

DOC. 1

HOSPITAL UNIVERSITARIO
RÍO HORTEGA

INFORME DE ALTA

HISTORIA CLÍNICA

NOMBRE

APELLIDOS

EDAD

TELÉFONO

N.º S.S.

DOMICILIO

C.P.

POBLACIÓN

CENTRO DE SALUD

SERVICIO: Fecha de ingreso: Fecha de alta:

DIAGNÓSTICO Y MOTIVO DE INGRESO

ANTECEDENTES PERSONALES DE INTERÉS

PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS DURANTE EL INGRESO (Rx, T.C, biopsias ...)

TRATAMIENTO MÉDICO/QUIRÚRGICO (FECHA)

EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES

DIAGNÓSTICO

RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS

• Cita para curas

• Cita para revisión

Valladolid, a de de 20

Fdo. Dr./a

Ejemplar para el Paciente

N.º 42/1

	Dosis test/ BSA	Bolus 5'	10'	1h	2h	4h	8h	
Hora	12:30	12:35	12:40					
TA	116/ 73	132/ 77	129/ 78					
FC	66	74	72					
EAV	8							
Nivel sensitivo								
Bloqueo motor	NO	NO	NO					
Ritmo de infusión								
Bolus: AL y %								
Dilatación cervical								
<i>Suero</i>	R.L.	1000 ml						

Bloqueo motor (Escala de Bromage modificada): 0 BM completo / 1 Sólo mueve pies / 2 Mueve rodillas / 3 Debilidad para flexionar cadera en supino / 4 Debilidad no detectable en supino / 5 Capaz de ponerse de pie

DOC. 3

NOMBRE

HISTORIA CLÍNICA

APELLIDOS

EDAD

N° S.S.

**PROTOCOLO QUIRÚRGICO
LARINGOSCOPIA DIRECTA**

SERVICIO/CONSULTA

DOMICILIO

TELÉFONO

FECHA DE LA INTERVENCIÓN

Diagnóstico Preoperatorio:

Diagnóstico Postoperatorio:

Intervención realizada:

Cirujano:

Ayudantes:

Anestesiista:

INFORME QUIRÚRGICO:

ACCESO / INTUBACIÓN

Apertura bucal

- Buena
- Regular
- Mala

Dentadura

- Completa
- Incompleta
- Ausente

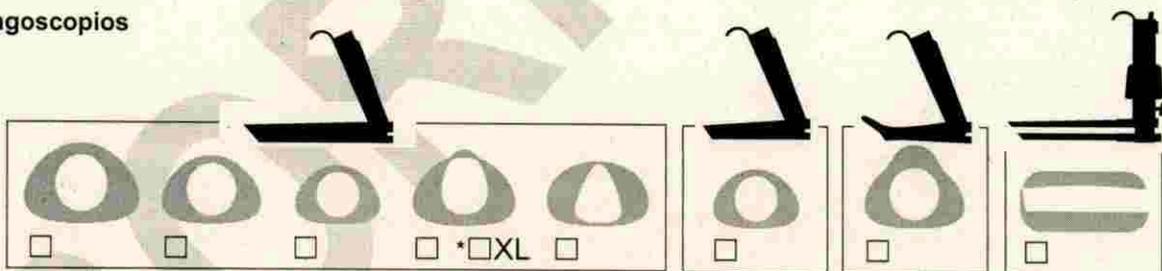
Cuello

- Largo
- Medio
- Corto
- Flexible
- Medio
- Rígido

Visualización

- Completa
- Limitada
- Incompleta

Laringoscopios



TÉCNICAS

Biopsia:

Microcirugía:

Resección endoscópica láser:

Otras:

Hemostasia: Buena Regular Mala

Láser: Cordectomía endoscópica

- Subepitelial I
- Subligamentosa II
- Transmuscular III
- Total IV
- Extendida V
- Comisura anterior Va
- Aritenoides Vb
- Subglotis Vc
- Ventrículo Vd
- Comisura anterior VI

Inyección Intracordal

Material:

Lugar:

Cantidad:

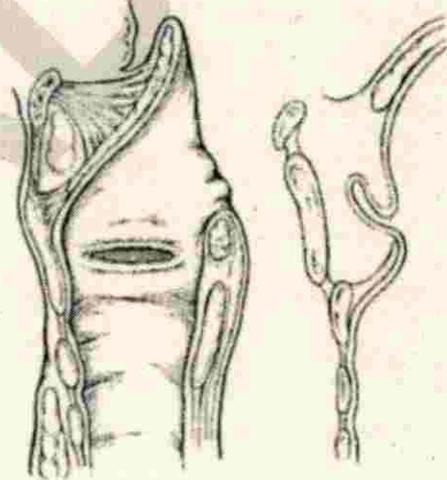
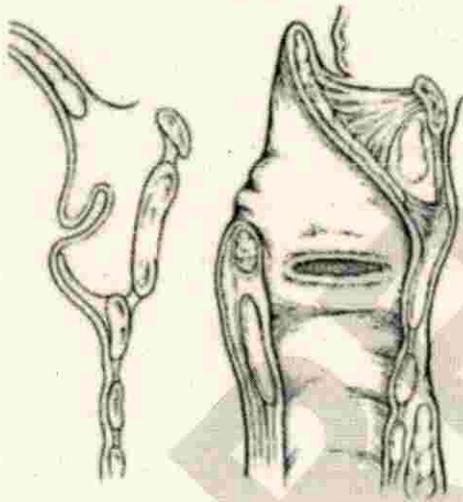
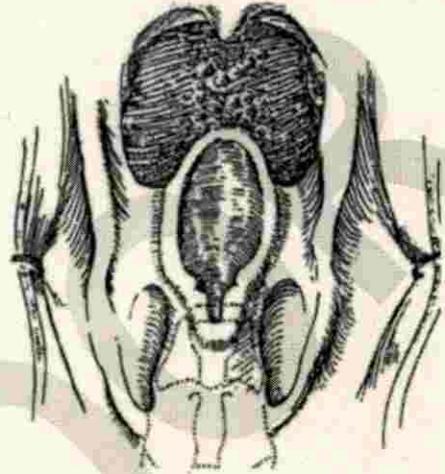
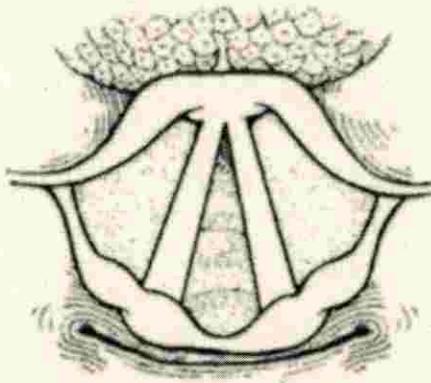
Cistostáticos

Fármaco:

Concentración:

Tiempo aplicación:

HALLAZGOS:



IZQUIERDA

DERECHA

- Aritenoides _____
- Cuerda fija _____
- Comisura anterior _____
- Subglotis _____
- Región poscricoidea _____
- Seno piriforme _____
- Base de lengua _____

OBSERVACIONES:

FIRMA DEL CIRUJANO:

En Valladolid, a _____ de _____ de 20 _____

Fdo.: _____

DOC. 4

UROLOGIA

Características Bx.

- Vol. 677 cc
- Lesión en ecoTR: NO
- Lesión en RMNmp: NO realizable
- AP: 57(3+4) bdo derecho (3 de 6 cilindros).
- Estadío clínico T1c
- PSA: 6.07 ng/ml
- TR: adenocarcinoma 5II no especifico

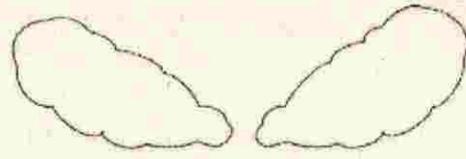
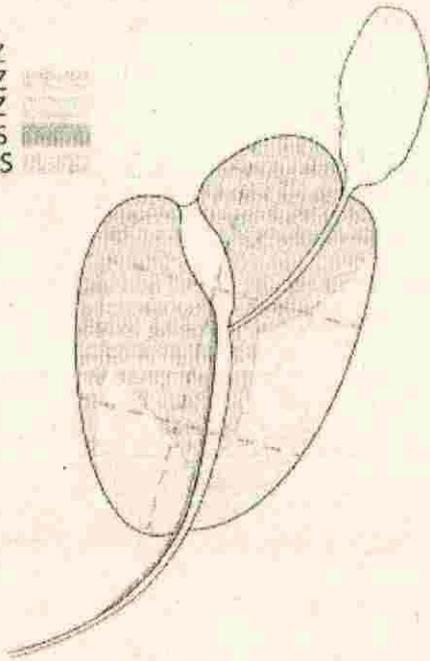
Características destacables de la cirugía:

- Cistitis sprambólica de subestructura poco
- Se realizó minilaparoscopia para observar cavidad intra-abdominal y determinar sel. adherencias.
- ~~Se~~ Colocación de tubos bap union sin adherencias.

HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS MACROSCÓPICOS.

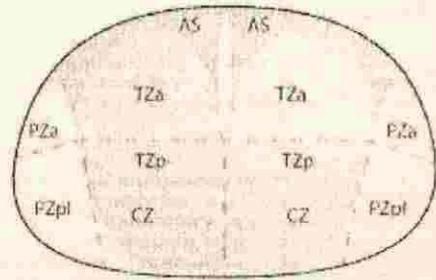
(Zonas sospechadas de afectación extracapsular, Grado de preservación, Márgenes identificados intraoperatorios y corregidos)

PZ
CZ
TZ
US
AFS

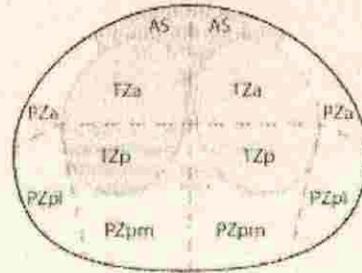


Seminal vesicles

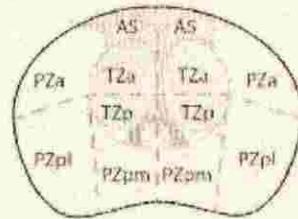
R L



Base



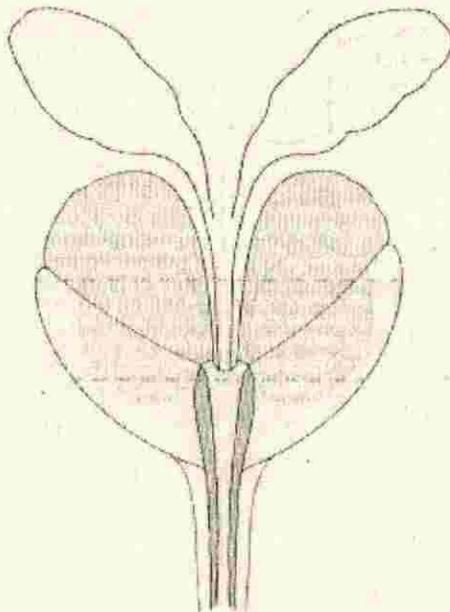
Mid



Apex



Urethra



Preservación intrafascial izquierda e interfascial derecha comprobado en perla quirúrgica.

06/06/17

HOJA DE INFUSION DE CELULAS STEM DE SANGRE PERIFERICA AUTOLOGAS

- El paciente estará bien hidratado desde por lo menos 12 horas antes de la infusión (al menos 1.5 L / m² / día).

- MATERIAL A PREPARAR:

Tener en la habitación:

- Un sistema de infusión en Y purgado y conectado con una bolsa de suero fisiológico de 500 cc.
- Una llave de tres pasos.
- Un paño verde estéril.

5 BOLSAS

- PREMEDICACION

Treinta minutos antes de la infusión se premedicará al paciente con:

PREMEDICACION
TASPE

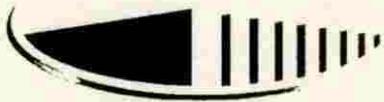
- 1° - PARACETAMOL 1000 IV
 - Primperán® 2 ampollas
 - 2° - Polaramine® 1 ampolla
 - Actocortina 100 mg
 - 3° - UNBASON 300MG IV
- en 50 ml de SG al 5% en 10'

- TENER PREPARADO EN LA HABITACION:

- Actocortina 100 mg cargados en 10 ml.
- Dolantina® 100 mg cargados en 10 ml.

Por si se presentaran reacciones febriles, tiritona, disnea,...

- TOMA DE CONSTANTES: antes de la infusión se tomará el pulso, la tensión arterial y la PVC. Esto se repetirá después de terminar la infusión. se procurará mantener la PVC entre 5 y 10 cm de H₂O y una diuresis entre 100-200 ml / hora.



DOC. 6

NOMBRE

APELLIDOS

EDAD TEL

DOMICILIO

POBLACIÓN

PSIQUIATRIA HOSPITALIZACIÓN

CENTRO DE

ÓRDENES MÉDICAS

Servicio: PSQ Médico responsable del paciente: _____ Cama: _____ HOJA N.º

ALERGIAS: _____

FECHA Y HORA	DIETAS Y OTRAS ÓRDENES	MEDICACIÓN Y SUEROTERAPIA
--------------	------------------------	---------------------------

31-VIII-17

Dieta libre

• Pleauer 1-0-0-1

No quiere llamadas ni visitas de su madre.

• Sepauer 100: 0-0-0-1

• Sometogracu Zueg: 0-0-0-1

Si inoanicio 1/4 clauencia. Puede repetir a los 30 minutos si no es eficaz.

DOC. 8

d de
AUDIOLOGÍA



HISTORIA

1° APEL

2° APEL

NOMBRE

EDAD

017

AUDIOMETRÍA VERBAL

- AUDÍFONO
- B.A.H.A.
- D.I.O.M.
- IMPLANTE COCLEAR
- OTROS:
- Derecha
- Izquierda
- Bilateral

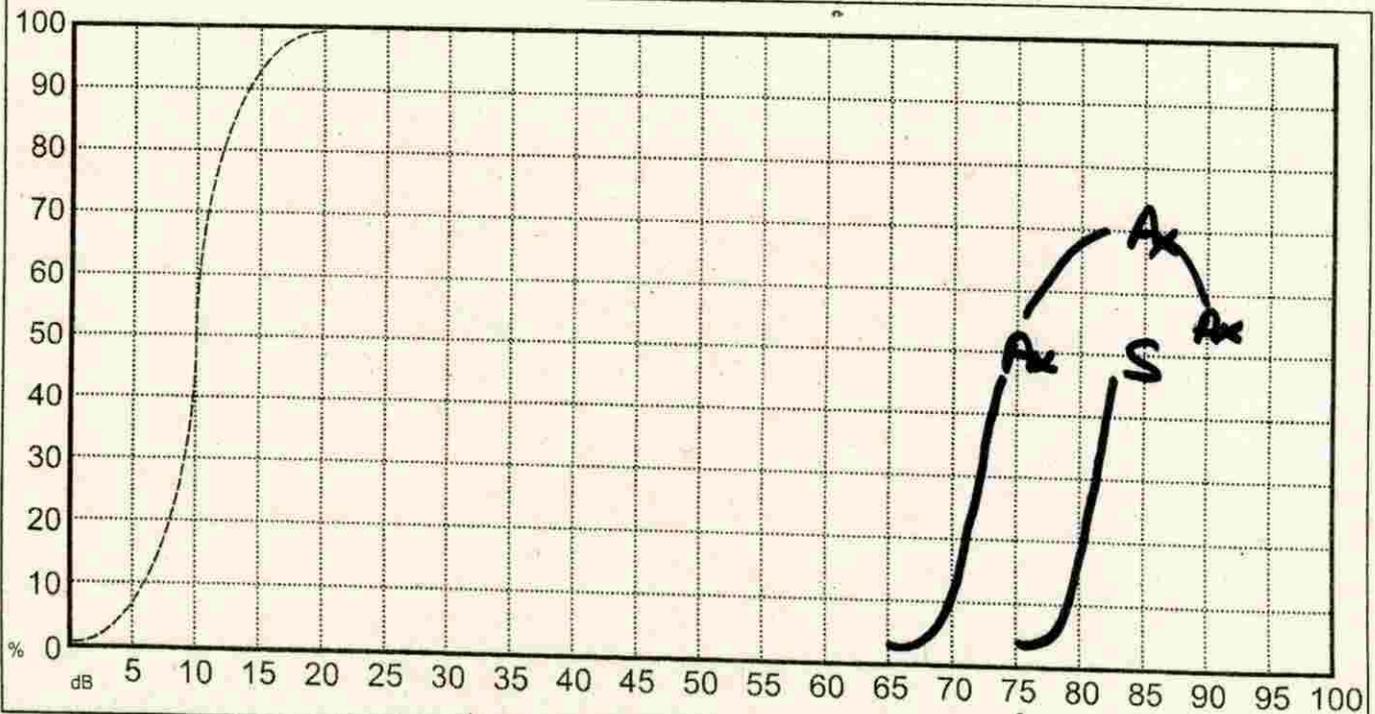
Procedencia: Des

Observaciones:

Informa:

Fecha:

	Ax	S			
UMBRAL DE DETECCIÓN VERBAL (UDV, dB):	—	—			
UMBRAL DE RECEPCIÓN VERBAL (URV, dB):	75dB	85dB			
UMBRAL DE MÁXIMA DISCRIMINACIÓN (UMD, dB):	85dB	85dB			
PORCENTAJE DE MÁXIMA DISCRIMINACIÓN (PMD):	70%	50%			
UMBRAL DE DISCONFORT (UD, dB):	—	—			
ROLL-OVER INDEX (RI):	20%	—			



- AURICULARES SUPRA-AURALES
- AURICULARES DE INSERCIÓN
- CAMPO LIBRE
- Azimuth-f: 0° 45° 90°
- L C R

S: Aurífono 0.12do tipo BTE

Ax: SIN aurífono 0.12do.

DOC. 9

**VALORACIÓN DE ENFERMERÍA:
PERIQUIRÚRGICA**

APELLIDOS _____

NOMBRE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

SERVICIO _____

HISTORIA CLÍNICA _____

TELÉFONO _____

FECHA	SERVICIO	HORA DE INGRESO
DIAGNÓSTICO		BOX
INTERVENCIÓN		QUIRÓFANO

ALERGIAS NO SI a _____ OTROS _____

PREQUIRÚRGICO

PERIQUIRURGICO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	SUEROTERAPIA _____
ANESTESIA <input type="checkbox"/> TRONCULAR <input type="checkbox"/> EPIDURAL	PANI _____
ANESTESISTA Dr./Dra. _____	FC _____
MONITORIZACIÓN <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	SAT O2 _____
MEDICACIÓN _____	

POSTQUIRÚRGICO

SALIDA QUIROFANO _____	REGRESO QUIROFANO _____	HORA ALTA _____
ANESTESIA _____		BOX _____

CONSTANTES Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

HORA	T.A.	F.C.	GAFAS VTMX	DRENAJES	DIURESIS	HORA	PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	H	R

MEDICACION Y SUEROTERAPIA

HORA	MEDICACIÓN	HORA	MEDICACIÓN

ANALGESIA POSTOPERATORIA - HOJA RECOGIDA DE DATOS

NHC:

CIRUGIA GENERAL Y DIGESTIVO

Fecha:

Intervención: Dadooperectomía cefélica

Anestesia realizada en quirófano: Balances de + Epidural

Analgesia iv postoperatoria: PARACETAMOL 1gr
 en 4/12 500mg
 or 0.5gr en 4/12

TÉCNICAS ANALGÉSICAS POSTOPERATORIAS

EPIDURAL : Nivel de punción T₉-T₁₀

Profundidad espacio (cm): 4

Profundidad catéter (cm): 9

Bloqueo motor:

Protocolo analgésico: A B

BLOQUEO PERIFÉRICO: Localización:

Catéter: Sí No

Protocolo analgésico: Punción única A B

PCA: Dosis total:
 Bolos solicitados
 Bolos administrados:

CALIDAD DE LA ANALGESIA

	6 horas	12 horas	24 horas	48 horas
EVA reposo				
EVA movimiento				
Rescate				

EFFECTOS SECUNDARIOS

Náuseas/vómitos Retención orina Prurito Hipotensión
 Sedación Depresión respiratoria Otros (especificar)

RETIRAR CATÉTER: (fecha y hora)

GRADO SATISFACCIÓN

Muy bueno Bueno Regular Malo Muy malo

OBSERVACIONES:



DOC. 11

**HOJA DE CIRCULANTE
INTERVENCIÓN URGENTE**

NOMBRE

HISTORIA CLÍNICA

APELLIDOS

EDAD

FECHA NACIMIENTO

Nº S.S.

DOMICILIO

POBLACIÓN

C.P.

FECHA

ESPECIALIDAD

QUIRÓFANO UTILIZADO:

HORA ENTRADA ÁREA QUIRÚRGICA

HORA SALIDA ÁREA QUIRÚRGICA:

HORA ENTRADA QUIRÓFANO:

HORA SALIDA QUIRÓFANO:

HORA INICIO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:

HORA FINAL INTERVENCIÓN:

TRANSFUSIÓN

RX

ANATOMÍA PATOLÓGICA: INTRAOPERATORIA

ORDINARIA

ANESTESIA:

TIPO DE ANESTESIA:

ANESTESISTA 1º

GENERAL

SUBARACNOIDEA

ANESTESISTA 2º

TRONCULAR

EPIDURAL

RESIDENTES

LOCAL

RETROBULBAR

SEDACIÓN

OTRAS

CIRUGÍA

DIAGNÓSTICO POSTOPERATORIO:*

INTERVENCIÓN REALIZADA:*

CIRUJANO 1:

INSTRUMENTISTA 1:

CIRUJANO 2:

INSTRUMENTISTA 2:

CIRUJANO 3:

CIRCULANTE 1:

CIRUJANO 4:

CIRCULANTE 2:

RESIDENTES:

OBSERVACIONES:

DESTINO DEL PACIENTE:

REA QUIRÚRGICA:

U.R.P.A.:

UVI:

U. HOSPITALIZACIÓN:

U. C.M.A.:

DOMICILIO:

EXITUS:

* Esta información deberá ser comunicada por el cirujano.

DOC 12

SERVICIO DE PEDIATRÍA. INFORME PH-METRIA

Nombre:

Nº Hª:

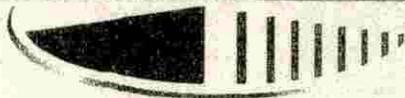
Pruebas complementarias:

Ph-metría de 24 horas (16/04/20): Se realiza registro de 24 horas. Tiempo pH < 4: 22 minutos. Fracción de tiempo pH < 4 (%): 1.6 Nº reflujos prolongados > 5 minutos: 0. Duración del reflujo más largo: 2 minutos. Índice correlación con síntomas: negativo. Conclusión: En el registro no se aprecia reflujo gastroesofágico ácido patológico.

Gastroenterología Infantil
Servicio de Pediatría

CAMA 10111

PEDIATRIA



DOC. 13

ETIQUETA PACIENTE
(incluyendo fecha de nacimiento)

Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica
PROTOCOLO DE ARTROPLASTIA DE CADERA

Protocolo quirúrgico

Fecha Intervención: ____ / ____ / ____

Diagnóstico: I <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fractura de Cadera <input type="checkbox"/> Coxartrosis <input type="checkbox"/> Necrosis avascular <input type="checkbox"/> Displasia de cadera <input type="checkbox"/> _____	Tratamientos hematológicos <input type="checkbox"/> Sintrom (aunque esté suspendido) <input type="checkbox"/> Hibor ____ U <input type="checkbox"/> Clexane ____ <input type="checkbox"/> Adiro 100 <input type="checkbox"/> Adiro 300 <input type="checkbox"/> Clopidogrel <input type="checkbox"/> Ticlopidina <input type="checkbox"/> _____	Antecedentes personales: Peso: ____ Kg Talla: ____ cm <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Corticoides <input type="checkbox"/> Enolismo <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Cirujano: _____ **Anestesista:** _____
Ayudantes: _____ **Técnica anestésica:** _____

Intervención realizada:

Profilaxis antibiótica: <input type="checkbox"/> Cefazolina 2g <input type="checkbox"/> Fosfocina 2g <input type="checkbox"/> Dosis adicional intraoperatoria <input type="checkbox"/> 3 dosis adicionales (24h)	Vástago implantado: N° ____ <input type="checkbox"/> Transysteme (Domitia) <input type="checkbox"/> F40 <input type="checkbox"/> Bimetric <input type="checkbox"/> Microplasty <input type="checkbox"/> Hyperion <input type="checkbox"/> Exeter <input type="checkbox"/> Thompson <input type="checkbox"/> _____	Inserto: N° ____ <input type="checkbox"/> Polietileno <input type="checkbox"/> Cerámica Cabeza: Ø ____ Cuello: ____ <input type="checkbox"/> Cerámica <input type="checkbox"/> Metal
Preparación del campo: <input type="checkbox"/> Doble asepsia <input type="checkbox"/> Limpieza jabonosa <input type="checkbox"/> Clorhexidina <input type="checkbox"/> Yodo <input type="checkbox"/> Apósito poroso <input type="checkbox"/> Plástico	Cotilo implantado: N° ____ <input type="checkbox"/> Ellistra <input type="checkbox"/> dMX <input type="checkbox"/> Spidercup <input type="checkbox"/> BiHapro <input type="checkbox"/> Exceed <input type="checkbox"/> Avantage <input type="checkbox"/> _____	Uso de ácido tranexámico: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ID paciente ____ Dosis: 3 amp. (1,5g) en 50 mL SSF ó 60 cc SSF. 20 cc en cotilo, 20 cc en vástago, 20 cc a través de drenaje.

Posición:	<input type="checkbox"/> Decúbito supino	<input type="checkbox"/> Decúbito lateral	<input type="checkbox"/> Decúbito prono
Abordaje:	<input type="checkbox"/> Anterolateral W-J	<input type="checkbox"/> Hardinge	<input type="checkbox"/> Posterior

Técnica quirúrgica: Disección por planos, exéresis de la cápsula articular, osteotomía cervical y extracción cefálica.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Reducción. Se comprueba estabilidad articular. Lavado con SSF.

Cierre:	Por planos: fascia y subcutáneo con vicryl, piel con grapas.
Drenaje:	Redon <input type="checkbox"/> Recuperador
Duración IQx:	_____ min
Incidencias:	_____

DOC. 14

PACIENTE: N

Nº H^d

Pag. 1

OND + INGRESO

FECHA	16/5/17	12/8/17	13/8/17	14/8/17	17/8/17	21/8/17	17/9/17
Urea/Creat	31/4/1071	33/7/163	31/1/3	31/2/133	36/1/172	62/16/121	67/3/1249
Na/K	138/3/8	140/3/5	140/3/4	139/3/5	139/3/6	136/4/11	132/3/1
pH/CO3H					7.34/24/8		
Proteinuria							
Hematuria							
CCr							
Ca/P							
PTHr / 25-D3							
Hb/Plaq	13/9/283	13/9/309	13/2/270	17/7/243	14/4/251	14/1/272	12/3/254
Leucos	12/700	17/500	17/500	14000	11/100	10/400	24/600
Fe/Ferritina							
Transf/ IST							
Folico/B12							
Coombs D-1							
Frotis							
LDH/BRT							
Haptoglobina							
Reticulocitos							
VSG/PCR							
IgG/IgA/IgM							
C3/C4/ICC							
ANA/AntiDNA							
Ro/La/Sm/RNP							
ANCA							
AMBG							
Crioglobulinas							
Ac ACL/Ac tTG							
FR/ASLO							
Proteinogram-s							
Proteinogram-0							
IF sangre							
IF orina							
Serología							
M. Tumorales							
GOT/GPT/GGT							
Colest/TG							
Prot t/ alb							
Uratos							
TRATAMIENTO							
EVENTOS							

PACIENTE:

Nº Hª

, Pag. 2

FECHA	18/9/11					
Urea/Creat	67/3 119					
Na/K	135/3/3					
pH/CO3H						
Proteinuria						
Hematuria						
CCr						
Ca/P						
PTHi / 25- D3						
Hb/Plaq	11/260.					
Leucos	18.000					
Fe/Ferritina						
Transf/ IST						
Folico/B12						
Coombs D-I						
Frotis						
LDH/BRT						
Haptoglobina						
Reticulocitos						
VSG/PCR						
IgG/IgA/IgM						
C3/C4/ICC						
ANA/AntiDNA						
Ro/La/Sm/RNP						
ANCA						
AMBG						
Crioglobulinas						
Ac ACL/Ac tTG						
FR/ASLO						
Proteinogram-s						
Proteinogram-0						
IFsangre						
IF orina						
Serología						
M. Tumorales						
GOT/GPT/GGT						
Colest/TG						
Prot t/ alb						
Uratos						
TRATAMIENTO						
EVENTOS						

DOC. 15

Apellidos y nombre:

Historia clínica:

Fecha de nacimiento:

Procedencia: **Cardiología**

Nº de estudio:

Fecha del EEF:

Servicio de Cardiología
Unidad de Arritmias

Estudio electrofisiológico cardíaco

Indicación

Síndrome de Brugada.

Historia clínica

Paciente sin AMC, consumidor ocasional de cannabis, sin otros AP o AF de interés. Ingreso por episodio sincopal durante la cena, precedido de mareos 4-5 segundos antes, con recuperación inmediata posterior ad-integrum. En ECG de urgencias presenta elevación del punto J en V1-V2 con morfología de Brugada tipo 1. Se remite para EEF de inducción de arritmias ventriculares.

Acceso vascular

Vía venosa femoral derecha. Dos introductores 6F.

Catéteres

1) St. Jude Medical tetrapolar curva CRD [AD/VD]. 2) St. Jude Medical tetrapolar curva JSN [His].

Procedimiento

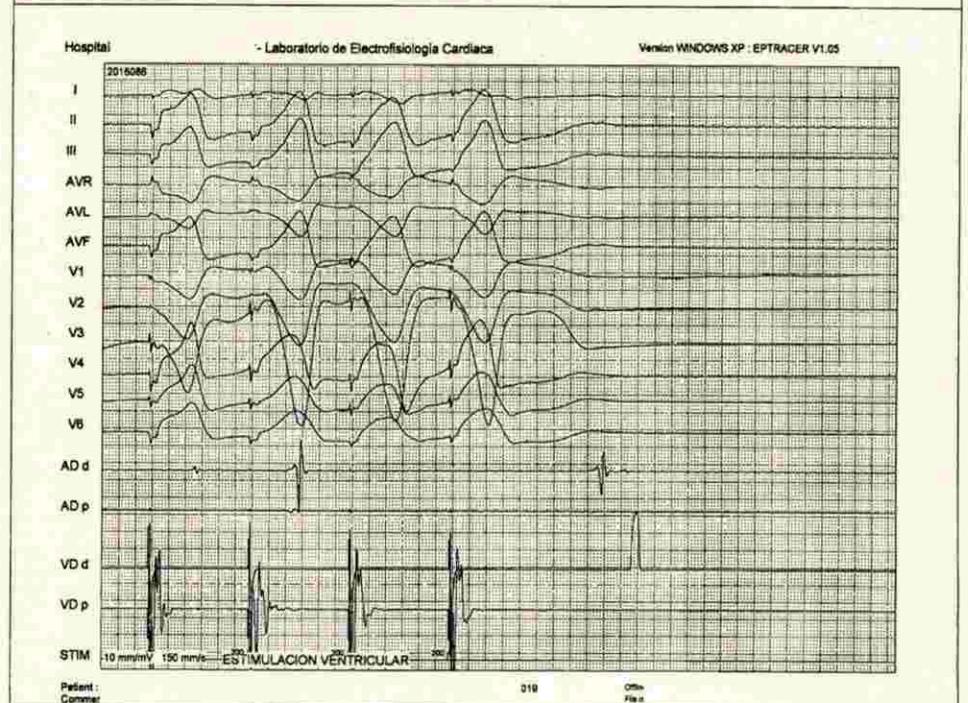
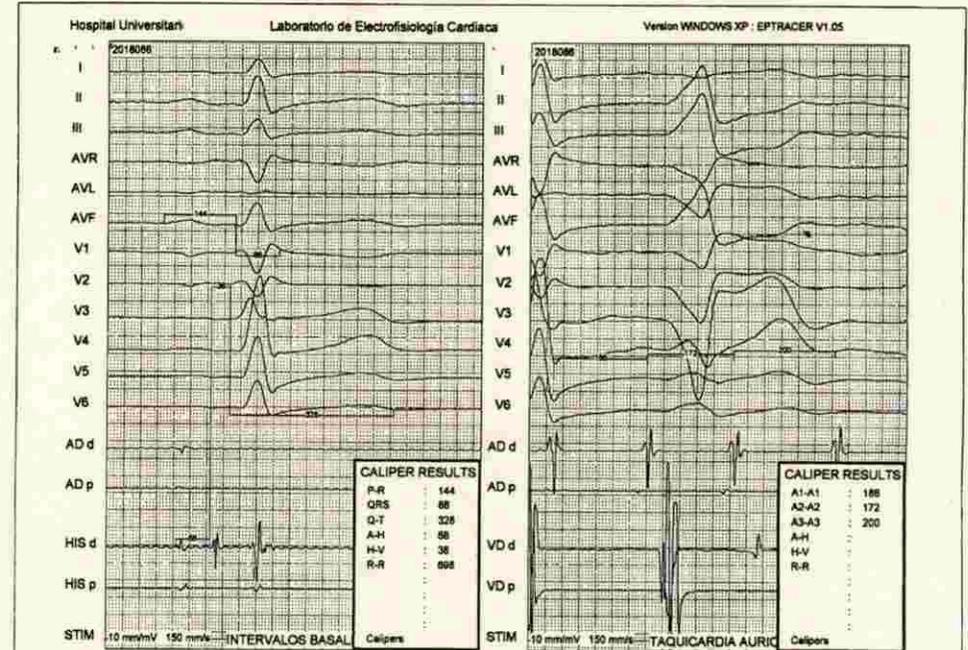
ECG basal en ritmo sinusal a 90 bpm, PR 144ms, QRS 88 ms, QT 328 ms. Intervalo AH 68 y HV 38ms. Punto de Wenckebach anterógrado a 330ms. No fisiología de doble vía nodal. PRE auricular 500/200 ms. Disociación VA a 300 ms.

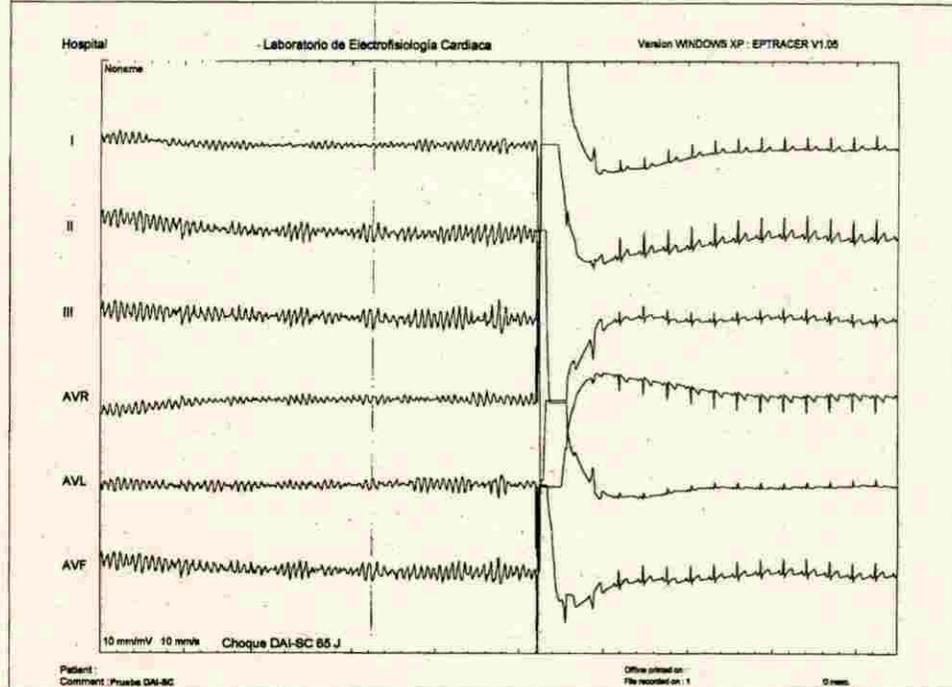
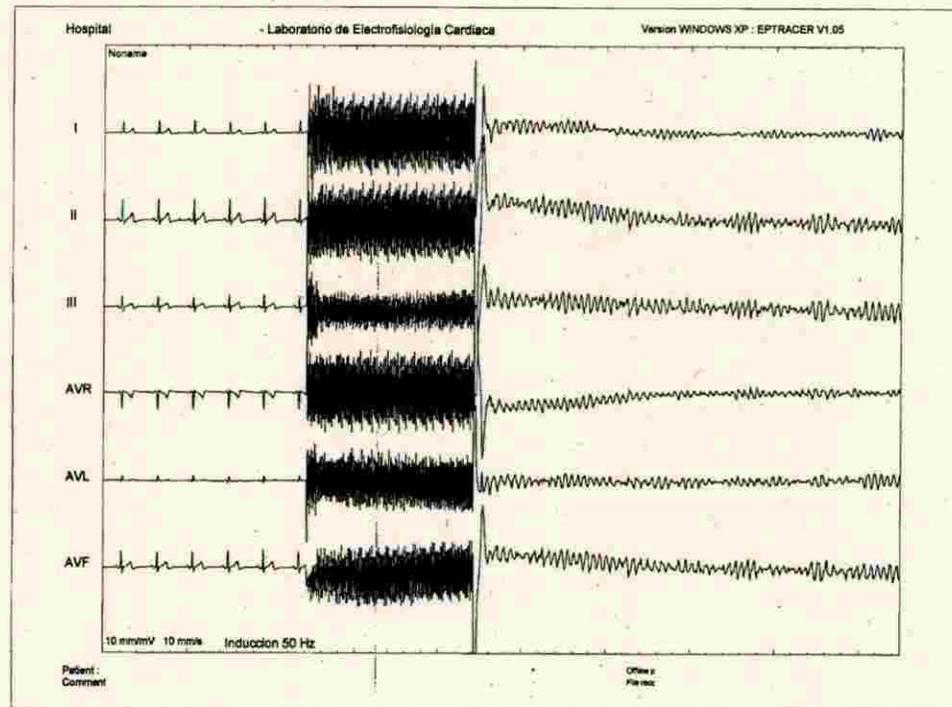
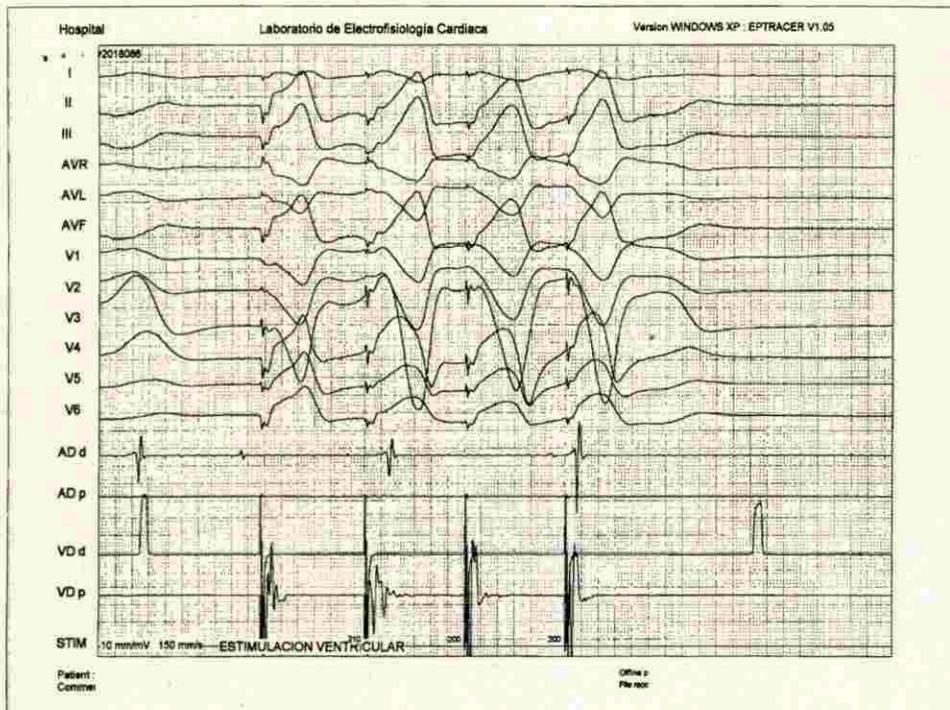
Se completa protocolo de estimulación en ápex de VD con 1, 2 y 3 extraestímulos acoplados a trenes con LC 500 y 430ms. Se llega a período refractario/acoplamiento hasta refractariedad ventricular o mínimo de 200 ms para cada extraestímulo, sin inducir ningún tipo de arritmia ventricular.

Durante protocolo de estimulación se indujo en repetidas ocasiones taquicardia auricular con ciclos de 180-220 ms y rv de 140-150 bpm, que el paciente no identifica como clínicas. Cesaba espontáneamente en todos los casos, con una duración de hasta 1 minuto.

Conclusiones

- Paciente diagnosticado de Síndrome de Brugada.
- Ausencia de arritmias ventriculares inducibles por estimulación programada.
- Taquicardia auricular autolimitada sin clara significación clínica.
- Resto de hallazgos del EEF, dentro de la normalidad.





ZOOM © View™
Se ha creado el informe
11:58 04/11/2016

Informe automático de screening de paciente para EMBLEM™ S-ICD

Boston Scientific

Nombre del paciente
ID
Fecha de nacimiento
Nombre del médico
Nombre de la clínica
Nº de historia clínica

General
Diagnóstico:
Notas de seguimiento:



Resumen de resultados
Pos. elect. Paraesternal. Izq.

Vector	Supino	De pie/sentado	Otro	Otro	Otro	Otro	Morfología y coherente entre posturas?	Marcar todos los vectores positivos
Primario (D III)	OK	OK					SI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secun. (D II)	OK	OK					SI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alter. (D I)	OK	OK					SI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Criterios mínimos de screening positivo: Al menos un vector (derivación) debe de ser válido en todas las posturas. Compruebe que la morfología del complejo QRS es estable en todas las posturas.

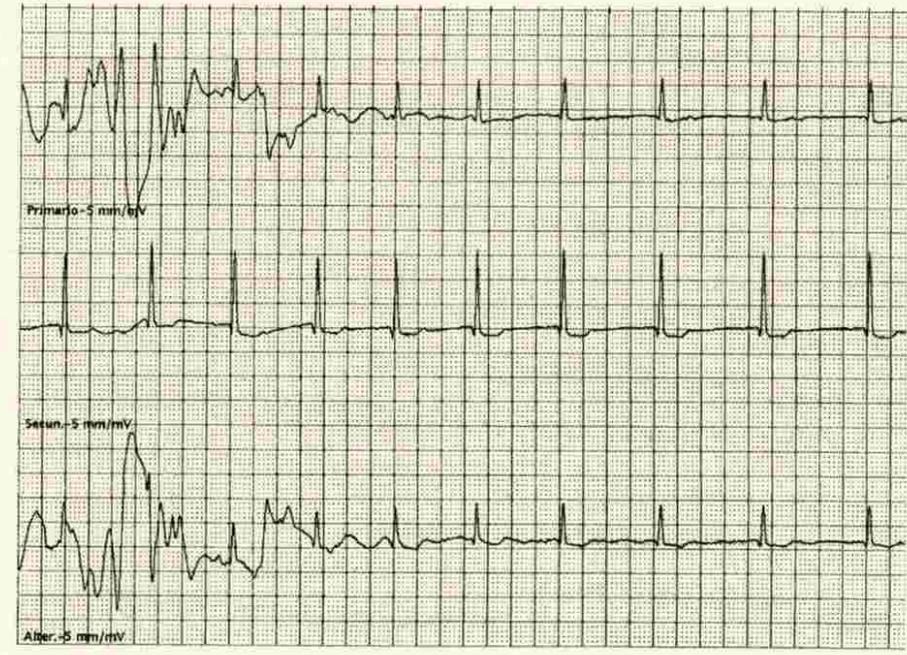
Nota:
Se pueden producir circunstancias especiales en las que el médico puede decidir continuar con el implante del sistema S-ICD a pesar de que el proceso de screening no ha tenido un resultado positivo. En este caso, se debe prestar mucha atención al proceso de configuración del dispositivo S-ICD, ya que el riesgo de una mala detección o de una descarga inapropiada es mayor.

Firma del médico:

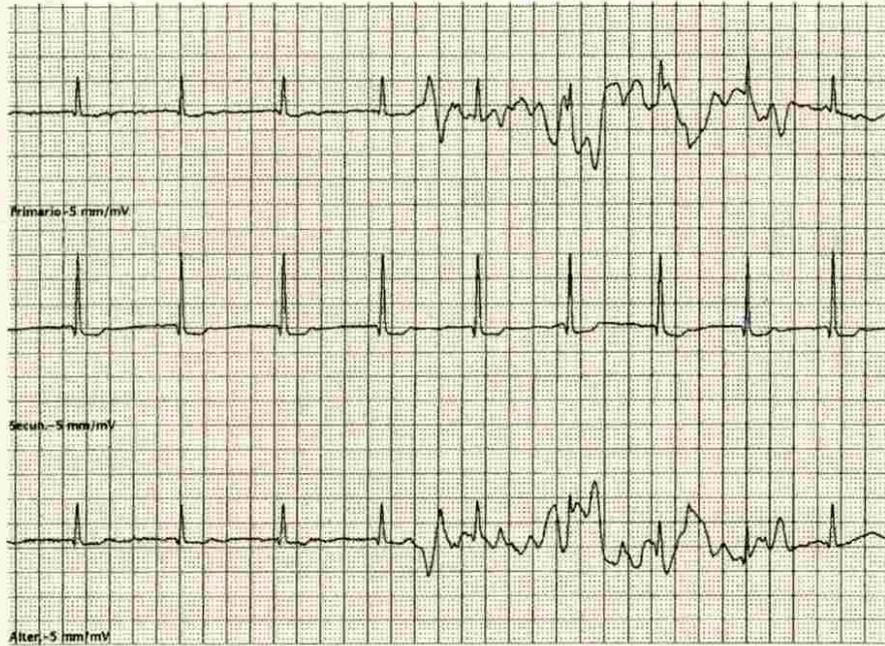
De pie/sentado
02 57

Resultados
Primario OK
Secun. OK
Alter. OK

Notas



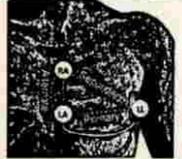
Firma del médico:



Firma del médico:

ZOOM © View™ Se ha creado el informe 04 Jul 2018 12:00
Informe automático de screening de paciente para EMBLEM™
S-ICD
Nombre del paciente c
ID
Fecha de nacimiento
Nombre del médico
Nombre de la clínica
Nº de historia clínica

General
Diagnóstico:
Notas de seguimiento:



Resumen de resultados

Pos. elect. Paraesternal Dch.

Vector	Supino	De pie	Other	Other	Other	Morfología coherente entre posturas?	Marcar todos los vectores positivos
Primario (D III)	OK	OK				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secun. (D II)	OK	OK				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alter. (D I)	OK	OK				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Criterios mínimos de screening positivo: Al menos un vector (derivación) debe de ser válido en todas las posturas. Compruebe que la morfología del complejo QRS es estable en todas las posturas.

Nota:

Se pueden producir circunstancias especiales en las que el médico puede decidir continuar con el implante del sistema S-ICD a pesar de que el proceso de screening no ha tenido un resultado positivo. En este caso, se debe prestar mucha atención al proceso de configuración del dispositivo S-ICD, ya que el riesgo de una mala detección o de una descarga inapropiada es mayor.

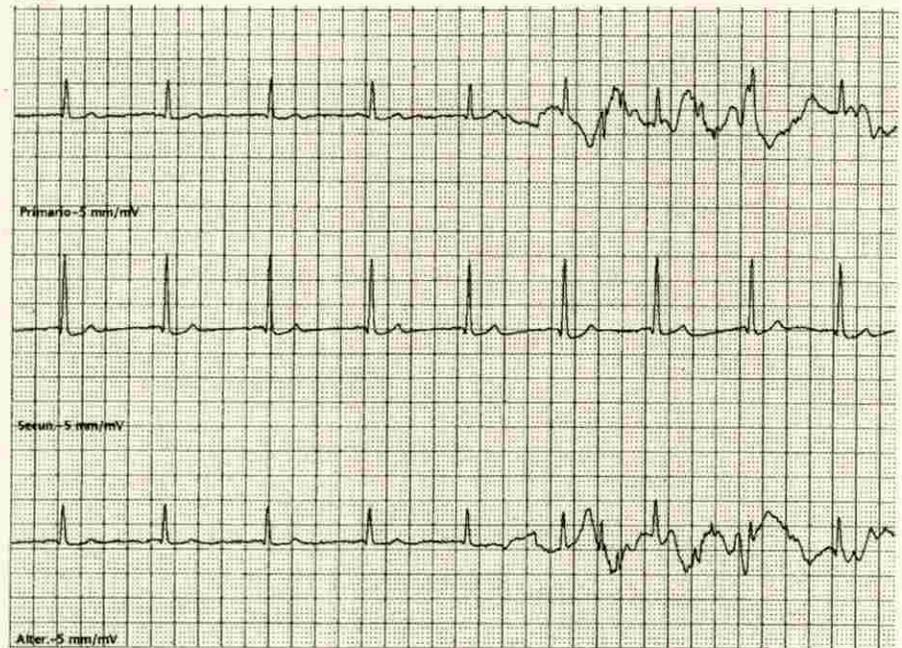
Firma del médico:

De pie/sentado

04 Jul 2018 11:58

Resultados

Primario OK
Secun. OK
Alter. OK
Notas



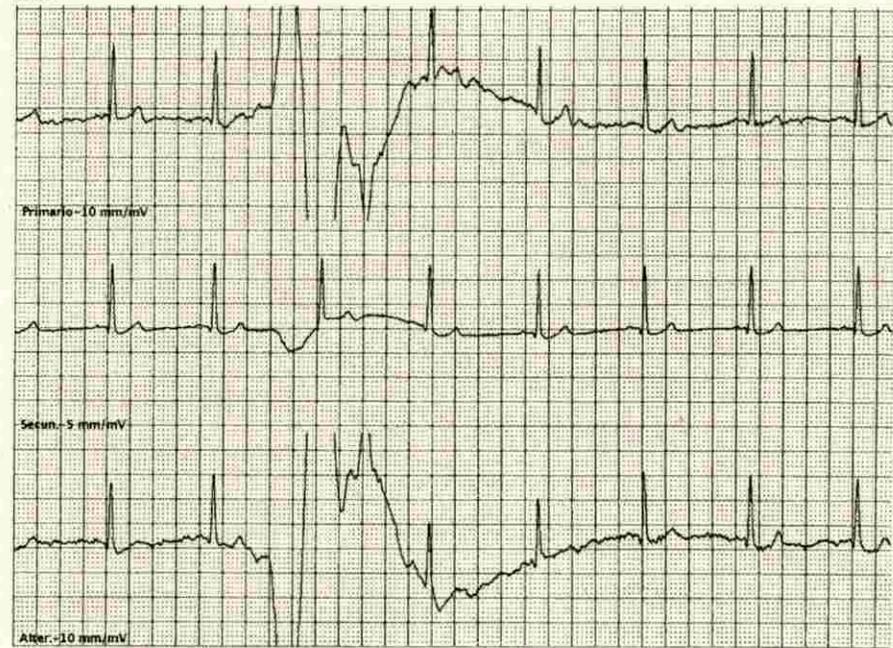
Firma del médico:

Supino

04 Jul 2018 11:59

Resultados

Primario OK
Secun. OK
Alter. OK
Notas



Firma del médico:

De pie/ sentado

06 Jul 2018 09:24

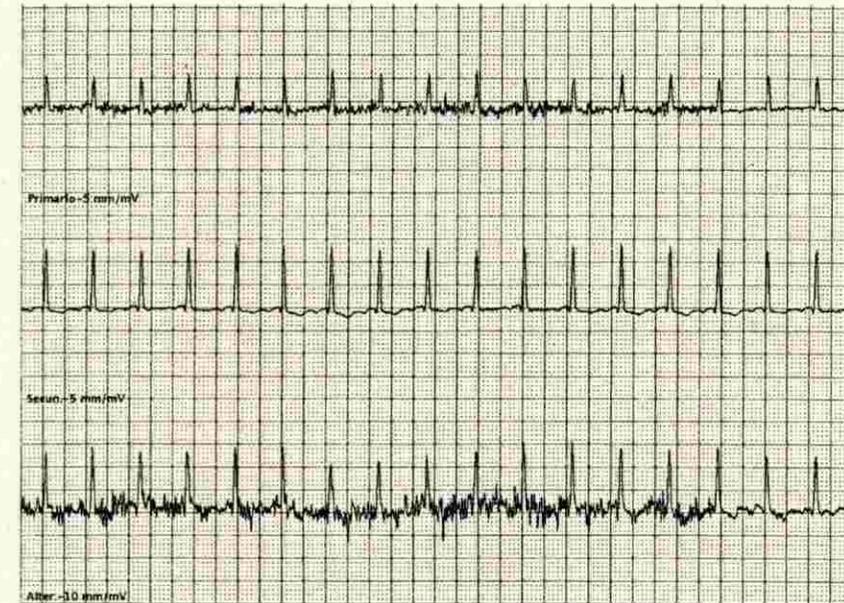
Resultados

Primario OK

Secun. OK

Alter. OK

Notas



Firma del médico:

De pie/ sentado

06 Jul 2018 09:24

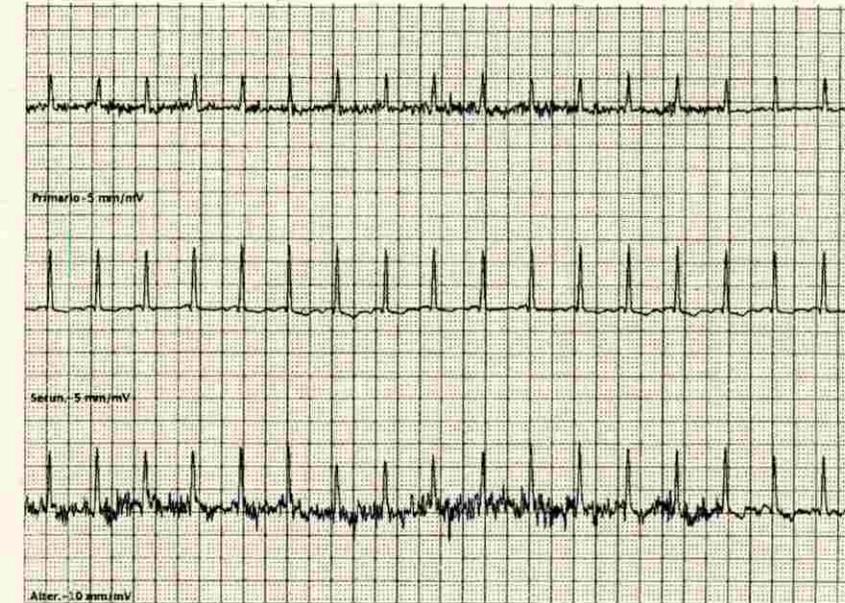
Resultados

Primario OK

Secun. OK

Alter. OK

Notas



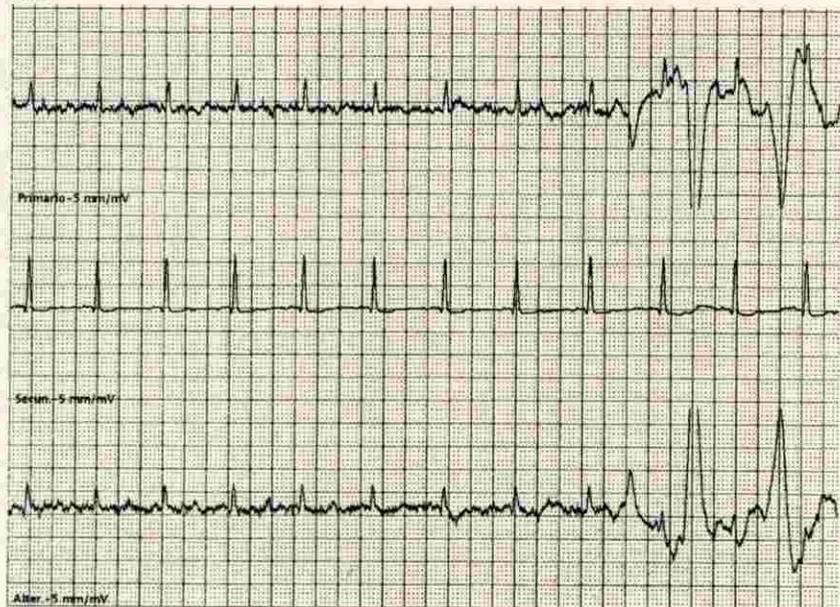
Firma del médico:

Supino

06 Jul 2018 09:25

Resultados

Primario	FALLA
Secun.	OK
Alter.	FALLA
Notas	



Firma del médico:

UHT y CC // TÉCNICAS ESPECIALES

FECHA DE EXTRACCIÓN:

HOJA N°:

Nombre:

TLF°:

H°:

Tipo de Estudio:

T.Pr.: " R:	TTPA.: " R:	FIB.	T.TR:	TREP:
-------------	-------------	------	-------	-------

	F	AG					
ATIII:			VI	XII	XI	IX	VIII
PC:			VE	X	VII	V	II
PC CRO:			F.VIII RAG				
PS:			F.VIII VW:				
PSL:			F.VIII R Cof.:				
PLASM:							
FXIII:			INHIBIDORES:				
RPCa.:			HOMOCISTEINEMIA:				

ACAS | IgG:
| IgM:

PFA | C. EPI:
| C. ADP:

Anti B₂ Glicoprl I | IgG:
| IgM:

AGREGACIÓN PLAQUETARIA

AL (RAT):

ADP:	%	EPI:	%
------	---	------	---

TTP - LA:

ARAQ:	%		
-------	---	--	--

TTPA CORREG:

RIST:	%	COLAG.:	%
-------	---	---------	---

TROMBOELASTOGRAMA:

VARIOS:

PREINFORME:

INFORME:

MDB:

DOC. 17

HOJA DE SOLICITUD DE UVI - MOVIL

DATOS A CUMPLIMENTAR POR EL FACULTATIVO QUE ORDENA EL TRASLADO.

A.- DATOS DEL PACIENTE :

- 1.- APELLIDOS Y NOMBRE _____
2.- Nº AFILIACION A S.S. _____ TITULAR / BENEFICIARIO.
3.- Nº HISTORIA CLINICA _____
4.- SINTOMATOLOGIA CLINICA _____

5.- DIAGNOSTICO _____

6.- EL PACIENTE PRECISA DURANTE EL TRASLADO:

Monitor :	SI / NO	Via Central :	SI / NO
Oxigenoterapia:	SI / NO	Aislamiento Térmico:	SI / NO
Respirador Volumétrico:	SI / NO	Aspirador Secreciones:	SI / NO
Tracción Cervical:	SI / NO	Desfibrilador:	SI / NO

7.- ESTADO DEL PACIENTE EN EL MOMENTO DE SALIR DEL HOSPITAL:

Ventilación : Espontánea / Asistida.
Tensión Arterial : S :
D :

Perfusión parenteral : SI / NO Composición : _____

- 8.- LUGAR DE DESTINO _____
9.- MOTIVO DE TRASLADO EN UVI _____

B.- DATOS DEL FACULTATIVO PETICIONARIO :

- 1.- APELLIDOS Y NOMBRE _____
2.- SERVICIO _____
HOSPITAL UNIVERSITARIO RIO HORTEGA.
3.- FECHA : _____
4.- FIRMA: _____

Vº Bº DIRECTOR O RESPONSABLE DE LA GUARDIA.
Firmado, Apellidos y nombre.

SE TRATA DE TRASLADO URGENTE / PROGRAMADO.

NHC:
LOPE
F. Aten
Sexo:
Paci

DOC. 18

HOSPITAL:

Plan
de Parto
y Nacimiento

REGISTRO HOSPITALARIA SOBRE PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO

Nombre: _____

N° Historia clínica / N° Seguridad Social: _____

Desea estar acompañada por: JUAN

ATENCIÓN AL PARTO

Desea usar su propia ropa <input type="checkbox"/>	No desea canalización IV rutinaria <input type="checkbox"/>
Elección del lugar y posición durante el parto <u>CAMA de LADO si es posible</u>	Uso de material de apoyo para el parto: Del centro <input type="checkbox"/> Propio (Especificar) <input checked="" type="checkbox"/> <u>PELON, MUSICA, LAMPARAS SAC</u>
Participación del acompañante/pareja: Desea su participación <input checked="" type="checkbox"/> No desea participación <input type="checkbox"/>	Necesidades específicas en caso de discapacidad: _____
No desea analgesia farmacológica <input type="checkbox"/> Desea analgesia epidural <input type="checkbox"/> Desea otros tipos de analgesia <input checked="" type="checkbox"/> Especificar: <u>PELOTA, DUCHA, OXIDO NITROSO</u>	Desea que su pareja corte el cordón <input checked="" type="checkbox"/> Ha autorizado la donación de cordón <input checked="" type="checkbox"/>

MULTICULTURALIDAD E INMIGRACIÓN

Idioma principal: _____ Otros idiomas que domina: _____ Solicita traducción <input type="checkbox"/> Aporta traductor/a <input type="checkbox"/>	Requerimientos específicos: _____
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------

ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO

Profilaxis Vitamina K IM <input checked="" type="checkbox"/> Vacuna Hep. B <input type="checkbox"/>	Preferencias sobre el contacto piel con piel y participación del acompañante: <u>SI, Y EN CASO de QUE NO SE PUEDA SER SEA JUAN</u>
Lactancia Desea dar el pecho <input checked="" type="checkbox"/> No desea dar el pecho <input type="checkbox"/> Desea contacto con grupos de apoyo <input type="checkbox"/>	Desea realizar cuidados e higiene <input type="checkbox"/> Desea la colaboración de su pareja <input checked="" type="checkbox"/> Desea que su pareja realice los cuidados <input type="checkbox"/>

OBSTETRICIA

Plan
de Parto
y Nacimiento

HOSPITAL:

Observaciones o indicaciones recogidas en el Plan de Parto y Nacimiento o expresadas por la gestante, no recogidas en la tabla anterior:

Desear ser participe en todas las decisiones
teniendo en cuenta y respetando al
cariño que me da el personal

Observaciones de la matrona que revisa y registra el Plan de Parto y Nacimiento:

[Empty box for observations]

Indicaciones para la cumplimentación de este registro:

- Pregunte al ingreso de la gestante si ha realizado un Plan de Parto y Nacimiento.
- Revise junto con la mujer y su pareja o acompañante los aspectos recogidos en el mismo, aclarando cualquier duda. Modifique en su caso cualquier cuestión sobre la que haya podido cambiar de opinión y hágalo constar en este documento.
- Registre los principales aspectos recogidos en el Plan de Parto y Nacimiento entregado, marcando con una X la casilla correspondiente. En su caso describa aquellas opciones sobre las que hay respuestas escritas y haga las observaciones que considere pertinentes.
- Adjunte este documento a la historia clínica para su revisión por los/as profesionales que atenderán el parto.

Plan de Parto y Nacimiento. Hoja de Registro Hospitalaria. REVERSO

Plan
de Parto
y Nacimiento

DOCUMENTO FIRMADO POR:

D^a _____

Declaro que he leído el presente documento y he cumplimentado las opciones que he estimado convenientes para determinar mi "Plan de Parto y Nacimiento". En todo caso me reservo el derecho a modificar el mismo antes del parto o revocarlo de forma oral total o parcialmente durante el parto y la estancia hospitalaria.

Fecha: 18 de _____

Firma:

25

Apellidos:
Nombre:

Nº. Historia:
Edad:

F. nacimiento: 20/C
Sexo: hombre

Altura: 168 cm
Peso: 67.0 kg
IMC: 24

Parámetros del ejercicio

Resumen (30 s)	Reposo (R)	Calentamiento (R)	VT1 [Man.]	Carga máxima	Teór.	% teor	Recup. [60 sec]
Tiempo [min]	01:13	04:12	11:30	18:00	-	-	19:00
Cargar [W]	0	10	45	78	142	55	5
VE [L/min]	18	23	31	51	87	59	46
VO2 [mL/min]	399	584	917	1261	2000	63	1042
VO2/kg [(mL/min)/kg]	6.0	8.7	13.7	18.8	29.8	63	15.6
RER	0.79	0.82	0.83	0.99	-	-	1.08
SpO2 [%]	-	100	99	99	-	-	100

Parámetros cardíacos

Resumen (30 s)	Reposo (R)	Calentamiento (R)	VT1 [Man.]	Carga máxima	Teór.	% teor.	Recup. [60 sec]
HR [1/min]	78	33	87	106	161	66	26
HRR (L) [1/min]	83	128	74	55	-	-	135
O2pulso [mL]	5.1	17.7	10.5	11.9	12.4	96	40.1
Psist [mmHg]	0	0	110	110	-	-	110
Pdia [mmHg]	0	0	65	65	-	-	65

Reserva ventilación/respiración

Resumen (30 s)	Reposo (R)	Calentamiento (R)	VT1 [Man.]	Carga máxima	Teórico	% Teórico	Recu. (R)
BR (%) [%]	63	51	34	-9	28	-31	8
V _{Tex} [L]	0.848	1.031	1.436	1.648	-	-	1.678
BF [1/min]	20.8	22.5	21.7	31.2	41.6	75	25.8
V _{Dc} /V _T [%]	27	25	23	23	19	122	22

Transición aeróbica/anaeróbica

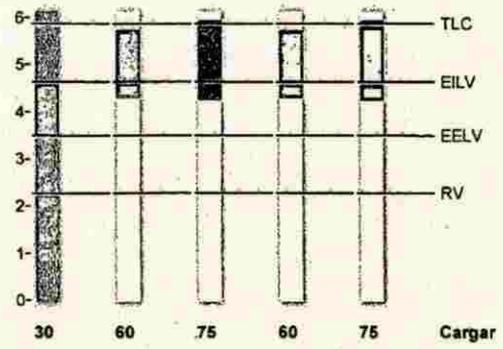
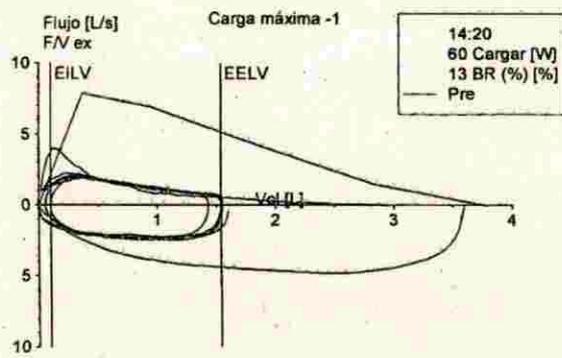
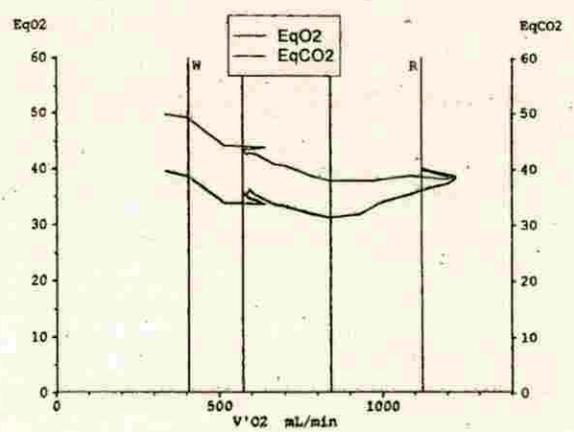
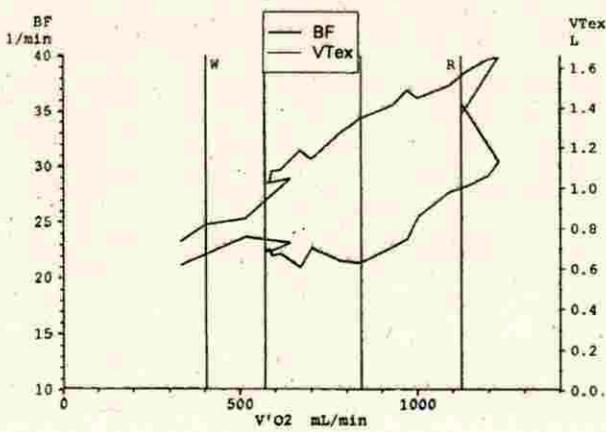
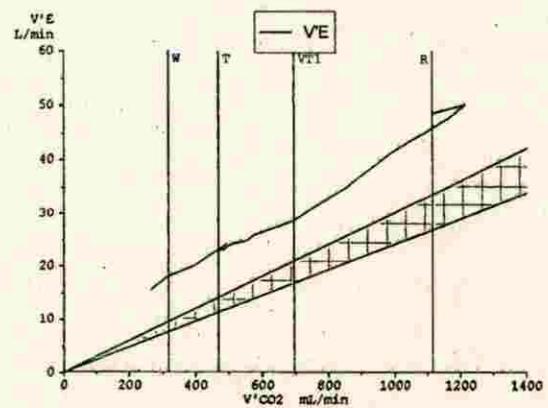
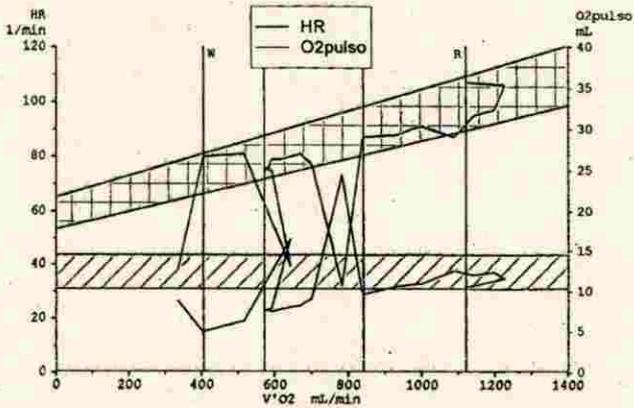
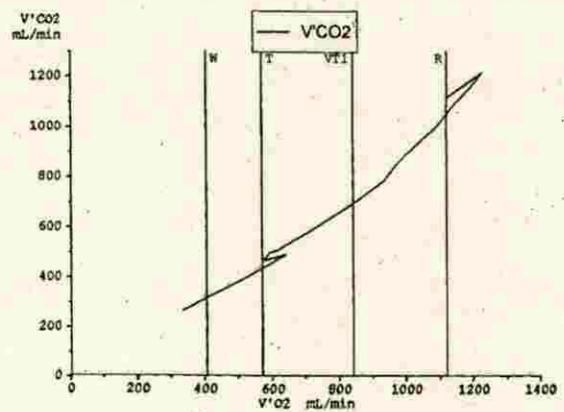
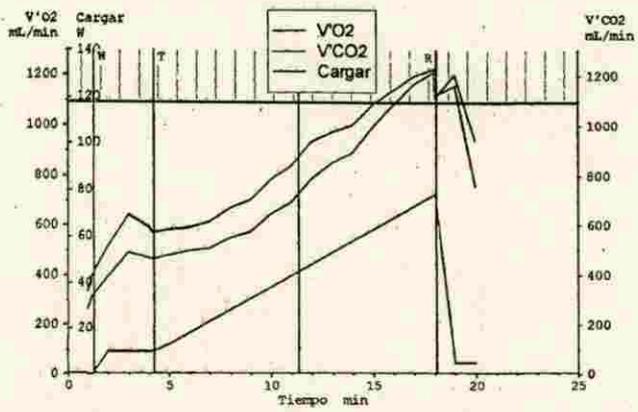
Resumen (30 s)	VT1 [%TeórMáx]	VT1 [%VO2 máx.]	VT2 [%TeórMáx]	VT2 [%VO2 máx.]
VO2 [mL/min]	46	73	41	66

Espirometría

	Teór.	Pre	%Pred
FVC [L]	3.80	2.93	77.0
FEV1 [L]	3.02	1.35	44.7
MVV [L/min]	114.25	-	-

Interpretación

Ergoespirometría realizada con cicloergómetro en paciente con EPOC grave para valoración preoperatoria de Ca de pulmón. Se utiliza un protocolo de 5 wats/min. Se detiene la prueba a los 13 min de test por disnea y debilidad de piernas (7/10). Alcanza 78 wats (55%) con un VO2 max de 1261 ml/min (63%) con un VO2/kg de 18,8 ml/min/kg. Reserva cardíaca conservada pero respiratoria agotada (-9%). Umbral anaerobico al 73% de su consumo máximo. respuesta tensora normal. No desaturación. Hiperinsuflación dinámica evidente. Pendiente VE/VO2 39
 Conclusión: Limitación moderada de la capacidad aeróbica de causa respiratoria





DOC. 20

APELLIDOS

NOMBRE

HISTORIA CLÍNICA

EDAD

TELÉFONO

SERVICIO

CAMA

HOJA DE EVOLUCIÓN PUERPERAL

EUTOCICO CESÁREA FORCEPS VENTOSA DÍA: / /20 HORA: Grupo y Rh:

		Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6
Visita realizada por el Dr. / Dra.:							
ESTADO GENERAL/ EVOLUCIÓN							
TENSIÓN ARTERIAL / TEMPERATURA							
SS/ COOMBS							
MAMAS	Lactantes						
	Grietas						
	Signos inflamatorios						
ABDOMEN	Blando y depresible						
	Signos peritonismo						
	Timpanismo						
APÓSITO	Limpio						
	Se cambia						
INVOLUCIÓN UTERINA	0						
VAGINA	Libre						
	Taponamiento						
LOQUIOS	Escasos no malolientes						
EPISIOTOMIA	Buen estado						
	Inflamac / dehiscencia						
DEPOSICIÓN	Si / No						
HEMORROIDES	Si / No						
EDEMAS	Si / No						
DIURESIS	Incontinencia orina						
		Embarazo <input type="checkbox"/>		Puerperio <input type="checkbox"/>			

4.1

DOC. 22

**HOSPITAL DE DÍA
ENFERMERÍA**

NOMBRE: _____
APELLIDOS: _____
N.H.C.: _____
TELEFONO: _____
DIAGNOSTICO: _____

SERVICIO: _____
MÉDICO: _____

TIPO TTO: _____

TRATAMIENTOS: _____

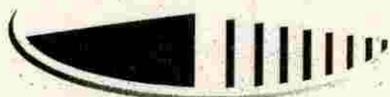
FRECUENCIA: _____

OBSERVACIONES: _____

CICLOS:

1°	2°	3°
4°	5°	6°
7°	8°	9°
10°	11°	12°

PREMEDICACIÓN:



DOC. 23

APELLIDOS

NOMBRE

ASA

EDAD

PESO

TALLA

SERVICIO DE PROCEDENCIA

HISTORIA CLINICA

GRAFICA ANESTESICA

Diagnóstico preoperatorio

Intervención

Anestesiólogo/s Cirujano/s

Fecha Procedencia del paciente: Planta UCI Rea Q. Ambulatorio

• Postoperatorio: Traslado a: Planta Rea Quirúrgica Otros

Intubado Ventilación

A. General

Premedicación

• Posición

A. Locorregional

Alergias

Protección de puntos de apoyo

Protección de ojos

Profilaxis / tto de hipotermia

A. Local por cirujano

Especificar.....

• Circuito anestésico

• Aparato de Anestesia

Comprobación de la funcionalidad del equipo

•MONITORIZACIÓN:

Auscultación card.-pulm.

Monitor FiO₂

Pulsioxímetro

Capnógrafo

Espirómetro

Relaj. Neuromusc.

Temperatura. Especificar.....

Otros

•VIAS:

(Tamaño y localización):

IV₁

IV₂

IV₃

PVC

TA Cruenta

Catéter Pulmonar

•OBSERVACIONES:

•INTUBACION:

Orotraqueal Nasal Dificultad: SI NO

N.º de intentos Observaciones

Modelo tubo Tamaño tubo DI

Neumotaponamiento: SI NO

Fibróptica Despierto

Anestesia Tópica

Fármacos IV

Traqueotomía: Reglada Urgente

Mascarilla laríngea. N.º N.º de intentos

Observaciones

Horas de ayuno sólido Idem líquidos

Portador de sonda nasogástrica

•ANESTESIA REGIONAL:

Extremidades

Plexo Nervio

Especificar

An. Local y Dosis

Regional Endovenosa

An. Local y Dosis

Subaracnoidea Epidural Caudal

Posición

Lugar de abordaje

Aguja Catéter: SI NO

Anest. Local y dosis

Nivel Anestésico

2.3.1

DM

DOC. 24

Calculadora de función renal de la Sociedad Española de Nefrología

Sistema Convencional Unidades:

Cockcroft - Gault

Edad:	<input type="text" value="73"/>	años	Superficie corporal	1,83 m ²
Peso:	<input type="text" value="70.3"/>	Kg	Índice de masa corporal	24,33 Kg/m ²
Talla:	<input type="text" value="1.70"/>	m	C-G	18,17 ml/min
Creatinina:	<input type="text" value="3.6"/>	mg/dL	C-G corregido por SC:	17,15 ml/min/1,73 m ²
Sexo:	Hombre			

Aclaramiento de Creatinina

MDRD

Edad:	<input type="text" value="73"/>	años	MDRD-6:	16,38 ml/min/1,73 m ²
Creatinina:	<input type="text" value="3.6"/>	mg/dL	MDRD-4:	17,75 ml/min/1,73 m ²
Urea:	<input type="text" value="156.3"/>	mg/dl	MDRD-4 IDMS:	16,7 ml/min/1,73 m ²
Albúmina:	<input type="text" value="3.8"/>	g/dl		
Sexo:	Hombre			
Afroamer:				

Filtrado glomerular

Estimación del filtrado glomerular MDR / CKD-EPI

Creatinina:	<input type="text" value="3.6"/>	mg/dL	16,7 ml/min/1,73 m ²
Edad:	<input type="text" value="73"/>	años	raza negra 20,2 ml/min/1,73 m ²
Sexo:	Hombre		
Metodología:	MDRD (IDMS)		

Nombre:

DOC. 26

PIR

30
Mes:

EVALUACION	OBJETIVOS	INTERVENCIONES/PROGRAMAS
1.- Funcionamiento cognitivo 2.- Autocontrol emocional/ Autoestima/ Afrontamiento del estrés / Otra sintomatología 3.- Habilidades en salud 4.- AVDs básicas: AUTOCUIDADO: (higiene, sueño, hábitos tóxicos, sexualidad) 5.- Relación con la enfermedad y el Tratamiento 6.- Psicomotricidad	ESTAR BIEN CON UNO MISMO AREA DE SALUD Y REHABILITACIÓN FÍSICA AREA DE SALUD MENTAL Y CONDUCTUAL AREA DE LA VIDA DIARIA BÁSICA - Cumplir horarios (lentamente por la mañana) ↓ tiempo (DESPERTARON) - Refuerzo Refuerzo capacidades. - <u>PIR</u> mantener. Reforzar.	<ul style="list-style-type: none"> • P. de AVDs BÁSICAS • P. PSICOEDUCACIÓN • P. AUTOADMINISTRACIÓN DE LA MEDICACIÓN • P. DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD • P. DE AUTOCONTROL Y MANEJO DEL ESTRÉS • P. DE AUTOESTIMA • P. DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA • P. DE PSICOMOTRICIDAD
7.- Habilidades instrumentales para la vida diaria (limpieza de entornos, cuidado de la ropa, cocina, uso de transportes, manejo de dinero, uso de recursos culturales) 8.- Soporte social (vivienda, situación Económica)	ESTAR BIEN EN LA COMUNIDAD AREA DE LA VIDA INSTRUMENTAL AREA DE AUTONOMÍA EN EL ENTORNO - Reforzar AVDs instrumentales COCINA Casa LAVABOS Y PLANCHAS	<ul style="list-style-type: none"> • P. AVDs INSTRUMENTALES • P. de OCIO Y TIEMPO LIBRE • P. INTEGRACIÓN SOCIOCOMUNITARIA
9.- Relaciones interpersonales Habilidades sociales Soporte familiar	ESTAR BIEN CON LOS DEMÁS AREA FAMILIAR, SOCIAL Y LEGAL Recuperación made de	<ul style="list-style-type: none"> • P. HABILIDADES SOCIALES • P. DE INTERVENCIÓN EN FAMILIAS • P. OCIO Y TIEMPO LIBRE • P. INTEGRACIÓN SOC-COM
10.- Ocio y Tiempo Libre	OCUPAR BIEN MI TIEMPO AREA DE OCUPACIÓN Y TIEMPO LIBRE - Quedar con los compañeros - Exposición Exposición personal.	<ul style="list-style-type: none"> • P. AVDs BÁSICAS • P. HABILIDADES SOCIALES • P. INTEGRACIÓN SOC-COM • P. OCIO Y TIEMPO LIBRE
11.- Estudios Trabajo Ocupación	INSERCIÓN SOCIOLABORAL AREA LABORAL Y OCUPACIONAL <u>ENTRADA</u>	<ul style="list-style-type: none"> • P. DE REHABILITACIÓN E INSERCIÓN LABORAL

LA ESCALA DE DOLOR DE LANSS

Evaluación de síntomas neuropáticos de Leeds

NOMBRE.....

FECHA.....

Historia:
REHC
Apellido:
Nombre:

DOC. 27

Esta escala del dolor puede ayudarnos a saber si los nervios que transmiten sus señales de dolor están funcionando normalmente o no. Es importante saber eso por si se necesitan tratamientos diferentes para controlar el dolor que usted siente.

A. CUESTIONARIO SOBRE EL DOLOR

—Piense en cómo ha sido su dolor en la última semana.

—Por favor, indique si algunas de las siguientes descripciones se corresponden exactamente con el dolor que usted siente.

1. ¿Percibe el dolor como sensaciones extrañas y desagradables en su piel? Esas sensaciones podrían describirse con palabras como picazón, hormigueo, pinchazos y agujetas.

a) NO – El dolor que siento no se parece realmente a eso (0)

b) SÍ – Tengo esas sensaciones con frecuencia (5)

2. ¿Su dolor hace que la piel de la zona dolorida tenga un aspecto diferente al normal? Ese aspecto podría describirse con palabras como moteado o más rojo o rosa de lo normal.

a) NO – El dolor que siento no afecta realmente a mi piel (0)

b) SÍ – He observado que el dolor hace que mi piel tenga un aspecto diferente al normal (5)

3. ¿Hace su dolor que la piel afectada tenga una sensibilidad anormal al tacto? Esa sensibilidad anormal puede describirse como sensación desagradable ante ligeros toques de la piel, o dolor al usar ropa apretada.

a) NO – El dolor que siento no provoca una sensibilidad anormal de la piel en esa zona. (0)

b) SÍ – Mi piel parece tener una sensibilidad anormal al tacto en esa zona. (3)

4. ¿Aparece su dolor repentinamente y a ráfagas, sin razón aparente cuando está usted quieto? Esas sensaciones pueden describirse con palabras como descargas eléctricas, sobresalto y ráfaga.

a) NO – El dolor que siento no es realmente así. (0)

b) SÍ – Tengo esas sensaciones bastante a menudo. (2)

5. ¿Su dolor le hace sentir como si la temperatura de la piel en la zona dolorida hubiera cambiado de forma anormal? Esas sensaciones pueden describirse con palabras como calor y ardiente.

a) NO – En realidad no tengo esas sensaciones. (0)

b) SÍ – Tengo esas sensaciones bastante a menudo. (1)

B. EXPLORACIÓN SENSORIAL

La sensibilidad de la piel puede examinarse comparando la zona dolorida con una zona contralateral o adyacente no dolorida para determinar la presencia de alodinia y una alteración del umbral de pinchazo (UP).

1. ALODINIA

Se examina la respuesta a ligeros toques con un paño de algodón sobre la zona no dolorida y luego sobre la zona dolorida. En el caso de que se experimenten sensaciones normales en la zona no dolorida, pero sensaciones dolorosas o desagradables (hormigueo, náuseas) en la zona dolorida con los toques, existirá alodinia.

a) NO, sensación normal en las dos zonas. (0)

b) SÍ, alodinia sólo en la zona dolorida. (5)

2. UMBRAL DE PINCHAZO ALTERADO

Se determina el umbral de pinchazo comparando la respuesta a una aguja de calibre 23 (azul) acoplada al cilindro de una jeringa de 2 ml y colocada suavemente sobre la piel en una zona no dolorida y luego en una zona dolorida.

En el caso de que se sienta un pinchazo agudo en la zona no dolorida, pero una sensación diferente en la zona dolorida; p. ej., nada/sólo romo (UP elevado) o una sensación muy dolorosa (UP bajo), existirá una alteración del UP.

Si no se siente un pinchazo en ninguna de las dos zonas, se aumentará el peso de la jeringa y se repetirá el procedimiento

a) NO, la misma sensación en las dos zonas. (0)

b) SÍ, un UP alterado en la zona dolorida. (3)

CISTECTOMIA RICA

PREOPERATORIO

1. ANEMIA

- Hb < 12 gr/dl Si No
- Tratamiento con hierro intravenoso Si No
 - 1 dosis (1000 mg) Si No
 - 2 dosis (1000 mg + 500 mg) Si No

2. OPTIMIZACIÓN PREOPERATORIA

1. Realizado Test 6 min en 1ª consulta Si No
 Valor obtenido de consumo de O2 (VO2)
 - > 12 ml/kg/min Si No
 - 10-12 ml/kg/min Si No
 - < 10 ml/kg/min Si No
2. Fisioterapia respiratoria (cumplimiento del 50%) Si No
3. Ejercicio pautado *Paseo a diario* Si No
4. Realizado test de los 6 min. En 2ª consulta Si No
5. MUST
 - Puntuación 0 Si No
 - Puntuación 1 Si No
 - Puntuación 2 Si No
6. Suplementos hiperproteicos postejercicio Si No
7. Suplementos hipercalóricos Si No
8. HADS
 - Depresión > 7 Si No
 - Ansiedad > 7 Si No

PREOPERATORIO INMEDIATO. INGRESO 26 NOV 20

1. Realización de interconsulta a psiquiatría Si No
2. Realización de interconsulta a endocrinología Si No
3. Marcaje del estoma Si No

4. Recogida de plantilla de actividades del paciente Si No

5. Suplemento de bebida carbohidratada Si No
 12 de la noche Si No
 6 de la mañana Si No

6. Profilaxis antitrombótica Si No
 Medias compresivas Si No
 HBPM Si No

7. Enema de limpieza Si No

INTRAOPERATORIO

- Profilaxis antibiótica Si No
- Fluidoterapia guiada por objetivos Si No
- FiO2 60-80% *70%* Si No
- Monitorización de relajación muscular Si No
- Utilización de clorhexidina alcohólica *BETADINE POR QUE HABIA QUE PINTAR VAGINA (MUCOSA)* Si No
- Glucemia < 180 mg/dl durante todo el procedimiento Si No
- Eliminación de vello con maquinilla eléctrica Si No
- Eliminación de vello con rasuradora Si No
- Calentamiento activo Si No
- Control de temperatura Si No
- Profilaxis antiemética según escala Apfel Si No
- Canalización de vía arterial Si No
- Catéter venoso central Si No
- Sonda nasogástrica Si No
- Analgesia epidural torácica Si No

POSTOPERATORIO EN REA. DIA 0.

RESPIRATORIO:

- 9. O2 - Vmask, 2 horas: Sí No
- 10. Air test (a los 15 min de ingreso): Sí No
 - 1. Sat O2 > 95% Sí No
 - 2. CPAP Sí No
- 11. Espirometría incentivada Sí No
- 12. Hipotermia Sí No
 - 3. Calentamiento Sí No

ANALGESIA:

- 1. AINEs Sí No
- 2. Catéter epidural Sí No
- 3. Catéter vaina rectos Sí No
- 4. Opiáceos Sí No

METABOLISMO:

- 1. Sueroterapia: glucosalino 0,3%, 2000 ml/24h Sí No
- 2. Protocolo control estricto glucemia (80 - 180 mg/dl) Sí No *1500 mg/24h*
 - a. Insulina administrada Sí No
- 3. Iniciada tolerancia a las 6 h tras IQ? *Alta 22h* Sí No
- 4. Administrados procinéticos? Sí No

MÓVILIZACIÓN:

- 1. Movilización precoz: sedestación en cama: Sí No *Alta 22h*

VERGA ORTODÓXICA:

- 1. Lavados 20-30 ml/h SSF por sonda / 8h? Sí No

INFECCIOSO:

- 1. Cirugía contaminada? Sí No
- 2. Tratamiento antibiótico postoperatorio? Sí No

POSTOPERATORIO DÍA 1

- 1. Progresión de dieta Sí No
- 2. Fisioterapia respiratoria Sí No
- 3. Movilización activa Sí No
- 4. Administración de mórnicos Sí No
- 5. Profilaxis NVPO Sí No
- 6. Profilaxis antiulcerosa Sí No

- 7. Profilaxis antitrombótica Sí No
- 8. Control glucemia Sí No
- 9. Retirada de líquidos intravenosos Sí No
- 10. Administración de lactulosa Sí No
- 11. Suplementación nutricional Sí No

POSTOPERATORIO DÍA 2

- 1. Progresión de dieta Sí No
- 2. Fisioterapia respiratoria Sí No
- 3. Movilización activa Sí No
- 4. Retirada de drenajes Sí No
- 5. Profilaxis NVPO Sí No
- 6. Profilaxis antiulcerosa Sí No
- 7. Profilaxis antitrombótica Sí No
- 8. Paso de analgesia IV a oral Sí No
- 9. Retirada de líquidos intravenosos Sí No
- 10. Administración de lactulosa Sí No
- 11. Suplementación nutricional Sí No

POSTOPERATORIO DÍA 3

- 1. Dieta basal Sí No
- 2. Analgesia oral Sí No
- 3. Fisioterapia respiratoria Sí No
- 4. Movilización activa Sí No
- 5. Profilaxis antitrombótica Sí No
- 6. ¿Se ha dado de alta? Sí No

POSTOPERATORIO DÍA 4

- 1. Dieta basal Sí No
- 2. Analgesia oral Sí No
- 3. Fisioterapia respiratoria Sí No
- 4. Movilización activa Sí No

5. Profilaxis antitrombótica

Si No

6. ¿Se ha dado de alta?

Si No

POSTOPERATORIO DÍA 5

1. Dieta basal

Si No

2. Analgesia oral

Si No

3. Fisioterapia respiratoria

Si No

4. Movilización activa

Si No

5. Profilaxis antitrombótica

Si No

6. ¿Se ha dado de alta?

Si No

POSTOPERATORIO DÍA 6

1. Dieta basal

Si No

2. Analgesia oral

Si No

3. Fisioterapia respiratoria

Si No

4. Movilización activa

Si No

5. Profilaxis antitrombótica

Si No

6. ¿Se ha dado de alta?

Si No

ALTA

FECHA

1. Información completa

Si No

2. Tromboprofilaxis (28 días tras IQ)

Si No

3. Retirada precoz de catéteres ureterales y sonda neovesical

Si No

4. Control telefónico tras alta

Si No

5. Apoyo domiciliario/Coordinación con AP

Si No

COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS

Precoces

Tardías

COMPLICACIONES MÉDICAS

Infeciosas

Otras

OBSERVACIONES

Reingresos

Si No

Reintervenciones

Si No

Morbilidad

Si No

Mortalidad

Si No

ANTES DE LA ADMÓN. DE LA ANESTESIA

Con enfermera y anestesiólogo como mínimo (liderado por anestesiólogo)	(*)
1. <input type="checkbox"/> Se ha confirmado, preguntando al paciente:	
a. Nombre y apellidos del paciente (contrastar visualmente con pulsera identificativa y documentación del paciente)	1a <input type="checkbox"/>
b. Tipo de operación.	1b <input type="checkbox"/>
c. Si ha firmado los Consentimientos Informados.	1c <input type="checkbox"/>
2. Se ha confirmado la localización quirúrgica (en órganos pares, el lado quirúrgico):	2 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sí	
3. Se han verificado los aparatos de anestesia y la medicación	3 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sí	
4. Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona	4 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sí	
5. ¿Tiene el paciente alergias conocidas?	5 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
6. ¿Tiene dificultad en la vía aérea /riesgo de aspiración?	6 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Sí, y el equipo y la asistencia están disponibles	
7. ¿Puede precisar de concentrados de hematies?	7 <input type="checkbox"/>
>500 ml de sangre (7 ml/kg en niños)	
<input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Sí, y dispone de una vía de acceso IV adecuada/fluidos necesarios	
8. ¿Se precisa profilaxis antibiótica?	8 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> No precisa	
<input type="checkbox"/> Sí, se administra según protocolo.	
9. ¿Se precisa profilaxis tromboembólica?	9 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> No precisa	
<input type="checkbox"/> Sí, se administra según protocolo	
10. ¿Es necesario el calentamiento del paciente?	10 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Sí, y existe el material adecuado	
11. <input type="checkbox"/> Se ha verificado la existencia y/o funcionamiento del material quirúrgico	
a. Caja de instrumental	11a <input type="checkbox"/>
b. Equipo quirúrgico (microscopios, motor, Rx, etc)	11b <input type="checkbox"/>
c. Prótesis	11c <input type="checkbox"/>

ANTES DE LA INCISIÓN EN PIEL

Con enfermera, anestesiólogo y cirujano (liderado por cirujano)	(*)
12. <input type="checkbox"/> Se ha confirmado que todos los miembros del equipo:	
a. Están presentes,	12a <input type="checkbox"/>
b. Con la vestimenta quirúrgica azul adecuada	12b <input type="checkbox"/>
c. Se conocen (en cuanto a nombre y función)	12c <input type="checkbox"/>
13. <input type="checkbox"/> El cirujano, anestesiólogo y enfermera han confirmado verbalmente:	
a. Identidad del paciente	13a <input type="checkbox"/>
b. Sitio y lado quirúrgico	13b <input type="checkbox"/>
c. Procedimiento	13c <input type="checkbox"/>
d. Posición	13d <input type="checkbox"/>
e. Sondaje	13e <input type="checkbox"/>
f. Monitorización	13f <input type="checkbox"/>
ANTICIPACIÓN DE SUCESOS CRÍTICOS	
14. <input type="checkbox"/> Cirujano repasa: ¿Cuáles son los pasos críticos o inesperados, la duración de la intervención, la pérdida de sangre esperada?	14 <input type="checkbox"/>
15. <input type="checkbox"/> Anestesiólogo repasa: ¿Presenta el paciente alguna peculiaridad que suscite preocupación?	15 <input type="checkbox"/>
16. <input type="checkbox"/> El equipo de enfermería revisa: si se ha confirmado la esterilización (con resultados de los indicadores) y si existen dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos.	16 <input type="checkbox"/>
17. <input type="checkbox"/> ¿Están presentes las pruebas de imagen correspondientes?	17 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sí	
<input type="checkbox"/> No se precisan	

Procedimiento:

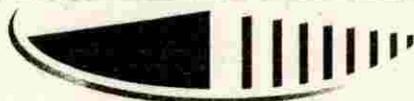
Servicio: _____ Con ingreso:
 Fecha: _____ CMA:
 Urgente:

(*) Si ha tenido que realizar alguna actuación correctora ó se ha producido alguna incidencia, por favor, indíquelo con una cruz

ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DEL QUIRÓFANO

Con enfermera, anestesiólogo y cirujano (liderado por enfermera)	(*)
18. <input type="checkbox"/> La enfermera confirma verbalmente:	
a. Procedimiento y técnica empleada	18a <input type="checkbox"/>
b. Recuento de material:	18b <input type="checkbox"/>
• Instrumental	
• Compresas / Gasas / Torundas	
• Agujas	
c. Identificación y gestión de las muestras biológicas	18c <input type="checkbox"/>
19. ¿Ha existido algún problema con los equipos para notificarlo y en su caso repararlo?	19 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sí, y se va a notificar	
<input type="checkbox"/> No	
20. <input type="checkbox"/> Cirujano, anestesiólogo y enfermera han revisado los aspectos críticos de la atención postoperatoria:	20 <input type="checkbox"/>
• Identificación paciente de alto riesgo	
• Necesita medidas especiales	
• Precisa tratamiento analgésico	
• Precisa destino especial	
• Drenajes	
<p>ETIQUETA IDENTIFICATIVA DEL PACIENTE</p>	

Observaciones:



DOC. 30

NOMBRE

HISTORIA CLÍNICA

APELLIDOS

EDAD

TELÉFONO

N.º de S.S.

DOMICILIO

C. P.

POBLACIÓN

CENTRO DE SALUD

ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN PEDIÁTRICA

ANTECEDENTES FAMILIARES

- N.º Historia

ANTECEDENTES PERSONALES

- Embarazo
- Parto
- Apgar
- Peso R. N.
- Talla R. N.
- Período neonatal
- Alimentación
- Vitaminoterapia
- Introducción de gluten
- Desarrollo psicomotor
- Vacunaciones
- Enfermedades anteriores
- Alergias conocidas

ENFERMEDAD ACTUAL

EXPLORACIÓN

- Temperatura
- Tensión arterial
- Frecuencia cardíaca
- Peso
- Talla
- Perímetro cefálico
- Percentil P.
- Percentil T.
- Percentil P. C.

JUICIO CLÍNICO

PLAN TERAPÉUTICO

Area for handwritten notes and data, consisting of multiple horizontal lines.

DOC 32

Nombre y apellidos (etiqueta):

DONANTE SANO

Antecedentes patológicos	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, especificar: - No DM - HTA en tratamiento - Hipertensión en tto.
Intervenciones previas e historia de reacción adversa a anestésicos	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, especificar: - IR: apendicitis a los 18 años No reacciones alérgicas a anestésicos, ni con localís ni generales.
- Antecedentes transfusionales ?	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, especificar si reacciones adversas:
- Historia de viajes recientes fuera de Europa	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, especificar:
- Historia gestacional (embarazos, número de hijos y sexo)	
Alergias	<input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sí, especificar: Asplina → prueba de alergia → Negativa.
- Factores de riesgo de infección por VIH, V Hepatitis B-C, HTLV I-II	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, especificar:
- Vacunaciones recientes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, especificar:
- Contacto reciente con alguna persona con enfermedad infecto-contagiosa	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, especificar:
Medicación concomitante	- anti-HTA - Hipolipemiente.
Exploración física (peso: 65 Kg)	Normal: <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, especificar: ECG O. BEG. Ausculto. RP (N) ; no adenopat palpebral - OLL (N).
Donante de:	<input type="checkbox"/> MO <input checked="" type="checkbox"/> SP <input type="checkbox"/> Hno <input type="checkbox"/> DNE Heterodérmico
Estudios solicitados	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 3D
Analítica valorada	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Observaciones:	Ansiedad : con valium 5 mg pre-aféresis. → déficit de B12 tratado, resuelto (2 meses ya en tabletas) No antibióticos digestivos.

Médico responsable:
(nombre y apellidos)

Fecha 1:

DISPENSARIO	OBTENCION CRIOPRESERVACION PHSP

DOC 33

NOMBRE	HISTORIA CLÍNICA
APELLIDOS	
EDAD	Nº S.S.
SERVICIO/CONSULTA	
DOMICILIO	TELÉFONO

SOLICITUD DE EXPLORACIÓN RADIOLÓGICA PROGRAMADA II

Paciente: Ambulante Ingresado Indicar su cama

Antecedentes de alergia a contrastes iodados y/o látex SI NO Insuficiencia renal SI NO

Embarazo: SI NO Anestesia: SI NO Diabético: SI NO Tratamiento con metformina: SI NO

Datos clínicos de interés en relación con la exploración solicitada:

Petición: Nueva Seguimiento (Fecha aproximada, estudio anterior)

FECHA: _____ Dr./a. solicitante: _____ Fdo: _____

**ATENCIÓN ANTES DE PRESCRIBIR
CONSULTE TABLA DE EQUIVALENCIAS
DOSIMÉTRICAS**

	Dosis (mSv)	Nº Rx Tórax	Rad. Nat.
TC Cráneo	2,3	115	1 año
TC Tórax	8	400	3,6 años
TC Abdomen	10	500	4,5 años

Las indicaciones y el uso de radiaciones ionizantes con fin diagnóstico deberán cumplir lo establecido en el RD 815/2001 para médicos prescriptores.

8. DOPPLER COLOR

- 71.370 Troncos supraaórticos
- 71.372 Miembros inferiores arterial Dcho. Izdo.
- 71.373 Miembros inferiores venoso Dcho. Izdo.
- 71.374 Miembros superiores arterial Dcho. Izdo.
- 71.375 Miembros superiores venoso Dcho. Izdo.
- 71.376 Aorto-iliaco 71.378 Hepático
- 71.379 Renal 71.380 Abdominal
- 71.381 Pene 71.382 Testículos
- 71.387 Doppler hepático con potenciador
- 71.390 Otros (precisar)*

9. PAAF / BIOPSIA / OTROS PROCEDIMIENTOS

- 71.021 Drenaje percutáneo de abscesos y colecciones
- 71.023 Tórax 72.354 Mama
- 70.941 Biopsia ósea
- 71.422 Tiroides PAAF
- 71.020 Otros (precisar)*

10. TC

- 70.891 TC cerebral sin contraste
- 70.892 TC cerebro con contraste
- 71.101 Angio TAC de arterias cerebrales
- 70.905 TC de órbita sin / con contraste
- 70.908 TC facial o senos sin / con contraste
- 70.916 TC de peñasco, mastoides y CAIS
- 70.910 TC de mandíbula sin contraste
- 70.962 TC de cuello sin / con contraste
- 70.993 TC de tórax sin/con contraste
- 70.994 TC de tórax de alta definición
- 71.103 TC arterias pulmonares
- 70.997 TC de abdomen sin/con contraste
- 71.002 TC toraco-abdominal
- 71.004 TC abdomen-pelvis
- 71.048 TC toraco-abdomino-pélvico sin/con contraste
- 71.007 TC de cuello tórax abdomen pelvis con contraste
- 71.104 TC arterias coronarias
- 71.106 TC de arteria mesentérica y hepática
- 71.105 TC de aorta
- 71.108 Angio TAC arterias periféricas (precisar)*
- 71.021 Drenaje percutáneo de abscesos y colecciones (precisar)*
- 71.022 Biopsia con aguja gruesa con TC
- 71.023 Punción-aspiración con aguja fina con TC
- 71.931 TC de columna cervical sin contraste
- 70.934 TC de columna dorsal sin contraste
- 70.937 TC de columna lumbo-sacra sin contraste
- 71.061 TC músculo esquelético (precisar)*
- 71.090 Otros TC (precisar)*

* PRECISIONES SOBRE LA EXPLORACIÓN SOLICITADA: cuando sea necesario añadir lateralidad, nivel, localización, etc.

11. RM LA PETICIÓN DE RESONANCIA MAGNÉTICA IMPLICA QUE EL PACIENTE NO TIENE: (1) MARCAPASOS, (2) CLIPS VASCULARES, (3) IMPLANTES ELÉCTRICOS NO COMPATIBLES CON RESONANCIA MAGNÉTICA. (4) ESQUIRLAS METÁLICAS OCULARES. (5) EMBARAZO.

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> 71.143 RM de cráneo/cerebro sin/con contraste | <input type="radio"/> 71.193 RM de columna cervical sin/con contraste |
| <input type="radio"/> 71.160 Angiografía de troncos supraaórticos con RM | <input type="radio"/> 71.196 RM de columna dorsal sin/con contraste |
| <input type="radio"/> 71.161 RM para radiocirugía | <input type="radio"/> 71.199 RM de columna lumbar sin/con contraste |
| <input type="radio"/> 71.214 RM de peñasco y/o base de cráneo sin/con contraste | <input type="radio"/> 71.202 RM sacroilíacas sin/con contraste |
| <input type="radio"/> 71.149 RM de hipófisis sin/con contraste | <input type="radio"/> 71.236 RM de hombro <input type="checkbox"/> Dcho. <input type="checkbox"/> Izdo. |
| <input type="radio"/> 71.182 RM de cuello sin/con contraste | <input type="radio"/> 71.237 RM de codo <input type="checkbox"/> Dcho. <input type="checkbox"/> Izdo. |
| <input type="radio"/> 71.146 RM de ATM | <input type="radio"/> 71.238 RM de muñeca <input type="checkbox"/> Dcho. <input type="checkbox"/> Izdo. |
| <input type="radio"/> 71.252 RM de abdomen sin y con contraste | <input type="radio"/> 71.242 RM de caderas <input type="checkbox"/> Dcho. <input type="checkbox"/> Izdo. |
| <input type="radio"/> 71.255 RM de pelvis sin/con contraste | <input type="radio"/> 71.243 RM de rodilla <input type="checkbox"/> Dcho. <input type="checkbox"/> Izdo. |
| <input type="radio"/> 71.257 RM de hígado sin/con contraste | <input type="radio"/> 71.245 RM de tobillo <input type="checkbox"/> Dcho. <input type="checkbox"/> Izdo. |
| <input type="radio"/> 71.258 Colangio RM | <input type="radio"/> 71.246 RM de pie <input type="checkbox"/> Dcho. <input type="checkbox"/> Izdo. |
| <input type="radio"/> 71.124 RM de corazón | <input type="radio"/> 71.260 Angio RM de aorta abdominal e ilíacas |
| <input type="radio"/> 71.128 Angio RM de Tórax con contraste | <input type="radio"/> 71.261 Angio RM de arterias renales |
| <input type="radio"/> 71.134 RM de mama sin/con contraste | <input type="radio"/> 71.290 Otras RM (precisar)* |

* **PRECISIONES SOBRE LA EXPLORACIÓN SOLICITADA:** cuando sea necesario añadir lateralidad, nivel, localización, etc.

12. NEURORADIOLOGÍA-RADIOLOGÍA VASCULAR-INTERVENCIONISTA

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> 71.501 Angiografía arco aórtico y TSA. | <input type="radio"/> 71.884 Angioplastia fístula A.V. hemodiálisis |
| <input type="radio"/> 71.505 Angiografía cerebral completa | <input type="radio"/> 71.761 Determinaciones hormonales (extracción, muestras venosas) |
| <input type="radio"/> 71.510 Pruebas oclusión | <input type="radio"/> 72.154 Catéter con tracto subcutáneo |
| <input type="radio"/> 71.521 Embolización carótida externa | <input type="radio"/> 72.156 Cambio de catéter |
| <input type="radio"/> 71.523 Embolización supraselectiva intracraneal (MAV) | <input type="radio"/> 71.785 Biopsia hepática trasjugular |
| <input type="radio"/> 71.531 Angioplastia (ATP) extracraneal con prótesis | <input type="radio"/> 71.811 Colangiografía tras hepática percutánea |
| <input type="radio"/> 71.534 Vertebroplastia | <input type="radio"/> 72.113 Embolizaciones (precisar)* |
| <input type="radio"/> 71.520 Otros neurovascular intervencionista (precisar)* | <input type="radio"/> 72.065 Fibrinolisis (precisar)* |
| <input type="radio"/> 71.531 Angioplastia (ATP) extracraneal con prótesis | <input type="radio"/> 71.025 Radiofrecuencia de lesiones (precisar)* |
| <input type="radio"/> 71.534 Vertebroplastia | <input type="radio"/> 72.160 Drenaje biliar percutáneo externo |
| <input type="radio"/> 71.705 Aortografía abdominal | <input type="radio"/> 72.172 Shunt portocava (tips) |
| <input type="radio"/> 71.707 Arteriografía pulmonar | <input type="radio"/> 71.831 Pielografía percutánea |
| <input type="radio"/> 71.722 Arteriografía renal | <input type="radio"/> 72.200 Nefrostomía percutánea |
| <input type="radio"/> 71.727 Arteriografía visceral digestiva | <input type="radio"/> 72.254 Drenaje de colecciones líquidas (cualquier localización) |
| <input type="radio"/> 71.746 Cavografía superior | <input type="radio"/> 71.527 Infusión terapéutica fibrinolisis |
| <input type="radio"/> 72.142 Filtro definitivo de cava | <input type="radio"/> 72.250 Otros intervencionismos (precisar)* |
| <input type="radio"/> 71.756 Estudio fístula arteriovenosa hemodiálisis | |

* **PRECISIONES SOBRE LA EXPLORACIÓN SOLICITADA:** cuando sea necesario añadir lateralidad, nivel, localización, etc.