



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SALUD PARA TODOS

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
NOTA MÉDICA

NSS : [REDACTED]	A. MÉD. : [REDACTED]
NOMBRE DEL PACIENTE [REDACTED]	
CURP : [REDACTED]	
DELEGACIÓN : [REDACTED]	
UNIDAD : [REDACTED]	CVE. PTAL. [REDACTED]
CONSULTORIO : 17	TURNO : VESPERTINO

FECHA Y HORA	TALLA	PESO	GLUCOSA	TEMPERATURA	TENSIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA	FRECUENCIA RESPIRATORIA
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	mg/dl	36.5 °C	110.0 / 84.0 MMHG	78 latidos/min	20 resp./min

<p>RESUMEN CLÍNICO: ACUDE PACIENTE [REDACTED] AÑOS DE EDAD , A ATENCION MEDICA CONTINUA POR SUS PROPIOS MEDIOS. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS: ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS INTERROGADAS Y NEGADAS. QUIRURGICOS APENDICECTOMIA EN EL AÑO TRANSFUSIONES NEGADAS ALERGIAS A MEDICAMENTOS: NEGADAS TOXICOMANIAS NEGADAS ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO MOTIVO DE CONSULTA: PACIENTE ACUDE POR PRESENTAR DISMINUCIÓN DE AGUDEZA VISUAL , ASI COMO HIPEREMIA CONJUNTIVAL BILATERAL Y SENSACIÓN CONSTANTE DE CUERPO EXTRAÑO EN OJO</p> <p>EXPLORACIÓN FÍSICA: IMC 23.12 SATURACIÓN 95 PORCIENTO EF: PACIENTE [REDACTED] DE EDAD APARENTE A LA CRONOLOGICA CON BUENA COLORACION DE PIEL Y TEGUMENTOS, PUPILAS NORMORREFLEXICAS Y CON RESPUESTA FOTOMOTORA A LA LUZ, CON PRESENCIA DE HIPEREMIA CONJUNTIVAL LEVE, SE REALIZA EXAMEN VISUAL 20/40 BILATERAL CON NARINAS PERMEABLES, MUCOSA ORAL HIDRATADA, CARDIOPULMONAR RUIDOS CARDIACOS RITMICOS DE BUEN TONO E INTENSIDAD, NO SÓPLOS NO FROTE, CAMPOS PULMONARES CON MURMULLO VESICULAR PRESENTE, NO ESTERTORES NO SIBILANCIAS ABDOMEN NO SE OBSERVAN CICATRICES, PERISTALSIS PRESENTE, BLANDO DEPRESIBLE , PUNTOS APENDICULARES NEGATIVOS MAC BURNEY , PSOAS, TALO PERCUSION, MURPHY NEGATIVO, GIORNADO BILATERAL NEGATIVO, PUNTOS PANCREATICOS NEGATIVOS, EXTREMIDADES INTEGRAS EUTROFICAS CON ADECUADO LLENADO CAPILAR PULSOS PERIFERICOS PRESENTES SIN EDEMA.</p>	<p>AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO</p> <p>RECETA:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>TOMAR</th> <th>CADA</th> <th>DURANTE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>RECETA INDIVIDUAL. Cromoglicato de sodio solucion oftalmica cada ml contiene:</td> <td>8 Hora</td> <td>30 Día</td> </tr> <tr> <td>cromoglicato de sodio 40 mg envase con gotero integral con 5 ml. 2 Gota (s)</td> <td>(s)</td> <td>(s)</td> </tr> </tbody> </table>	TOMAR	CADA	DURANTE	RECETA INDIVIDUAL. Cromoglicato de sodio solucion oftalmica cada ml contiene:	8 Hora	30 Día	cromoglicato de sodio 40 mg envase con gotero integral con 5 ml. 2 Gota (s)	(s)	(s)
TOMAR	CADA	DURANTE								
RECETA INDIVIDUAL. Cromoglicato de sodio solucion oftalmica cada ml contiene:	8 Hora	30 Día								
cromoglicato de sodio 40 mg envase con gotero integral con 5 ml. 2 Gota (s)	(s)	(s)								
<p>PROCEDIMIENTO: NO EXISTEN DATOS</p> <p>INDICACIONES HIGIÉNICO - DIETÉTICAS: ORIENTACIÓN SOBRE ALIMENTACIÓN CORRECTA ORIENTACIÓN SOBRE RIESGOS DE SOBREPESO Y OBESIDAD ORIENTACIÓN SOBRE ACTIVIDAD FÍSICA AGUA SIMPLE POTABLE LAVADO DE MANOS CON AGUA Y JABÓN ANTES DE COMER Y DESPUÉS DE IR AL BAÑO CITA CON MEDICO FAMILIAR PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO CLÍNICO CITA ABIERTA A URGENCIAS EN CASO NECESARIO DATOS DE ALARMA VISIÓN BORROSA , PERDIDA DE CONOCIMIENTO, INCAPACIDAD PARA VER ADECUADAMENTE. PACIENTE QUIEN AMERITA INTERCONSULTA EXTERNA CON EL SERVICIO OPTOMETRIA, OFTALMOLOGÍA PARA TRATAMIENTO Y CONTROL ESPECIALIZADO.</p> <p>LUGAR DEL ACCIDENTE:</p>	<p>SOLICITUD ESTUDIOS DE RADIODIAGNÓSTICO:</p> <p>SOLICITUD ESTUDIOS DE LABORATORIO:</p> <p>REFERENCIA:</p>									
<p>DIAGNÓSTICO: COMPLEMENTO DE Dx: Vision subnormal de ambos ojos ASTIGMATISMO</p> <p>[REDACTED]</p>	<p>UMF:</p> <p>INCAPACIDAD: DÍAS PROB. DE REC. DÍAS ACUMULADOS PUESTO DE TRABAJO</p> <p>[REDACTED]</p>									
<p>[REDACTED]</p>	<p>Cédula Profesional [REDACTED] Matrícula [REDACTED]</p>									



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD

SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA

EC - CM - 01

SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL CERTIFICADO MÉDICO

México, D.F. a [redacted] de [redacted] del 20 [redacted]

EL QUE SUSCRIBE, MÉDICO CIRUJANO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN CON CÉDULA PROFESIONAL NÚMERO: [redacted]

C E R T I F I C A

HABER EXAMINADO A: [redacted]

CON FECHA DE NACIMIENTO: [redacted]

DEL SEXO. (M) (F) DE [redacted] AÑOS DE EDAD A QUIEN POR INTERROGATORIO Y EXPLORACIÓN FÍSICA SE LE DETECTO: *miopia y Astigmatismo*

CLÍNICAMENTE: *Discapacidad visual.*

POR LO QUE PUEDE REALIZAR CUALQUIER ACTIVIDAD FÍSICA.

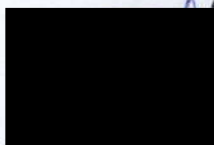
TA: *120/70* mm/Hg FR: *20* x min. FC: *76* x min. PULSO: *80* x min.

TEMP: *37* °C PESO: *78* Kg. TALLA: *173* m. GRUPO y RH: *O positivo*

SE EXTIENDE EL PRESENTE PARA LOS FINES Y USOS LEGALES QUE AL INTERESADO CONVENGAN.

 GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO
SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL

ATENTAMENTE [redacted]



NOMBRE Y FIRMA

DIRECCIÓN

Sello Oficial