



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS

REFERENCIA-CONTRARREFERENCIA

REFERENCIA

ORDINARIO

URGENTE

NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y AGREGADO MEDICO

411887111064 B1M2000

Hernandez Ruiz Diego Yair

APELLIDO PATERNO

MATERNO

NOMBRE

CURP

ENVIO A LA ESPECIALIDAD DE:

Medicina Familiar

DIAGNOSTICO(S) DE ENVIO:

Deficit de atencion

UNIDAD A LA QUE SE ENVA:

UMF#49

DELEGACION

S.L.P.

UNIDAD QUE ENVA:

HCoZ#01 Neurologia

DELEGACION

S.L.P.

FECHA DE LA SOLICITUD:

29 09 2016

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, TERAPIA PREVIA Y RESULTADOS OBTENIDOS

Pte. Masc. de 60 años con deficit de atencion se encuentra en tratamiento con Metilfenidato tab 10mg 1/2-1/2-0 Imipramina tab 25mg 0-0-1/2. Terapia que debe ser en forma indefinida sin suspender o modificar hasta nueva indicacion 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 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)

Dr. Ramirez  
99312075

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





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS

REFERENCIA-CONTRARREFERENCIA

REFERENCIA

ORDINARIO  URGENTE

NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y AGREGADO MEDICO

4188711064 | 3400012

APELLIDO PATERNO: Alarria MATERNO: Andaz NOMBRE: Ruiz  
CURP: AlarriaAndaz Ruiz, D, Diego

ENVIO A LA ESPECIALIDAD DE: UMF #49 DELEGACION: 25  
UNIDAD A LA QUE SE ENVIA: UMF #49 DELEGACION: 25  
UNIDAD QUE ENVIA: #62CUF#1  
FECHA DE LA SOLICITUD: 06/03/2009  
DIA MES AÑO

DIAGNOSTICO(S) DE ENVIO:  
DEFICIT DE ATENCION  
y  
DESCONTROL DE  
IMPULSOS  
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 postado de defecto de atención y algunos sentimientos de culpa bastante aceptable condición familiar bastante aceptable neurologicamente se encuentra en buen estado de salud  
contiene tx. de  
Medic. de epilepsia Lamictal 1 1/2 - 1 1/2 - 0 cada por la noche y Risperidol 1/2 por la noche  
ambos contenidos en forma independiente y sin problemas.*

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 Alarria de la Rosa  
MEDICINA INTERNA  
NEUROLOGIA*

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

*[Signature]*









INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS

INTERCONSULTA A ESPECIALIDAD

NUMERO DE AFILIACION NOMBRE  
Hernandez Ruiz Diego  
Yair  
4188-71-1064 3m 0 Or

ORDINARIO  URGENTE

CURP

INTERCONSULTA AL SERVICIO DE  
UMF No 49

UNIDAD CONSULTADA DELEGACION  
UMF 49 O.P.

UNIDAD Y SERVICIO QUE SOLICITA DELEGACION  
46241 2-1-D

DIAGNOSTICO DE ENVIO  
TDAH mixto + Comorbilidades.

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

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

FACTORES DE RIESGO

MEDECINOS	1- DIABETES	<input type="checkbox"/>	8- EDAD	10.8/12	<input type="checkbox"/>
	2- HIPERTENSION ARTERIAL	<input type="checkbox"/>	9- SEXO	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PERSONALES PATOLOGICOS	3- CARDIOPATIA ISQUEMICA O A. V. C.	<input type="checkbox"/>	10- OCUPACION CON RIESGO DE ADVERSO		<input type="checkbox"/>
	4- CANCER	<input type="checkbox"/>	11- ESTADO SOCIOECONOMICO BAJO		<input type="checkbox"/>
	5- ALERGIAS	<input type="checkbox"/>	12- FUMADOR		<input type="checkbox"/>
	6- OTROS	<input type="checkbox"/>	13- SABERIMIENTO FISICO 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"/> SOBRE 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- ESTADO EMOCIONAL PROLONGADO		<input type="checkbox"/>
	5- ALERGICOS	<input type="checkbox"/>	17- INEJEMPLO		<input type="checkbox"/>
	6- INGESTION CRONICA DE MEDICAMENTOS	<input type="checkbox"/>	18- ALCOHOLISMO		<input type="checkbox"/>
	7- OTROS	<input type="checkbox"/>	19- SUBSTANCIA ACTIVA		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	20- AUTOMEDICACION		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	21- PROXIMA INTERVENCION QUIRURGICA		<input type="checkbox"/>

MEDICO DIRECTIVO QUE AUTORIZA

ESTADO ACTUAL

PRINCIPALES SIGNOS Y SINTOMAS:  
Hiperactividad, desatencion, impulsividad, comportamiento inadecuado, dificultad para seguir instrucciones, dificultad para jugar tranquilo, dificultad para quedarse quieto, dificultad para escuchar, dificultad para seguir instrucciones de reglas, dificultad para jugar tranquilo.

INTERPRETACION ALERGIAS DE DIAGNOSTICO:  
Ninguna.

TRATAMIENTO PRESENTE:  
Mefenidato 10mg 2(Bun) - 2(Han) - 0 SA SUPINDY.  
Imipramina 25mg 0 - 0 - 1 SA SUPINDY.

MOTIVO DE ENVIO

1- SIN RESPUESTA FAVORABLE AL TRATAMIENTO 

4- RIESGO DE SECUELA | 2- COMPLICACION | 5- COMPLEMENTACION DIAGNOSTICA |
| 3- AUMENTO DE DIAGNOSTICO | 6- TRATAMIENTO ESPECIALIZADO |
|  | 7- OTRO |

RECIBIDO POR: [Firma] FECHA: [Firma] MEDICO RESPONSABLE FIRMA Y MATRICULA: [Firma]





### INTERCONSULTA A ESPECIALIDAD

NUMERO DE AFLIACION-NOMBRE  
HERNANDEZ RUIZ DIEGO YAIR  
4188731064 IM CO CR

ORDINARIO  URGENTE

CURP

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

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"/>		
	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.- HACIAMIENTO	<input type="checkbox"/>	
	6.- OTRO(S)	<input type="checkbox"/>	13.- SANEAMIENTO BASICO DEFICIENTE	<input type="checkbox"/>	
PERSONALES PATOLOGICOS	1.- DIABETES	<input type="checkbox"/>	14.- HABITOS ALIMENTARIOS	<input type="checkbox"/>	
	2.- HIPERTENSION ARTERIAL	<input type="checkbox"/>	BAJO PESO <input type="checkbox"/> SOBREPESO <input type="checkbox"/>		
	3.- TUBERCULOSIS	<input type="checkbox"/>	15.- PRACTICA REGULAR DE EJERCICIO	<input type="checkbox"/>	
	4.- OTRA ENFERMEDAD CRONICA	<input type="checkbox"/>	16.- ESTADO 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 dolo por TDAH que sea oje de bien a m tilfenidato y ya ha mejorado la actividad que tenia con risperidona e imipramina que

INTERPRETACION AUXILIARES DE DIAGNOSTICO:  
por tanto entendremos igual hasta la nueva cita en 6 me

TRATAMIENTO UTILIZADO:  
risperidona 2mg 0-0-1/4  
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 SEQUELA	<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"/>

MEDECINA GENERAL CLINICA  
CALLE 99255098  
DGP 2818145, 5357331

MEDICO RESPONSABLE FIRMA Y MATRICULA

INCAPACIDAD: INICIO [ ] FOLIO: [ ] ES AT EP



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 HERNANDEZ 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 tomado 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 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 3º 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.



DEBE SER LLENADO POR EL ESPECIALISTA QUE DIO EL ALTA

MANEJO ESPECIALIZADO

FECHA EN QUE SE OTORGA LA PRIMERA CONSULTA

Calendar grid for date selection with labels DIA, MES, AÑO.

DIAGNOSTICO INICIAL

DIAGNOSTICO FINAL

PRONOSTICO

INTERPRETACION DE AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

MEDICAMENTOS UTILIZADOS

TOTAL CONSULTAS OTORGADAS

RESUMEN

FECHA DE ALTA DEL SERVICIO

Calendar grid for date selection with labels DIA, MES, AÑO.

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

FOLIO

EG AT EP

MEDICO RESPONSABLE FIRMA Y MATRICULA

INICIO

DIAS AMPARADOS

Calendar grid for date selection with labels DIA, MES, AÑO.

Calendar grid for date selection with labels 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.

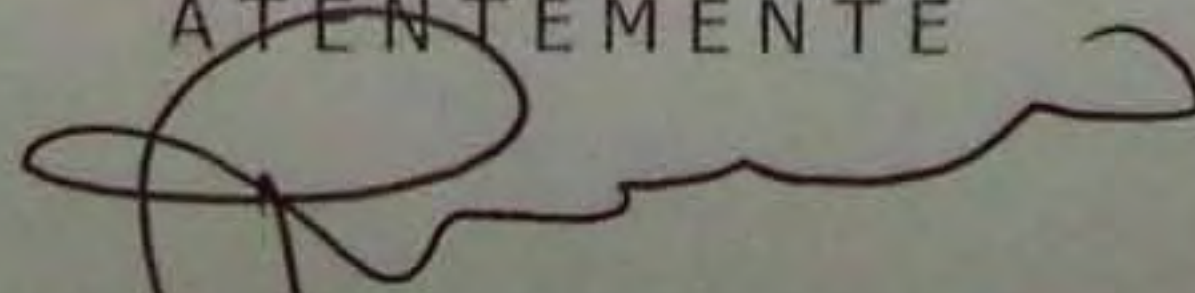
A la par de estas áreas de oportunidad, es importante hacer mención que Diego ha logrado fortalecer muchas de sus áreas de desarrollo: sociabilización (mostrando una mayor disposición y preocupación por integrarse a sus coetáneos), memoria, atención, escritura. Con frecuencia suele dar respuestas acertadas 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 dónde 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

*(Handwritten scribbles)*



16:30 hrs.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA

15:30 hrs

GABINETE DE TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA

SOLICITUD DE CONSULTA  
*TAC de cráneo simple y contrastada*

*cl 8 hrs ayuno*

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 340000 Cama No. \_\_\_\_\_

Diagnóstico de presunción: \_\_\_\_\_

Datos Clínicos Pertinentes: TADH + pb. epilepsia

*(Signature)*  
Dr. Gerardo A. Alvarez de la Rosa  
MED. INT - NEUROLOGIA  
D.G.P. 1761747 MAT. 99140805

Nombre y Matrícula del Médico

Fecha de la Cita: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Número de Registro de T. C. \_\_\_\_\_

INFORME:

*(Large diagonal watermark: DIEGO YAIR HERNANDEZ RUIZ)*



AFILIACION Y VIGENCIA  
H.G.Z.C. / M.F. No. 1  
SAN QUIRÓTOPSI, 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

811818171110161413141010121

Hernandez Ruiz Diego Yair

APELLIDO PATERNO

MATERNO

NOMBRE

CURP

ENVIO A LA ESPECIALIDAD DE:

Medicina Familiar

UNIDAD A LA QUE SE ENVIA:

OMF 49

DELEGACION

S.C.P.

UNIDAD QUE ENVIA:

H62.N.f

DELEGACION

S.C.P.

FECHA DE LA SOLICITUD:

10/11/04 a 10/10/18

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

A quien corresponde  
se trata de paciente masculino de 7 años  
conocido del servicio se encuentra en tratamiento  
de déficit de atención con motofenitado de 10mg  
1/2 x 2 Actum he ajustado dosis de acuerdo  
al peso además de descontrol de impulsos -  
a lo que se le ha prescrito 1/4 y 2  
se solicita Lam. y Tbc. de control  
a quien 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

8.- OTROS  ESPECIFIQUE

(FIRMA DE ACEPTACION DE LA PACIENTE)

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)

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

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

Dr. Jorge Eduardo Nava Hernández  
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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
		TIEMPO PROBABLE _____
¿REQUIERE NUEVA VALORIZACION POR EL SERVICIO CONSULTADO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
		CUANDO _____
_____		

INCAPACIDAD INICIO <p style="text-align: center;">            ----- ----- -----             DIA      MES      AÑO         </p>	FOLIO DIAS AMPARADOS <p style="text-align: center;">            ----- -----          </p>	EG	AT	EP	MEDICO RESPONSABLE FIRMA Y MATRICULA
--	---	----	----	----	--------------------------------------



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

CONTRARREFERENCIA: 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:

3288

MAYO				
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:

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

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)
<p>Dr. Gerardo A. Alvarez de la Rosa MEDICINA INTERNA MATRICULA: 1167 12763</p>	





GABINETE DE TOMOGRAFIA COMPUTADIZADA

FECHA: \_\_\_\_\_

INFORME RADIOLOGICO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA  
MED. R. (RADIOLOGIA)  
CALLE 100 N. NO. 100-100

COMENTARIO Y/O IMPRESION DIAGNOSTICA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

COMPLICACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

MEDICO RADIOLOGO

DIEGO YAIR HERNANDEZ RUIZ