

NSS: 1606-89-1744

A. MED.: 1F1989OR

NOMBRE DEL PACIENTE

ALEJANDRA AGUIRRE NICOLAS

CURP: AUNA891114MMCGCL04

DELEGACIÓN: MÉXICO PONIENTE - TOLUCA

UNIDAD: UMF NO. 226

CVE PTAL. 160701252110

CONSULTORIO: 4

TURNO: MATUTINO

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS REFERENCIA- CONTRARREFERENCIA

Fecha de solicitud de envío: Viernes, 17 de Noviembre del 2023 ESTATURA PESO TEMPERATURA PRESIÓN ARTERIAL FRECUENCIA CARDIACA FRECUENCIA RESPIRATORIA 1.54m 62.0kg °C mmHa latidos/min resp/min Tipo de Referencia: Urgente Ocasión de servicio: Primera vez Delegación a la que se Unidad a la que se envía: Hospital General Regional No. 220 México Poniente - Toluca 1462 252 Delegación de la que se UMF No. 226 México Poniente - Toluca Unidad que envía: envía: Consultorio al que se Especialidad a la que se Urgencias envía: envia: Fecha y hora de la cita de referencia: Diagnóstico: Complemento de Dx.: DEL BRAZO IZQUIERDO NEUROPATÍA PERIFÉRICA EN PROTOCOLO Dolor agudo. Subsecuente DE ESTUDIO SIN RESPUESTA A TRATAMIENTO Otros Dx.: **Enfermedades Crónicas:** Resumen Clínico: FEMENINO DE 34 AÑOS DE EDAD PRESENTA DE FORMA SÚBITA DOLOR DEL BRAZO IZQUIERDO SIN CAUSA APARENTE YA SE INCIO TX CONA AINE Y CARTBAMAZEPINA DE NO MEJORAR SE LE COMENTO REGRESAR A VALOACION MEDICA PARA PROTOCOLIZAR , TAMBIEN ACUDIO CON MEDICO PARTICULAR LE DIERON TX A BASE DE KETOROLACO, PREGABLAINA Y PARACETAMOL CON TRAMDOL DICE TAMPO LE AYUDAN NO SE LE QUITA EL DOLOR ELLA TRAE RESULTADOS DE LABORATORIO PARTICULAR DEL 16NOV2023 ERITROCITOS 4.40 HEMOGLOBINA 14.4 HTO 40.6 LEUCOCITOS 7.6 PLQ341 FR POSITIVO, ACIDO URICO 3.56 PCR POSITIVO 96 96 APP ANTECEDENTE DE HERPES ZOSTER DORSAL HACE 2 AÑOS TRATADO DE FORMA PARTICULAR... CONSIENTE, ORIENTADA ADECUADA COLORACIÓN E HIDRTACION SE DESVITE SIN NINGUNA LIMITACION, A LA EXPLORACIÓN DEL MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO SIN EDEMA NI CAMBIOD E COLOR SOLO DOLOR REFEIERIDO EN PARTE ALTRAL DE BRAZO SIN CAMBIOS D ECOMPROMISO NEUROVASACULAR FUERZA MUSCUALR 5-5 LA PACIENTE TIENE HIEPERBARALGESIA APENAS TOCO Y REACCIONA DICE CON MUCHO DOLOR Alergías: Motivo de envío: Sin respuesta favorable al tratamiento Información Adicional: se envía apara valorar uso de esteroide sistemico Nombre y firma del médico Matrícula Cédula Profesional LUZ MARIA PINTO RAMOS 8070288 99161905