



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS

REFERENCIA-CONTRARREFERENCIA

REFERENCIA

ORDINARIO

URGENTE

NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y AGREGADO MEDICO

411887111064 | B142000

Hernandez Ruiz Diego Yair

APELLIDO PATERNO

MATERNO

NOMBRE

CURP

ENVIO A LA ESPECIALIDAD DE

Medicina Familiar

UNIDAD A LA QUE SE ENVIA

UMF#49

DELEGACION

S. L. P.

UNIDAD QUE ENVIA

HCoZ#01 Neurologia

DELEGACION

S. L. P.

DIAGNOSTICO(S) DE ENVIO:

Deficit de atencion

FECHA DE LA SOLICITUD:

29 09 2016

DIA

MES

AÑO

FECHA DE CITA DE PRIMERA VEZ:

DIA

MES

AÑO

RESUMEN CLINICO

ANOTAR EN RESUMEN DE LOS PRINCIPALES DATOS DEL INTERROGATORIO Y EXPLORACION FISICA, ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO, TERAPIA PREVIA Y RESULTADOS OBTENIDOS

Pte. Maso de 60 años con déficit de atención se encuentra en tratamiento con Metilfenidato tab 10mg y 2-42. O Imipramina tab 25mg 0-42. Terapia que debe ser en forma indefinida sin suspender o modificar hasta nueva indicación de mi parte por su apoyo ¡gracias!

MOTIVO DEL ENVIO

1.- FALTA DE RESPUESTA FAVORABLE AL TRATAMIENTO

2.- PRESENCIA DE COMPLICACIONES

3.- REQUIERE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO ESPECIALES

4.- RIESGO DE SEQUELAS

5.- COMPLEMENTACION DIAGNOSTICA

6.- TRATAMIENTO ESPECIALIZADO

7.- PROTECCION ANTICONCEPTIVA METODO ANTICONCEPTIVO

(FIRMA DE ACEPTACION DE LA PACIENTE)

3.- OTROS

ESPECIFIQUE

INCAPACIDAD:

No. DE FOLIO

POR

DIAS

RAMO DE SEGURO:

FECHA DE INICIO

DIA

MES

AÑO

ENFERMEDAD GENERAL

RIESGO DE TRABAJO

MATERNIDAD

INICIAL

SUBSECUENTE

No. DIAS ACUMULADOS

MEDICO RESPONSABLE

NOMBRE, MATRICULA Y FIRMA)

MEDICO DIRECTIVO QUE AUTORIZA
(NOMBRE, MATRICULA, CARGO Y FIRMA)

Dr. Ramirez
99312075

[Handwritten signature]

MANEJO

MANEJO ESPECIALIZADO

FECHA EN QUE SE OTORGA LA PRIMERA CONSULTA

DIA	MES	AÑO

DIAGNOSTICO INICIAL _____

DIAGNOSTICO FINAL _____

PRONOSTICO _____

DEBE SER LLENADO POR EL ESPECIALISTA QUE DIO EL ALTA

INTERPRETACION DE AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

MEDICAMENTOS UTILIZADOS

EVOLUCION

TOTAL CONSULTAS OTORGADAS _____

RESUMEN _____

FECHA DE ALTA DEL SERVICIO

DIA	MES	AÑO

RECOMENDACIONES

MEDICAMENTOS

NOMBRE GENERICO

DOSIS

TIEMPO DE ADMINISTRACION

OTRAS MEDIDAS TERAPEUTICAS O DE CONTROL _____

¿DEBE CONTINUAR CON INCAPACIDAD?

SI

NO

TIEMPO PROBABLE _____

¿REQUIERE NUEVA VALORIZACION POR EL SERVICIO CONSULTADO?

SI

NO

CUANDO _____

INCAPACIDAD

INICIO

FOLIO

DIAS AMPARADOS

EG AT EP

MEDICO RESPONSABLE FIRMA Y MATRICULA

DIA	MES	AÑO

--	--

- Dificultad para la comprensión abstracta de algunos contenidos, lo cual se hace más evidente en su desempeño matemático (problemas de razonamiento, lógica, fracciones,)
- En ocasiones le es difícil sintetizar los diferentes elementos de un todo lo cual se acentúa si se encuentra bajo la presión del tiempo, por lo que nuevamente es necesario resaltar el hecho de que Paloma frente alguna tarea nueva requiere de tiempo para ajustarse (entender, organizar, ejecutar). Siendo necesario repetirle indicaciones.

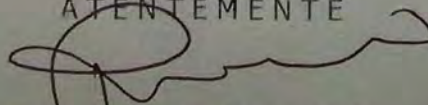
A la par de estas áreas de oportunidad, es importante hacer mención que Diego ha logrado fortalecer muchas de sus áreas de desarrollo: sociabilización (mostrando una mayor disposición y preocupación por integrarse a sus coetáneos), memoria, atención, escritura. Con frecuencia suele dar respuestas acertadas y con apego a la realidad lo que le da la posibilidad de actuar y hacer frente a diversas situaciones que se le presenten en la práctica y ajustarse al seguimiento de reglas en los diversos ámbitos donde se desenvuelva.

Ante todo este panorama resulta muy conveniente seguir apoyándolo a la hora de realizar actividades que requieren un análisis más profundo como por ejemplo hacer los exámenes bimestrales.

Sigue siendo muy importante que los padres de Diego Yahir así como sus maestros tomen en cuenta dichas características, ya que **dichas dificultades no están totalmente dentro de sus habilidades.**

Para cualquier duda o comentario favor de comunicarse.

ATENTAMENTE



Mtra. Psic. Karla Palomo Valenzuela
Psicóloga Clínica Infantil
Ced. Prof. 4241777



San Luis Potosí, S.L.P., Enero de 2009

ESCUELA PRIMARIA FERNANDO VÁZQUEZ
PROFRA. DIRECTORA
PRESENTE

Considero muy conveniente el hacer mención que durante el proceso terapéutico llevado por el niño Diego Yair Hernández Ruíz a sido muy importante el apoyo, comprensión y consideraciones que su institución toma al respecto de la conducta desplegada por Diego dentro y fuera de su salón de clases.

Aprovecho la ocasión para hacer constar que actualmente Diego Yair continúa asistiendo a recibir su tratamiento terapéutico a través de sesiones semanales y con duración de una hora.

Es importante hacer mención que Diego ha logrado fortalecer algunas de sus áreas de oportunidad (y que son aspectos relacionados con: adecuado manejo de emociones, atención, memoria, autoestima, etc.), sin embargo aún es conveniente seguir apoyándolo a la hora de realizar actividades que requieren un análisis más profundo como por ejemplo hacer los exámenes bimestrales. Debido a esto, considero importante que sus padres, así como sus maestros tomen en cuenta dichas características al tratar a Diego, ya que **dichas dificultades no están totalmente dentro de sus habilidades.**

Reitero a ustedes mi agradecimiento por permitir a Diego y su familia lograr el reestablecimiento de un adecuado desenvolvimiento en sus relaciones intrafamiliares. Para cualquier duda o comentario favor de comunicarse.

ATENTAMENTE

Mtra. Psic. Karla Palomo Valenzuela
Psicóloga Clínica Infantil
Ced. Prof. 4241777

24-Mayo-06

16:30 hrs. 15:30 hrs



16:30 hrs.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA

15:30 hrs

GABINETE DE TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA

SOLICITUD DE CONSULTA

cl 8 hrs ayuno

TCC de cráneo simple y contrastada

Fecha 28 febrero 2006 Externo Interno

Nombre Hernandez Ruiz Diego Yair Edad 5 años Sexo: M F M

Número de Afiliación 41 90 74 3519 34 00 or Cama No.

Diagnóstico de presunción:

Datos Clínicos Pertinentes: TADH + PG. EPILPSIA

Dr. Gerardo A. Alvarez de la Rosa
MED. INT. - NEUROLOGIA
D.G.P. 1761747 / MAT. 93140805

Nombre y Matrícula del Médico

Fecha de la Cita: Día Mes Año Hora

Número de Registro de T. C.

INFORME:



AFILIACION Y VIGENCIA
H.G.Z.C. / M.F. No. 1
SAN JUAN POTOSI, S.L.P.
JAVIER CERDA RODRIGUEZ
MATRICULA: 4132858

10/04/06

Fecha

Interpretó



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS

REFERENCIA-CONTRARREFERENCIA

REFERENCIA

ORDINARIO

URGENTE

NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y AGREGADO MEDICO

81118171111016 14 13M0010101

Hernandez Ruiz Diego Yair

APELLIDO PATERNO

MATERNO

NOMBRE

CURP

ENVIO A LA ESPECIALIDAD DE:

Medicina Familiar

UNIDAD A LA QUE SE ENVIA:

UMF 49

DELEGACION

S.C.P.

UNIDAD QUE ENVIA:

H62.N.f

DELEGACION

S.C.P.

FECHA DE LA SOLICITUD:

10/11/14 20/10/18

DIA

MES

AÑO

FECHA DE CITA DE PRIMERA VEZ:

DIA

MES

AÑO

DIAGNOSTICO(S) DE ENVIO:

DEFICIT DE ATENCION

DESCONTROL DE IMPULSOS

RESUMEN CLINICO

ANOTAR UN RESUMEN DE LOS PRINCIPALES DATOS DEL INTERROGATORIO Y EXPLORACION FISICA, ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO, TERAPEUTICA PREVIA Y RESULTADOS OBTENIDOS

A quien corresponden
SE TRATA DE PACIENTE MASCULINO DE 7 AÑOS
CONOCIDO DEL SERVICIO SE ENCUENTRA EN TRATAMIENTO
DE DEFICIT DE ATENCION CON MOTILFENIDATO DE 10mg
1/2 X 2 ACTUM HE AJUSTADO DOSES DE acuerdo
AL PESO ADONAS DE DESCONTROL DE IMPULSOS -
A lo que se aconsejo Risperidona 1/4 y 2
se seleccionara Lora y Tbc de acuerdo
A alguna NUEVAMENTE

MOTIVO DEL ENVIO

- 1.- FALTA DE RESPUESTA FAVORABLE AL TRATAMIENTO
- 2.- PRESENCIA DE COMPLICACIONES
- 3.- REQUIERE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO ESPECIALES
- 4.- RIESGO DE SECUELAS
- 5.- COMPLEMENTACION DIAGNOSTICA

6 - TRATAMIENTO ESPECIALIZADO

7 - PROTECCION ANTICONCEPTIVA METODO ANTICONCEPTIVO

(FIRMA DE ACEPTACION DE LA PACIENTE)

8.- OTROS

ESPECIFIQUE

INCAPACIDAD: No. DE FOLIO _____ POR _____ DIAS

FECHA DE INICIO

_____|_____|_____|_____|_____|_____|
DIA MES AÑO

INICIAL

SUBSECUENTE

No. DIAS ACUMULADOS

RAMO DE SEGURO:

ENFERMEDAD GENERAL

RIESGO DE TRABAJO

MATERNIDAD

MEDICO RESPONSABLE

(NOMBRE, MATRICULA Y FIRMA)

Dr. Gerardo A. Alvarez
de la Rosa
MEDICINA INTERNA
MAT. 6141447

MEDICO DIRECTIVO QUE AUTORIZA
(NOMBRE, MATRICULA, CARGO Y FIRMA)

Dr. Jorge Eduardo Nava Hernandez
COORDINADOR MEDICINA INTERNA
H. G. Z. C. / M. F. No. 1
MATRICULA 6141447
D. G. P. 703306

MANEJO

MANEJO ESPECIALIZADO

FECHA EN QUE SE OTORGA LA PRIMERA CONSULTA

| | | | |
 DIA MES AÑO

DIAGNOSTICO INICIAL _____

DIAGNOSTICO FINAL _____

PRONOSTICO _____

DEBE SER LLENADO POR EL ESPECIALISTA QUE DIO EL ALTA

INTERPRETACION DE AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

MEDICAMENTOS UTILIZADOS

EVOLUCION

TOTAL CONSULTAS OTORGADAS _____

RESUMEN _____

FECHA DE ALTA DEL SERVICIO

| | | | |
 DIA MES AÑO

RECOMENDACIONES

MEDICAMENTOS	DOSIS	TIEMPO DE ADMINISTRACION
NOMBRE GENERICO _____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

OTRAS MEDIDAS TERAPEUTICAS O DE CONTROL _____

¿DEBE CONTINUAR CON INCAPACIDAD?

SI NO TIEMPO PROBABLE _____

¿REQUIERE NUEVA VALORIZACION POR EL SERVICIO CONSULTADO? **53360**

SI NO CUANDO _____

INCAPACIDAD	FOLIO	EG	AT	EP	MEDICO RESPONSABLE FIRMA Y MATRICULA
INICIO	DIAS AMPARADOS				
 DIA MES AÑO					

DEBE SER LLENADO POR EL ESPECIALISTA QUE DA EL ALTA (TEMPORAL O DEFINITIVA)

CONTRAREFERENCIA: UNIDAD A LA QUE SE ENVIA: _____ DELEGACION: _____

FECHA DE PRIMERA CONSULTA	DIA	MES	AÑO	FECHA DE ALTA DEL SERVICIO	DIA	MES	AÑO
DIAGNOSTICO(S) INICIAL(ES):				DIAGNOSTICO(S) FINAL(ES):			
TOTAL DE CONSULTAS OTORGADAS: _____				CODIGO CIE	_____		

RESUMEN CLINICO:

3258

MAIO					
06					

PRONOSTICO:

LA INFORMACION SIGUIENTE ES FUNDAMENTAL PARA EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS AL PACIENTE EN LA UNIDAD MEDICA DE ORIGEN

INDICACIONES DE USO DE MEDICAMENTOS:

NOMBRE GENERICO	DOSIS	TIEMPO DE ADMINISTRACION	REQUERIMIENTO MENSUAL
MOTILFENIDATO 10mg	1 1/2 x 2	INDEFINIDO	50 TABS.
RISPERIDONA 2mg	1/4 x 2	✓	30 TABS.

OTRAS MEDIDAS TERAPEUTICAS DE CONTROL: _____

INCAPACIDAD:

NO AMERITA INCAPACIDAD

DEBE CONTINUAR CON INCAPACIDAD SI NO TIEMPO PROBABLE: _____

REQUIERE DE NUEVA VALORACION SI NO CUANDO: _____

ULTIMA INCAPACIDAD OTORGADA: DIA _____ MES _____ AÑO _____ NUMERO DE DIAS QUE AMPARA _____

RAMA DE SEGURO: ENFERMEDAD GENERAL RIESGO DE TRABAJO MATERNIDAD: ENLACE POSTNATAL

MEDICO RESPONSABLE (NOMBRE, MATRICULA Y FIRMA) Dr. Gerardo A. Alvarez de la Raza MEDICINA INTERNA CALLE 100 MEXICO D.F. 06700	MEDICO DIRECTIVO QUE AUTORIZA (NOMBRE, MATRICULA, CARGO Y FIRMA)
--	--



CABINETE DE TOMOGRAFIA COMPUTADIZADA

FECHA: _____

INFORME RADIOLOGICO: _____

Dr. YAIR HERANDEZ RUIZ
MEDICO RADIOLOGO

COMENTARIO Y/O IMPRESION DIAGNOSTICA: _____

COMPLICACIONES: _____

FIRMA: _____
MEDICO RADIOLOGO

DIEGO YAIR HERANDEZ RUIZ



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS

REFERENCIA-CONTRARREFERENCIA

REFERENCIA

ORDINARIO

URGENTE

NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y AGREGADO MEDICO

4188711064 | 34100012

APELLIDO PATERNO

MATERNO

NOMBRE

CURP

Alexandros Ruiz Diaz

ENVIO A LA ESPECIALIDAD DE

UMF #49

25-

UNIDAD A LA QUE SE ENVIA:

DELEGACION

UMF #49

25

UNIDAD QUE ENVIA

DELEGACION

#02UMF#1

DIAGNOSTICO(S) DE ENVIO:

DEFICIT DE ATENCION

y ESCASAL DE

IMPULSOS

FECHA DE LA SOLICITUD:

06 03 2009

DIA

MES

AÑO

FECHA DE CITA DE PRIMERA VEZ:

____/____/____

DIA

MES

AÑO

RESUMEN CLINICO

ANOTAR UN RESUMEN DE LOS PRINCIPALES DATOS DEL INTERROGATORIO Y EXPLORACION FISICA, ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO, TERAPEUTICA PREVIA Y RESULTADOS OBTENIDOS

pte nose 8 años de edad postobes de delegación de
delegación y. empela sedimentos geofos bastante
aceptables con presión arterial bastante aceptable
necesariamente de su evento en tres y bebe
continua +. Resp.
Medic de enibola 10mg 1 1/2 - 1 1/2 - 0 nada
por la noche y Resp de enibola 10mg 1 1/2 por la noche
ambos continúan + en forma independiente y sin
Modificación.

MOTIVO DEL ENVIO

1.- FALTA DE RESPUESTA FAVORABLE AL TRATAMIENTO

2.- PRESENCIA DE COMPLICACIONES

3.- REQUIERE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO ESPECIALES

4.- RIESGO DE SECUELAS

5.- COMPLEMENTACION DIAGNOSTICA

6.- TRATAMIENTO ESPECIALIZADO

7.- PROTECCION ANTICONCEPTIVA METODO ANTICONCEPTIVO

(FIRMA DE ACEPTACION DE LA PACIENTE)

8.- OTROS

ESPECIFIQUE

INCAPACIDAD: No. DE FOLIO _____ POR _____ DIAS

RAMO DE SEGURO:

FECHA DE INICIO

____/____/____

DIA

MES

AÑO

ENFERMEDAD GENERAL

RIESGO DE TRABAJO

INICIAL

SUBSECUENTE

No. DIAS ACUMULADOS

MATERNIDAD

MEDICO RESPONSABLE

(NOMBRE, MATRICULA Y FIRMA)

Gerardo de la Rosa
de la Rosa
NEUROLOGIA

MEDICO DIRECTIVO QUE AUTORIZA
(NOMBRE, MATRICULA, CARGO Y FIRMA)

DEBE SER LLENADO POR EL ESPECIALISTA QUE DA EL ALTA (TEMPORAL O DEFINITIVA)

CONTRAREFERENCIA:
UNIDAD A LA QUE SE ENVIA: _____ DELEGACION: _____

FECHA DE PRIMERA CONSULTA	____ ____ ____ ____ ____ ____	FECHA DE ALTA DEL SERVICIO	____ ____ ____ ____ ____ ____
	DIA MES AÑO		DIA MES AÑO

DIAGNOSTICO(S) INICIAL(ES): _____
DIAGNOSTICO(S) FINAL(ES): _____

TOTAL DE CONSULTAS OTORGADAS: _____ CODIGO CIE _____

RESUMEN CLINICO:

PRONOSTICO:

LA INFORMACION SIGUIENTE ES FUNDAMENTAL PARA EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS AL PACIENTE EN LA UNIDAD MEDICA DE ORIGEN

INDICACIONES DE USO DE MEDICAMENTOS:

NOMBRE GENERICO	DOSIS	TIEMPO DE ADMINISTRACION	REQUERIMIENTO MENSUAL
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

OTRAS MEDIDAS TERAPEUTICAS DE CONTROL: _____

INCAPACIDAD:

NO AMERITA INCAPACIDAD

DEBE CONTINUAR CON INCAPACIDAD SI NO TIEMPO PROBABLE: _____

REQUIERE DE NUEVA VALORACION SI NO CUANDO: _____

ULTIMA INCAPACIDAD OTORGADA: ____|____|____|____|____|____|
DIA MES AÑO

NUMERO DE DIAS QUE AMPARA _____

RAMA DE SEGURO:

ENFERMEDAD GENERAL _____ RIESGO DE TRABAJO MATERNIDAD: _____

ENLACE POSTNATAL

MEDICO RESPONSABLE (NOMBRE, MATRICULA Y FIRMA)	MEDICO DIRECTIVO QUE AUTORIZA (NOMBRE, MATRICULA, CARGO Y FIRMA)
--	--



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS

INTERCONSULTA A ESPECIALIDAD

NUMERO DE AFILIACION NOMINADA

Herandez Ruiz Diego
Yair
4188-71-1064 3m 0 Or

ORDINARIO

URGENTE

CURP

INTERCONSULTA

INTERCONSULTA AL SERVICIO DE:
UMF - No. 49

UNIDAD CONSULTADA: UMF 49 DELEGACION: O.J.P.

UNIDAD Y SERVICIO QUE SOLICITA: HGZ #1 DELEGACION: O.J.P.

DIAGNOSTICO DE ENVIO:
TDAH mixto + Comorbilidades

FECHA EN QUE SE ESTABLECE EL DIAGNOSTICO EN EL IMSS: 11/02/11 TIEMPO DE EVOLUCION: 11/02/11

FECHA EN QUE SE SOLICITA LA INTERCONSULTA: 11/02/11

FACTORES DE RIESGO

1- DIABETES	<input type="checkbox"/>	4- EDAD: 10 3/12	<input type="checkbox"/>
2- HIPERTENSION ARTERIAL	<input type="checkbox"/>	5- SEXO: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- CARDIOPATIA ISQUEMICA O A. V. C.	<input type="checkbox"/>	10- OBESIDAD CON MAS DE UN GRADO	<input type="checkbox"/>
4- CANCER	<input type="checkbox"/>	11- ESTRUO SOCIOECONOMICO BAJO	<input type="checkbox"/>
5- ALERGIA	<input type="checkbox"/>	12- MADURAMIENTO	<input type="checkbox"/>
6- OTROS	<input type="checkbox"/>	13- SANEAMIENTO DEFICIENTE	<input type="checkbox"/>
1- DIABETES	<input type="checkbox"/>	14- HISTORIA DE ENFERMEDAD	<input type="checkbox"/>
2- HIPERTENSION ARTERIAL	<input type="checkbox"/>	BAJO PESO <input type="checkbox"/> SOBREPESO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- TUBERCULOSIS	<input type="checkbox"/>	15- FRECUENCIA REGULAR DE EJERCICIO	<input type="checkbox"/>
4- OTRA ENFERMEDAD CRONICA	<input type="checkbox"/>	16- ESTRUO FAMILIAR PROLONGADO	<input type="checkbox"/>
5- ALERGIAS	<input type="checkbox"/>	17- TABAQUISMO	<input type="checkbox"/>
6- INGESTION CRONICA DE MEDICAMENTOS	<input type="checkbox"/>	18- ALCOHOLISMO	<input type="checkbox"/>
7- OTROS	<input type="checkbox"/>	19- EMPLEO ACTUAL	<input type="checkbox"/>
		20- AUTOMEDICACION	<input type="checkbox"/>
		21- PROMOVER INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	<input type="checkbox"/>

MEDICO DIRECTIVO QUE AUTORIZA:

ESTADO ACTUAL

PRINCIPALES SIGNOS Y SINTOMAS: Medicina de 10 años. Desde niño utilizado por tempestad adulta, desde la edad prepubertaria de 7 años con dosis de 10mg. A la actualidad con evaluaciones regulares, con buena tolerancia, sin efectos secundarios, sin requerir medicación.

INTERPRETACION AL RESULTADO DE DIAGNOSTICO: TDAH de tipo mixto con historia de medicación.

TREATAMIENTO: Risperidona 10mg 2(8am) - 2(12am) - 0 3x semanal.
Clonazepam 25mg 0 - 0 - 1 3x semanal.

MOTIVO DE ENVIO

1- SIN RESPUESTA FAVORABLE AL TRATAMIENTO	<input type="checkbox"/>	4- RIESGO DE SECUELA	<input type="checkbox"/>
2- COMPLICACION	<input type="checkbox"/>	5- COMPLEMENTACION DIAGNOSTICA	<input type="checkbox"/>
3- AUXILIARES DE DIAGNOSTICO	<input type="checkbox"/>	6- TRATAMIENTO ESPECIALIZADO	<input checked="" type="checkbox"/>
7- OTROS	<input type="checkbox"/>		

MESES DE INCAPACIDAD: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

FECHA: 11/02/11

MEDICO RESPONSABLE POR LA FIRMA Y MATRIZ: (Firma)



INTERCONSULTA A ESPECIALIDAD

NUMERO DE AFILIACION-NOMBRE
HERNANDEZ RUIZ DIEGO YAIR
418873106434 00 08

ORDINARIO URGENTE

INTERCONSULTA AL SERVICIO DE:
MED FAM
UNIDAD CONSULTADA: UNF 49 DELEGACION:
UNIDAD Y SERVICIO QUE SOLICITA: DELEGACION:

C.U.R.P. _____
DIAGNOSTICO DE ENVIO:
TDAH
FECHA EN QUE SE ESTABLECE EL DIAGNOSTICO EN EL IMSS: 03 Sep 10
TIEMPO DE EVOLUCION:
FECHA EN QUE SE SOLICITA LA INTERCONSULTA:

FACTORES DE RIESGO

HEREDITARIOS	1.- DIABETES	<input type="checkbox"/>	8.- EDAD	<input type="checkbox"/>	PERSONALES NO PATOLOGICOS
	2.- HIPERTENSION ARTERIAL	<input type="checkbox"/>	9.- SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
PERSONALES PATOLOGICOS	3.- CARDIOPATIA ISQUEMICA O A. V. C.	<input type="checkbox"/>	10.- OCUPACION CON AMBIENTE ADVERSO	<input type="checkbox"/>	
	4.- CANCER	<input type="checkbox"/>	11.- ESTRATO SOCIOECONOMICO BAJO	<input type="checkbox"/>	
	5.- ALERGIA	<input type="checkbox"/>	12.- NACIMIENTO	<input type="checkbox"/>	
	6.- OTRO(S)	<input type="checkbox"/>	13.- SANEAMIENTO BASICO DEFICIENTE	<input type="checkbox"/>	
	1.- DIABETES	<input type="checkbox"/>	14.- HABITOS ALIMENTARIOS	<input type="checkbox"/>	
	2.- HIPERTENSION ARTERIAL	<input type="checkbox"/>	BAJO PESO <input type="checkbox"/> EXCESIVO PESO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	3.- TUBERCULOSIS	<input type="checkbox"/>	15.- PRACTICA REGULAR DE EJERCICIO	<input type="checkbox"/>	
4.- OTRA ENFERMEDAD CRONICA	<input type="checkbox"/>	16.- ESTADIO TENSIONAL PROLONGADO	<input type="checkbox"/>		
5.- ALERGICOS	<input type="checkbox"/>	17.- TABAQUISMO	<input type="checkbox"/>		
6.- INGESTION CRONICA DE MEDICAMENTOS	<input type="checkbox"/>	18.- ALCOHOLISMO	<input type="checkbox"/>		
7.- OTRO(S)	<input type="checkbox"/>	19.- EMBARAZO ACTUAL	<input type="checkbox"/>		
		20.- AUTOMEDICACION	<input type="checkbox"/>		
		21.- PROXIMA INTERVENCION QUIRURGICA	<input type="checkbox"/>		

MEDICO DIRECTIVO QUE AUTORIZA: _____

ESTADO ACTUAL

PRINCIPALES SIGNOS Y SINTOMAS:
Yair ya ed con in por TDAH que sea oje bi n a m tilfenidato y ya ha norado la resividad que tena con risperidona e imipramina que

INTERPRETACION AUXILIAR DE DIAGNOSTICO:
por tanto mantendremos l usi hasta la nueva cita en 6 me

TRATAMIENTO UTILIZADO:
risperidona 2mg 0-0- 1/4
M-tilfenidato 10mg 1.5 - 1.5 - 0
imipramina 25mg 0-0-1/2

MOTIVO DE ENVIO

APOYO CON TX HASTA CITA

1.- SIN RESPUESTA FAVORABLE AL TRATAMIENTO	<input type="checkbox"/>	4.- RIESGO DE SECUELA	<input type="checkbox"/>
2.- COMPLICACION	<input type="checkbox"/>	5.- COMPLEMENTACION DIAGNOSTICA	<input type="checkbox"/>
3.- AUXILIARES DE DIAGNOSTICO	<input type="checkbox"/>	6.- TRATAMIENTO ESPECIALIZADO	<input type="checkbox"/>

INCAPACIDAD: INICIO _____ FOLIO _____ ES KI EP _____
DIAS AMBULADOS: _____

MEDICO RESPONSABLE FIRMA Y MATRICULA: *Alfonso Orozco N.*
MATRICULA: 99255099
COP 2818145, 5357321

DIEGO YAIR HERNANDEZ RUIZ



Psic. Karla P. Palomo Valenzuela

Independencia 716, Edificio Loreto, Centro
Consultorio 814.75.94 Cel. 41.41.04.36
San Luis Potosí, S.L.P.
karpava@hotmail.com

San Luis Potosí, S.L.P., Abril 25 de 2011

A QUIEN CORRESPONDA.

Por medio del presente hago de su conocimiento que el niño **DIEGO YAHIR HERNADNEZ RUIZ** continua asistiendo a sus sesiones terapéuticas mismas que se llevan a cabo cada 15 días. Es importante hacer mención que durante todo su proceso terapéutico ha recibido apoyo médico y pedagógico, situación que ha contribuido al logro de resultados satisfactorios en el desempeño de Diego a nivel social, familiar y escolar.

Sin embargo, considero conveniente que pese al apoyo, comprensión y consideraciones que su institución educativa ha toma al respecto de la conducta desplegada por Diego dentro y fuera de su salón de clases siguen prevaleciendo ciertas dificultades en él:

- dificultad en el manejo de emociones ya que presenta una elevada sensibilidad a comentarios que pueden evidencian sus dificultades lo cual lo lleva a experimentar ansiedad, tristeza e inseguridad.
- es muy poco tolerante a la frustración por lo que tiende a reaccionar llorando y/o con enojo cuando no logra llevar a cabo algo
- denota ciertos rasgos obsesivos en su actual situación que le lleva a presentar ciertos rituales o rutinas que deben de llevarse a cabo o de lo contrario su seguridad se quebranta.
- Le cuesta trabajo ser flexible a la hora de implementar nuevas estrategias para la solución de problemas por lo que requiere de ayuda para que logre experimentar con situaciones diferentes a las acostumbradas.



Psic. Karla P. Palomo Valenzuela

Independencia 716, Edificio Loreto, Centro
Consultorio 814-75-94 Cel. 41-41-04-36
San Luis Potosí, S.L.P.
karpava@hotmail.com

San Luis Potosí, S.L.P., Agosto de 2011

A QUIEN CORRESPONDA.

Por medio del presente hago de su conocimiento que el niño **DIEGO YAHIR HERNANDEZ RUIZ** continua asistiendo a sus sesiones terapéuticas con una frecuencia de cada 15 días.

Dicho proceso inicio cuando el niño cursaba 3° de Preescolar y contaba con 5 años. Inicialmente presento un cuadro con características importantes a mencionar como:

- Agresión hacia compañeros y maestros: física y verbal
- Escasa capacidad para interactuar: no establecía contacto visual y no se juntaba con sus compañeros
- Constante inquietud motora
- Dificultad significativa para concentrarse, retener, memorizar y poner atención
- Deambular por alrededor del salón, esconderse bajo las mesas de preescolar
- Dificultades significativas de aprendizaje

Es importante hacer mención que durante todo su proceso terapéutico ha recibido apoyo médico, psicológico y pedagógico, situación que ha contribuido al logro de resultados satisfactorios en el desempeño de Diego a nivel social, familiar y escolar. Con forme Diego ha ido creciendo su desarrollo se ha visto enormemente favorecido por todas estas acciones emprendidas y constantemente llevadas a cabo.

Sin embargo, considero conveniente que pese al apoyo, comprensión y consideraciones que su institución educativa ha toma al respecto de la conducta desplegada por Diego dentro y fuera de su salón de clases siguen prevaleciendo ciertas dificultades en él y que son propias de su condición orgánica.