

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
DELEGACIÓN REGIONAL EN PUEBLA
HTO CMN Puebla

Diagonal Defensores de la Republica , No.S/N Colonia Amor
C.P.72140, Municipio Puebla,Puebla, CMN Puebla
Licencia Sanitaria No. 3061140337

NOMBRE:CAMPOS TORIJA EMMANUEL

NSS:4811883976 1M1988OR

UMF:UMF 6 Puebla CONSULTORIO:17 TURNO:M

EDAD:37 SEXO:M

FECHA DE NACIMIENTO:01/06/1988

FOLIO:31582/25

(1)FECHA Y HORA DE LLEGADA A URGENCIAS

21/11/2025 00:02

TRIAGE

(2)FECHA Y HORA INICIO TRIAGE 21/11/2025 00:02	TENSIÓN ARTERIAL 120/080	FRECUENCIA CARDIACA 0	FRECUENCIA RESPIRATORIA 0	TEMPERATURA 0 °C	PESO 0 Kg.	TALLA 0 Mts.	GLUCEMIA CAPILAR 0	ESCALA DE GLASGOW 15
(3)FECHA Y HORA TERMINO TRIAGE 21/11/2025 00:02	MOTIVO DE LA ATENCIÓN contusion codo izquierdo							
NIVEL DE GRAVEDAD	I: ROJO	II: NARANJA	III: AMARILLO	IV: VERDE (XXX)	V: AZUL			

NOTA MÉDICA INICIAL DE URGENCIAS

FECHA Y HORA DE REGISTRO	21/11/2025 - 00:03
(4)FECHA Y HORA DE CONSULTA	21/11/2025 - 00:28
MOTIVO DE LA ATENCIÓN	CONTUSION EN CODO IZQUIERDO
RESUMEN DEL INTERROGATORIO	ALERGIAS NEG APP NEG PACIENTE REFIER EL DIA DE AYER 20.11.25 HABER SUFRIDO CAIDA DESDE LA EMSON 40 CMS AL CAER DESDE L TNRAPOSTE PUBLICO CON CONTNUOI EN CODO IZSQUIERDA, ACUDE POR EDEMA, DEFEMOEDAD APRENTE Y DOLOR 8/10 EN EVA
EXPLORACIÓN FÍSICA	SE EPXLORA CONCIENTE ORIETA DO COOPERADOR MARCHA BIPODACLIA PLANTIFRADA INDEPDENRTE COCO IZQUEIRD CON BLOQUE FLEOXRA LAS70°, CON DOLROE Y DEFORMIDAD EN CONDILO MEIDAL, ASI COMO CREPITACIO EN LA PRONOSUPINACION LA CUAL ESTA CONSERVADA DE 170° A 10°. LLEDACO CAPIAR INMEDIADO SIN DATOS DE LESION NUERVASUCALR SE ENVIAA SU CLINCIA SIN LICENCIA MEDICA
AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO	RX AP Y LATERAL DE CODO CON PRESENCIAND E SIGNO DEL COJINETE GRASO EN REGION ANTERIO DEL CODO, ASI COMO APAREN SUBLUXACION DE LA CCABEZA RADIAL.
DIAGNÓSTICO(S)	S424 - FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL HUMERO
TRATAMIENTO	PARAA 1ER CONTACO, SE SOLITA TOMA DE TAC DE CODO PARA EVALULAR TRATAMIETNO DEFINITIVO. EN CASO DE FRACTURA Y SUBLUXACION O LUXACION RESOLUCION QUIRURIC SI ES LUXACION REDUCTIBEL INMOVILIZACION Y CITA EN 4 SEM A TRAUMATICOS DIAFISIS, SI SOLO ES INCHAZON POR LA CONTUSION ALTA CON VENDAJE COMPRESIVO DEJONES
PRONÓSTICO	MALO PARA LA FUNCIÓN PX BUENO PARA LA VIDA Y RESERVADO PARA LA FUNCION
NOMBRE Y FIRMA DE MÉDICO BECARIO	
NOMBRE Y FIRMA DE MÉDICO DE BASE	96221410 SANCHEZ GONZALEZ VICTOR HUGO CEDULA: 9410744

Dr. Victor Hugo Sanchez Gonzalez
Traumatología y Ortopedia
Médico 96221410
IMSS

- Agendar dtb en la consulta externa de diáfisis traumáticas en 4 semanas
- Se entrega solicitud de Rx
- Acudir o revokación el día 28/11/25 a las 16 hrs
- Al dar de ferula y vendaje
- Paracetamol 500 mg 1 tab vo c/6 hrs x 6 días
- Difenhidramina 100 mg 1 tab vo c/12 hrs x 6 días
FE Campa



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

NSS: 4811-88-3976

A. MÉDICO: 1M1988OR

NOMBRE DEL ASEGURADO:

EMMANUEL CAMPOS TORIJA

SEXO: MASCULINO

CURP: CATE880601HPLMRM01

DELEGACIÓN: PUEBLA

UNIDAD: HTO PUEBLA

CVE. PTAL.: 220141152153

CONSULTORIO: NO ESPECIFICADO

TURNO: ÚNICO

DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO: CARTILLA
NACIONAL DE
SALUD

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1

Serie y Folio QB061205

Unidad médica expedidora	Nivel atención	Delegación expedidora	Certificado de incapacidad serie
HTO PUEBLA	3	Puebla	QB061205
UMF adscripción	Delegación adscripción	Patrón (es)	Puesto de trabajo
UMF 6 PUEBLA	Puebla	DISTRIBUIDORA EL TORO SA DE CV	Ocupaciones no especificadas
Matrícula	Adscripción laboral	Categoría	
Tipo incapacidad	Días autorizados (Letra)	Número	A partir del
Subsecuente	Veintiocho	28	21/11/2025
Ramo de seguro			Expedido el
Enfermedad General			21/11/2025
Probable riesgo trabajo	Días probables de recuperación	Días acumulados	
No	70	28	

- El asegurado a quien se entregó copia de este documento se encuentra incapacitado para trabajar a partir de la fecha y durante el período que se indica en este duplicado.
- Si el asegurado regresare a sus labores antes de la terminación del período 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 períodos de incapacidad reconocidos por el IMSS quedarán a cargo del patrón.
- En caso de estar marcado como Riesgo de Trabajo o Probable Riesgo deberá 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 y firma del médico	Matrícula	Nombre y firma del médico que autoriza	Matrícula
EVERARDO PANTALEON FIERROS	98384262		

COPIA PATRÓN

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIALDIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
**CERTIFICADO DE INCAPACIDAD
TEMPORAL PARA EL TRABAJO**

NSS: 4811-88-3976 AGREGADO MÉDICO: 1M1988OR

NOMBRE DEL ASEGURADO:

EMMANUEL CAMPOS TORIJA

CURP: CATE880601HPLMRM01

FECHA DE NACIMIENTO: 01/06/1988

SEXO: MASCULINO

DELEGACIÓN: PUEBLA

UNIDAD:UMF 6 PUEBLA CVE PTAL. 220142252110

CONSULTORIO: 17 TURNO: MATUTINO

DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL
ASEGURADO: CREDENCIAL PARA VOTAR

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1327074681863

Serie y Folio UK894747

Unidad Médica Expedidora UMF 6 Puebla	Nivel Atención 1	Delegación Expedidora Puebla	Certificado de Incapacidad Serie UK894747
UMF Adscripción UMF 6 Puebla	Delegación Adscripción Puebla	Patrón(es) DISTRIBUIDORA EL TORO SA DE CV	Puesto de trabajo Empleados de ventas, despachadores y dependientes en comercios
Tipo Incapacidad INICIAL	Días Autorizados(Letra) uno	Número 1	A partir del 20/11/2025
Ramo de Seguro Enfermedad general		Control Maternidad NO	Expedido el 20/11/2025
Probable Riesgo Trabajo SI		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 y firma del médico	Matrícula	Cédula Prof.	Cédula Esp.	Nombre y firma del médico que autoriza	Matrícula
MARIA CRISTINA DEL ANGEL APAN	99084995	4568581		NO APLICA	NO APLICA

COPIA PATRÓN

+CONOCES EL SERVICIO DE CONSULTA DE INCAPACIDADES EN LÍNEA?

Ingresa al escritorio virtual y podrás revisar el histórico de las incapacidades de los trabajadores de tu empresa. Si cuentas con Convenio de pago indirecto y reembolso de subsidios, también puedes descargar tus facturas de pago.