

R-14



GOBIERNO MUNICIPAL  
CUAUTLANCINGO 2021-2024

000197



SECRETARÍA GENERAL

**CUAUTLANCINGO**  
MAS próspero

09:07

27 OCT 2021

YANETZLI FLORES

**RECIBIDO**

RESIDENCIA MUNICIPAL  
DEPENDENCIA: COORDINADORA DE LIMPIEZA  
ASUNTO EL QUE SE INDICA  
DI-026-2021

ANTONIO LOPEZ TAYLOR  
SECRETARIO GENERAL  
DEL H. AYUNTAMIENTO DE CUAUTLANCINGO.  
P R E S E N T E.

Sirva este presente para enviarle un cordial saludo y al mismo tiempo solicito a usted, la incapacidad de **MARIANA TEPOX MENDEZ**, por tiempo indefinido a partir de 21 de octubre del presente año, por motivos de contagio COVID.

Anexando receta medica y prueba COVID.

Cuautlancingo, Puebla a 26 de octubre 2021  
"CUAUTLANCINGO MÁS PRÓSPERO"

MARIA CAROLINA QUECHOLA ORTEGA,  
COORDINADORA DE LIMPIEZA DEL  
H. AYUNTAMIENTO DE CUAUTLANCINGO


**GOBIERNO DE MÉXICO**


**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
 UNIDAD MEDICO FAMILIAR No. 12  
 MÓDULO DE INFECCIÓN DE VIAS RESPIRATORIAS  
**CONTROL DE ENTREGA Y RECEPCIÓN DE OXÍMETROS DE PULSO**

Fecha de Entrega: 23/10/21

MUESTRA POSITIVA			
PAR	(+)	FECHA	23/10/21
PCR		FECHA	

Recibo UN OXÍMETRO de pulso, en el entendido que lo usaré durante mi seguimiento a distancia y me comprometo a regresarlo al término del mismo al Módulo de Infección de Vías Respiratorias de la Unidad de Medicina Familiar No 12, de la cual soy adscrito.

Se identifica con: INC: 037806861973 Folio 7024473191

Nombre y firma del paciente: Tepeax Mendez Maruany

Num. Seguridad: 4600879792-0

Nombre y firma de quien es: Dr. Zamora

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
 DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
**SOLICITUD DE SERVICIOS DENTRO DE LA UMF**

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIANA TEPOX MENDEZ  
 CURP: TXMB80109MPLPNR08  
 DELEGACIÓN: PUEBLA  
 UNIDAD: UMF NO. 12  
 CONSULTORIO: 9

CVE. PTAL. 220401252110  
 TURNO: MATUTINO

Fecha de solicitud de envío: Viernes, 22 de Octubre del 2021

Tipo de Solicitud: Ordinaria

Ocasión de Solicitud: Primera vez

Fecha de la Cita:

Servicio al que se envía: Medicina familiar

Motivo de envío:

+ PARACETAMOL TAB 500MG 1 TABLETA VIA ORAL CADA 8 HORAS POR 3 DIAS + NAPROXENO TAB 250 MG 1 TABLETA VIA ORAL CADA 12 HORAS POR 3 DIAS + AMOXICILINA TABLETAS 500MG 1 TABLETA VIA ORAL CADA 8 HORAS POR 7 DIAS + AMBROXOL TAB 30 MG 1 TABLETA VIA ORAL CADA 8 HRS POR 3 DIAS + CITA ABIERTA EN CASO DE PRESENTAR DATOS DE ALARMA + SE ENTREGA TRIPTICULO CERCADOS EN CASA METAMIZOL SOL INY 1 AMP IM DL + NIZOLMELOSA SOL OPTIMICA 2 GOTAS EN CADA OJO CADA 4 HORAS + CLORANFENICOL GOTAS APLICAR 1 GOTAS CDA 6 HRS POR 3 DIAS

Nombre y firma del médico: \_\_\_\_\_

Cédula Profesional: \_\_\_\_\_  
 Matrícula: \_\_\_\_\_

Qr

Acido acético/solubilis 200 mg los  
tomar 1 dosis/dia

Vit e/ferro los  
tomar 1 ofia los 20 dias



**Dra. MARISEL NORMA ZACARIAS GONZALEZ**  
 MEDICO CIRUJANO Y PARTERO  
 BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA  
 COLONIA SAN JUAN DE LOS RIOS

CL. 16 DE SEPTIEMBRE, 2, No. 8, COLONIA SAN JUAN DE LOS RIOS, CLAUTLANCINGO, PUEBLA

<b>NOMBRE:</b>	MARIANA TEPOX MENDOZA	<b>EDAD:</b>	
<b>SEXO:</b>	FEMENINO		
<b>T.A.</b>	117/92 mm/Hg	<b>Temp.</b>	37.6 °C
<b>F.C.</b>	111 x/min	<b>Peso</b>	70 kg
<b>F.R.</b>	17 x/min	<b>Talla</b>	1.66 m
<b>Circun. Abdom</b>	cm	<b>IMC</b>	25.839 kg/m <sup>2</sup>
<b>I.D. 1</b>	AMIGDALITIS AGUDA		
<b>I.D. 2</b>	PARINGITIS AGUDA		

**TRATAMIENTO**

- 1.- CEFTRIAXON 1 INYECCION VIA DE ADM
- 2.- DEXAMETASON 1 INYECCION VIA DE ADM
- 3.- CEFALOSPORINAS 1 CAP CADA VIA DE ADM
- 4.- ANABOLICOS 1 CAP CADA VIA DE ADM
- 5.- VITAMINAS 1 CAP CADA VIA DE ADM

**Alergias**  
NO

**Indicaciones generales:**

EVITAR CAMBIO BRUSCO DE TEMPERATURA,  
 EVITAR ALIMENTOS IRRITANTES, MEDIDAS  
 SANITARIAS ESTRICTAS, CITA EN 4 DIAS  
 OXIGENACION 97-98.

RECETA EN UNO DE LOS SIGUIENTES MODELOS