

NSS: 9212-94-2233

A. MEDICO: 1F1994OR

NOMBRE DEL PACIENTE JAQUELINE RODRIGUEZ GUZMAN

CURP: ROGJ940215MMCDZQ03

DELEGACIÓN: MÉXICO ORIENTE - NAUCALPAN

UNIDAD: UMF NO. 52

CVE. PTAL. 153901252110

CONSULTORIO: 8

TURNO: Vespertino

Fecha: Jueves, 25 de Febrero del 2016 Folio: Tipo de Solicitud: Ordinaria Diagnóstico Presuncial: Rinitis alergica Complemento de Dx.: AGUDIZADA EN ESTUDIO Estudios Solicitados: Indicaciones: EN AYUNAS Hematología morfológica | (Biometría compieta) Citología hemática completa EL PACIENTE DEBERA PRESENTARSE SIN ASEC-Bacteriología | Cultivo de exudado faringeo BUCAL, EN 7 YUNAS Y SIN TOMAR NI APLICARSE ANTIBIOTIO DIEZ DIAS ANTES DE SU CITA. PRESENTARSE EN EL LABORATOR O EL DÍA DE, SU immunologia | Eosinofilos en moco nasal CITA SIN ASEO NASAL. Orientación al paciente para presentarse a sus estudios de laboratorio: Si tiene dudas pase al Laboratorio. Nombre y firma del médico Cédula Profesional Matricula LUIS FERNANDO BERMUDEZ MONROY 98152340 5185793



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL Delegación Regional Estado de México Oriente

Unidad de Medicina Familiar No. 52

Paciente: Afilacion:

RODRIGUEZ GUZMAN, JAQUELINE

9212942233

CURP IMSS:

Rinitis alérgica, no especificada

Diagnostico IMSS UMF 52 Servicio:



o Folio: echa cita: 201603300074 30/03/16

Sexo:

Edad:

22 años

52 Consulta Externa UN Paciente:

ES MUY IMPORTANTE QUE LEA ESTA HOJA

Favor de presentarse el día de su cita a las 7:00 AM con este documento. Pasar a ventanilla a registrarse antes de su toma de muestra. LOS RESULTADOS SON ENVIADOS CON SU MEDICO PARA EL DIA DE SU CITA

Perfiles

Cultivo de Exudado Faringeo

Pruebas

Eritrocitos, Hemoglobina, Hematocrito, Volumen Corpuscular Medio, Hemoglobina Corpuscular Media, MCHC, RDW, Hemoglobina, Hematocrito, Volumen Corpuscular Medio, Hemoglobina Corpuscular Media, MCHC, RDW, Hemoglobina, Hematocrito, Volumen Corpuscular Medio, Hemoglobina Corpuscular Media, MCHC, RDW, Hemoglobina, Hematocrito, Volumen Corpuscular Medio, Hemoglobina Corpuscular Media, MCHC, RDW, Hemoglobina, Hematocrito, Volumen Corpuscular Medio, Hemoglobina Corpuscular Media, MCHC, RDW, Hemoglobina Media, MCHC, RDW, Hemoglobina MCHC, RDW, Hemoglobina MCHC, MCHC,



DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

NSS: 9212-94-2233 AGREGADO MÉDICO: 1F1994OR NOMBRE DEL ASEGURADO: JAQUELINE RODRIGUEZ GUZMAN

CURP: ROGJ940215MMCDZQ03

SEXO: FEMENINO

DELEGACIÓN: MÉXICO ORIENTE - NAUCALPAN UNIDAD: UMF NO. 52 CVE PTAL. 153901252110

CONSULTORIO: 8

TURNO: VESPERTINO

DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO:CARTILLA

DE SALUD Y CITAS MÉDICAS

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 0718129861895

Serie y Folio XQ047039

Unidad Médica Expedidora

Nivel Atención

Delegación Expedidora

Certificado de Incapacidad Serie

UMF No. 52

1

México Oriente -Naucalpan

XQ047039

UMF Adscripción

Delegación Adscripción

Patrón(es)

Puesto de trabajo

UMF No. 52

México Oriente - Naucalpan

KEY BUSINESS PROCESS

Telefonistas

Tipo Incapacidad

Probable Riesgo

Días Autorizados(Letra)

SOLUTIONS Número

A partir del

INICIAL

Trabajo NO

25/02/2016

Ramo de Seguro Enfermedad general

Control Maternidad

Expedido el

25/02/2016

Días Acumulados

0

- El asegurado a quien se entregó copia de este documento se encuentra incapacitado para trabajar a partir de la fecha y durante el periodo que se Indica en este duplicado.
- Si el asegurado regresare a sus labores antes de la terminación del periodo de incapacidad señalado en este documento, el patrón deberá avisar inmediatamente y por escrito a Prestaciones Económicas del Instituto, para que éste efectúe los ajustes que procedan en el pago del subsidio.
- Los riesgos profesionales ocurridos durante periodos de incapacidad reconocidos por el IMSS quedarán a cargo del patrón
- En caso de estar marcado como Riesgo de Trabajo o Probable Riesgo debera enterar al Instituto a través del formato ST-1 aviso para calificar probable riesgo de trabajo en un lapso no mayor a 24 horas

Nombre v firma del médico LUIS FERNANDO BERMUDEZ MONROY

Mat. 98152340

Matricula 98152340

Nombre y firma del médico que autoriza GERONIMO RODRIGO AHUMADA OCARANZA

Matrícula 99352436

COPIA PATRÓN