



Instituto Mexicano del Seguro Social  
 Delegación Regional Estado de México Poniente  
 Coordinación de Salud en el Trabajo  
 Área de Aplicación: Informe Médico para manejo  
 de Unidades de esta Delegación

Nombre del derechohabiente	GONZALEZ MARTINEZ ROSALIA		
Número de Seguridad Social	9090741427-1 1F1973OR	Delegación	EDO DE MEXICO PONIENTE
UMF de adscripción	UMF 97	Unidad Médica Tratante:	HGZ 194
Servicio tratante	CIRUGIA GENERAL	Días de Incapacidad acumulados	236
Ocupación	ASISTENTE	Fecha:	05/07/2024
<b>Antecedentes personales relevantes para el padecimiento actual</b>			
APP: REFIERE SER PORTADORA DE DIABETES MELLITUS TIPO 2, ASI COMO HIPERTENSION ARTERIAL DE LARGA EVOLUCION, NO ESPECIFICA TRATAMIENTO ///			
ALERGIAS: NEGADOS			
TOXICOMANIAS : NEGADOS			
Padecimiento actual. (Referir en forma resumida el inicio, evolución y estado actual que incluya respuesta al tratamiento, así como efectos secundarios en caso de existir):			
NOTA DE ALTA CON FECHA DE INGRESO: 28/11/2023 /// FECHA DE EGRESO: 03/01/2024 DX EGRESO: PIE DIABETICO WAGNER IV TEXAS IIID MIEMBRO PELVICO DERECHO, RESUELTO POR AMPUTACION TRANSMETATARSIANA ((27/11/2023) .. HALLAZGOS QUIRURGICOS: AMPUTACION TRANSMETATARSINA DE MPD PIE DIABETICO, TEXAS IIID CON EXUDADO PURULENTO Y OSTEOLISIS			
<b>SINTOMATOLOGIA</b> DOLOR OCASIONAL TIPO PUNZANTE EN SITIO DE HERIDA			
<b>Exploración física:</b>			
CON HERIDA SEC A AMPUTACION TRANSMETARSINA DE MIEMBRO PELVICO DERECHO, DE APROXIMADAMENTE 15 CM POR 4.5 CM, LIMPIA, SIN FIBRINA, ADECUADA COLORACION, SIN DATOS DE INFECCION, SECRESION FETIDA, O AGREGADOS.			
<b>Resultado de estudios de laboratorio y gabinete que respaldan el diagnóstico inicial y estado actual:</b>			
NO APLICA			
Diagnóstico Nosológico:	AMPUTACION TRANSMETATARSIANA MPD SEC A PIE DIABETICO WAGNER IV		
Diagnóstico Etiológico:	AMPUTACION TRANSMETATARSIANA MPD SEC A PIE DIABETICO WAGNER IV		
Dx. Anatomofuncional y/o Clase Funcional	AMPUTACION TRANSMETATARSIANA MPD SEC A PIE DIABETICO WAGNER IV		
Tratamiento(s) Otorgados y tratamientos pendientes:	NO CANDIDATO A PROCEDIMIENTO QUIRURGICO		
Requiere continuar con Incapacidad temporal:	SI		
Requiere continuar en vigilancia Médica sin incapacidad temporal:	SI	XX	NO
Fecha probable de alta y/o contra referencia:			NO
DE 6 A 9 MESES			
Folio de incapacidad y días autorizados :			