

Emergencias

Prestador

Prestador: **Hospital Regional Ing Luis L Bogaert**

Fecha: **17/06/2022**

Profesional: **Segundo Matias Moncion Ferreira** (034-0013260-5) - Medico General

Afiliado



Contrato: 3043003

NSS: 053543533

Cedula: 101-0003034-4

Nombre: MARIA TERESA

Apellidos: GOMEZ FELIPE

Estado: OK (CORRECTO)
53

Regimen: SUBSIDIADO

Edad:

Provincia/Municipio: DISTRITO NACIONAL

Telefono: 809-461-1222

Autorización

Emergencias

Diagnostico: **Dolor En El Pecho, No Especificado**

Tipo de Ingreso: **Clinico**

Destino: **De alta**

Nota: DOLOR TORACICO/ DISPLASIA MAMARIA/ OSTEOARTRITIS

Procedimientos

NAP	Procedimiento	Precio	Afiliado	Centro	Estado
17971524346	Sala De Emergencia Y/O Urgencia	\$300.00	\$0.00	\$300.00	Autorizado
		\$300.00	\$0.00	\$300.00	

1797124346

Fecha Impresion

17/06/2022 - 12:40:25

Oficial: YUDELKA YNOCENCIA MAR

Firma Médico

Firma Afiliado



1797124346

#3



INFORMACIÓN GENERAL

No. de expediente clínico: _____ Fecha: 17/6/22 Prioridad del Triaje: _____
 Hora de Llegada: 12:40 pm I II III IV V

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre: Maria Gomez Felipe Apodo: _____
 Sexo: F Edad: 53 Fecha de Nacimiento: _____ Cédula/Pasaporte/NIU: 801-0003054-4
 Aseguradora: SUSS NSS: 05 3543535 Grupo sanguíneo: _____
 Alérgico(a): _____
 Dirección: Castanea Teléfono: 809-461-1222
 Vía de Llegada: _____
 Medios propios Paramédico: _____
 9-1-1 Acompañante: _____
 CRUE Parentesco: _____ Teléfono: _____
 Privada Dirección: _____
 Ambulancia No. _____

MOTIVOS DE LA CONSULTA

Cefalea Tos Palpitaciones Hematemesis Disuria Melena
 Mareos Epistaxis Nauseas Dolor torácico Hematuria Herida de arma blanca o arma de fuego
 Fiebre Disnea Vómitos Dolor abdominal Diarrea
 Otro: trastorno general

ANTECEDENTES

SW Antecedente conocido

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

monitoreo de punto dolor de torso profundo dolor en las articulaciones cefalea última vez por gusano de 24 horas evolucionando.

ORIGEN DE LA ENFERMEDAD

Enfermedad general Embarazo Enfermedad Profesional
 Accidente de transito Accidente Laboral Otro: _____

SIGNOS VITALES

TA: 140/82 mmHg FC: 79 Lpm SaO2: 98 % Escala de Coma de Glasgow
 FR: 19 rpm Pulso: 82 Temp: 37.5 °C [O ____/4, V ____/5, M ____/6, ____/15]

Emergencias

Prestador

Prestador: Hospital Regional Ing Luis L Bogaert Fecha: 21/06/2022
Profesional: Dolores Antonia Peralta Espinal (034-0009329-4) - Medico General

Afiliado



Contrato: 6754424 NSS: 080240932 Cedula: 096-0028790-9
Nombre: YOSMARY
Apellidos: ESPINAL DISLA
Estado: OK (CORRECTO) Regimen: SUBSIDIADO Edad: 32
Provincia/Municipio: SANTIAGO DE LOS CABALLEROS
Telefono: 829-298-8042

Autorización

Emergencias

Diagnostico: Dolor Abdominal Localizado En Parte Superior
Tipo de Ingreso: Clínico Destino: Referido a consulta
Nota: DOLOR ABDOMINAL AGUDO D/C GASTROPATIA AGUDO

Procedimientos

Table with 5 columns: NAP, Procedimiento, Precio, Afiliado, Centro, Estado. Row 1: 17973519875 Sala De Emergencia Y/O Urgencia, \$300.00, \$0.00, \$300.00, Autorizado.

1797319875

Fecha: Impresion 21/06/2022 - 09:35:34

Oficial: YUDELKA YNOCENCIA MAR

Handwritten signature of the doctor, YOSMARY ESPINAL.

Firma Médico

Firma Afiliado



1797319875

Handwritten text: YOSMARY ESPINAL



#31

INFORMACIÓN GENERAL

No. de expediente clínico: _____ Fecha: 21/6/22 Prioridad del Triaje: I II III IV V

Hora de Llegada: 9:35

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre: Yosmary Espinal Dela Apodo: _____

Sexo: F Edad: 32 Fecha de Nacimiento: 15-9-1990 Cédula/Pasaporte/NUI: 096-0028790-9

Aseguradora: Subsidada NSS: 080240932 Grupo sanguíneo: _____

Alérgico(a): _____

Dirección: Esperanza Teléfono: 829-298-8042

Vía de Llegada:

Medios propios Paramédico: _____

9-1-1 Acompañante: _____

CRUE Parentesco: _____ Teléfono: _____

Privada Dirección: _____

Ambulancia No. _____

MOTIVOS DE LA CONSULTA

Cefalea Tos Palpitaciones Hematemesis Disuria Melena

Mareos Epistaxis Náuseas Dolor torácico Hematuria Herida de arma blanca o arma de fuego

Fiebre Disnea Vómitos Dolor abdominal Diarrea Otro: 0

ANTECEDENTES

7 Regard

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

Paciente femenino de 31 años de edad con dolor abdominal agudo en el cuadrante superior izquierdo, desde hace 5 horas del inicio.

ORIGEN DE LA ENFERMEDAD

Enfermedad general Embarazo Enfermedad Profesional

Accidente de tránsito Accidente Laboral Otro: _____

SIGNOS VITALES

TA: 120/86 mmHg FC: 87 Lpm SaO2 _____ % Escala de Coma de Glasgow

FR: 18 rpm Pulso _____ Temp: 37 °C (0 ____/4, V ____/5, M ____/6, ____/15)

Emergencias

Prestador

Prestador: Hospital Regional Ing Luis L Bogaert Fecha: 15/06/2022
Profesional: Dolores Antonia Peralta Espinal (034-0009329-4) - Medico General

Afiliado



Contrato: 1676552 NSS: 033110783 Cedula: 033-0020223-5
Nombre: FULVIA ALTAGRACIA
Apellidos: ORTIZ FERNANDEZ
Estado: OK (CORRECTO) Regimen: SUBSIDIADO Edad: 50
Provincia/Municipio: VALVERDE
Telefono: 829-517-2923

Autorización

Emergencias

Diagnostico: Dolor Abdominal Localizado En Parte Superior
Tipo de Ingreso: Clinico Destino: Referido a consulta
Nota: DOLOR ABDOMINAL AGUDO GSTRITIS AGUDO

Handwritten signature: ortiz

Procedimientos

Table with 5 columns: NAP, Procedimiento, Precio, Afiliado, Centro, Estado. Row 1: 17970504487 Sala De Emergencia Y/O Urgencia, \$300.00, \$0.00, \$300.00, Autorizado.

1797004487

Fecha Impresion 15/06/2022 - 11:53:53
Oficial: YUDELKA YNOCENCIA MAR

Handwritten signature of the doctor over the line 'Firma Médico'

Handwritten signature of the affiliate over the line 'Firma Afiliado'



1797004487



INFORMACIÓN GENERAL

No. de expediente clínico: _____ Fecha: 15/11/22 Prioridad del Triaje: I I II III IV V

Hora de Llegada: 11:53

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre: Rubia Ortiz Apodo: _____

Sexo: F Edad: 50 Fecha de Nacimiento: 15/3/1972 Cédula/Pasaporte/NIU: 0336020223-5

Aseguradora: 57 NSS: 033110783 Grupo sanguíneo: O+

Alérgico(a): En Cereales

Dirección: Esperanza Teléfono: 829-517-2923

Via de Llegada:

Medios propios Paramédico: _____

9-1-1 Acompañante: _____

CRUE Parentesco: _____ Teléfono: _____

Privada Dirección: _____

Ambulancia No. _____

MOTIVOS DE LA CONSULTA

Cefalea Tos Palpitaciones Hematemesis Disuria Melena

Mareos Epistaxis Nauseas Dolor torácico Hematuria Herida de arma blanca o arma de fuego

Fiebre Disnea Vómitos Dolor abdominal Diarrea Otro: _____

ANTECEDENTES

gestación de 6 meses

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

Paciente febril de 50 años de edad viene por dolor abdominal en gestación, náuseas, vómitos, diarrea y dolor de cabeza

ORIGEN DE LA ENFERMEDAD

Enfermedad general Embarazo Enfermedad Profesional

Accidente de tránsito Accidente Laboral Otro: _____

SIGNOS VITALES

TA: 116/70 mmHg FC: 87 Lpm SaO2: _____ % Escala de Coma de Glasgow

FR: 15 rpm Pulso: _____ Temp: 37 °C [O_____/4, V_____/5, M_____/6, ____/15]

Emergencias

Prestador

Prestador: **Hospital Regional Ing Luis L Bogaert** Fecha: **15/06/2022**
Profesional: **Dolores Antonia Peralta Espinal** (034-0009329-4) - Medico General

Afiliado



Contrato: 5539908 NSS: 036205660 Cedula: 034-0047490-9
Nombre: JESUS MARIA
Apellidos: POLANCO TINEO
Estado: OK (CORRECTO) Regimen: SUBSIDIADO Edad: 42
Provincia/Municipio: SANTIAGO RODRIGUEZ
Telefono: 809-425-8429

Autorización

Emergencias

Diagnostico: **Lumbago No Especificado, Sitio No Especificado**
Tipo de Ingreso: **Clinico** Destino: **Referido a consulta**
Nota: DOLOR LUMBAR AGUDO LITIASIS RENAL IZQ

JESUS POLANCO

Procedimientos

NAP	Procedimiento	Precio	Afiliado	Centro	Estado
17J70504876	Sala De Emergencia Y/O Urgencia	\$300.00	\$0.00	\$300.00	Autorizado
		\$300.00	\$0.00	\$300.00	

1797004876

Fecha Impresion
15/06/2022 - 11:56:57

Oficial: YUDELKA YNOCENCIA MAR

Firma Médico

Firma Afiliado



1797004876



INFORMACIÓN GENERAL

No. de expediente clínico: _____ Fecha: 15/16/22 Prioridad del Triaje: _____
 Hora de Llegada: 11:56 I II III IV V

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre: Josue Polanco Apodo: _____
 Sexo: M Edad: 42 Fecha de Nacimiento: 11/21/1980 Cédula/Pasaporte/NI: 03400974999
 Aseguradora: S.S NSS: 036205660 Grupo sanguíneo: OT
 Alérgico(a): NO
 Dirección: San José de las Matas Teléfono: 809-925-8809
 Via de Llegada: _____
 Medios propios Paramédico: _____
 9-1-1 Acompañante: _____
 CRUE Parentesco: _____ Teléfono: _____
 Privada Dirección: _____
 Ambulancia No. _____

MOTIVOS DE LA CONSULTA

Cefalea Tos Palpitaciones Hematemesis Disuria Melena
 Mareos Epistaxis Nauseas Dolor torácico Hematuria Herida de arma blanca o arma de fuego
 Fiebre Disnea Vómitos Dolor abdominal Diarrea Otro: Leucorrea

ANTECEDENTES Jean de Dios Aguirre

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD En edad juvenil usa alcohol y
 beber vasos de dolor leve y
 frecuentes de 2 días de evolución

ORIGEN DE LA ENFERMEDAD

Enfermedad general Embarazo Enfermedad Profesional
 Accidente de tránsito Accidente Laboral Otro: _____

SIGNOS VITALES

TA: 127/70 mmHg FC: 84 Lpm SaO2: _____ % Escala de Coma de Glasgow
 FR: 18 rpm Pulso: _____ Temp: 37 °C (O ____/4, V ____/5, M ____/6, ____/15)

Emergencias

Prestador

Prestador: Hospital Regional Ing Luis L Bogaert

Fecha: 15/06/2022

Profesional: Dolores Antonia Peralta Espinal (034-0009329-4) - Medico General

Afiliado



Contrato: 2569418

NSS: 031678274

Cedula: 034-0018148-7

Nombre: JOSE ANTONIO

Apellidos: DISLA RODRIGUEZ

Estado: OK (CORRECTO)
56

Regimen: SUBSIDIADO

Edad:

Provincia/Municipio: VALVERDE

Telefono: 829-264-6009

Autorización

Emergencias

Diagnostico: Estado Migrañoso

Tipo de Ingreso: Clinico

Destino: Referido a consulta

Nota: CEFALEA MIGRAÑOSO

Procedimientos

NAP	Procedimiento	Precio	Afiliado	Centro	Estado
17970504019	Sala De Emergencia Y/O Urgencia	\$300.00	\$0.00	\$300.00	Autorizado
		\$300.00	\$0.00	\$300.00	

1797004019

Fecha Impresion
15/06/2022 - 11:50:57

Oficial: YUDELKA YNOCENCIA MAR

[Handwritten Signature]
Firma Médico

[Handwritten Signature]
Firma Afiliado



1797004019



INFORMACIÓN GENERAL

No. de expediente clínico: _____ Fecha: 15/6/22 Prioridad del Triaje: _____
 Hora de Llegada: 11:50 I II III IV V

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre: Jose Disla Apodo: _____
 Sexo: M Edad: 56 Fecha de Nacimiento: 19/3/1966 Cédula/Pasaporte/NUI: 03400181987
 Asegurador: SS NSS: 031078279 Grupo sanguíneo: A+
 Alérgico(a): NO
 Dirección: Los Cayules Teléfono: 829-269-6009
 Vía de Llegada: _____
 Medios propios Paramédico: _____
 9-1-1 Acompañante: _____
 CRUE Parentesco: _____ Teléfono: _____
 Privada Dirección: _____
 Ambulancia No. _____

MOTIVOS DE LA CONSULTA

Cefalea Tos Palpitaciones Hematemesis Disuria Melena
 Mareos Epistaxis Nauseas Dolor torácico Hematuria Herida de arma blanca o arma de fuego
 Fiebre Disnea Vómitos Dolor abdominal Diarrea Otro: _____

ANTECEDENTES

neg

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

Paciente de 55 años de sexo masculino, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y enfermedad coronaria. Presenta dolor de cabeza de inicio súbito, de tipo tensional, con náuseas y vómitos. El dolor se localiza en la parte posterior de la cabeza y se irradia a la nuca. No hay alteración de la conciencia ni de los reflejos. No hay alteración de la fuerza muscular ni de la sensibilidad. No hay alteración de la marcha ni de la continencia. El dolor persiste a pesar de 3 dosis de analgésicos.

ORIGEN DE LA ENFERMEDAD

Enfermedad general Embarazo Enfermedad Profesional
 Accidente de tránsito Accidente Laboral Otro: _____

SIGNOS VITALES

TA: 134 mmHg FC: 87 Lpm SaO2 _____ % Escala de Coma de Glasgow
 FR: 18 rpm Pulso _____ Temp. 37 °C (O ____/4, V ____/5, M ____/6, ____/15)