



## INDICACIONES PARA PACIENTES OPERADOS / POST-TRATAMIENTO

Departamento: Retina

Fecha: 12 / Agosto / 20 25

Nombre del Paciente: Yael Aldahir Castilla Gonzalez  
Número de Expediente: 20160604007  
Fecha de Nacimiento: 02 / agosto / 2002  
Edad: 23 años Sexo: MASCULINO  
Dirección: CTO OSCAR WILDE MZ 10 LT CS B COL SAN MARCOS HUIXTOCO 56643 CHALCOEDO. DE MÉXICO.  
Nombre y Teléfono del Responsable: ANGELICA GONZALEZ ZAMORA TEL. 5513574564.

### Indicaciones para pacientes

<b>Dieta:</b> Normal <input checked="" type="radio"/> Diabética <input type="radio"/> Hiposódica <input type="radio"/> Sin Sal <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>	<b>Posición:</b> Libre <input type="radio"/> Sentado <input checked="" type="radio"/> Semisentado <input type="radio"/> Boca abajo <input type="radio"/> Otra posición <input type="radio"/>	<b>Baño:</b> Normal <input type="radio"/> Sin mojar el parche <input checked="" type="radio"/> Maquillaje: Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Hasta 30 días <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	<b>Evitar:</b> Dormir del lado del ojo operado <input type="radio"/> Cargar cosas pesadas <input type="radio"/> Agacharse <input type="radio"/> Natación <input type="radio"/> Ejercicio <input type="radio"/> Deportes de contacto <input type="radio"/> Tallarse el ojo <input type="radio"/> Exponerse al sol <input type="radio"/> Por 30 días <input type="radio"/>	<b>Compresas:</b> Frias <input checked="" type="radio"/> Por 7 días <input type="radio"/> Tibias <input type="radio"/> Por días <input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/>	<b>SEÑALES DE ALARMA:</b> Dolor intenso <input checked="" type="radio"/> Vómito <input type="radio"/> Sangrado abundante <input type="radio"/> Baja visión <input type="radio"/> Ojo Rojo <input type="radio"/> Secreción Abundante <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>
--	---	--	---	--	---

#### Otras recomendaciones:

Sin indicaciones adicionales

### INICIAR CON MEDICAMENTOS ANOTADOS EN SU RECETA, SEGÚN INDICACIÓN DEL MÉDICO.

#### Recomendación a familiares

- ☒ Ayudar a caminar o a trasladar a su paciente.
- ☒ Realizar lavado de manos antes de colocar gota, unguento, quitar parches o tocar al paciente.
- ☒ Ponerle las gotas, con la cabeza del paciente ligeramente hacia atrás y el mentón elevado.
- ☐ Poner ungüento sobre las heridas o dentro de los párpados
- ☒ Ayudarlo a manejar comida/líquidos calientes
- ☒ Preguntarle o notar si presenta los datos de alarma
- ☒ Llamar al Instituto en caso de Urgencia. Siempre hay Médicos de Guardia.

Teléfono: 5442 - 1700 Ext. 3112

#### Próxima Cita

Fecha de revisión: 13 / Ago / 20 25

Hora: 07:15

Departamento/Consultorio:

3er piso, pase de visita de Retina

Dr. Paulina Bueno Zarazua

Cda. Prof. 12363050

Nombre completo, firma y número de cédula del Médico

### INDICACIONES.

Sentado

Dr. Paulina Bueno Zarazua  
Cda. Prof. 12363050

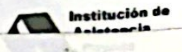
Nombre completo del médico, sello y firma







**Instituto de Oftalmología**  
**F.A.P. Conde de Valenciana, I.A.P.**



## RECETA MÉDICA DE EGRESO

Nombre del Paciente: Yael Aldahir Castilla Gonzalez

Número de Expediente: 20160604007

Fecha de Nacimiento: 02 / agosto / 2002

Edad: 23 años Sexo: MASCULINO

Dirección: CTO OSCAR WILDE MZ 10 LT CS B COL SAN MARCOS HUIXTOCO 56643 CHALCOEDO DE MÉXICO

Nombre y Teléfono del Responsable: ANGELICA GONZALEZ ZAMORA TEL. 5513574564.

### Medicamento(s):

1 frasco	Hialuronato de sodio, polietilenglicol 400, propilenglicol			
Cantidad	Nombre genérico		Nombre comercial	
Solucion oftálmica	ojo izquierdo	1 gotas	4 horas	30 días
Presentación	Vía de administración	Dosis	Frecuencia	Tiempo
1 frasco	Moxifloxacino 5 mg / ml			
Cantidad	Nombre genérico		Nombre comercial	
Solucion oftálmica	ojo izquierdo	1 gotas	4 horas	14 días
Presentación	Vía de administración	Dosis	Frecuencia	Tiempo
1 frasco	Acetato de prednisolona 10 mg/mL			
Cantidad	Nombre genérico		Nombre comercial	
Solucion oftálmica	ojo izquierdo	1 gotas	4 horas	14 días
Presentación	Vía de administración	Dosis	Frecuencia	Tiempo
1 caja	Clonixinato de lisina			
Cantidad	Nombre genérico		Nombre comercial	
Comprimidos 250 mg	via oral	1 tabletas	6 horas	5 días
Presentación	Vía de administración	Dosis	Frecuencia	Tiempo
Cantidad	Nombre genérico		Nombre comercial	
Presentación	Vía de administración	Dosis	Frecuencia	Tiempo
Cantidad	Nombre genérico		Nombre comercial	
Presentación	Vía de administración	Dosis	Frecuencia	Tiempo

Dr. Paulina Bueno Zarazua  
Cda. Prof. 12365050

Nombre completo del médico, firma y cédula profesional

Chimalpopoca 14  
Col. Obrera, Alcaldía Cuauhtémoc.  
C.P. 06800. Ciudad de México.

www.condecentro.org  
Conmutador: (55) 5442 - 1700  
buzon@condecentro.org

LICENCIA SANITARIA No.  
06 AM 09 006 102



FCV-EXP-248-3219050





Instituto de Oftalmología

F.A.P. Conde de Valenciana, I.A.P.

CONDE CENTRO



## NOTA DE EGRESO

En conformidad a la NOM-004-SSA3-2012, este formato debe llenarse con letra legible, sin tachaduras, sin enmendaduras, sin abreviaturas y de manera completa

Cama / Cuarto: 303 B

Fecha de elaboración: 12 / Ago / 20 25

Hora de elaboración: 19:49

Nombre del Paciente: Yael Aldahir Castilla Gonzalez

Número de Expediente: 20160604007

Fecha de Nacimiento: 02 / agosto / 2002

Edad: 23 años Sexo: MASCULINO

Dirección: CTO OSCAR WILDE MZ 10 LT CS B COL SAN MARCOS HUIXTOCO 56643 CHALCOEDO DE MEXICO

Nombre y Teléfono del Responsable: ANGELICA GONZALEZ ZAMORATEL 5513574564

Signos vitales: F.C. 76 x' F.R. 13 x' T/A. 125 / 76 Temperatura 36.4 °C

Ingreso		Egreso	
Fecha: 12-08-2025	Hora: 07:00	Fecha: 12-08-2025	Hora: 21:19
Días de estancia: 0		Se identifica reingreso por la misma atención en el año: Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	

Diagnóstico de ingreso (Principal y secundarios): Desprendimiento de retina regmatogeno ojo izquierdo

Resumen de la evolución y estado actual: Paciente Femenino ☐ Masculino ☒ con 23 años de edad.

Quién ingresa para manejo: Médico ☐ Quirúrgico ☒ Realizando los siguientes procedimientos:

Vitrectomía + Cerclaje ojo izquierdo con fecha: 12-08-2025 y hora: 15:45

Bajo anestesia: Tópica ☐ Local ☐ Sedación ☐ General inhalatoria ☐ General balanceada ☒ Sin ☒ Con ☐

complicaciones o incidentes (especificar si hubo): ninguna Actualmente se encuentra

estable hemodinámicamente, consciente, orientado, tolera vía oral, teniendo Buena ☒ Mala ☐ evolución, por lo que se

decide su alta a: Domicilio ☒ Otro establecimiento de atención médica ☐

Medicamentos relevantes administrados durante el proceso de atención: medicamentos sistémicos:

Sedantes y Oftálmicos: Tetracaina 5%, yodopovidona 5%, antibiótico tópico

Diagnósticos finales: Desprendimiento de retina regmatogeno tratado con Vitrectomía + Cerclaje ojo izquierdo

Motivo de egreso: El paciente muestra buena respuesta por lo que se decide dar el alta por: Mejoría ☒

Alta voluntaria ☐ Otro ☐ Especifique:

Problemas clínicos pendientes: No aplica ☐ Si ☒ Especifique: Revisión oftalmológica de seguimiento pendiente

Plan de manejo y tratamiento: Se indica reposo: Absoluto No tallarse los ojos y evitar esfuerzos.

Medicamentos prescritos al egreso: Hialuronato de sodio, polietilenglicol 400, propilenglicol, Moxifloxacino 5 mg / ml,

Acetato de prednisolona 10 mg/mL, Clonixinato de lisina

Recomendaciones para vigilancia ambulatoria: Parche ocular ☒ Acudir a citas postoperatorias ☒

Reportar sangrado abundante ☒ Iniciar tratamiento en casa ☐ Otras: Iniciar tratamiento cuando el médico lo indique

Atención a factores de riesgo (tabaquismo, alcoholismo, adicciones, otros): Evitar ☒ Disminuir ☐ No aplica ☐

Pronóstico para la vida y la función: Bueno ☐ Malo ☐ Reservado ☒

Nombre completo, cédula y firma del médico: Dr. Paulina Bueno Zarazua

Cda. Prof. 12363050

Chimalpopoca 14  
Cul. Obrera, Alcaldía Cuauhtémoc,  
C.P. 06800, Ciudad de México.

www.condecentro.org  
Conmutador: (55) 5442 - 1700  
buzon@condecentro.org

LICENCIA SANITARIA No.  
06 AM 09 006 102

