



DIRECCIÓN NORMATIVA DE PROSPECTIVA Y PLANEACIÓN INSTITUCIONAL
SUBDIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO DE LA SALUD
SISTEMA DE INFORMACIÓN MÉDICO FINANCIERO
(SIMEF)
SM-1-17 Solicitud de Referencia de Pacientes

FECHA Y HORA					
DIA	MES	AÑO	HORA	MINUTO	
09	04	2024	11	47	

Folio No. 03220700MP042404090020

Clave: 032-207-00

Unidad Médica Emisora: ZACATECAS

Motivos de la Referencia: FALTA DEL SERVICIO Y/O ESPECIALIDAD REQUERIDA

Nombre del Paciente: MEZA GARCIA HECTOR CUAUHTEMOC

Mas, Fem,

Caso: ☒ Edad: 67 años

Expediente: ROON580723 / 40

1. Unidad Médica Receptora: ZACATECAS, ZAC.

Servicio: OFTALMOLOGIA

Correo electrónico:

Teléfono fijo:

Teléfono móvil: 4921731512

Clave: 032-204-00

Clave: CC11

El paciente se refiere a:

Consulta Externa Especialidad: ☒

Hospitalización: ☐

Estudios de Diagnóstico: ☐

Urgencias: ☐

Telemedicina: ☐

Clave de Traslado:

Ambulancia, A= ☐

Autobús, B= ☐

Medios propios del paciente, C= ☒

Avión, D= ☐

Acompañante:

No = ☒

Si = ☐

Cita:

Día Mes Año

De:

Resumen Clínico

Valoración, Diagnóstico, Terapéutica y resultados de estudios de Dx

SE PRESENTA MAS DE 67 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE DM2 DE 23 AÑOS DE EVOLUCIÓN HIPERTENSION ARTERIAL SISTÉMICA NEUROPATIA DIABETICA NIEGA ALERGIAS A MEDICAMENTOS ACUDE A CONSULTA DE MIDE DE MANERA SUBSECUENTE, PACIENTE SE REFIERE EN BUENAS CONDICIONES, EN SEGUIMIENTO POR CLÍNICA DE HERIDAS, REFIERE CON DOLOR EN PIE DERECHO SOBRE TODO EN DEDOS SOBRE TODO CUANDO ESTÁ ALGUN TIEMPO CAMINANDO, GLUCEMIA PREPRANDIAL DE 90 MG/DL. REFIERE CON MAREOS DE MANERA INTERMITENTE, NO REFIERE CHEARSE SU GLUCOSA, NO REFIERE AYUNOS PROLONGADOS, REFIERE CON VISTA BORROSA DE UN MES DE EVOLUCIÓN, EF:NEUROLOGICAMENTE INTEGRAL PUPILAS ISICORICAS NORMOREFELCTICAS, PIEL Y TEGUMENTOS DE BUENA COLORACIÓN E HIDRATACIÓN, PRECORDIO RÍTMICO DE BUENA INTENSIDAD, COPS BIEN VENTILADOS ABDOMEN ASIGNOLOGICO, EXTREMIDADES INTEGRAS: PULSOS PEDIO Y TIBIAL POSTERIOR PRESENTES, SENSORIO ALTERADA, VÁRICES BILATERALES, LESION EN PRIMER ORTEJO DE PIE DERECHO, SERMATITIS OCRE, NO EDEMA. PLAN Y ANALISIS: SE REALIZA GLUCOSILADA EN CONSULTA CON RESULTADO DE 8.1%, MEJORA DE ANETRIRO GLICOSILADA SIN ALCANZAR META METABOLICA, CON ALETRACION VISUAL, ENVIO A VALORACIÓN POR OFTALMOLOGIA, INDICO BITACORA DE GLUCEMIASSEGUIMEINTO POR CLINICA DE HERIDAS, SE INDICA CAMBIO DE CALZADO CON PLANTILLA ACOLCHONADA. PB ESPOLON CALLCANO. DATOS DE POLINEUROPATIA SIMETRICA DITAL ENVIO A NUTRICION SE EXPLICAN DATOS DE ALARMA CITA ABIERTA A URGENCIAS PLATICA DE CUIDADOS DE EXTREMIDADES INFERIORES PLATICA SOBRE DIABETES Y COMPLICACIONES PRONOSTICO RESERVADO A EVOLUCIÓN NO EXENTO DE COMPLICACIONES. NOM-015-SSA2-2010, PARA LA PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS.

Diagnóstico:

Diagnostico 1: MIOPIA/PB RETINOPATIA Diagnostico 2: DIABETS MELLITUA TIPO 2 DESCONTROLADA Diagnostico 3: HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA+ PIE DIABETICO

Estudios de Laboratorio y Gabinete que se adjuntan

NINGUNO

Licencia Médica Otorgada	Desde: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Hasta: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Referencia por:	Probable Riesgo de Trabajo	Riesgo de Trabajo	No profesional	Por Maternidad
Médico Tratante	GUERRERO CORREA MARIA CONCEPCION 00409181			MED. Yo. Bo. Jefe Inmediato CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ZACATECAS ESPINOSA TORRES VICTOR ABRAHAM 00385648		Sello de la Unidad Médica	
Nombre, Clave y Firma				Nombre, Clave y Firma			
Datos de Autorización (para ser llenado exclusivamente por Director de la Unidad)							
Sello de Vigencia de Derechos	Director o Responsable de la Unidad Médica Emisora y/o Responsable de Referencia			Paciente y/o Familiar			
	ESPINOSA TORRES VICTOR ABRAHAM 00385648			HECTOR			
	Nombre, Clave y Firma			Nombre, Clave y Firma			

Control Unidad Receptora

1. Fecha de Recepción	Clave y Sello de respuesta	Fecha cita para otorgar el servicio	Autoriza
			Nombre y Cargo

Observaciones:



Certificado Médico

La que suscribe, Médico legalmente autorizado para el ejercicio de la profesión certifico que al **C. MEZA GARCÍA HECTOR CUAUHTEMOC** de 67 años de edad, con alteración de la marcha, limitando recorrer grandes distancias, por presentar:

IDX: NEFROPATÍA DIABÉTICA LESIÓN ULCEROSA EN PIE

- PESO: 73 KG
- TALLA: 168 CM
- GRUPO SANGUINEO: A POSITIVO
- ALERGIAS: NINGUNA

Se extiende el presente para los fines y usos que al interesado convengan a los 09 días del mes de ABRIL del año dos mil veintitres, en la Ciudad de Zacatecas, capital del mismo nombre.

Atentamente

Dra. María Concepción Guerrero Correa

C.P. 12473143

