

| Datos del paciente                     |  |  |
|--|--|--|
| <b>Nombre:</b> JOSE SHALOM AINI        | <b>Edad:</b> 45 años                       | <b>Sexo:</b> Masculino                   |
| <b>Tipo de trabajo:</b> Otro           | <b>Estado civil:</b> Casado/a              | <b>Obs. Religión:</b> JUDIA              |
| <b>Fecha de nacimiento:</b> 21-09-1971 | <b>Tel. Domicilio:</b> Particular-52912247 | <b>E-Mail:</b> yossi_shalom@yahoo.com.mx |

| Datos subsecuencia |
|--------------------|
| Signos y síntomas  |

S. PACIENTE EL CUAL ACUDE POR SU SUBSECUENCIA NUMERO 4. QUIEN CUENTA CON DX DE LUMBALGIA POSTRAUMATICA. TRATADA CON INFLAMATORIOS Y RELAJANTES MUSCULARES ASÍ COMO TERAPIA FÍSICA EN 4 OCASIONES SIN PRESENTAR MEJORÍA. MOTIVO POR EL CUAL ACUDE A ESTA UNIDAD PARA SU REEVALUACIÓN. O. PACIENTE EL CUAL LLEGA POR SU PROPIO PIE CON MARCHA CLAUDICANTE A EXPENSAS DE PIERNA IZQUIERDA, PACIENTE SIN DOLOR A LA PALPACIÓN DE REGION LUMBA, SIN PRUEBAS DE NEURUTENSION CLARAS. SE PRESENTA DOLOR INTENSO A LA PALPACION DE ARTICULACION SACROILIACA, CON UN DOLOR INTENSO SI IRRADIACION. EXTREMIDADES INFERIORES CON ARCOS D EMOVILIDAD COMPLETOS, CON DOLOR EN REGION GLUTEA A LA EXTENSION DE LA EXTREMIDAD IZQUIERDA. REFLEJOS 2/2, SENSIBILIDAD SIN ALTERACIONES .

| Evolución  |
|--|
| A. PACIENTE CON EVOLUCI?N TORPIDA DE SU PADECIMIENTO. NO PRESENTA DATOS CL?NICOS CLAROS DE RADICULOPATIA. P. PACIENTE QUE EL CUAL POR EL MOMENTO NO CUENTA CON UN CUADRO CL?NICO CLARO POR LO QUE SE SOLICITARA RM DE REGI?N LUMBOSACRA PARA DESCARTAR PATOLOG?A A ESE NIVEL Y NORMATIVIDAD DE CONDUCTA A SEGUIR |

| Estudios solicitados |               |                           |
|----------------------|---------------|---------------------------|
| Rx                   | Observaciones | Interpretación Ortopédica |
| no requiere          |               |                           |

| Diagnostico   |
|---|
| LUMBALGIA POSTRAUMATICA, CON PROBABLE RADICULOPATIA |

| Suministros |            |              |
|-------------|------------|--------------|
| Cantidad    | Suministro | Indicaciones |
| no requiere |            |              |

| Ortesis     |         |              |              |
|-------------|---------|--------------|--------------|
| Cantidad    | Ortesis | Presentación | Indicaciones |
| no requiere |         |              |              |

| Criterios de Waddell |
|----------------------|
|                      |

| Observaciones |
|---------------|
|               |

| Firmas                     |  |                    |
|----------------------------|--|--------------------|
|                            |  |                    |
| Dr. PAUL ALFONSO MASCAREÑO |  | Firma del paciente |



## Subsecuencia #4

Folio Asignado:ITMV003166

Fecha:2016-12-08 Hora:22:36:53

MONJARDIN  
Cédula: 8298821

Firma del paciente al recibir resultado  
radiográfico, medicamentos, órtesis,  
diagnóstico.