



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 TORJA EMMANUEL

NSS:4811883976 1M19880R

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 PESO 0 °C 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 BIPODACIA PLANTIFRADA INDEPDENRTE COCO IZQUEIRD CON BLOQUE FLEOXR A LAS70°, CON DOLROE Y DEFORMIDAD EN CONDILÓ MEIDL, 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 CLINICA SIN LICENCIA MEDICA
AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO	RX AP Y LATERAL DE CODO CON PRESENCIANTE SIGNO DEL COJINETE GRASO EN REGION ANTERIOR DEL CODO, ASI COMO APAREN SUBLUXACION DE LA CCABEZA RADIAL.
DIAGNÓSTICO(S)	S424 - FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL HUMERO
TRATAMIENTO	PARAA 1ER CONTACTO, SE SOLITA TOMA DE TAC DE CODO PARA EVALULAR TRATAMETNO 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 DE JONES
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 GOMEZ VICTOR HUGO CEDULA: 9410744

Dr. Victor Hugo Sanchez Gomez
Traumatologo y Ortopedista
Msc. 9422140

- Agendar dt en la consulta externa de articulos traumáticos en 4 semanas
- Se entrego solicitud cc Rx
- Acudir o reevaluación el dñs 28/11/25 a las 16 hrs
- Al acudir se facilita un vendaje
- Frace tmax 500mg 1 tab uva cefix x 60tas
- Dolorco 100 mg 1 tab uva Rhr x 60tas
- fc oxímpa



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: 1M19880R
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	

Nota:

- 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 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
EVERARDO PANTALEON FIERROS

Matrícula
98384262

Nombre y firma del médico que autoriza

Matrícula

COPIA PATRÓN



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
**CERTIFICADO DE INCAPACIDAD
TEMPORAL PARA EL TRABAJO**

NSS : 4811-88-3976 AGREGADO MÉDICO: 1M19880R
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 Ramo de Seguro	Días Autorizados(Letra) uno	Número 1	A partir del 20/11/2025
Enfermedad general		Control Maternidad NO	Expedido el 20/11/2025
Probable Riesgo Trabajo SI		Días Acumulados 0	
<ul style="list-style-type: none"> 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 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	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.