OFICINA DE CONCILIACIÓN Y SALIDAS ALTERNATIVAS

Centro Judicial MONTEROS

Ministerio Público Fiscal

conciliacionmonteros@mpftucuman.gob.ar
Tel: 381-5901864

OFICIO GENÉRICO

URGENTE

Solicitud a HOSPITAL REGIONALCONCEPCIÓN.

CAUSA: OLIVERA JOSE ALFREDO S/ LESIONES CULPOSAS - ART. 94 PÁR. 1 VICT: LUNA RANULFO ORLANDO, ARRIETA CESAR. LEGAJO M-004755/2022. F.H. 11/09/2022.

En virtud de la investigación llevada a cabo por esta Oficina de Conciliación Centro Judicial Monteros, a cargo del Fiscal subrogante Dr. Leguizamón Daniel, se solicita a su oficina:

1) Remitir las historias clínicas de LUNA RANULFO ORLANDO DNI: 20549220 y ARRIETA CESAR LUIS DNI 43503129, quienes fueran asistidos en ese Centro Asistencial, víctimas del legajo de referencia.

2) La remisión del pedido debe ser enviada al email oficial de esta Unidad **conciliacionmonteros@mpftucuman.gob.ar** en formato PDF consignando como asunto el número de legajo **M-004755/2022**, poniendo énfasis en la urgencia del trámite, bajo apercibimiento de ley.-

RECIBIDO
18/04/2023
HOSPITAL REG. CONCEPCION
SI. PRO. SA.
Asesoría legal -

SISTEMA PROVINCIAL DE SALUD
Hosp. Reg. Concepción

Trazabilidad de Pacientes

Traumato

SALGUERO, MARIANO JOS

Cerrar Sesió

****PRÓXIMA ACTUALIZACIÓN: 27/04/2023 - 13:00 HS.****

Menú Principal (HMenu_Principal.aspx?0,3) Trazabilidad de Pacientes (HPacienteTrazabilidad_Listar.aspx?) Volver (HPacienteTrazabilidad_Listar.aspx?)

Datos Grales (HPacienteTrazabilidad_Mostrar.aspx?2066044,1) Turnos (HPacienteTrazabilidad_Mostrar.aspx?2066044,2)
Guardia (HPacienteTrazabilidad_Mostrar.aspx?2066044,3)
Internación (HPacienteTrazabilidad_Mostrar.aspx?2066044,4) Cirugías (HPacienteTrazabilidad_Mostrar.aspx?2066044,5)
Medicamentos (HPacienteTrazabilidad_Mostrar.aspx?2066044,6) Prácticas (HPacienteTrazabilidad_Mostrar.aspx?2066044,7)
Remitos (HPacienteTrazabilidad_Mostrar.aspx?2066044,8) Caps (HPacienteTrazabilidad_Mostrar.aspx?2066044,9)

Existen datos del paciente en CAPS

Opciones de Búsqueda

Documento: D.N.I.20549220Clase: Propio

Programa | Fecha Vig.

Apellido y Nombre: LUNA, RANULFO ORLANDO

Obra Social: 915001
SUBSIDIO DE SALUD

Hospital: Todos

Desde: / / Hasta: / /

Buscar

Total Registros:. 0

Imprimir

ID	Fec ha	Hora	Tipo Evento	Hospital

Sin Datos! de Ingreso.-

SISTEMA PROVINCIAL DE SALUD
Hosp. Reg. Concepción

HOSPITAL REGIONAL CONCEPCION
UNIDAD CRITICA GUARDIA

HOSPITAL REG. C. SIPROSA FOLIO 01

Hospital Regional de Concepción

Servicio de Emergencias

EPICRISIS

Fecha de ingreso	Fecha de egreso
11/09/22	12/09/22

Nombre	Cesar	Apellido	Bustos		
Edad	21 años	Estado Civil	Soltero	D.N.I	43503129
Domicilio		Ocupación			

Procedencia		Obra social	
Medico de Cabecera			

Antecedentes personales

No refiere

Enfermedad actual

TEC s/ fractura conjunto de fosa craneal

Cont
Gasso MP 8283

Parámetros vitales al momento del egreso

T. arterial	F.C.	F.R.	Sat. O2	T° axilar	HGT
110/60	87	19	99	36,5	—
Volumen orina/24 hs		Balance hídrico/24		Balance acumulativo	

Se adjuntan métodos complementarios

	SI	No

Cultivos (Fecha - Muestra - Localización y resultado)	
Antiagregación/Anticoagulación (Tipo – Dosis – Fecha inicio)	Clexane 40 c c s c (24hs)
Transfusiones/Hemoderivados (Fecha - Tipo – Cantidad)	

	Antibióticoterapia (Esquemas usados en UTI) Tipo – Dosis	Desde	Hasta
ATB 1 Ciprofloxa	c 6h	11/03/22	
ATB 2 Bactrim	c 12hs	14/03/22	
ATB 3			

Diagnóstico/s

Fiebre a foco a filiar

Pendiente	

Tratamiento

SE ATB DSF. a 14/03
+ adelpa DSF. + 2 Dadepa DS a 7/03
Ranitidina 150 mg EV c/8h
Clexane 40 c c SC c/24hs
Ciprofloxa 400 mg EV c/6hs
Bactrim 160 EV (12hs)
D5% 500

Ministerio de Salud Pública
Sistema Provincial de Salud
Tucumán

HOSPITAL REG. CONCEP. FOLIO 02 SIPROSA

- ANEXO -

REF. EXPTE. 3047/410-M-05

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA — SI.PRO.SA

ESTE COLOR SIGNIFICA ALERTA

HISTORIA CLINICA DEL ADULTO

APELLIDO Y NOMBRE: Nuñez Cesar
FECHA DE INGRESO AL SERVICIO: 11,08,22
FECHA DE NACIMIENTO: 03,06,01
DOMICILIO:
PROCEDENCIA:
DOCUMENTO DE IDENTIDAD TIPO Y N°: 43503128
EDAD: 21 AÑOS

NIVEL DE INSTRUCCION
ANALFABETO ○ SECUND./TECNICO ○
PRIMARIO INCOMP. ○ UNIV./TERCIARIO ○
PRIMARIO ○

OBRA SOCIAL
¿TIENE OBRA SOCIAL? SI ○ NO ○
¿CUAL?
AFILIADO N°

CONVIVIENTES
SOLO ○ CONVIVE ○
GRUPO CONVIVIENTE

	SI	NO	N°		SI	NO	N°
HIJOS	○	○	☐	PADRES	○	○	☐
NIETOS	○	○	☐	OTROS	○	○	☐

ACTIVIDAD LABORAL
CUENTAPROPISTA ○
DESOCUPADO ○ ASALARIADO ○
PLAN SOCIAL ○ JUBILADO / PENSIONADO ○
TRABAJO EVENTUAL ○ OTRA ○

VIVIENDA / HABITAT
RURAL ○
URBANA ○ PROPIA ○
SUBURBANA ○ ALQUILA ○
VILLA DE EMERGENCIA ○ OTRA ○

	SI	NO		SI	NO
COMPARTE HABITAC.	○	○	EXCRETAS	○	○
RECOLECCION DE RESIDUOS	○	○	ANIMALES DOMESTICOS	○	○
AGUA POTABLE	○	○			

HABITOS

	SI	NO	DEJO	INICIO (MES / AÑO)	CESACION (MES / AÑO)
FUMA	○	○	○	/	/
ALCOHOL	⊘	○	○	/	/
DROGAS	○	○	○	/	/
ACTIVIDAD FISICA	⊘	○	○	/	/
OTROS	○	○	○	/	/

ACTIVIDADES DIARIAS

	SI	NO	
BAÑARSE	○	○	
VESTIRSE	○	○	
COMER	○	○	
CAMINAR	○	○	CON APOYO ○

ACTIVIDAD SOCIAL ¿Cual(es)?
SI ○ NO ○

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA

	SI	NO		SI	NO
TRABAJO HABITUAL	○	○	HACER COMPRAS	○	○
QUEHACERES DOMESTICOS	○	○	ACTIVIDADES RECREATIVAS	○	○
ACTIVIDADES LIVIANAS	○	○	MEDICARSE	○	○

FUNCIONES FISIOLOGICAS (FUM)

	NORMAL	ALTERADA		NORMAL	ALTERADA		NORMAL	ALTERADA
SED	○	○	DIURESIS	○	○	SUEÑO	○	○
APETITO	○	○	CATARSIS	○	○	LIBIDO	○	○

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES FAMILIARES

	SI	NO
DIABETES	○	○
CARDIOVASCULARES	○	○
DISLIPEMIA	○	○
CANCER	○	○
ALERGIAS	○	○
OTRAS	○	○

ANTECEDENTES PERSONALES

	SI	NO	FECHA DE INICIO
DIABETES	○	○	/ /
HIPERTENSION ARTERIAL	○	○	/ /
DISLIPEMIA	○	○	/ /
CANCER	○	○	/ /
ALERGIAS	○	○	/ /
OBESIDAD	○	○	/ /

CIRUGIAS SI ○ NO ○
¿CUAL(ES)? apendicitis
TRAT. ACTUAL SI ○ NO ○
¿CUAL(ES)?
GRUPO SANG. FACTOR RH

SISTEMA PROVINCIAL DE SALUD — Hosp. Reg. Concepción

DATOS BIOMETRICOS
PESO (KG)
TALLA (M)
IMC (KG / M²)
CINTURA (CM.)
TA. SISTOLICA (MM. HG.)
TA. DIASTOLICA (MM. HG)

INMUNIZACIONES

	SI	NO	AÑO	OBSERVACIONES
CONOCE ANTECEDENTES	○	○		
DOBLE BACTERIANA	○	○		OBLIGATORIA CADA 10 AÑOS
TRIPLE O DOBLE VIRAL	○	○		POST ABORTO, POST PARTO, MUJERES EN EDAD FERTIL, 1 MES ANTES DEL EMBARAZO
ANTIGRIPAL	○	○		ANUAL, GRUPOS ESPECIALES
ANTINEUMOCOCICA	○	○		GRUPOS ESPECIALES
ANTI HEPATITIS B	○	○		GRUPOS ESPECIALES

S/ NORMAS NACIONALES / 06

FIGUEROA JUAN EDUARDO S.
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
MAT. PROF. 9521

Ministerio de Salud Pública
Sistema Provincial de Salud
Tucumán

HOSPITAL REG. CONCEP. FOLIO 03 SIPROSA

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

SIPROSA

REF. EXPTE. 3047/410-M-05

HISTORIA CLINICA DEL ADULTO: EXAMEN FISICO GENERAL Y SEMIOTECNIA

CONSTITUCION

NORMOLINEO ○
LONGILINEO ○
BREVILINEO ○

FASCIE

COMPUESTA ○ DESCOMPUESTA ○

GRADO DE HIDRATACION

NORMO-HIDRATADO ○ DESHIDRATACION ○

MARCHA

NORMAL ○
NO COLABORA ○
ABULIA ○
ALTERADA ○

PIEL

	NORMAL	ALT.
COLORACION	○	○
ELASTICIDAD	○	○

VENAS

CONSERVADAS ○ ALT ○

CABEZA

	ADECUADO	INADEC.
TAMAÑO	○	○

	NORMAL	ALT.
FORMA	○	○
MOVILIDAD	○	○

	NORMAL	ALT.
OJOS	○	○
VIAS AEREAS SUPERIORES	○	○
PABELLON AURICULAR	○	○
BOCA	○	○

CUELLO

	NORMAL	ALT.
SIMETRIA	○	○
TIROIDES	○	○
MOVILIDAD	○	○
DISTENSION VENOSA YUGULAR	○	○

	NORMAL	ALT.
PULSOS	○	○

SOPLOS NO ○ SI ○

PUNTOS DOLOROSOS
NO ○ SI ○

EXPLORACION COLUMNA VERTEBRAL

	NORMAL	ALT.
ESTATICA	○	○
MOVILIDAD	○	○

TORAX

SIMETRICO ○ ASIMETRICO ○

	NORMAL	ALT.
FORMA	○	○
MOVILIDAD	○	○

EXPLORACION COLUMNA VERTEBRAL

	NORMAL	ALT
ESTATICA	○	○
MOVILIDAD	○	○

APARATO RESPIRATORIO

FRECUENCIA RESPIRATORIA (1 min.)

	NORMAL	ALT.
PALPACION	○	○
PERCUSION	○	○

COLUMNA VERTEBRAL
SONORA ○
MATE ○
ALTURA

AUSCULTACION

	NORMAL	ALT
MURMULLO VESICULAR	○	○

RUIDOS AGREGADOS
ALVEOLARES ○
BRONQUIALES ○
PLEURALES ○

	NORMAL	ALT.
AMB. DE LA VOZ	○	○
AMB. DE LA TOS	○	○

APARATO CARDIOVASCULAR

INSPECCION

	NORMAL	ALT
LATIDOS	○	○
Palpación	○	○

Auscultación
FRECUENCIA CARDIACA (1 min.)
REGULAR ○ IRREG ○

RUIDOS CARDIACOS

	NORMAL	ALT.
R1	○	○
R2	○	○

SILENCIOS
NORMALES ○
SOPLOS ○
OTROS RUIDOS

MAMAS

	NORMAL	ALT.
Inspección	○	○
Palpación*	○	○

* INCLUIR PROLONGACIÓN AXILAR

ABDOMEN: APARATO DIGESTIVO

INSPECCION
SIMETRICO ○ ASIMETRICO ○

FORMA
GLOBOSO ○ PLANO ○ ESCAVADO ○
NORMAL ○
ANORMAL ○

	NORMAL	ANORMAL
HERNIA PIOSA	○	○

CIRCULACION COLATERAL NO ○ SI ○

	NORMAL	ANORMAL
MOVIMIENTOS	○	○

OTROS HALLAZGOS

Palpación

	NORMAL	ANORMAL
TENSION	○	○
PARED	○	○
VISCERAS HUECAS	○	○
VISCERAS MACIZAS	○	○

	NO	SI
PUNTOS DOLOROSOS	○	○

Auscultación

	NORMAL	ALT.
RUIDOS HIDROAEREOS	○	○

	NO	SI
SOPLOS	○	○

SISTEMA PROVINCIAL DE SALUD
Hosp. Reg. Concepción

SISTEMA GENITO URINARIO

	NORMAL	ANORMAL
Inspección	○	○
Palpación	○	○

ANTECEDENTES GINECO - OBSTET

EDAD MENARCA

	NORMALES	PATOLOGICAS
GESTACIONES	○	○

NUMERO DE PARTOS

VAGINALES

CESAREAS

ABORTOS

○ ESTE COLUMNA PARA ALTERA

MIEMBROS SUPERIORES

LADO DERECHO

	NORMAL	ANORMAL
Inspección	○	○
Palpación	○	○

	NORMAL	LIMITADA
FUNCIONALIDAD	○	○

	NORMAL	ANORMAL
PULSOS	○	○

SISTEMA LINFOGANGLIONAR

NORMAL	LIMITADA
○	○

LADO IZQUIERDO

	NORMAL	ANORMAL
Inspección	○	○
Palpación	○	○

	NORMAL	LIMITADA
FUNCIONALIDAD	○	○

	NORMAL	ANORMAL
PULSOS	○	○

SISTEMA LINFOGANGLIONAR

NORMAL	LIMITADA
○	○

MIEMBROS INFERIORES

LADO DERECHO

	NORMAL	ANORMAL
Inspección	X	○
CIRCULACION VENOSA SUPERF.	○	○

	NORMAL	ANORMAL
Palpación	○	X

	NORMAL	LIMITADA
FUNCIONALIDAD	○	X

	NORMAL	ANORMAL
PULSOS	X	○

SISTEMA LINFOGANGLIONAR

NORMAL	ANORMAL
○	○

LADO IZQUIERDO

	NORMAL	ANORMAL
Inspección	X	○
CIRCULACION VENOSA SUPERF.	X	○

	NORMAL	ANORMAL
Palpación	X	○

	NORMAL	LIMITADA
FUNCIONALIDAD	X	○

	NORMAL	ANORMAL
PULSOS	X	○

SISTEMA LINFOGANGLIONAR

NORMAL	AÑORMAL
X	○

NIVEL NEUROLOGICO

MOVILIDAD

	NORMAL	ALT.
SENSITIVA	○	○
MOTORA	○	○
REFLEJA	○	○
TONO	○	○

	NORMAL	ALT
TONO MUSCULAR	○	○
FUERZA MUSCULAR	○	○
CONCIENCIA	○	○
EVALUAC. PARES CRANEALES	○	○
SENSIBILIDAD	○	○

	NORMAL	ALT.
ESTADO EMOCIONAL	○	○
ESTADO COGNITIVO	○	○

Observaciones Complementarias: Paciente TEC más fractura expuesta se pide interconsulta para toilette más cerrar herida

FIGUEROA JUAN EDUARDO S.
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
MAT. PROF. 9521

Hospital Regional de Concepción
SI.PRO.SA.
San Luis 150 - Tel. (03865) 421784 - 424601
C.P. 4148 - Concepción - Tucumán

DEPARTAMENTO ENFERMERIA

HOSPITAL REG. CONCEP. - SIPROSA - FOLIO 04

HOJA DE EVOLUCION

Nombre: ..... Sala: ..... Cama: .....

FECHA	EVOLUCION
11/08/22	T y P Paciente en estado de embriaguez alcohólica con TEC más fractura expuesta de pierna derecha se encuentra en plan tocilete más cierre de herida y evolución clínica
	FIGUEROA JUAN EDUARDO S. ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA MAT. PROF. 9521
12.09.22	C.P.: con dx de TCE. (TEC a/p conocido) Herido contuso Reg. frontal tx pierna izq. Al examen lucido orientado, Glasgow 15/15 Continúa tto TyO
	DANIEL GAL... Médico Generalista M.P. 6655
	SISTEMA PROVINCIAL DE SALUD Hosp. Reg. Concepción
12/09/22	Evo: Pasa a sala de tocilete pierna izq. a pesar de que duele. Solicita Dexa Tramadol, lleva dolor, parestesia. Control estricto
	Orit Gato MP 8283
13/09/22	Paciente 21 años, ingresado internación por TEC por fractura expuesta pierna derecha. Al examen paciente lucido OTE no refiere antecedentes patológicos. Presenta Hemiparesia izquierda + dolor

Hospital Regional de Concepción
SI.PRO.SA.
San Luis 150 - Tel. (03865) 421784 - 424601
C.P. 4146 - Concepción - Tucumán

DEPARTAMENTO ENFERMERIA

HOJA DE EVOLUCION

Nombre: ..... Sala: ..... Cama: .....

FECHA	EVOLUCION
	13/09/22
	Paciente ingresado [illegible] con DK
	TEC sin pérdida de conocimiento + fractura
	Expuesto Miembro Superior Derecho
	Al examen paciente lúcido OTE
	Sensibilidad conservada
	Abdomen Blando Depresible (NADA)
	Orina (+)
	Miembro superior Derecho en tracción tolerada
	Completado esquema ATB
	Solicito nuevos laboratorios
	Control en Cirugía ambulatoria
	MEDICO MAT. PROF. 9405
	Hoy refiere dolor de cabeza [illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	HECTOR ALEJANDRO SARME ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA CIRUGIA DEL MIEMBRO SUPERIOR M.P. 6199 - M.N. 116673
	Paciente lucido orientado en tiempo
16/09/22	Buen [illegible] a tracción

SI.PRO.SA.

Hospital Regional de Concepción

San Luis 150 - 4146 Concepción - Tucumán

DEPARTAMENTO ENFERMERIA

HOSPITAL REG. CONCEP. SIPROSA FOLIO 05

HOJA DE TRATAMIENTO Y ALIMENTACION

Nombre: Arneta Cesar Sala ..... Cama .....

FECHA	TRATAMIENTO	ALIMENTACION
11/09/22	T+O	
	① PHP SF-D5% } 1 ampolla 14gr + 1 ap Dudelac x 6 hs	
	② Metoclopritz 1 amp SOS	
	③ Ranitidina 1 amp c/8hs	
	④ Cefepime 0,4 gr ev c/12hs max 12hs Post toilette	
	⑤ Clindamicina 600 gr c/6hs	
	⑥ TMS (Bactrim) 1 gr c/12hs	
	⑦ Dieta 0 hasta toilette luego dieta renal	
	⑧ Control de pruebas vitales	
12/09/22	① PHP SF c/H DSF / 14 horas	
	② Ondetron DSF. + 2 ampollas ogasa 7 gotas	
	③ Ranitidina 1 amp EV c/8hs	
	④ Cefepime 0,4 gr ev c/12hs	
	⑤ Clindamicina 600 gr ev c/6hs	
	⑥ TMS (Bactrim) 1 gr c/12h ev	
	⑦ Dieta renal	

FIGUEROA JUAN EDUARDO S.
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
MAT. PROF. 9521

SISTEMA PROVINCIAL DE SALUD
Hosp. Reg. Concepción

Hospital Regional de Concepción

San Luis 150 - 4146 Concepción - Tucumán

DEPARTAMENTO ENFERMERIA

HOJA DE TRATAMIENTO Y ALIMENTACION

Nombre ..... Sala ..... Cama .....

FECHA	TRATAMIENTO	ALIMENTACION
13/09/22	1) PHP - SF Dex / Alternado EV 14 gts	
	2) Cobtard 0,5 ml + 2 ampollas de Algeno 75 gts	
	3) ranitidina amp c/8h	
	4) Cefotaxima 0,4 sc c/24h	
	5) Clindamina 600 mg c/6h EV	
	6) TMS Doctrin c/12h EV	
	7) Dieta Normal	
	8) CPV	
	MEDICO MAT. PROF. 9405	
14/09/22	1) PHP - SF Dex / Alternado EV 14 gts	
	2) Cobtard 0,5 ml + 2 amp Dex 7 gts	
	3) ranitidina amp c/8h	
	4) Cefotaxima 0,4 c/24h	
	5) Clindamina 600 mg c/6h EV	
	6) TMS Bactrim c/12 EV	
	7) Dieta Normal	
	8) CPV	

HOSPITAL REG. CONCEP. FOLIO 06 SIPROSA

S.I.P.R.O. S.A.

Hospital Regional de Concepción

DEPARTAMENTO [redacted]

San Luis 150 - 4146 Concepción - Tucumán

HOJA DE TRATAMIENTO Y ALIMENTACION

Nombre: Alberto Ozuna Sala ..... Cama .....

FECHA	TRATAMIENTO	ALIMENTACION
16/09/22	1) CPV	
	2) Reposo Nuevo	
	3) PAP 140 Ab SF DC + 1 Dalopmoc	
	4) Ranitidina EV c/8h	
	5) Clexane 0.4 c/12h	
	6) Amoxicilina 600 c/6h EV	
	7) TMS Bactrim c/12h EV	

Dr. SALVATORE MAURICIO
CIRUJANO ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
M. P. 5782 - M. N. 112.3.4

SISTEMA PROVINCIAL DE SALUD
Hosp. Reg. Concepción

CONSENTIMIENTO PARA INTERVENCIONES QUIRUGICAS DE

.....

Art. 19 ley 17.132 - Art. 13 ley 23.464

1. Yo:.....

   por la presente autorizo al Dr.....,

   y a su equipo quirúrgico a realizar una intervención quirúrgica conocida como:.....

   .....

   que se realizara el día ..../...../.....en el HOSPITAL REGIONAL CONCEPCION.

2. La intervención enunciada en el punto 1° me ha sido totalmente explicada por el cirujano, por lo que entiendo la naturaleza y consecuencias de dicha operación, y estoy en conocimiento de cada uno de los eventuales riesgos que pudiesen sobrevenir con motivo del tratamiento y/o intervención mencionados. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Los siguientes puntos me han sido contestados satisfactoriamente. Los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados.

   a) En el lugar de la incisión siempre quedara una cicatriz, tomándose los recaudos necesarios para que esta sea lo menos notable posible.
   b) Las complicaciones que pueden originarse en intervenciones quirúrgicas de ..... son similares a las de cualquier otro tipo de operación y podrán ser tales como: Inflamación decoloración de la piel, hematoma, seroma, trastornos de la conducción nerviosa periférica, tejido cicatrizal anormal, infección, necrosis, hiperpigmentación, hemorragias, fistulas, otras: .....etc. como las complicaciones propias de la anestesia.
   c) Se me ha informado con claridad que específicamente en las operaciones de cirugía general es de suma importancia a los fines del resultado final efectuar una adecuada rehabilitación postoperatoria, por lo que me comprometo a cumplir con todas las prescripciones y recomendaciones que se me brinden en tal sentido.

3. Conozco que durante el curso de la operación condiciones imprevistas pueden necesitar condiciones extras o diferentes a las acordadas anteriormente; por lo tanto, autorizo y requiero que el Cirujano antes nombrado, o ante quien lo designe, realice las intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional incluyendo procedimientos tales como estudios anatomo patológicos, radiografías, transfusiones de sangre, etc. La autorización concedida bajo este punto 3° se extenderán para remediar condiciones desconocidas por el cirujano en el momento de comenzar la operación. Así también autorizo a que el Cirujano o quien el designe realice mis curaciones y los controles necesarios en el período postoperatorio.
4. Doy consentimiento a la administración de la anestesia aplicada por o bajo la dirección del cirujano o de anestesistas por el seleccionado y a usar dichas anestesias como se crea conveniente para mi confort y beneficio, estando también en conocimiento de las posibles complicaciones propias de procedimiento.
5. Soy consciente que la practica de la Medicina y de la Cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el Cirujano me ha informado adecuadamente del resultado deseado de la operación, no me ha sido garantizada la obtención de los mismos en su totalidad.
6. Doy mi consentimiento a ser fotografiado/a y/o filmado/a antes, durante y después del tratamiento, siendo este material propiedad del Cirujano y podrá ser publicado en revistas científicas y/o ser expuestas para propósitos médicos o educacionales.
7. Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención realizada cumpliendo fielmente las indicaciones hasta que posea el alta médica definitiva, que me será otorgada aproximadamente a los .....días del acto quirúrgico, así como informar en forma inmediata al cirujano sobre cualquier cambio que apareciera en la

9. He leído detenidamente éste consentimiento y lo he entendido totalmente, autorizando al cirujano a realizarme la intervención o procedimiento mencionado.

SI USTED TIENE ALGUNA DUDA ACERCA DE ESTE DOCUMENTO QUE ACABA DE LEER, O CUALQUIER PREGUNTA REFERENTE AL MISMO, PREGUNTELE AL MEDICO AHORA. ANTES DE FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO.

Firma del paciente.....Aclaración.....

Documento.....

SI AL PACIENTE LE VA A SER COLOCADO MATERIAL DE IMPLANTE COMPLETAR.

10. Estoy en conocimiento que durante el acto quirúrgico me va a ser colocado un implante conocido como..... En tal sentido, manifiesto que me han sido explicadas las posibles complicaciones que específicamente se pueden producir como consecuencia de la utilización y colocación del mencionado implante y/o material de síntesis que pueda requerirse en el acto quirúrgico.

Firma del paciente.....Aclaración.....

SI EL PACIENTE ES UN MENOR COMPLETAR

El paciente es un/una menor de: .....años de edad y yo/nosotros el/los firmante/s soy/somos el/los padre/s, tutor/es o encargado/s del paciente, y por la presente autorizo / autorizamos la realización de la intervención o procedimiento.

Elio Beatriz del Valle
Firma

Elio Beatriz del Valle
Aclaración

31713841
DNI

MAMÁ
Parentesco

PROTOCOLO ANESTESICO

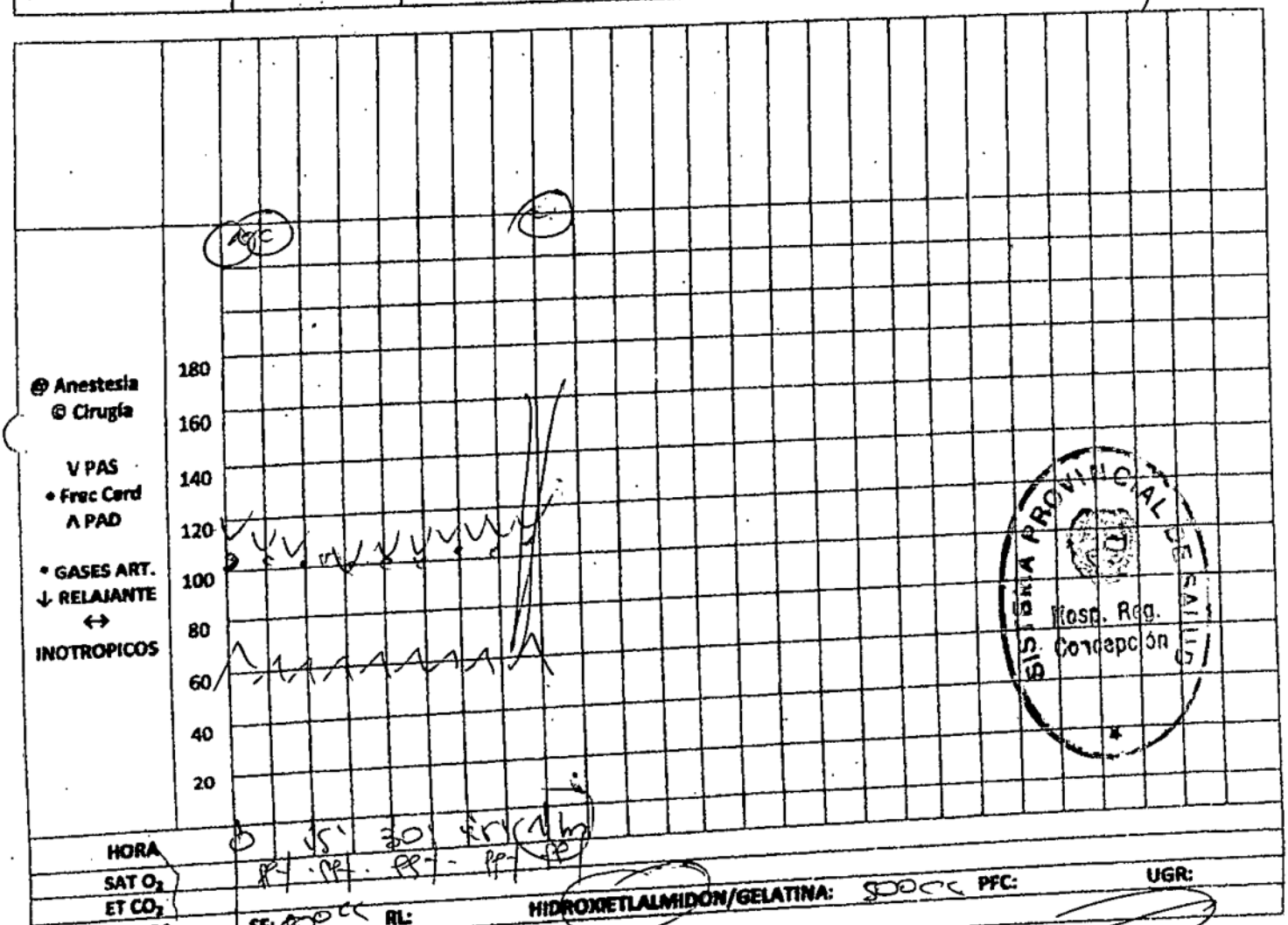
Servicio de Anestasiología

Paciente: Arrieta Besar luis Fecha: 12/09/22 Edad: 21 Peso: 69 Kg Sexo: M / F ASA: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 /
Diagnóstico: fractura expuesta tibia Cirugía: Limpieza extracción Urgencia: X Programada: ☐

Anestesia	General			Sedoanalgesia	Regional	Local	Canalizaciones	Sitio	Cal
Intubación	OT	NT	Tubo 8	otros	Sin Dificultad	Dificultosa	EV Periférica	n superior	
Respiración	Espontanea		Asistida	Controlada	Manual o Mecánica		V. Central/Art		

PRE-MEDICACIÓN	Ranitidina	—	Dexametasona	8 g	MDZ	
	Metoclopramida	10 g	Cefalotina	2 g		
INDUCCIÓN	Propofol	/	Ketamina	/	Oxígeno	
	MDZ		Vecuronio			
	Remifentanilo		Atracurio			
ANALGESIA	Diclofenac		BLOQUEO	Catéter: Si / No		
	Ketorolac	30 g		Aguja Nº: 27G		
	Dipirona	1 g		Posición: —		
	Morfina	/		Punción (Sitio): Espacio subaracnoideo		
	Fentanilo			Técnica: bp Nacaine hyperb 10 mg + 15 mg fentanil		
				Nivel: L3-L4		
MANTENIMIENTO	Halogenados	/	REVERSION		Neostigmina	/
	Propofol				Atropina	
	Remifentanilo				Flumazenil	
	O2	como pasa el O2 cop / 3lt			Naloxona	

HOSPITAL REG. CONCE — FOLIO 08 — SIPROSA



OBSERVACIONES:

SISTEMA PROVINCIAL DE SALUD — Hosp. Reg. Concepción

Firma y Sello: ANDREA F. PACHECO — MÉDICA ANESTESIOLOGA — M.P. 9707

PROTOCOLO ANESTESICO

Servicio de Anestesiología

RECUPERACIÓN - ESCALA DE ALDRETTE MODIFICADA -		
ACTIVIDAD	Mueve 4 extremidades	2
	Mueve 2 extremidades	1
	No mueve	0
RESPIRACIÓN	Respiración profunda, tos fácil	2
	Respiración disneica, superficial o limitada	1
	Apnea	0
CIRCULACIÓN	PA ± 20% del valor basal	2
	PA ± 20-50% del valor basal	1
	PA >50% del valor basal	0
CONCIENCIA	Bien despierto	2
	Despierta al estimularlo	1
	No responde	0
OXIGENACIÓN	SatO2 >92% con aire ambiental	2
	SatO2 >90% con oxigeno	1
	SatO2 <90% con oxigeno	0
Puntaje Total 10; ≥ 8 criterio de Alta de UCPA	Total	9

COMPLICACIONES	Nauseas	Vómitos	Dolor	Otros

ANDREA F. PACHECO
MÉDICA ANESTESIOLOGA
M.P. 3707

Hospital Regional de Concepción
SI.PRO.SA.
San Luis 180 - Tel. (03865) 42 1784
C.P. 4146 - Concepción - Tucumán

DEPARTAMENTO ENFERMERIA

HOSPITAL REG. CONCEP. 09 FOLIO SIPROSA

HOJA DE PROTOCOLO QUIRURGICO

Nombre: Brieta Cesar Sala: Cama: Fecha: 11/09/22

cirujano: D. Figueroa Ayudante: D. Reyna

Anestesista: Dra Pacheco Control Intraoperatorio:

Intrumentista: Biopsia: - Hora Inicio: Hora Finaliz.:

Cultivo: Concentimiento Informado:

Diagnóstico Preoperatorio: Fractura expuesta de pierna der

Diagnóstico Posoperatorio: Fractura expuesta de pierna der

Cirugía: Toilette más cierre de herida

Control: Instrumento y material descartable

DESARROLLO

Previo lavado de zona Asepsia Antisepsia colocación de campos y ayudas estériles se explora herida y de acuerdo al detritus se resecan tejidos desvitalizados se extiende hacia prox y dist se realiza lavado con solución polibas (H_2O_2 + Betadine) se agrega luego solución fisiológica se resecan tejidos desvitalizados se repite lavado se realiza cierre de herida con grapas de apoximación previa hemostasia por ligadura

FIGUEROA JUAN EDUARDO S.
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
MAT. PROF. 5521

SISTEMA PROVINCIAL DE SALUD
Hosp. Reg. Concepción

CONSENTIMIENTO PARA INTERVENCIONES QUIRUGICAS DE

.....

Art. 19 ley 17.132 - Art. 13 ley 23.464

HOSPITAL REG. CONCEP. FOLIO 10 SIPROSA

1. Yo:.....
   por la presente autorizo al Dr.....;
   y a su equipo quirúrgico a realizar una intervención quirúrgica conocida como:.....
   .....
   que se realizara el día ...../...../.....en el HOSPITAL REGIONAL CONCEPCION.
2. La intervención enunciada en el punto 1° me ha sido totalmente explicada por el cirujano, por lo que entiendo la naturaleza y consecuencias de dicha operación, y estoy en conocimiento de cada uno de los eventuales riesgos que pudiesen sobrevenir con motivo del tratamiento y/o intervención mencionados. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Los siguientes puntos me han sido contestados satisfactoriamente. Los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados.

   a) En el lugar de la incisión siempre quedara una cicatriz, tomándose los recaudos necesarios para que esta sea lo menos notable posible.
   b) Las complicaciones que pueden originarse en intervenciones quirúrgicas de ..... son similares a las de cualquier otro tipo de operación y podrán ser tales como: Inflamación decoloración de la piel, hematoma, seroma, trastornos de la conducción nerviosa periférica, tejido cicatrizal anormal, infección, necrosis, hiperpigmentación, hemorragias, fistulas, otras: .....etc. como las complicaciones propias de la anestesia.
   c) Se me ha informado con claridad que específicamente en las operaciones de cirugía general es de suma importancia a los fines del resultado final efectuar una adecuada rehabilitación postoperatoria, por lo que me comprometo a cumplir con todas las prescripciones y recomendaciones que se me brinden en tal sentido.
3. Conozco que durante el curso de la operación condiciones imprevistas pueden necesitar condiciones extras o diferentes a las acordadas anteriormente; por lo tanto, autorizo y requiero que el Cirujano antes nombrado, o ante quien lo designe, realice las intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional incluyendo procedimientos tales como estudios anatomo patológicos, radiografías, transfusiones de sangre, etc. La autorización concedida bajo este punto 3° se extenderán para remediar condiciones desconocidas por el cirujano en el momento de comenzar la operación. Así también autorizo a que el Cirujano o quien el designe realice mis curaciones y los controles necesarios en el período postoperatorio.
4. Doy consentimiento a la administración de la anestesia aplicada por o bajo la dirección del cirujano o de anestesistas por el seleccionado y a usar dichas anestesias como se crea conveniente para mi confort y beneficio, estando también en conocimiento de las posibles complicaciones propias de procedimiento.
5. Soy consciente que la practica de la Medicina y de la Cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el Cirujano me ha informado adecuadamente del resultado deseado de la operación, no me ha sido garantizada la obtención de los mismos en su totalidad.
6. Doy mi consentimiento a ser fotografiado/a y/o filmado/a antes, durante y después del tratamiento, siendo este material propiedad del Cirujano y podrá ser publicado en revistas científicas y/o ser expuestas para propósitos médicos o educacionales.
7. Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención realizada cumpliendo fielmente las indicaciones hasta que posea el alta médica definitiva, que me será otorgada aproximadamente a los .....días del acto quirúrgico, así como informar en forma inmediata al cirujano sobre cualquier cambio que apareciera en la

9. He leído detenidamente éste consentimiento y lo he entendido totalmente, autorizando al cirujano a realizarme la intervención o procedimiento mencionado.

SI USTED TIENE ALGUNA DUDA ACERCA DE ESTE DOCUMENTO Que ACABA DE LEER, O CUALQUIER PREGUNTA REFERENTE AL MISMO, PREGUNTELE AL MEDICO AHORA. ANTES DE FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO.

Firma del paciente.....Aclaración.....

Documento.....

SI AL PACIENTE LE VA A SER COLOCADO MATERIAL DE IMPLANTE COMPLETAR.

10. Estoy en conocimiento que durante el acto quirúrgico me va a ser colocado un implante conocido como..... En tal sentido, manifiesto que me han sido explicadas las posibles complicaciones que específicamente se pueden producir como consecuencia de la utilización y colocación del mencionado implante y/o material de síntesis que pueda requerirse en el acto quirúrgico.

Firma del paciente.....Aclaración.....

SI EL PACIENTE ES UN MENOR COMPLETAR

El paciente es un/una menor de: .....años de edad y yo/nosotros el/los firmante/s soy/somos el/los padre/s, tutor/es o encargado/s del paciente, y por la presente autorizo / autorizamos la realización de la intervención o procedimiento.

.....
Firma

.....
Aclaración

.....
DNI

.....
Parentesco

.....
Firma del Médico

.....
Aclaración

43503129

Hospital Regional de Concepción
TAMIENTO DE ENFERMERIA
SIPROSA

HOSPITAL REG. CONCEP. SIPROSA FOLIO 11

REGISTRO DE ENFERMERIA

Fecha: 11/09/22
Apellido y Nombre: Arnets Cesar
Hora de Ingreso:
Enfermero/as: Boldumezo

Edad: 21 Cama:
Turno 19/07
Turno
Turno

MOTIVO DE INGRESO:

TEC c/PCT,
Fx expuesta P. D

	PARAMETROS							
	Tensión Arterial	Pulso	Temper.	Respira.	Gluce-mia	Sat. O2	P.V.C.	
	110/20	94x	36°	18x		96%		
01:30	100/70	88		19	095	96		

MEDICACION Y PLAN DE HIDRATACION	DOSIS	FREC.	VIA	HORARIO
SF - Dext + diclof en c/suero		14x		
Ranitidina	1amp	c/8	EV.	~~0140~~ 0940
Cefazolina 0,4	1amp	HS 13	SC.	Post-toilete 12h
Clindamicina 600	1amp	c/6	EV.	~~0150~~ 15°
Bechio	1amp	c/12	EV.	~~0150~~ 1350
Metoclopramida	1amp	SOS	EV	
Dieta Normoa				

HOSPITAL PROVINCIAL DE

PRESENTACION - INTERCONSULTAS CON ESPECIALISTAS

lab -
testeo negativo
ecg -

		M	T	N	OTROS PROCEDIMIENTOS
ACCESO VENOSO					
PERIFERICA	SIN NOVEDAD				
CENTRAL	INFILTRADO				
	SIN NOVEDAD				
	INFILTRADO				
PROFILAXIS ANTITETANICA					

EVOLUCION DE ENFERMERIA — ACTIVIDADES

Pcte que cursa cuadro de P.L.T. x accidente de tránsito
se efectua: Control de signos vitales
medicación.
testeo.
estudios c.

01.50 Pte retorna de quirofano se le realiza toilette
se comenza con tratamiento

Bordaberry

DATOS DE EGRESOS

HORAS	INGESTA	SNG	DRENAJE ABDOMINAL	DRENAJE TORACICO	OBSERVACIONES Y CARACTERISTICAS

Hospital Regional de Concepción
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
SI.PRO.SA

SERVICIO: .....

REGISTRO DE ENFERMERIA

HOSPITAL REG. CONCEPCION 22 FOLIO SI.PRO.SA

Fecha: 12.10.9.22
Apellido Y Nombre: Arrieta Cesar Luis Edad: 21 Cama: 1
Hora de Ingreso: .....
Enfermero/as: ..... Turno 7 a 19
..... Turno .....
..... Turno .....

MOTIVO DE INGRESO:

Dx: F expuesta pierna derecha

HORARIO	PARAMETROS							OBSERVACIONES
	Tensión Arterial	Pulso	Temper.	Respira.	Gluce-mia	Sat. O2	P.V.C.	
7:00	110/60	87°	36⁵	19	0,93	99%		

MEDICACION Y PLAN DE HIDRATACION	DOSIS	FREC.	VIA	HORARIO
Sol R+Dextrosa 5% } 14 gts	+ 1 amp de dicloferac			
Ranitidina	1 amp	c/8	E.V	9⁴⁰
Clexane 0,4	1 amp	c/24	S/C	13
Clindamicina 600	1 amp	c/6	E.V	13⁵⁰
Bactrim	1 comp	c/12	V.O	13⁵⁰
Metoclopramida	1 amp	c/S.O.S	E.V.	

SISTEMA PROVINCIAL DE SALUD Hosp. Reg. Concepción

EG 6
Laboratorios
Test rapido (-) negativo

EXAMENES COMPLEMENTARIOS - INTERCONSULTAS CON ESPECIALISTAS

ACCESO VENOSO		M	T	N	OTROS PROCEDIMIENTOS
PERIFERICA ■	SIN NOVEDAD				
	INFILTRADO				
CENTRAL ■	SIN NOVEDAD				
	INFILTRADO				
PROFILAXIS ANTITETANICA					

EVOLUCION DE ENFERMERIA

HORA	ACTIVIDADES
7	pte. tranquilo medicado tranquilo. pase a sala de traumatología.
	Jacobs

CONTROLES DE EGRESOS

HORA	DIURESIS	HECES	S.N.G.	DRENAJE ABDOMINAL	DRENAJE TORACICO	OBSERVACIONES Y CARACTERISTICAS

Hospital Regional de Concepción
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
SI.PRO.SA

SERVICIO: Sala 6 - Traumatología

REGISTRO DE ENFERMERIA

HOSPITAL REGIONAL CONCEP. FOLIO 13 SIPROSA

Fecha: 12/09/22
Apellido Y Nombre: Arrieta Cesar Luis Edad: 21 Cama: 7
Hora de Ingreso:
Enfermero/as: Gonzolez Erica - Cajal - Erica Turno 7 - 19
Turno
Fernandez Alejandra Turno
Coronel Noemi - Diaz Victoria 19/7

MOTIVO DE INGRESO:

Dx: Fx MID

HORARIO	PARAMETROS							OBSERVACIONES
	Tensión Arterial	Pulso	Temper.	Respira.	Gluce-mia	Sat. O2	P.V.C.	
11:30	110/80	109	37	22	154	96		
16:00	130/00	116	37,4	23		94		
20	120/70	82	37,1	20		97%		

MEDICACION Y PLAN DE HIDRATACION	DOSIS	FREC.	VIA	HORARIO
PHP - alt.	14 x'			
colateral Diclofenac - 2 amp.	7 x'			
clinda 600 (Diluida en 100 SFCO)	1 amp.	c/6hs	EV.	~~12~~ ~~18~~ 24 - 06
Bomitidema	1 amp.	c/8hs	EV.	~~08~~ ~~16~~ 24
Bactrim	1 c.	c/12hs		~~08~~ 20
clexane - 0,4 cc.	1 amp.	c/24hs	SC.	

HOSPITAL REGIONAL DE SALTA