



1) FOLIO

DATOS DEL(A) PATRON(A) O DE LA EMPRESA

2) NOMBRE O RAZON SOCIAL CONTINUACION VOLUNTARIA EM/IVCM
3) REGISTRO PATRONAL IMSS
4) DOMICILIO (CALLE, NUMERO EXTERIOR E INTERIOR, COLONIA, MUNICIPIO O DELEGACION) Y TELEFONO(S)
5) ACTIVIDAD O GIRO SEGURIDAD SOCIAL
CIUDAD DOMICILIO CONOCIDO CODIGO POSTAL ESTADO ESTADO DE MEXICO

DATOS DE LA PERSONA ASEGURADA

6) SE IDENTIFICA CON:

7) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)
8) NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL
9) CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION (CURP)
10) OCUPACION CONDUCTOR
11) TIEMPO DE REALIZARLA 1 AÑO
12) EDAD 63
13) SEXO HOMBRE
14) UNIDAD MEDICA DE ADSCRIPCION 058
15) DOMICILIO (CALLE, NUMERO EXTERIOR E INTERIOR, COLONIA, MUNICIPIO O DELEGACION)
16) TELEFONO(S)
17) CORREO ELECTRONICO S/CORREO
18) SITUACION ACTUAL
19) FECHA DE DEFUNCION DE LA PERSONA ASEGURADA

DATOS DE LA PERSONA BENEFICIARIA

20) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)
21) EDAD
22) SEXO
23) PARENTESCO CON LA PERSONA ASEGURADA
24) CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION (CURP)
25) DOMICILIO (CALLE, NUMERO EXTERIOR E INTERIOR, COLONIA, MUNICIPIO O DELEGACION, CIUDAD, ESTADO)
26) TELEFONO(S)
27) CORREO ELECTRONICO
28) CALIDAD DE LA PERSONA BENEFICIARIA
29) HUIJANO(A) DE ASEGURADO(A) O PENSIONADO(A)
30) HIJO(A) DE PENSIONADO(A) (ASIGNACION FAMILIAR)

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

Table with 3 columns: Description, Date, and Year. Row 1: 29) DESCRIPCION DEL PADECIMIENTO ACTUAL... 07 02 2020. Row 2: 31) FECHA DE PRIMERA CITA PARA DICTAMINACION... 15 10 2020.

FECHA DE NACIMIENTO 07/02/2000. PRODUCTO DE MADRE DE 35 AÑOS, EMBARAZO DE 42 SEMANAS, GESTA III, OBTENIDO POR VIA CESAREA POR DESPRENDIMIENTO DE MEMBRANA CON SUFRIMIENTO FETAL AGUDO, SIENDO HOSPITALIZADO POR PROCESO INFECCIOSO POR ASPIRACION DE LIQUIDO AMNIOTICO SE MANEJO CON ANTIBIOTICOTERAPIA Y OXIGENO SUPLEMENTARIO, TUVO UN PESO AL NACER 3 KILOS. TALLA 49 MTS, APGAR 5/7. SEDESTACION A LOS 3 AÑOS, CAMINO A LOS 3 AÑOS, CONTROL DE ESFINTERES 6 AÑOS, PRESENTO RETRASO EN EL LENGUAJE CON BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR, ACUDIO A MEDICO PARTICULAR, DONDE REFIERE RETRASO MODERADO EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR BAJO TRATAMIENTO MEDICO, POR LO QUE REQUIERE ASISTENCIA POR TERCERAS PERSONAS PARA EL CUIDADO PERSONAL Y A AMBIENTES EXTRA DOMICILIARIOS, ACTIVIDADES REMUNERADAS E INDEPENDIENTES, SOLO OBEDECE ORDENES SENCILLAS AL LOGRAR HABLARLE CON LECTURA LABIO DENTAL. A LA EXP. FISICA: PESO 54KGS, TALLA 1.59 MTS. FRECUENCIA CARDIACA 80LPM, FRECUENCIA RESPIRATORIA 20RPM, T/A 120/80MMHG, PACIENTE DE EDAD MENOR A LA CRONOLOGICA, INQUIETA, HIPERACTIVA, CON ACTITUD HIPOACUSICA, DESPLAZANDOSE EN FORMA INDEPENDIENTE, MARCHA NORMAL, ACTIVA, NORMOCEFALA, FUNCIONES MENTALES CON DEFICIT COGNITIVO, CON ALTERACIONES DE LA MEMORIA RECIENTE Y ANTIGUA, ASI COMO EN LA ABSTRACCION, JUICIO, ANALISIS Y SINTESIS, CON LENGUAJE DISARTRICO, FRASES ENTRECORTADAS, NO SIGUE DIALOGO, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREFLEXICAS, AV 20/20, OROFARINGE NORMAL, CARDIOPULMONAR Y ABDOMEN SIN PATOLOGIA EN ESTE MOMENTO, EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES CON ARCOS DE MOVILIDAD EN FORMA PASIVA Y ACTIVA, FUERZA Y SENSIBILIDAD DE CARACTERISTICAS NORMALES, TONO Y TROFISMO MUSCULAR CONSERVADOS. FUE VALORADO POR MEDICINA INTERNA DEL HGZ58 IMSS 10/2020, DX: RETRASO MENTAL MODERADO CON DETERIORO COGNITIVO.

32) OBSERVACIONES

VALORADO POR MEDICINA INTERNA DEL HGZ58 IMSS 10/2020, DX: RETRASO MENTAL MODERADO CON DETERIORO COGNITIVO.

33) INCAPACITADO(A) SI X NO
34) PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD 49%
35) GRADO DE DISCAPACIDAD MODERADO

DIAGNOSTICOS
36) NOSOLOGICO(S) RETRASO MENTAL MODERADO CON DETERIORO COGNITIVO
37) ETIOLOGICO(S) HIPOXIA NEONATAL
38) ANATOMOFUNCIONAL(ES) HIPOXIA DEL TEJIDO CEREBRAL QUE DEJA SECUELAS COGNOSCITIVAS, ACOMPAÑADO DE PROCESO INFECCIOSO, QUE LO HACEN DEPENDIENTE DE OTROS PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, LA INTERRELACION SOCIAL Y LABORAL.

39) FECHA DE SOLICITUD
40) FECHA DE ELABORACION
41) DELEGACION (CLAVE Y NOMBRE)
42) UNIDAD MEDICA 058

RESPONSABLES
43) NOMBRE COMPLETO, MATRICULA Y FIRMA DEL MEDICO O MEDICA QUE ELABORO EL DICTAMEN
44) NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL(A) COORDINADOR(A) CLINICO(A) ZONAL QUE APROBO EL DICTAMEN
45) NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL(A) COORDINADOR(A) DELEGACIONAL DE SALUD EN EL TRABAJO QUE AUTORIZO EL DICTAMEN