

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: /

TAM: 0.0

F.C: 138 lpm

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 permeables, torax simétrica, abdomen blando y depresivo, cordon umbilical, genitales en buen desarrollo y sexo, extremidades íntegradas, 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 excento 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
DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
NOMBRE DEL PACIENTE			N. S. S Y AGREGADO
Aguilar	García	Alison	
<small>PATERNAL</small>	<small>MATERNAL</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 PATERNAL MATERNAL 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. 1012108881A1B1PIC1512011511
 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	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	6 TRATAMIENTO ESPECIALIZADO	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
2 PRESENCIA DE COMPLICACIONES	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	7 PROTECCIÓN ANTICONCEPTIVA	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
3 REQUIERE DE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO ESPECIALES	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	MÉTODO ANTICONCEPTIVO _____	OTB _____
4 RIESGO DE SECUELAS	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	(FIRMA DE ACEPTACION DE LA PACIENTE)	
5 COMPLEMENTACIÓN DIAGNÓSTICA	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	8 OTROS _____	

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

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