

# UNIVERSIDAD DEL SURESTE ESCUELA DE MEDICINA

## **MATERIA:**

Medicina Interno

## **CATEDRÁTICO:**

Dr. Karina Romero Solorsano

## **PRESENTA:**

Estefany Berenice García Angeles

## **TRABAJO:**

NOTAS

## **GRADO Y GRUPO:**

4 ° B

## **LUGAR Y FECHA:**

COMITÁN DE DOMÍNGUEZ, CHIAPAS. 05 DE SEPTIEMBRE DEL 2021



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
 SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL  
 DIRECCIÓN DE ESTACIONES MEDICAS

**NOTAS MÉDICAS Y PRESCRIPCIÓN**

ALMACÉN

NUMERO DEL JEFE DE FAMILIA

NOMBRE DEL PACIENTE

AGREGADO

NOMBRE DEL PACIENTE

PATERNO: Ana MATERNO: Santiago Velasco NOMBRE (S):

C.U.R.P.: 101011A12C1A1102151210111

DOMICILIO: COLONIA Y M. 20

UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN

Turno:  Matutino  Vespertino  Nocturno  Jornada Acumulada

CAM:  HOJA N°: 01

FECHA: 03-11-99

13:20

PESO: 3700 Kg

TALLA: m

IMC: #, DIV/0!

T.A: / mmHg

TAM: 0.0 mmHg

F.C: 138 bpm

F.R: 50 rpm

TEMP: 36 °C

**NOTAS MÉDICAS**

**Nota de evolución**

Paciente femenino que encuentra cursando con 4 sruo.  
 Paciente reactivo, a estímulos externos, tegumentos aun con señales de ictericia, hidratación, normocefalo, con fontanelas anterior de 3cm aproximadamente, fontanela posterior de 1cm  
 parpadas íntegras, rinos palpables, torax simétrica, abdomen blando y depresivo, cordón umbilical, genitales en buen desarrollo y sexo, extremidades íntegras, llenado capilar de 2 seg.

BH: Hb: 21,20 Ht061, leuc B: 10, plaq 124, Mg 2.3, ca: 8.8, Gluc 79  
 TCA 190 BT 17.70

**Resultados de los servicios auxiliares de diagnóstico. Plan y Tratamiento**

Paciente sin alteraciones neurológicas respecto a su base, sin ameritar oxígeno, hemodinámicamente

DIAGNÓSTICO(S) O PROBLEMAS CLÍNICOS	
1: Hiperglucemia transitoria	4
2:	5
3:	6

PRONÓSTICO (Para la vida y función): **Dejado no exento de complicaciones**

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA CONSULTADA:

Nombre, Firma y Cédula Profesional del Médico



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS**  
**SOLICITUD DE SERVICIOS (INTERCONSULTA) 4 30 200**

		<input type="checkbox"/> URGENTE	<input checked="" type="checkbox"/> ORDINARIO
FECHA DE ELABORACIÓN	HORA DE ELABORACIÓN	FECHA Y HORA DE ATENCIÓN	
09-08-15	17:02	16:40	09-08-15
<b>DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE</b>			
NOMBRE DEL PACIENTE			N. S. S Y AGREGADO
Aguilar	García	Alison	
<small>PATERNO</small>	<small>MATERNO</small>	<small>NOMBRE (S)</small>	
SERVICIO QUE ENVÍA:		SERVICIO SOLICITADO:	
DIAGNÓSTICO PRESUNCIONAL:			
Embarazo dentro riesgo de 39 sdg.			
MÉDICO SOLICITANTE			
García Argers Estefany		0108300208	
<small>APELLIDO PATERNO MATERNO Y NOMBRE</small>		<small>MATRÍCULA</small>	<small>FIRMA</small>

- a) Esta solicitud es para uso interno del Hospital Rural ALI AMIKANU.
- b) Se emplea para solicitar consulta a diferentes servicios, incluyendo Medicina Preventiva
- c) El medico consultado consignara la informacion en la hoja para notas medicas MF 6
- d) No debera anexarse al expediente
- e) Debera destruirse una vez que haya cumplido su objetivo.

**REFERENCIA-CONTRAREFERENCIA**

REFERENCIA ORDINARIO  URGENTE

NOMBRE DEL JEFE DE FAMILIA \_\_\_\_\_ AGREGADO \_\_\_\_\_  
 NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL \_\_\_\_\_ AGREGADO \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL PACIENTE Aguilar, Gerardo Aron  
 PATERNO MATRNO NOMBRE CD \_\_\_\_\_  
 C.U.R.P. 1012108881A1B1C1S102011511  
 DOMICILIO \_\_\_\_\_  
 UNIDAD DE ADSCRIPCION \_\_\_\_\_

ENVIO A LA ESPECIALIDAD DE Gineco - Obstetrico  
 UNIDAD A LA QUE SE ENVIA \_\_\_\_\_ DELEGACION \_\_\_\_\_  
Hospital de referencia  
 UNIDAD QUE ENVIA Centro de salud DELEGACION \_\_\_\_\_  
Cuahuatlan  
 FECHA DE SOLICITUD 11 12 99  
 DIA MES AÑO

DIAGNOSTICOS DE ENVIO Embarazo gemelar de Alto riesgo  
 FECHA DE CITA DE PRIMERA VEZ 9 03 99  
 DIA MES AÑO

**RESUMEN CLINICO**

Se encuentra a paciente con embarazo gemelar de alto riesgo la paciente presenta sangrado vaginal de dos dias, baja actividad de ambos fetos, sufre de secrecion vaginal color amarillenta color fetido, presenta contracciones irregulares, acompañado de dolor abdominal, presuntamente sufrió un traumatismo tras tener un accidente automovilístico, presenta taquicardia, falta de oxigenación, mareos.

**MOTIVOS DEL ENVÍO:**

1 FALTA DE RESPUESTA FAVORABLE AL TRATAMIENTO  NO  SI

2 PRESENCIA DE COMPLICACIONES  NO  SI

3 REQUIERE DE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO ESPECIALES  NO  SI

4 RIESGO DE SECUELAS  NO  SI

5 COMPLEMENTACIÓN DIAGNÓSTICA  NO  SI

6 TRATAMIENTO ESPECIALIZADO  NO  SI

7 PROTECCIÓN ANTICONCEPTIVA  NO  SI

MÉTODO ANTICONCEPTIVO \_\_\_\_\_ OTB \_\_\_\_\_  
 (FIRMA DE ACEPTACION DE LA PACIENTE) \_\_\_\_\_

8 OTROS \_\_\_\_\_  
 ESPECIFICO \_\_\_\_\_

INCAPACIDAD: N° DE FOLIO \_\_\_\_\_ POR \_\_\_\_\_ DÍAS \_\_\_\_\_ RAMO DE SEGURO: ENFERMEDAD GENERAL   
 FECHA DE INICIO 10/10/99 RIESGO DE TRABAJO   
 DIA MES AÑO  
 INICIA  SUBSECUENTE  N° DÍAS ACUMULADOS \_\_\_\_\_ MATERNIDAD

MÉDICO RESPONSABLE Estelany Borja García Arce  
 (NOMBRE, FIRMA Y MATRÍCULA)

MÉDICO DIRECTIVO QUE AUTORIZA Alexandro Aguilar Alvarez  
 (NOMBRE, FIRMA Y MATRÍCULA)

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