítica por inmunización Rh	P55.0
60 INFECCIÓN URINARIA	O23.0-O23.4	09 Enfermedad hemolítica por inmunización ABO	P55.1
08 Bacteriuria asintomática del embarazo	R28.7	10 Ictericia neonatal asociada a parto de pretérmino	P60-P61
61 OTRAS INFECCIONES	O98, B06, B50-B54, A80	58 HEMATOLOGICAS (excluyendo P50-P59)	P61.1
62 Infecciones del tracto genital en el embarazo	O23.5	11 Policitemia neonatal	P61.3
09 Sifilis complicando EPP	O98.1	12 Anemia congénita	D57.0-D57.2 y D57.8
10 Gonorrea complicando EPP	O98.2	79 Anemia talasémica	(P35-P39, A09, G00, A54.3)
11 Malaria	B50-B54	13 Otras afecciones hematológicas	
12 Infección hepática anogenital (herpes simplex)	A60	INFECCIONES	G00
63 Hepatitis viral	O98.4	14 Diarrea	P38
64 TBC complicando EPP	O98.0	15 Meningitis	P38.1, A54.3
60 Rubéola complicando EPP	B06.0, B06.8y906.9	16 Otitis	P39.4, L00
65 PARASITOSIS COMPLICANDO EPP	O98.8	17 Conjuntivitis	P36
77 Chagas	O98.6	59 Infecciones de la piel del recién nacido	(resto del P35-P39)
78 Toxoplasmosis	O98.6	18 Sepsis	P77
66 RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO	P05	20 Enterocolitis necrotizante (ECN)	A33
67 AMENAZA DE PARTO PREMATURO (PARTO PREMATURO)	O60	49 Tétanos neonatal	A30
13 Incompetencia cervical	O34.3	60 Sifilis congénita	P35
68 DESPROPORCIÓN CEFALOPELVICA	O64, O65, O69	61 Enfermedades congénitas virales	P35.3
14 Parto obstruido por malposición y anomalía de la presentación del feto	O64	68 Síndrome de Rubéola congénita (SRC)	P35.1
15 Parto obstruido debido a anomalía pélvica materna	O65	69 Citomegalovirus (CMV)	P37.1
16 Otros partos obstruidos por causa fetal	O66	70 Toxoplasmosis congénita	P73
69 HEMORRAGIA DEL PRIMER TRIMESTRE	O20	39 HIV positivo	(resto de P90-P91)
17 Mola hidatiforme	O01	19 Otras infecciones del periodo perinatal	
18 Aborto espontáneo y aborto retenido	O02.1, O03	NEUROLOGIA (EXCLUYE MALFORMACIONES)	G91
19 Embarazo ectópico	O06	33 Hidrocefalia aguda	P91.1, P91.2
20 Aborto inducido y terapéutico	O06, O04	34 Laceración periventricular y cerebral	P10, P11, P14
21 Amenaza de aborto	O20.0	35 Trauma obstétrico con lesión intracerebral, del SNC y del sistema nervioso periférico	P52
70 HEMORRAGIA DEL 2º Y 3º TRIMESTRE		36 Hemorragia intracerebral no traumática	P90
22 Placenta previa con hemorragia	O44.1	37 Convulsiones	P21
23 Desprendimiento prematuro de placenta	O45	71 Encefalopatía hipóxico-isquémica	P91
24 Hemorragia antiparto con defecto de la coagulación	O46.0	38 Otras afecciones del estado cerebral	
25 Ruptura uterina antes o durante el parto	O71.0, O71.1	METABOLICA / NUTRICIONAL	
26 Laceración obstétrica del cuello del útero	O71.3	49 Síndrome de "hijo de diabética"	P70.0, P70.1
71 ANEMIA	O98.0	45 Hipoglucemia	P70.3, P70.4, S10.3
27 Anemia por deficiencia de hierro	D50	46 Otras afecciones metabólicas y nutricionales	P75-P78
79 Anemia talasémica	D57.0-D57.2 y D57.8	66 OTRAS PATOLOGÍAS DE	
72 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	O42	40 Retinopatía de la prematuridad	H35
28 Infección del saco amniótico y membranas	O41.1	41 Herida inguinal	K60
73 INFECCIÓN PUERPERAL	O95, O96	42 Síndrome de delfo por feto	P90.0 (excluye hipotermia leve P90.3)
29 Sepsis puerperal	O95		
30 Infección mamaria asociada al lactamiento	O91		
74 HEMORRAGIA POSTPARTO	O72		
31 Placenta retenida	O72.0, O72.2		
32 Útero atónico	O72.1		
33 Laceraciones perineales de 1º y 2º grado	O76.0, O76.1		
34 Laceraciones perineales de 3º y 4º grado	O76.2, O76.3		
75 OTRAS PATOLOGÍAS MATERNALES	(resto de O60-O99)		
35 Placenta previa sin hemorragia	O44.0		
36 Hipertensión gravídica	O21		
37 Enfermedad renal no especificada durante el embarazo sin mención de hipertensión	O26.0, O26.8 (condiciones en N90-N99)		
38 Dependencia de drogas	F10-F19		
39 Sufriente fetal	O80		
40 Polihidramnios	O40		
41 Oligoamnios (sin mención de ruptura de membranas)	O41.2		
42 Trabajo de parto y parto complicado con complicaciones de cordón umbilical	O98		
43 Complicaciones anestésicas durante parto y puerperio	O74		
44 Embolismo obstétrico	O85		
45 Falso de cierre de la herida de cesáreo	O80.0		
46 Falso de cierre de la episiotomía	O80.1		
47 SIDA	B20-B24		
76 HIV positivo	K72		
48 Neoplasia maligna del cuello uterino	C53		
49 Neoplasia maligna de la glándula mamaria	C50		

INDICACIÓN PRINCIPAL DE PARTO QUIRÚRGICO O INDUCCIÓN	
01 Cesárea previa	14 Posición transversa
02 Sufriente fetal agudo	15 Ruptura prematura de membranas
03 Desproporción cefalo-pélvica	16 Infección aguda (suspectada o confirmada)
04 Alteración de la contractilidad	17 Placenta previa
05 Parto prolongado	18 Atrofia placentar
06 Fracaso de la inducción	19 Ruptura uterina
07 Descento detenido de la presentación	20 Preclampsia y eclampsia
08 Embarazo múltiple	21 Herpes anogenital
09 R.C.I.U.	22 Cordón umbilical genital
10 Parto de pretérmino	23 Otras enfermedades maternas
11 Parto de postérmino	24 Muerte fetal
12 Presentación podálica	25 Madre exhausta
13 Posición posterior	26 Otro

MEDICACIÓN DURANTE EL TRABAJO DE PARTO	
01 Lidocaína o similar	16 Inhibidores de Prostaglandinas
02 Aminas simpatomiméticas	17 Antagonistas del calcio
03 Gases anestésicos (nitroso-óxido, nitroso)	18 Sulfato de magnesio
04 Barbitúricos	19 Hidralazina
05 Relaxantes musculares	20 Beta bloqueantes
06 Diazepánidos	21 Otros antihipertensivos
07 Meprobano	22 Sangre y derivados
08 Espasmolíticos	23 Heparina
09 Oxitocina	24 Corticoides
10 Prostaglandinas	25 Cardiotónicos
11 Betalactámicos (Penicilinas-oxalatosporinas)	26 Diuréticos
12 Aminoglucósidos (gentamicina-amikacina)	27 Anestésicos
13 Eritromicina	28 Insulina
14 Metronidazol	29 Difenhidantema
15 Betamimetico	30 Otro

ANOMALIAS CONGENITAS	
120 Anencefalia	Q00.0
121 Espina bífida-hemimielomelia	Q01, Q07.0
122 Hidrocefalia	Q04.3
123 Hidrocefalia	Q00
124 Microcefalia	Q00
125 Hidroanencefalia	Q04.2
127 Otras anomalías del Sistema Nervioso Central	Q04, Q06
126 Tronco arterioso	Q20.2
128 Transposición grandes vasos	Q20.3
130 Tetralogía de Fallot	Q21.3
131 Ventriculo septal	Q21.4
132 Doble trazo de salida de vent. derecho	Q21.1
133 Canal atero-vent. completo	Q21.2
134 Atrio de pulmón	Q21.0
135 Atrio de triángulo	Q21.4
136 Síndrome de hipoplasia de válvula aórtica	Q21.4
137 Coartación de aorta	Q21.1
138 Falso aneurisma pulmonar aneurisma total	Q26.2
139 Otras anomalías circulatorias-respiratorias	Q24, 26, 34
140 Falda herniada	Q26
141 Fístula traqueo-esofágica	Q28.1
142 Atrio de esófago	Q28.0, Q28.1
143 Atrio de colon o recto	Q42.0, Q42.1, Q42.9, 43.0
144 Ano imperforado	Q40.3
145 Ombelico	Q79.3
146 Gastroscisis	Q79.3
147 Atrio de duodeno	Q41.0
148 Atrio de páncreas	Q41.1
149 Atrio de testículo	Q41.2
150 Otras anomalías gastrointestinales	Q40, 43, 45
151 Genitales malformados	Q50-Q6
152 Agenesia renal bilateral	Q60.1
153 Hiperplasia renal unilateral o bilateral	Q61.1-61.3
154 Hidroanencefalia congénita	Q62.0
155 Estrófa de la vejiga	Q64
156 Otras anomalías urogenitales	Q60, 64
157 Tisemia 13	Q81.4, Q81.5, Q81.6
158 Tisemia 18	Q81.3, Q81.1, Q81.2
159 Síndrome de Down	Q90
160 Otras anomalías cromosómicas	Q80, 97-99
126 Labio herido	Q26
161 Paladar herido	Q26
162 Sindactilia	Q20
163 Displasia esquelética	Q77-79
164 Pie equinovario / talovaro (Pie bot)	Q66.0
165 Herida diafragmática	Q79.0
166 Hidropo fetal	P38, P43.0
167 Oligoamnios severo	P31.2
168 Otras anomalías musculoesqueléticas	Q80, 74, 75, 79
169 Anomalías tegumentarias	Q80, 84

MCPESRVP-04/04

HOJA DE PROTOCOLO QUIRURGICO

Nombre: Amey Robert del V Sala: Cama: Fecha:/...../.....

Cirujano: <u>Delgado</u>	Ayudante:
Anestesiista:	Control Intraoperatorio:
Instrumentista:	Biopsia: Hora Inicio: Hora Finaliz.:
Cultivo:	Consentimiento Informado:
Diagnóstico Preoperatorio: <u>del supelid</u>	
Diagnóstico Postoperatorio:	
Cirugía: <u>lapo 1 abs</u>	
Control Instrumento y material descartable	

DESARROLLO

Se realizó laparotomía abdominal
 con orden 1 nivel en el
 o anteroposterior se realizó
 lavado y abs

D. DAVID CHOCORVILCA
 MEDICO TOCOPIGNECOLOGO
 M.E.L. P.M. N. 1001

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL



7119

RPI Gimenez y Johana del Valle.

21.4 rev.

110/70

29 años

E.C.G ritmo normal. E₁: +30°
Normal

Examen cardiorrespiratorio. H₂ R₂ por
antes, normal. Pulso, ritmo, fuerza
TA 110/70 mm Hg, murmullos vesicales
los presentes en toda escucha pulmonar
normal, F.R. 16

Peso 65 kg, altura 1.65 m.

Dr. RUBEN MARCELO SANTILLAN
MEDICO
CLINICA CARBIOLOGIA
MAT. PROF. N° 4739

22-03-2021

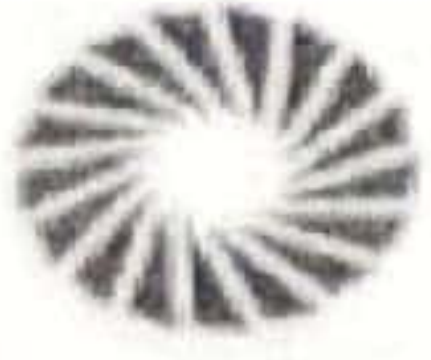
MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA



GOBIERNO DE
TUCUMÁN

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL





INFORME DE RESULTADOS

19

SIPROSA

HOSPITAL REGIONAL DE CONCEPCIÓN

Servicio: LABORATORIO GUARDIA

Consultorio: GUARDIA

Turno N°: 16

Fecha: 21/03/2021

Solicitante:

HC N°: 27367522572

Documento: 36752257

Apellido y Nombre: GIMENEZ, JOHANA DEL VALLE

Edad: 29A

O.S.: 888888 PROGRAMA SUMAR

Procedencia: Hospital HOSPITAL REGIONAL DE CONCEPCIÓN

Nro Muestra: 1016

Ubicación: MATERNIDAD OBSTETRICIA-HABITACION 07 ALA 3-CAMA 19

Profesional: RASGIDO DE VELA, RAQUEL EDITH

Usuario Verifica:

HEMOGRAMA.

HEMATOCRITO:	30.3 %	(37 - 47)
HEMOGLOBINA:	10.3 gr/dl	
GLÓBULOS ROJOS, RECUENTO DE:	3.470.000 /mm ³	(4.000.000 - 5.200.000)
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO:	87.3 fl	(82 - 95)
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA:	29.7 pg	(27 - 32)
CONCENTRACIÓN DE HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA:	34.0 gr/dl	(32 - 35)
GLÓBULOS BLANCOS, RECUENTO DE:	7.530 /mm ³	(4.500 - 10.000)
GB CAYADOS:	3 %	(2 - 5)
GB NEUTRÓFILOS:	66 %	(38 - 65)
GB EOSINÓFILOS:	1 %	(2 - 4)
GB BASÓFILOS:	0 %	(0 - 1)
GB LINFOCITOS:	28 %	(22 - 40)
GB MONOCITOS:	2 %	(2 - 8)
IDE:	13.5 %	(11 - 16)
PLAQUETAS:	277.000 /mm ³	(150.000 - 400.000)

Observaciones:

UREA, sérica.

UREA SÉRICA:	12.0 mg/dl	(17 - 43)
--------------	------------	-----------

Observaciones:

CREATININA - sérica o urinaria.

CREATININA SÉRICA:	0.45 mg/dl	
--------------------	------------	--

Observaciones:

TRANSAMINASA, GLUTAMICO OXALACETICA.

TRANSAMINASA, GLUTAMICO OXALACÉTICA:	21 U/L	(Menor o igual a 31)
--------------------------------------	--------	----------------------

Observaciones:

TRANSAMINASA, GLUTAMICO PIRUVICA.

TRANSAMINASA, GLUTAMICO PIRÚVICA:	16 U/L	(Menor o igual a 34)
-----------------------------------	--------	----------------------

Observaciones:

BILIRRUBINEMIA TOTAL, DIRECTA E INDIRECTA.

BILIRRUBINA TOTAL:	0.19 mg/dl	(0,1 - 1,2)
BILIRRUBINA DIRECTA:	0.07 mg/dl	(Menor o igual a 0,30)

Observaciones:

LACTICO DEHIDROGENASA - LDH

Usuario: EDLAESPINOZA

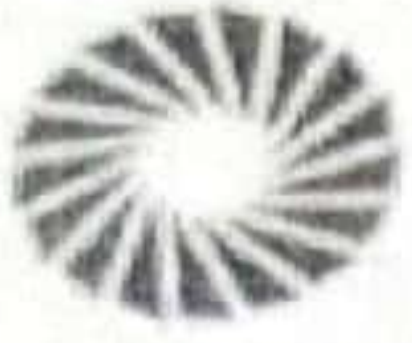
Fecha: 21/03/21

Hora: 17:05:14

Página: 1

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL





INFORME DE RESULTADOS

SIPROSA

HOSPITAL REGIONAL DE CONCEPCIÓN

LACTICODEHIDROGENASA- LDH: 260 U/L (Menor a 247)

Observaciones:

URICO, ACIDO - sérico.

ÁCIDO ÚRICO- SÉRICO: 2.76 mg/dl (2,3 6,1)

Observaciones:

PROTEINA C REACTIVA - PCR (cualitativa).

PROTEÍNA C REACTIVA (CUANTITATIVA): 6.61 mg/L (Menor a 5)

Observaciones:

PROTROMBINA, TIEMPO DE

PROTROMBINA TIEMPO DE: 14.8 seg

PORCENTAJE DE ACTIVIDAD: 87 %

Observaciones:

TROMBOPLASTINA, TIEMPO DE (KPTT - TTPC)

TROMBOPLASTINA TIEMPO DE: 28.3 seg

Observaciones:

Observaciones Informe:

Firma y Sello del Profesional

Usuario: EDLAESPINOZA

Fecha: 21/03/21

Hora: 17:05:14

Página: 2



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL



INFORME DE RESULTADOS

SIPROSA

HOSPITAL REGIONAL DE CONCEPCIÓN

Servicio: LABORATORIO GUARDIA

Fecha: 19/03/2021

Documento: 36752257

O.S.: 888888 PROGRAMA SUMAR

Procedencia: Otro

Nro Muestra: 1025

Otro origen: campos

Profesional: RASGIDO DE VELA, RAQUEL EDITH

Consultorio: GUARDIA

Solicitante:

Apellido y Nombre: GIMENEZ, JOHANA DEL VALLE

Usuario Verifica:

HEMOGRAMA.

HEMATOCRITO:	29.0 %	(37 - 47)
HEMOGLOBINA:	9.7 gr/dl	0
GLÓBULOS ROJOS, RECUENTO DE:	3.420.000 /mm ³	(4.000.000 - 5.200.000)
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO:	84.8 fl	(82 - 95)
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA:	28.4 pg	(27 - 32)
CONCENTRACIÓN DE HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA:	33.4 gr/dl	(32 - 35)
GLÓBULOS BLANCOS, RECUENTO DE:	7.100 /mm ³	(4.500 - 10.000)
GB CAYADOS:	0 %	(2 - 5)
GB NEUTRÓFILOS:	62 %	(38 - 65)
GB EOSINÓFILOS:	3 %	(2 - 4)
GB BASÓFILOS:	0 %	(0 - 1)
GB LINFOCITOS:	31 %	(22 - 40)
GB MONOCITOS:	4 %	(2 - 8)
PLAQUETAS:	13.2 %	(11 - 16)
PLAQUETAS:	280.000 /mm ³	(150.000 - 400.000)

Observaciones:

UREA, sérica.

UREA SÉRICA: 20.1 mg/dl (17 - 43)

Observaciones:

CREATININA - sérica o urinaria.

CREATININA SÉRICA: 0.50 mg/dl

Observaciones:

TRANSAMINASA, GLUTAMICO OXALACETICA.

TRANSAMINASA, GLUTÁMICO OXALACÉTICA: 22 U/L (Menor o igual a 31)

Observaciones:

TRANSAMINASA, GLUTAMICO PIRUVICA.

TRANSAMINASA, GLUTÁMICO PIRÚVICA: 15 U/L (Menor o igual a 34)

Observaciones:

BILIRRUBINEMIA TOTAL, DIRECTA E INDIRECTA.

BILIRRUBINA TOTAL: 0.13 mg/dl (0,1 - 1,2)

BILIRRUBINA DIRECTA: 0.04 mg/dl (Menor o igual a 0,1)

Observaciones:

LACTICO DEHIDROGENASA - LDH

Usuario: AMCAMPOSR

Fecha: 20/03/21

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL





INFORME DE RESULTADOS

SIPROSA

HOSPITAL REGIONAL DE CONCEPCIÓN

LACTICODEHIDROGENASA- LDH: 217 U/L (Menor a 247)

Observaciones:

URICO, ACIDO - sérico.

ÁCIDO ÚRICO- SÉRICO: 2.70 mg/dl (2,3 6,1)

Observaciones:

PROTROMBINA, TIEMPO DE

PROTROMBINA TIEMPO DE: 15.0 seg

PORCENTAJE DE ACTIVIDAD: 85 %

Observaciones:

TROMBOPLASTINA, TIEMPO DE (KPTT - TTPC)

TROMBOPLASTINA TIEMPO DE: 23.1 seg

Observaciones:

D R L / USR - Cualitativa.

VDRL CUALITATIVA: NO REACTIVO

Observaciones:

PROTEINA C REACTIVA - PCR (cualitativa).

PROTEÍNA C REACTIVA (CUANTITATIVA): 13.98 mg/L (Menor a 5)

Observaciones:

Observaciones Informe:

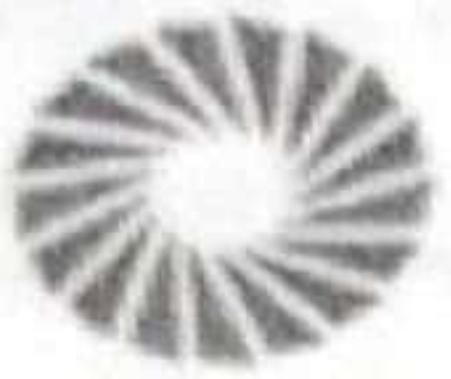
Firma y Sello del

Usuario: AMCAMPOSR

Fecha: 20/03/21

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL





INFORME de RESULTADOS

SIPROSA

HOSPITAL REGIONAL DE CONCEPCIÓN

Fecha: 22/03/21
Hora: 09:45:57

Servicio: ECOGRAFÍA

Consultorio: CONSULTORIO ECOGRAFO 2

Turno N°: 7

Fecha: 22/03/2021

Solicitante:

HC N°: 27367522572

Documento: 36752257

Apellido y Nombre: GIMENEZ, JOHANA DEL VALLE

Edad: 29A

O.S.: 888888 PROGRAMA SUMAR

Fec. Nac.: 10/12/1991

Procedencia: Otro HOSPITAL REGIONAL DE CONCEPCIÓN

Otro origen:

Profesional:

Técnico:

Ecografía Obstétrica 2º y 3º TRIMESTRE

Observaciones:

COGRAFIA OBSTETRICA

FETO: UNICO

PRESENTACION: PODALICO

SITUACION: LONGITUDINAL DORSO IZQUIERDO

ACT CARDIACA: POSITIVA

MOVIMIENTOS: RESPIRATORIOS Y FETALES POSITIVOS

LIQUIDO AMNIOTICO: OLIGOAMNIOS SEVERO BM DE 14mm

PLACENTA: POSTERIOR Y FUNDICA HOMOGENEA

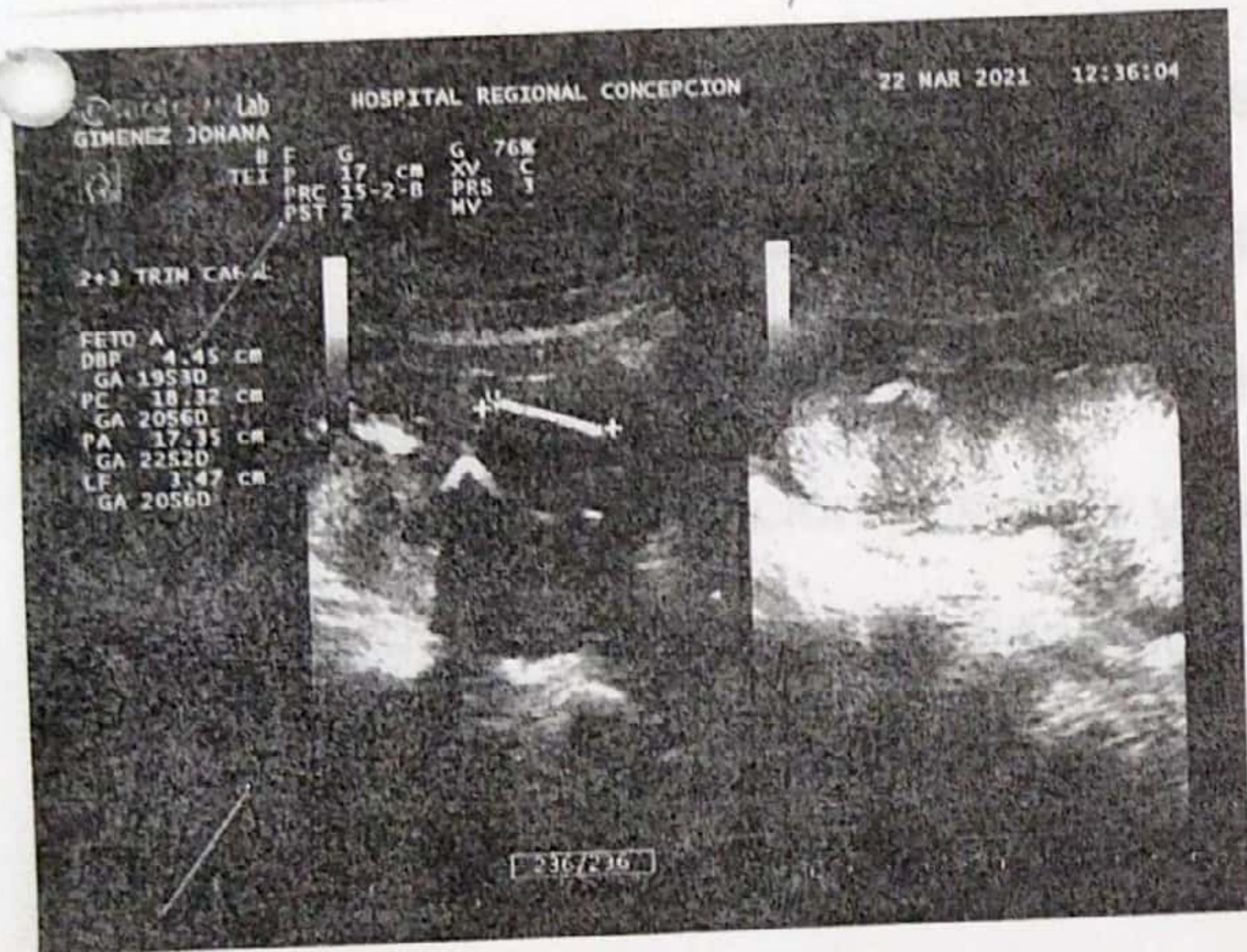
D.B.P: 44 MM == 19.3 SEMANAS

H.C: 183 MM == 20.6 SEMANAS

CA: 173 MM == 22.2 SEMANAS

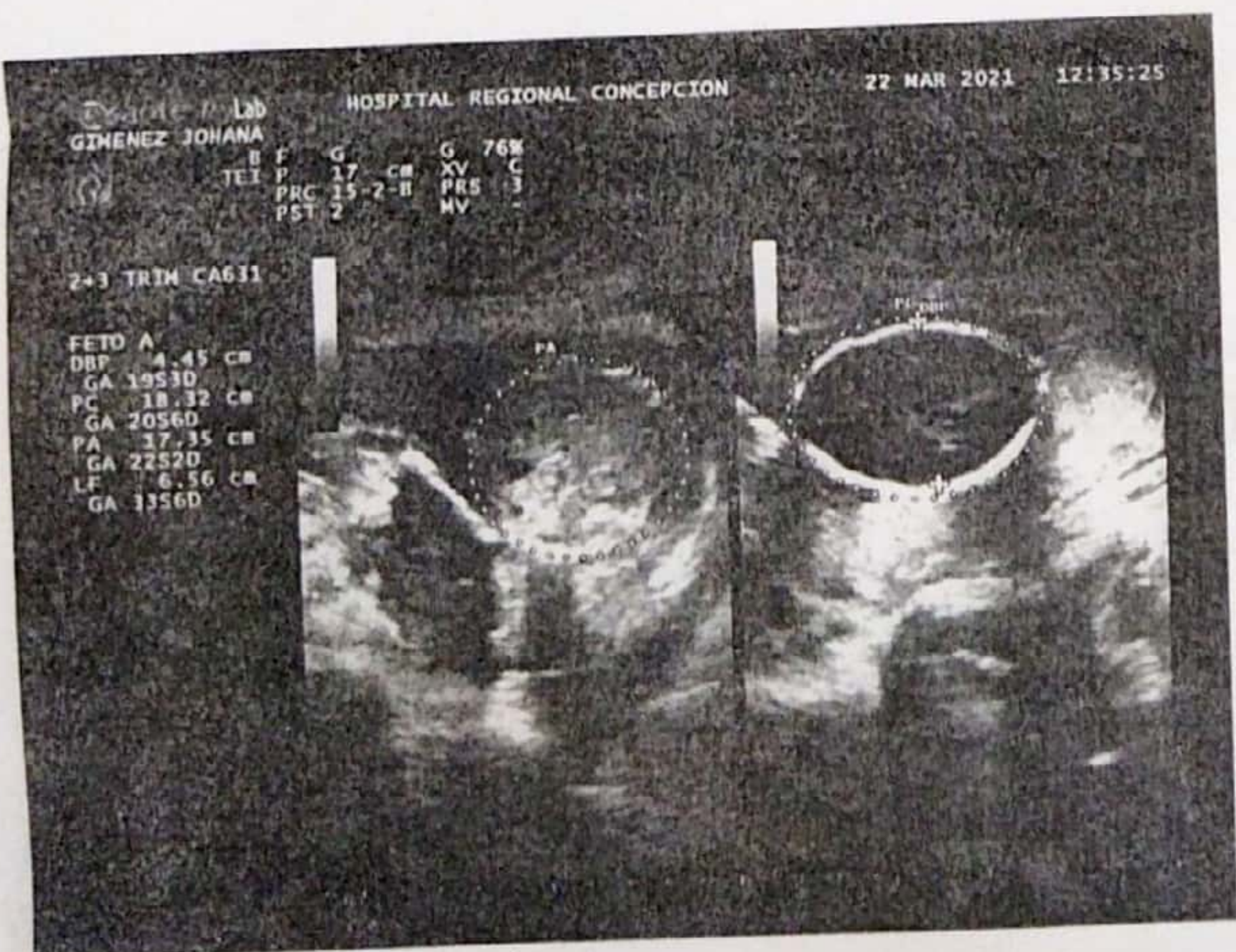
L.F: 34 MM == 20.6 SEMANAS

PESO: 449 GRAMOS



Paola Contreras
Dra. PAOLA CONTRERAS
Medico
Mat. Prof. N° 6527

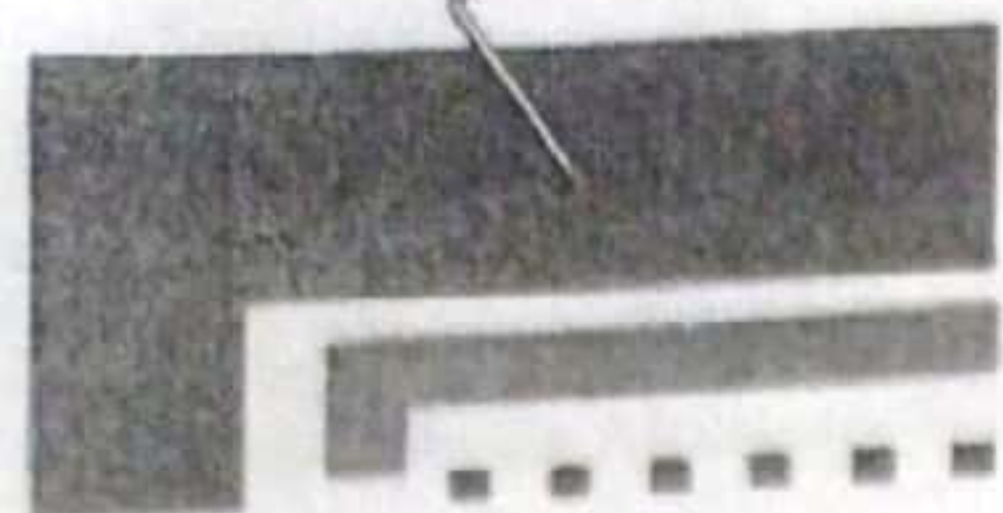
Firma y Sello del Profesional



BNU Rod 449grs

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL





Instituto del Diagnóstico

Dra. Patricia Ferrero

Precisión en el Diagnóstico Ecográfico

Imagenología de la Mujer - Imagenología del deporte - Doppler

Paciente: Gimenez Johana

Fecha: 23/02/2021

Medico solicitante: Dra. Fanari Graciela

Tipeo: L.G

Estudio: ECOGRAFIA

ECOGRAFIA OBSTETRICA -

Gesta única, con actividad cardíaca, movimientos fetales y respiratorios positivos.

Presentacion cefalica, situacion longitudinal, dorso posterior .

Sus medidas son:

- DBP 38.8 mm para 17.6 semanas de gesta +- 2.
- CC: 141.0 mm para 17.3 semanas de gesta +- 2.
- FL: 22.3 mm para 16.5 semanas de gesta +- 2.
- CA: 121.9 mm para 17.6 semanas de gesta +-2.
- EDAD GESTACIONAL POR ECOGRAFIA: 17.3 semanas +- 2.
- PESO ESTIMADO EN GRAMOS: 190grs.

Placenta de ubicación posterior y fundica, en grado 0 de maduración.

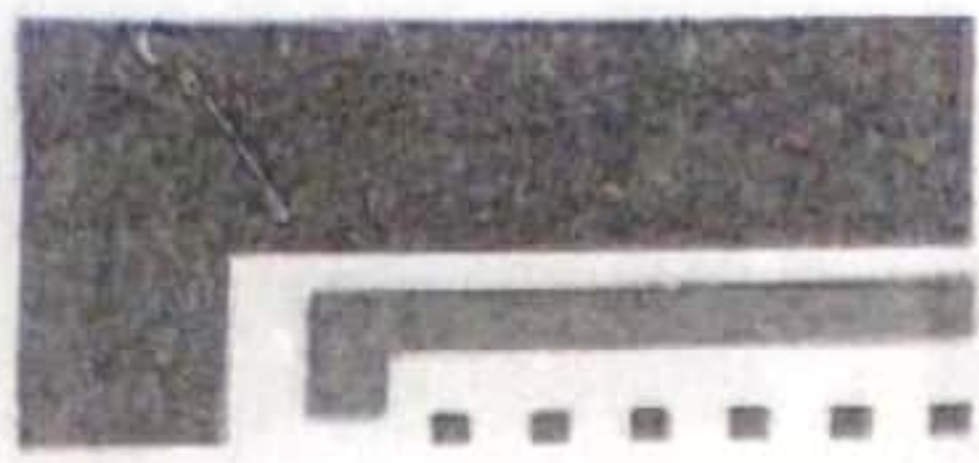
Líquido Amniótico: en cantidad adecuada.

1

SRA. PATRICIA FERRERO
MEDICA IMAGENOLOGA
M.P. N° 5647



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL



Instituto del Diagnóstico

Dra. Patricia Ferrero

Precisión en el Diagnóstico Ecográfico

Imagenología de la Mujer - Imagenología del deporte - Doppler

Paciente: Gimenez Johana

Fecha: 26/01/2021

Medico solicitante: Dr.

Tipeo:

Estudio: ECOGRAFIA

Informe:

ECOGRAFIA - TAMIZAJE 11-14 SEMANAS

ECOGRAFIA OBSTETRICA DEL 1° TRIMESTRE
Utero en AVF, con gesta única, observándose embrión, con actividad cardiaca positiva, cuyo LEM es de 74mm, correspondiendo a 13.3 semanas de gestación.

Placenta anterior en grado 0.

Liquido Amniótico en cantidad adecuada.

TAMIZAJE:

TN (Translucencia Nucal) =(1.4mm).

HN (Hueso Nasal)= Presente.

DV: Conservado.

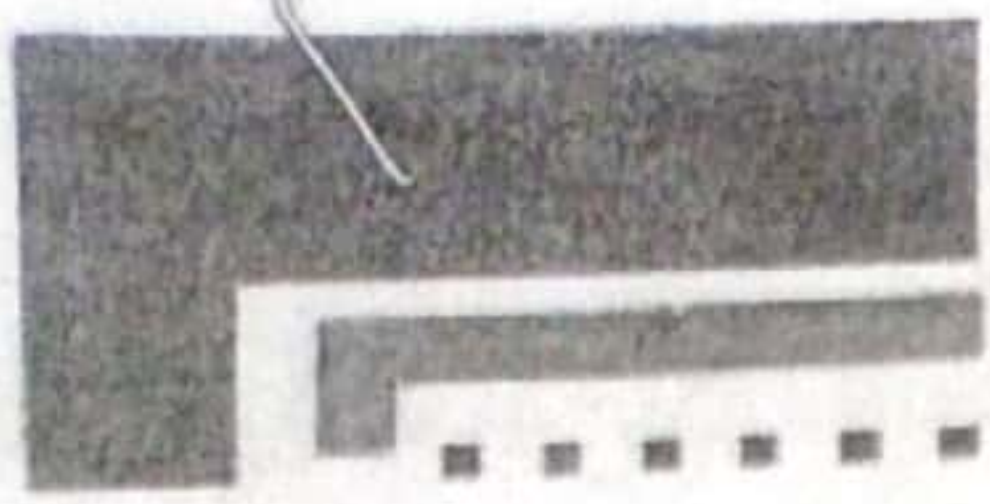
Dra. Patricia Ferrero
MEDICA IMAGENOLOGA
M.P. 5647

1

24 de Septiembre 1770 — Tel.: (03865) 428871 — Concepción - Tucumán



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL



Instituto del Diagnóstico

Dra. Patricia Ferrero

Precisión en el Diagnóstico Ecográfico

Imagenología de la Mujer - Imagenología del deporte - Doppler

Paciente: Jimenez Johana

Fecha: 09/12/2020

Medico solicitante: Dr.

Tipeo: L.G

Estudio: ECOGRAFI A

Informe:

ECOGRAFIA OBSTETRICA DEL 1° TRIMESTRE-

Utero en AVF con gesta única, observándose embrión, con actividad cardíaca positiva, cuyo LEM es de 4mm para 6 semanas de gesta.

Vesicula Vitelina presente.

Trofoblasto envolvente.

Liquido Amniótico en cantidad adecuada.

FCF; 113 lpm.

Dra. Patricia Ferrero
MEDICA IMAGENOLOGA
M.P. 5647



Hospital Regional de Concepción

San Luis 150.-4146 Concepción - Tucumán

HOJA DE TRATAMIENTO Y ALIMENTACION

Nombre Vinaya Roberto del U. Sala Cama

FECHA	TRATAMIENTO	ALIMENTACION
1900.	<p>11/03/24</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) CFV y Lef. 2) Dieta normal. 3) Sulfato ferroso 1 comp. c/12hs vs. 4) Venodis solución fisiológica 9/4gr' 5) Ampicilina 1 gr. c/6hs. 6) Laboratorio. 7) Urocultivo. 8) control de quito cistitis q/4hs 9) control de quito y p <p><i>Dra. Alicia Campos Rojas GINECOLOGIA - OBSTETRICIA M.P. 5696</i></p> <p>10) furosemida 40gr I/II/10</p>	
12/03/24	<p>1) esp</p> <p>2) dieta normal</p> <p>3) furosemida 40gr I/II/10</p> <p>4) PHP 10ml c/6hs</p> <p>5) control de quito c/6hs</p> <p>6) control de quito y p de 4hs</p> <p><i>SONZALEZ GARCIA OBSTETRICIA M.P. 9283</i></p>	



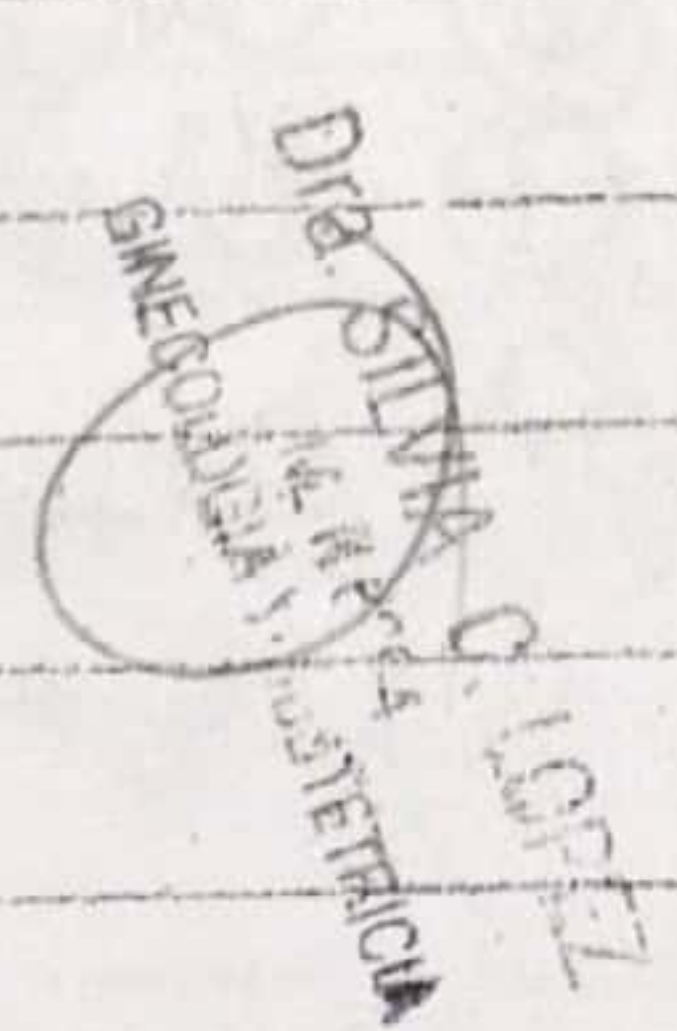
ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Hospital Regional de Concepción

San Luis 150 - 4146 Concepción - Tucumán

HOJA DE TRATAMIENTO Y ALIMENTACION

Nombre Sala Cama

FECHA	TRATAMIENTO	ALIMENTACION
24/03/21	① CRU ② Dieta med ③ Diet Study } 4gr Diet } ④ Ampicilo 1g 46h EV ⑤ Comida espanta rta a 46h	
22/03/21	① CRU ② Dieta ligada ③ S feno 1mg 96h ④ PHH alt a 4gr ⑤ Ampicilo 1g 96h EV Dra. Cecilia Moreno Lazarte M.P. 7129 GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	
23/03/21	① CRU ② Dieta ligada ③ S feno 1mg 96h ④ PHH alt a 4gr ⑤ Ampicilo 1g 96h EV	Dra. Cecilia Moreno Lazarte M.P. 7129 GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

HOJA DE TRATAMIENTO Y ALIMENTACION

Nombre Sala Cama

FECHA	TRATAMIENTO	ALIMENTACION
24/03/14	<p>1) Drogas</p> <p>2) Puff de pueros (en Cu)</p> <p>3) Puff de exten 5 + ve i</p> <p>4) Drogas</p> <p>5) Oxígeno 4 lts</p> <p>6) Oxígeno 2 con 4 lts SL</p> <p>7) Boreph con Cu</p>	
25-3-21	<p>1) Drogas</p> <p>2) Puff de exten 14 p</p> <p>3) Drogas 10/8</p> <p>4) Oxígeno 10 lts/6h</p> <p>5) Oxígeno 10 lts/6h</p> <p>6) Oxígeno 10 lts/6h</p>	

Dr. David G. Chocquevilca
Medico Tocoginecoloco
Méd. Prof. N° 7701

Dr. David G. Chocquevilca
Medico Tocoginecoloco
Méd. Prof. N° 7701

Dr. Graciela W. Fanari
Medico M.P. 6545
Ginecología - Obstetricia

