## 

CAMOS PARA ANDRE

Dr. PAULO ESQUIVEL JIMENEZ

MEDICO CIRUJANO CED. PROF. 13757747 UNIVERSIDAD AUTONOMA DE YUCATAN

CLL. 40, No. S/N, COLONIA SAN JUAN, 97783, VALLADOLID, YUCATAN.

JESUS ANTONIO SANTOS TEJERO

FECHA Y HORA DE ELABORACIÓN: 24/10/2024 20:16

NÚMERO DE EXPEDIENTE: 0018493209

FECHA DE NACIMIENTO: 13/06/1980

T.A.	mm/Hg	Temp.	°C		
F.C.	xmin	Peso	Kg		
F.R.	xmin	Talla	m		
Circun. Abdom	cm	IMC	Kg/m²		
I.D.1	TRAUMATISMO	DEL PIE Y	DEL TOBILLO,		

MASCULINO

TRATAMIENTO

EDAD:

1.- IBUPROFENO CAPSULAS 600MG

1 CAPSULA CADA 8 HORAS DURANTE 5 DIAS VÍA DE ADMINISTRACIÓN ORAL

2.- NAPROXENO / LIDOCAINA GEL TOPICO 10GR/2GR 1 APLICACION CADA 8 HORAS DURANTE 5 DIAS

44 años

VÍA DE ADMINISTRACIÓN TOPICA

**Alergias** NEGADAS

NOMBRE:

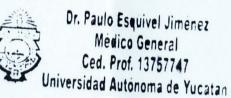
SEXO:

## Indicaciones generales:

NO ESPECIFICADO

REVALORACION CON RADIOGRAFIA EN CASO DE FALLA AL TRATAMIENTO

Se (econiere reposo en su domicilio por al menos 2 dias.



**FAVOR DE TOMAR EL TRATAMIENTO COMPLETO.** 

FAVOR DE PRESENTAR ESTA RECETA EN SU PRÓXIMA CITA QUE SERÁ:

ORIGINAL

Firma:

GENCIA- UN ANG

	INSTITUTO MEXICANO	DEL SEGURO SOCIAL	Jacques and some					
5	DELEGACION ESTA	TAL EN YUCATAN 2	2 02	200 201				
(D)	JEFATURA DE PREST	ACIONES MEDICAS						
		VALL	ADOLID	YUCATAN				
IMSS CONSTANCIA DE ENFERMEDAD VALLADOLID, YUCATAN								
1	17 N 2024							
UNIDAD EXPEDIDORA:	TIP'I,	SERIE: JPM	121					
FECHA: 25-10-	24 C.U.R.P. SA	TJ80061	3HY1	108Mn				
EL ASEGURADO JOU	Antonio	Sortos Te	DSCRIPCION:	UM\$H.				
NOMBRE NOMBRE								
0,00 BA1020 MIGROW								
NUMERO DE AFILIACION: 8403 80 1036 1 M 1980 CL								
		<b>O</b>		20 10 011				
No asistirà a sus labores por impedirlo su padecimiento durante 765 dìas a partir del 25-10-25								
e a ser a come a	con letras							
	<b>N</b>							
fecha	INICIAL	SUBSEC.	R.T.	E.G				
EL MEDICO TRATANTE								
DO NOME	mallion 6	anna ann ann ann ann ann ann ann ann an	FIRMA					
Q(1) 22118 [1] Ut								
MATRIC	ADSCRIPCION							

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL									
(3)	DELEGACION ESTATAL E		2 200	200					
IMSS CONSTANCIA DE ENFERMEDAD ADOLID, YUCATAN.									
UNIDAD EXPEDIDORA: UM	SERIE: JPM 5136								
FECH 28-00+2	4 C.U.R.P. SAT	18006	13441	NUSOI					
EL ASEGURADO:	OS TEJERO	JESVA 1							
NOMBRE									
NUMERO DE AFILIACION: 8	403 8010	36 - 8	14198	Don					
No asistirà a sus labores por imped		SIETÄ die	as a partir del 2	8.10.24					
			con letras						
***************************************									
fecha	INICIAL	SUBSEC.	R.T.	E.G					
EL MEDICO TRATANTE									
NOMB!	Abiola Car Aedico Fam ed.Esp. 140	2042	FIRMA						
MATRIC	JLA		ADSCRIPCION						