



## DATOS DEL PACIENTE

Sr./Sra.: HERNANDEZ CRUZ, ANA YOCELIN

Fecha de Nac.: 28/04/2003 Edad: 21 Sexo: Mujer

No. de Expediente: 285805

COBERTURA

PAGO PACIENTE (CAJA) / N2

(NEUROENDOCRINO)RIVERA, HECTOR

Medicina Interna Cex

Interconsulta

Remitido por: Medicina Interna Cex / (NEUROENDOCRINO)RIVERA, HECTOR

Fecha: 22/05/2025 Hora: 14:30 Consultorio: Edificio 9 Piso 1 CEX/Consulta Piso 1/Consultorio

### Recomendaciones/Preparación previa:

1. Verificar que este comprobante de cita cuente con el nombre correcto de el o la paciente.
2. Sea puntual a su cita programada, tenga en cuenta el tráfico en la CDMX.
3. Por las características de la enfermedad neurológica, psiquiátrica y/o quirúrgica del paciente, es necesario que acuda con un familiar mayor de edad que funja como responsable legal.
4. Debe presentar este comprobante de cita en el módulo de control de citas de consulta externa para confirmar su asistencia.
5. Si el paciente acude en Silla de Ruedas o Camilla debe avisar, en el momento que confirma su asistencia.
6. Si su número telefónico ha cambiado, favor de pasar al módulo de control de cita para realizar la modificación del nuevo número en el sistema.
7. Presentarse aseado y con ropa cómoda (blusa o playera de manga corta para facilitar la toma de signos vitales).
8. No es necesario que acuda en ayunas, no se permite consumir alimentos dentro de las instalaciones de consulta externa.

### Nota Médica:

Verificar el nombre del paciente y la cita programada. Llegar 20 minutos antes de su cita (tenga en cuenta el tráfico en la CDMX). En caso de no llegar en el horario programado o no disponer de su recibo de pago, se cancelará su consulta. Acudir con un familiar. Si desea cambiar su cita, llame al teléfono (55) 5606-3822

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIURGÍA <MANUEL VELASCO SUÁREZ> - Lic. Sanitaria INNN 04 AM 0913012

Nota

Ver

caso

Ac

INST

Nota



# INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIURUGÍA

MANUEL VELASCO SUÁREZ

Lic. Sanitaria 04 AM 0913012

Fecha de elaboración: 21/04/2025

Hora de elaboración: 11:47

Nivel Socioeconómico: 2

Servicio: Clínica de Epilepsia Cex Registro: 285805 Tipo de Paciente: GRT  
Nombre: HERNANDEZ CRUZ ANA YOCELIN Edad: 21 Sexo:  H  M Fecha de Nac: 28/04/2003

## SUBDIRECCIÓN DE CONSULTA EXTERNA

### SOLICITUD DE INTERCONSULTA

REG. NUM: 285805

Nombre: HERNANDEZ CRUZ ANA YOCELIN Edad: 21 Género:  H  M

SOLICITA A: Medicina interna Cama:

PROCEDENCIA: epilepsia

#### DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO / O SINTOMAS:

PAceinte con aumento rápido de peso, hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia, VPA de larga evolucion por lo que solicitamos perfil tiroideo, requiere piel seca, ciclos menstruales irregulares a veces cada 6 meses, se sospecha SOP secundario a VPA

Fecha: 21/04/2025 Hora: 11:48

Firmado por: PLASENCIA CORREA, KATHERIN MILAGROS  
Ciudad de México a 21/04/2025 Núm Cédula: 73661

#### MÉDICO SOLICITANTE, FIRMA:

Insurgentes Sur No. 3877, C.P. 14269, México D.F. Tel: 56 06 38 22