



**REPORTE DE ACTIVIDADES DE TRASLADO DE PERSONAL MEDICO**

NOMBRE DEL PACIENTE: Sanchez Basulto Antonio

AFILIACION: 2982602

EDAD: 75

SEXO: M

DIAGNOSTICO: TCE Moderado.

ORIGEN: Guzmas

DESTINO: Hermosillo

FECHA: 17/02/22

HORA DE SALIDA: \_\_\_\_\_ HORA DE LLEGADA: \_\_\_\_\_

**SE REALIZARON LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES:**

<u>Monitoreo.</u>
<u>Manejo de vía aérea.</u>

**NOMBRE Y FIRMA MEDICO**

[Handwritten Signature]

**FIRMA JEFE DEL DEPTO:** [Handwritten Signature]



INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO DE SONORA

afil. - 1671501

FALTAN  
FORMA  
ORIGIN

DIA	MES	AÑO
7	02	22

COORDINACION MEDICA: Guaymas  
**PAGO DE AYUDA PARA TRASLADO DE PACIENTES**  
**1 DATOS PARA SER LLENADOS POR LA UNIDAD EMISORA**

DEL PACIENTE	No. de afiliación: <u>2082002</u> Edad: <u>75</u> Organismo: <u>CEA</u>	
	Nombre del Paciente: <u>Sanchez Basulto Antonio</u> Diagnóstico (C.I.E.): <u>TCE moderado ACV alobarica</u>	
Nombre del trabajador: <u>Sanchez Basulto Antonio</u>		
Requiere acompañante: <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Motivo: <u>por traslado</u>		
Nombre del acompañante: <u>Sanchez Leyva Patricia</u> Identificación: <u>INE</u>		
DEL TRASLADO	Se refiere a Cd.: <u>Hemosilla, Sonora</u> Transporte: <u>Ambulancia</u>	
	Unidad Hospitalaria: <u>CM Dr J Chavez</u> Servicio: <u>Urgencias/Neuro</u>	
	Atención que se solicita: <u>valoración y TAC</u> Fecha de cita: <u>17-02-22</u>	
	Médico que refiere al paciente: <u>Dr Garcia Riqua</u> Clave: <u>2764</u>	
	Autoriza el traslado: <u>Dr Ramón Arturo López Salguero</u> <small>(nombre completo, puesto y firma)</small> <u>Coordinador Turno</u> <u>Clinica ISSSTESON Guaymas</u>	

**2 DATOS PARA SER LLENADOS POR LA UNIDAD MEDICA RECEPTOR**

DE LA ATENCION	Se recibió al paciente el día: _____ <u>Dr. Ramón Arturo López Salguero</u> <u>Coordinador Médico</u> <u>Diagnóstico de patología presente en Guaymas</u>	
	Se atendió en: _____	
	Nombre del Médico tratante o responsable del servicio: _____ Clave: _____ Firma: _____	
	En caso de Hospitalización: _____ Fecha de Ingreso: _____ Fecha de Egreso: _____	
	Se extendió incapacidad laboral: Folio: _____ Por: _____ días, del día: _____ al día: _____	

**3 DATOS PARA SER LLENADOS POR LA OFICINA PAGADORA**

Recibí de: \_\_\_\_\_

La cantidad de: \$ \_\_\_\_\_

En efectivo: \_\_\_\_\_ Cheque: \_\_\_\_\_ Folio: \_\_\_\_\_ Banco: \_\_\_\_\_

Por concepto de: \_\_\_\_\_

**Recibí de conformidad**

**Autorizó**

**Entregó**

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_, Sonora, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_



INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO DE SONORA

NUMERO DE AFILIACION  
298216072

SANCHEZ BASCO ANTONIO

APELLIDADO(A) MATEMÁTICO NOMBRE ORGANISMO

REFERENCIA - CONTRAREFERENCIA

REFERENCIA ORDINARIO  URGENTE

ENVIO A LA ESPECIALIDAD DE: UROLOGIA

UNIDAD A LA QUE SE ENVA: HMO

UNIDAD QUE ENVA: 64M COORDINACION

FECHA DE LA SOLICITUD: 17/02/72  
DIA MES AÑO

DIAGNOSTICO(S) DE ENVIO

TLE MODERADO

NOV A CLASIFICAR

FECHA DE CITA PRIMERA VEZ:   
DIA MES AÑO

RESUMEN CLINICO

ANOTAR UN RESUMEN DE LOS PRINCIPALES DATOS DEL INTERROGATORIO Y EXPLORACION FISICA, ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO, TERAPEUTICA PREVIA Y RESULTADOS OBTENIDOS.

UNSC. 75 años ES DM. HAS. TRAS PRESENTAR CAIDA DE UNA SILLA POSICION TRANSCURTIDA CRANIAL Hacia 11:45 AM CONUNTO CON VERTIGO, HEMIPARESIA DERECHA, INTERFERENCIA FISICA CORPORAL; ... CON UN ECB 13 PUNTOS. NOV INFORMADO PLO DE IET. SE SOLICITA ESTUDIO TOMOGRAFICO Y VALORACION POR MEDIC 4/6 URB

MOTIVO DE ENVIO

- 1- FALTA DE RESPUESTA FAVORABLE AL TRATAMIENTO
- 2- PRESENCIA DE COMPLICACIONES
- 3- REQUIERE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICOS ESPECIALES
- 4- COMPLEMENTACION DIAGNOSTICA
- 5- TRATAMIENTO ESPECIALIZADO
- 6- PROTECCION ANTICONCEPTIVA METODO ANTICONCEPTIVO
- 7- OTROS (ESPECIFIQUE)

(FIRMA DE ACEPTACION DEL PACIENTE)

INCAPACIDAD No. DE FOLIO POR DIAS

FECHA DE INICIO:   
DIA MES AÑO

TIPO DE INCAPACIDAD: ENFERMEDAD GENERAL RIESGO DE TRABAJO MATERNIDAD

INICIAL  SUBSECUENTE

MEDICO RESPONSABLE (NOMBRE, CLAVE Y FIRMA)

60000 72764

MEDICO DIRECTIVO (NOMBRE, CLAVE Y FIRMA)

Dr. Ramon Arturo Lopez Estigarro  
Coordinador Médico  
Clínica Hospital ISSSTE SON



INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES  
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO DE SONORA.

**SOLICITUD DE TRASLADO LOCAL Y FORANEO DE AMBULANCIA  
HOSPITALIZACION - URGENCIAS CAMILLAS**

PÁGINA: 1  
HORA: 12:21 pm

17 / Feb / 2022

AFILIACION: 2082602 SEXO: M EDAD: 75 FECHA NACIMIENTO: 08/05/1946  
NOMBRE: SANCHEZ BASULTO ANTONIO  
DIAGNÓSTICO: (TRAUMATISMO CEREBRAL FOCAL) (ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA)

SOLICITUD: ORDINARIA SOLICITADO POR: HOSPITALIZACION URGENCIAS CAMILLAS

UNIDAD A LA QUE SE ENVÍA: HOSPITAL CHAVEZ

JUSTIFICACIÓN:

AMEROITA ESTUDIO TOMGRAFICO TY VAKIRACION POR NEUROCX



Dr. Ramón Arturo López S. <sup>MD</sup>  
Coordinador Médico  
Clínica Hospital ISSSTESON Guaymas

  
Z7764 Dr. ARMANDO GARCIA MAYA - MEDICINA INTEGRADA  
CProf. 4643698 RSSA 6697/06 UMSNH - CProf. 6726383 RSSA 9/13 UMSNH  
Consulta Externa Especialista, Clínica Hospital ISSSTESON Guaymas, GUAYMAS, SONORA