

HOJA DE EVOLUCIÓN

Paciente: Denis, Daniel Gustavo

Documento: 21472046

Edad: 56

HC: 341476

Fecha Ingreso: 21/10/2026

Fecha Egreso:

Habitación / Cama: ShockRoom / Cama 6

Diagnóstico de Ingreso: sospecha acv

Diagnóstico de Egreso:

Fecha	Profesional	Descripcion	Firma
24/10/2026 11:35	Valeria Kate Urcullo Matrícula Provincial: 339456 Guardia Adultos	PACIENTE EVOLUCIONA SIN INTERCURRENCIAS, PASA A CLINICA MEDICA PARA CONTINUAR TRATAMIENTO. PENDIENTE RESONANCIA MAGNETICA DE ENCEFALO.	<i>Dra. Urcullo Valeria Kate</i> <i>Médica</i> <i>M.N. 191624 - M.P. 339456</i>
23/10/2026 16:14	Ericka Balcazar Guardia Adultos	Solicito resonancia magnética de encefalo	
23/10/2026 11:58	Ericka Balcazar Guardia Adultos	EVOLUCIÓN SHOCK ROOM DIAGNOSTICO: 1.- Sx Neurologico 1.1.- Acv e/e • Días de internación 3er dia • Días de atb no AP: Hta, Dbt tipo II, ACV (internación reciente hace un mes) Signos vitales del ingreso: TA:140/100 mmHg FC:61 x' lpm FR:16 SAT o2: 94% A/A T°:36.5 Hgt: 190 Examen Fisico: SNC: vigil, consciente ubicado en tiempo espacio y persona Glasgow 15/15 hemiparesia faciobraquio crural izquierda, disartria, leve desviacion comisura labial lado izq sin signos de irritación meníngea Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, regulares, normofoneticos sin soplos sin signos agudos de falla de bomba niega angor y equivalentes anginosos Aparato respiratorio: Buena entrada de aire bilateral buena mecánica ventilatoria ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares sin ruidos patologicos sobreagregados, sin requerimiento de O2 suplementario Abdomen: Blando, depresible no doloroso a la palpación superficial ni profunda, RHA presente, sin reacción peritoneal Extremidades: simétricas, eutróficas, sin varices, sin edema Estudios complementarios:	

		• Ecocardiograma (09-09) : Im leve it leve fey 58% tapse 22mm dimensiones y espesores conservado vi , motilidad conservada. • Doppler vasos de cuello (09-09): Ateromatosis carotidea de grado leve . Comentario: Paciente masculino de 56 años de edad con FRCV (Hta, Dbt, dlp, sbp, sed) Al momento de evaluación en regular estado general, refiere que el día de hoy en horas de la madrugada aproximadamente 5 am presenta exacerbación de hemiparesia izquierda , disartria, acompañado de cefalea. Asi mismo refiere presentar cuadro caracterizado por dolor torácico de tipo urente y poco opresivo 7/10 intensidad no irradia, al momento niega angor y equivalentes, niega cefalea Solicito tac de encéfalo, ekg, laboratorios de la fecha • Lab 23-10: hb 12 htc 37 gb 8600 plaq 225000 glu 178 urea 40 crea 1.03 na 141.9 k 3.61 cl 99.5 Coagulograma: tp 14.45 % 80 • Ekg 23-10: ritmo sinusal fc 60lpm pr 0.016 qr 0.04 St normonivelado • Tac encefalo: No impresiona imagenes hiper ni hipodensas no impresiona desviacion linea media (no impresiona cambios agudos en relacion a primer tomografia)	
23/10/2026 11:13	Ericka Balcazar Guardia Adultos	EVOLUCIÓN SHOCK ROOM DIAGNOSTICO: 1.- Sx Neurologico 1.1.- Acv e/e • Días de internación 3er dia • Días de atb no AP: Hta, Dbt tipo II, ACV (internación reciente hace un mes) Signos vitales del ingreso: TA:140/100 mmHg FC:61 x' lpm FR:16 SAT o2: 94% A/A T°:36.5 Hgt: 190 Examen Fisico: SNC: vigil, consciente ubicado en tiempo espacio y persona Glasgow 15/15 hemiparesia faciobraquio crural izquierda, disartria, leve desviacion comisura labial lado izq sin signos de irritación meníngea	

Servicio de Diagnóstico Por Imágenes - Área de Resonancia Magnética

PLANILLA DE SEGURIDAD PARA REALIZARSE UNA RESONANCIA MAGNETICA

Fecha: 23 -10-2026

Nombre y apellido: Denis Daniel Gustavo

Edad: 56

DNI: 21472046

Sexo: Masculino

Fecha de nacimiento: 26 -12-1969

Peso: 85 Kg

Altura: 1,75

Estudio solicitado: Resonancia magnetica encéfalo

Diagnostico: Sx Neurológico

Contraste: si ☒ no

Por favor marque si o no con un círculo

¿Se ha realizado Resonancia Magnética alguna vez? ☒ SI NO

¿Le han inyectado gadolinio alguna vez? SI ☒ NO

¿Sufrió algún tipo de reacción alérgica al mismo? SI ☒ NO

¿Tiene dispositivos médicos implantados? (Hable con el equipo médico si no está seguro)

SI ☒ NO

Si su respuesta es sí, enumere los dispositivos

.....

.....

¿Tiene alguna herida provocada por un objeto metálico (como bala o proyectil)?

SI ☒ NO

¿Alguna vez se ha lastimado los ojos con un objeto o fragmento metálico?

SI ☒ NO

¿Alguna vez se ha sometido a una cirugía, operación o procedimiento cardíaco?

SI ☒ NO

¿Qué tipo de cirugía? ¿Le colocaron algún elemento metálico?

.....

¿Tiene algún aparato de ortodoncia con metal?

SI ☐ NO

¿Tiene un medidor continuo de glucosa o bomba de insulina?

SI ☒ NO

¿Tiene una sonda de alimentación?

SI ☒ NO

¿Tiene algún ojo, brazo, pierna o articulación artificial?

SI ☒ NO

¿Tiene algún Clip en la aorta, pinzas de aneurisma o clip vascular?

SI ☒ NO

¿Tiene algún piercing?

SI ☒ NO

¿Tiene dispositivos cardíacos como válvulas artificiales, filtros o stent?

SI ☒ NO

¿Tiene colocado un implante auditivo o audífonos?

SI

☒ NO

¿Tiene colocados electrodos, Implantes eléctricos o mecánicos (como implante peneano, electrodos o cables internos, o un catéter de nervio periférico)?

SI

☒ NO

¿Posee desfibrilador o marcapasos?

SI

☒ NO

¿Tiene bomba de infusión implantada o estimulador neurológico?

SI

☒ NO

¿Posee colocado una catéter?

SI

☒ NO

¿Tiene pestañas magnéticas, maquillaje metálico o con brillantina, brillo para el cuerpo o el cabello?

SI

☒ NO

¿Tiene varillas metálicas, placas, tornillos, clavos, pernos o alambres que no sean aptas para Resonancia Magnética?

SI

☒ NO

Declaro comprender las preguntas que se e realizaron y haber respondido a conciencia.

Doy mi consentimiento para la realización de este estudio de Resonancia Magnética.

Dra. Ericka N. Balcazar
Médico
M.N. 188289 - M.P. 339742

FIRMA DEL MEDICO

FIRMA DEL PACIENTE O TITULAR

REPÚBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

Apellido/Surname
DENIS

Nombre/Name
DANIEL GUSTAVO

Sexo/ Nacionalidad
Sex / Nationality
M / ARGENTINA

Documento/Document
21.472.046

Fecha de emisión/
Date of issue
19.09.2026

Fecha de nacimiento/
Date of birth
26.12.1969

Ejemplar E

Fecha de vencimiento/
Date of expiry
19.09.2041

RG

841896

006420509







MARCOS PAZ
SALUD

Hospital Municipal
Dr. Héctor J. D'Agnillo

Hipólito Yrigoyen esq. ruta 40 - 0220 477 1924 - hospital@marcospaz.gov.ar

Apellido y Nombre:

Denis Daniel

DNI:

21472046

Rp./

Solicito resonancia
magnetica de
encefalo

Diagnóstico Presuntivo:

23-10-2026

Dra. Ericka N. Balcazar
Médico
M.N. 188289 - M.P. 339742

NOMBRE Y APELLIDO: Daniel Denis

PROTOCOLO: 13569

HTO	36.2
BCOS	7700
GLUCOSA	145
UREA	36
CREATININA	1.12
TGO	20
TGP	23
FAL	146
NA ⁺	136.2
K ⁺	3.63
AMILASA	/
CPK	42
LDH	/
	/

SEDIMENTO: /