

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

BLVD. HIDALGO NO. 15 COL. CENTRO, HERMOSILLO, SONORA

R.F.C. : ISS630101488

Poliza

Tipo: J Poliza: 000000057

Periodo: 2021

Mes: 7

Dia: 13

T.Electrón.:00000000000000007213, Deudor :000414

Cuenta	Descripción	Cargos	Abonds
1-1-231000000	DEUDORES POR GASTOS A COMPROBAR	440.00	0.00
1-1-131002000	CUENTA 65500587960 PRESUPUESTO	0.00	440.00

Observaciones:

440.00

440.00



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

Comprobación de Gastos



Número: 9624

Divisa: 01

Fecha: 27/07/2021

Deudor: (000414) VILLASANA MARTINEZ VICTOR DANIEL

Dirección:

Lugar: HERMOSILLO, SONORA, MÉXICO

Proveedor	Gto	Centro de Costo	Egreso	Fact/UID	% I.V.A.	I.V.A.	Pareja Divisa
0002050 INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO DE SONORA	5	VIATICOS 2020 EN ADELANTE	129057 --		0.00	0.00	200.00

Elaboró

DANIELA ESPINOZA LUNA

Fabian Miranda Quiñonez

C.P. FABIAN MIRANDA QUIÑONEZ
 Departamento de Contabilidad
 Clínica Hospital Guaymas

FABIAN MIRANDA QUIÑONEZ

PORC_IVA%	0 %
IVA/GTO	0.00
TOTAL	200.00
RESTA	0.00



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

Comprobación de Gastos



Número: 9621

Divisa: 01

Fecha: 27/07/2021

Deudor: (000414) VILLASANA MARTINEZ VICTOR DANIEL

Dirección:

Lugar: HERMOSILLO, SONORA, MÉXICO

Proveedor	Gto.	Centro de Costo	Egreso	Fact/UUID	% IVA	IVA	Parcial Divisa
0002050 INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO DE SONORA	5	VIATICOS 2020 EN ADELANTE	129056	--	0.00	0.00	200.00

[Handwritten Signature]
ISSSTESON

<p>Elaboró</p> <p><i>[Handwritten Signature]</i></p> <p>_____ DANIELA ESPINOZA LUNA</p>	<p style="text-align: center;">C.P. FABIAN MIRANDA QUINONEZ Departamento de Contabilidad Clínica Hospitalaria Guaymas</p> <p style="text-align: center;">_____ FABIAN MIRANDA QUIÑONEZ</p>	<table border="1"> <tr> <td>PORC IVA %</td> <td style="text-align: right;">0 %</td> </tr> <tr> <td>IVA GTO</td> <td style="text-align: right;">0.00</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td style="text-align: right;">200.00</td> </tr> <tr> <td>RESTA</td> <td style="text-align: right;">0.00</td> </tr> </table>	PORC IVA %	0 %	IVA GTO	0.00	TOTAL	200.00	RESTA	0.00
PORC IVA %	0 %									
IVA GTO	0.00									
TOTAL	200.00									
RESTA	0.00									



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



BLVD. HIDALGO NO. 15 COL. CENTRO, HERMOSILLO, SONORA
R.F.C. : ISS630101488

ORDEN DE PAGO

Clave: 75028

Pago a:

Tipo: Anticipo

Fecha 04/05/2021

Proveedor: 000414 VILLASANA MARTINEZ VICTOR DANIEL

U. Resp.: 96 HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

Operación	Factura	Subtotal	Retención	IVA	Total
79836 Sol. Egreso		220.00	0.00	0.00	220.00

APOYO EN TRASLADO DE PACIENTE GARCIA DURAN SONIA GUADALUPE CON
NUMERO DE AFILIACION 5624708 CON DIAGNOSTICO DOLOR ABDOMINAL,
PARA SU ATENCION ESPECIALIZADA EN HOSPITAL HERMANO DR IGNACIO
CHAVEZ

OBSERVACIONES

Lic. José Alfredo Ramírez Fontes

AUTORIZO

Subtotal:	220.00
Retención:	0.00
IVA:	0.00
Total:	220.00



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

75028

SOLICITUD VIÁTICOS:

79836

FECHA: 29 DE ABRIL DEL 2021

DEUDOR: VILLASANA MARTINEZ VICTOR DANIEL

R.F.C.

TEL:

PERIODO: 29/04/2021 A 29/04/2021

DEPENDENCIA: HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

VIÁTICO: HERMOSILLO

NO. DÍAS: 1

CONCEPTO: GASTOS DE VIAJE 2020

CANT.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	IMPORTE
1	VIATICOS 2020 EN ADELANTE	\$220.00	\$220.00

OBSERVACIÓN:

COMISION OFICIAL EN TRASLADO DE PACIENTE ENVIADO DE NUESTRA CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS AL CM.DR. IGNACIO CHAVEZ

SUBTOTAL \$220.00

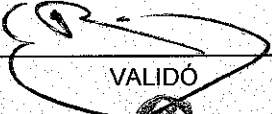
16% IVA \$0.00

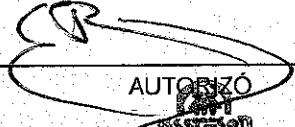
TOTAL \$220.00

TOTAL LETRA: DOSCIENTOS VEINTE PESOS 00/100 M.N.

VILLASANA MARTINEZ VICTOR DANIEL

SOLICITÓ

VALIDÓ

 CP. Ramón Estrada Soto
 Subdirector Administrativo
 Clínica Hospital ISSSTESON Guaymas

AUTORIZÓ

 CP. Ramón Estrada Soto
 Subdirector Administrativo
 Clínica Hospital ISSSTESON Guaymas



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

SE: 79836

AVISO DE COMISIÓN

13	ABRIL	2021
----	-------	------

C. VILLASANA MARTINEZ VICTOR DANIEL ENF. AFILIACION 15257401 AREA DE ADSCRIPCION HOSPITAL GUAYMAS

UBICACIÓN URGENCIAS PUESTO ENFERMERA GENERAL NIVEL 41

ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: HERMOSILLO, SONORA

DURANTE 1 DIAS, DEL 13 DE ABRIL AL 13 DE ABRIL DE 2021

MOTIVO DE LA COMISION: ASISTENCIA A LA CIUDAD DE HERMOSILLO AL C.M.DR.I. CHAVEZ POR MOTIVO DE COMISION EN

TRASLADO DE PACIENTE EN VEHICULO AMBULANCIA PLACAS DIA Y HORA DE RECEPCIÓN 13 DE ABRIL 2021
07:20 HRS.

EL VEHICULO LO CONDUCCIRA NORIEGA MEDINA JOSE ALFREDO

CON LICENCIA No. L2600RC1002717 CON VENCIMIENTO 25/06/2018

ANTICIPADOS DENEGADOS COMPROBABLES NO COMPROBABLES

CUOTA DIARIA \$ 220.00 DIAS 1 IMPORTE VIATICOS \$ 220.00

II.- SOLICITUD DE GASTOS A COMPROBAR:

A. SOLICITUD DE GASOLINA: _____ / _____ = _____ X \$ _____ = \$ _____

LOMETRAJE A RECORDER RENDIMIENTO DEL VEHICULO LITROS A CONSUMIR COSTO

B. SOLICITUD DE CASSETAS:

No. DE CASSETAS: _____ X COSTO UNITARIO \$ _____ IMPORTE TOTAL \$ _____

C. PASAJES:

TERRESTRES: HERMOSILLO _____ HERMOSILLO IMPORTE TOTAL \$ _____

AREAS: ITINERARIO _____

FECHA DE SALIDA _____ FECHA REGRESO _____

IMPORTE TOTAL GASTOS A COMPROBAR: \$ _____

RECIBI LA CANTIDAD TOTAL DE : \$ 220.00 (DOSCIENTOS VEINTE PESOS 00/100 M N)

CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: 13 32 DK 03 37501

ENF. ENRIQUE RODRIGUEZ PEREZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO

C.R. RAMON ESTRADA SOTO
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO

DRA. JENNIFER GARIBAY ULLOA
DIRECTOR DEL HOSPITAL

EN CASO DE HABER RECIBIDO RECURSOS SUJETOS A COMPROBACION, ME COMPROMETO A PRESENTAR LA MISMA DENTRO DEL PLAZO MENCIONADO.

ACEPTO LA RESPONSABILIDAD CONTRAIDA EN CASO DE INCUMPLIMIENTO; AUTORIZANDO SE ME EFECTÚE EL DESCUENTO CORRESPONDIENTE MEDIANTE NÓMINA.

ATENTAMENTE

VILLASANA MARTINEZ VICTOR DANIEL ENF.
FIRMA DE CONFORMIDAD



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

AVISO DE COMISIÓN

13 ABRIL 2021

C VILLASANA MARTINEZ VICTOR DANIEL ENF. AFILIACION 15257401 AREA DE ADSCRIPCION HOSPITAL GUAYMAS

UBICACIÓN URGENCIAS PUESTO ENFERMERA GENERAL NIVEL 4 I

ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: HERMOSILLO, SONORA

DURANTE 1 DIAS, DEL 13 DE ABRIL AL 13 DE ABRIL DE 2021

MOTIVO DE LA COMISION: ASISTENCIA A LA CIUDAD DE HERMOSILLO AL C.M.DR.I. CHAVEZ POR MOTIVO DE COMISION EN

TRASLADO DE PACIENTE EN VEHICULO AMBULANCIA PLACAS DIA Y HORA DE RECEPCIÓN 13 DE ABRIL 2021
07:20 HRS.

EL VEHICULO LO CONDUCIRA NORIEGA MEDINA JOSE ALFREDO

CON LICENCIA No. L2600RC1002717 CON VENCIMIENTO 25/06/2018

ANTICIPADOS DENEGADOS COMPROBABLES NO COMPROBABLES

CUOTA DIARIA \$ 220.00 DIAS 1 IMPORTE VIATICOS \$220.00

II.- SOLICITUD DE GASTOS A COMPROBAR:

A. SOLICITUD DE GASOLINA: _____ / _____ = _____ X \$ _____ = \$ _____

LOMETRAJE A RECORER _____ RENDIMIENTO DEL VEHICULO _____ LITROS A CONSUMIR _____ COSTO _____

B. SOLICITUD DE CASSETAS:

No. DE CASSETAS: _____ X COSTO UNITARIO \$ _____ IMPORTE TOTAL \$ _____

C. PASAJES:

TERRESTRES: HERMOSILLO _____ HERMOSILLO IMPORTE TOTAL \$ _____

AREAS: ITINERARIO _____

FECHA DE SALIDA _____ FECHA REGRESO _____

IMPORTE TOTAL GASTOS A COMPROBAR: \$ _____

RECIBI LA CANTIDAD TOTAL DE : \$ 220.00 (DOSCIENTOS VEINTE PESOS 00/100 M N)

CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: 13 32 DK 03 37501

ENF. ENRIQUE RODRIGUEZ PEREZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO

C.P. RAMON ESTRADA SOTO
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO

DRA. JENNIFER GARIBAY ULLOA
DIRECTOR DEL HOSPITAL

EN CASO DE HABER RECIBIDO RECURSOS SUJETOS A COMPROBACION, ME COMPROMETO A PRESENTAR LA MISMA DENTRO DEL PLAZO MENCIONADO.

ACEPTO LA RESPONSABILIDAD CONTRAIDA EN CASO DE INCUMPLIMIENTO; AUTORIZANDO SE ME EFECTÚE EL DESCUENTO CORRESPONDIENTE MEDIANTE NÓMINA.

ATENTAMENTE

VILLASANA MARTINEZ VICTOR DANIEL ENF.

FIRMA DE CONFORMIDAD



DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
ACTIVIDADES DE TRASLADO

NOMBRE DEL PACIENTE: Garcia Duran Soma Guadalupe
AFILIACION: 5624708 EDAD: 50 SEXO: Fem
DIAGNOSTICO: DM, Dolor Abdominal, Hernia Hiatal
ORIGEN: Clinica Hospital Issteson, Guaymas
DESTINO: Hospital Ignacio Chavez, Hermosillo
FECHA: 13-03-21
HORA SALIDA: 7:20 Am HORA LLEGADA: 12:40 Pm
CHOFER: Alfredo Noriega

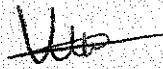
SE LE BRINDARON LOS SIGUIENTES CUIDADOS:

TSU, CGE, TA 120/60 FC: 80 SpO2: 96 TC: 36.1 FR: 20
Dxtx: 100,

OBSERVACIONES (Regresa paciente a Unidad o se queda internado)

Regresa a unidad medica Guaymas

NOMBRE Y FIRMA ENFERMERA (O)


Victor Daniel Villaxana Martinez

Vo.Bo. Jefatura de Enfermeria para salir al traslado: _____



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

ENT

SSM. 1-12

SOLICITUD DE SERVICIOS

FECHA 13-Marzo-2011

PACIENTE Carro Dima Sonora NO. DE AFILIACION 56243

UNIDAD DE ORIGEN Y/O CAMA Cama 104 UNIDAD Guaymas

SERVICIO Medicina Interna SERVICIO SOLICITADO

LABORATORIO RADIOLOGIA INGRESO OTROS

DERECHOHABIENTE

TRABAJADOR (A)

ESPOSA

HIJO (A)

PADRES

PENSIONISTA

FAMILIAR DE PENSIONISTA

OTRO TIPO

CARACTER DE LA SOLICITUD

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO Dni. Dolor abdominal y

PROXIMA CITA CON EL MEDICO

DOCTOR (A) DR. YOUNG ZEVERA NOMBRE YIGER

FOLIO Nº 177471

SEMA X212151 CLAVE



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

SOLICITUD DE ESTUDIOS DE RADIOLOGÍA E IMAGEN

HOSPITALIZACION - URGENCIAS CAMILLAS

PÁGINA: 1
HORA: 1:59 pm

12 / Mar / 2021

FOLIO: 85996

AFILIACION: 5624708 SEXO: F EDAD: 50 FECHA NACIMIENTO: 20/12/1970
NOMBRE: GARCIA DURAN SONIA GUADALUPE
DIAGNÓSTICO: (DOLOR ABDOMINAL Y PELVICO) (DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE) (GASTRITIS, NO ESPECIFICADA)


SOLICITUD: ORDINARIA SOLICITADO POR: HOSPITALIZACION URGENCIAS CAMILLAS

ESTUDIOS

1 T.A.C. ABDOMEN SIMPLE Y CONTRASTADA

ACUDIR A RAYOS 'X PARA PROGRAMAR SU ESTUDIO USO EXCLUSIVO DE RAYOS 'X
HORA DE CITA _____ Hrs. DEL DIA _____ DEL MES _____ DEL _____
PRESENTARSE 15 MINUTOS ANTES DE SU CITA, DE LO CONTRARIO SERA CANCELADA.

12 MAR. 2021


Z7768 Dr. JORGE BORBON VALENZUELA - MEDICINA INTERNA
CProf. 598723 RSSA 75085 UNAM - CProf. 3211303 RSSA 83/06 UNAM
Urgencias, Clínica Hospital ISSSTESON Guaymas, GUAYMAS, SONORA

Sistema de atención telefónico contacto ISSSTESON 01800-0067890, quejas y sugerencias, horario de 8:00 am. a 3:00 pm.



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



BLVD. HIDALGO NO. 15 COL. CENTRO, HERMOSILLO, SONORA
R.F.C. : ISS630101488

ORDEN DE PAGO

Clave: 80522

Pago a:

Tipo: Anticipo

Fecha 01/07/2021

Proveedor: 000414 VILLASANA MARTINEZ VICTOR DANIEL

U. Resp.: 96 HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

Operación	Factura	Subtotal	Retención	IVA	Total
82818 Sol. Egreso		220.00	0.00	0.00	220.00

APOYO EN TRASLADO DE PACIENTE DEVORA CAZAREZ SUSANA ARGELIA CON AFILIACION 16875101 CON DX PARO CARDIACO CON RESUCITACION EXITOSA PARA RECIBIR ATENCION ESPECIALIZADA EN HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS
23 MAYO 2021

OBSERVACIONES

Lic. José Alfredo Ramírez Fontes

AUTORIZO

Subtotal:	220.00
Retención:	0.00
IVA:	0.00
Total:	220.00



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

80522

SOLICITUD VIÁTICOS:

82318

FECHA: 15 DE JUNIO DEL 2021

DEUDOR: VILLASANA MARTINEZ VICTOR DANIEL

DEPENDENCIA: HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

R.F.C.

VIÁTICO: HERMOSILLO

TEL:

NO. DÍAS: 1

PERIODO: 15/06/2021 A 15/06/2021

CONCEPTO: GASTOS DE VIAJE 2020

CANT.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	IMPORTE
1	VIATICOS 2020 EN ADELANTE	\$220.00	\$220.00

OBSERVACIÓN:

COMISION OFICIAL EN TRASLADO DE PACIENTE ENVIADO DE NUESTRA CLINICA HOSPITAL GUAYMAS AL CM.DR. IGNACIO CHAVEZ

SUBTOTAL \$220.00


16% IVA \$0.00

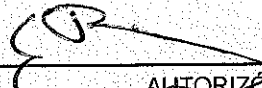
TOTAL \$220.00

TOTAL LETRA: DOSCIENTOS VEINTE PESOS 00/100 M.N.

VILLASANA MARTINEZ VICTOR DANIEL

SOLICITÓ


 CP. Ramón Estrada Soto
 Subdirector Administrativo
 Clínica Hospital ISSSTESON Guaymas


 CP. Ramón Estrada Soto
 Subdirector Administrativo
 Clínica Hospital ISSSTESON Guaymas

SE: 82818.



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

AVISO DE COMISIÓN

23 MAYO 2021

C. VILLASANA MARTINEZ VICTOR DANIEL ENF. AFILIACION 15257401 AREA DE ADSCRIPCION HOSPITAL GUAYMAS UBICACIÓN URGENCIAS PUESTO ENFERMERO GENERAL NIVEL 4 I

ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: CLINICA HOSPITAL ISSSTESON HERMOSILLO DURANTE 1 DIAS, DEL 9 DE DICIEMBRE AL 9 DE DICIEMBRE DE 2021

MOTIVO DE LA COMISION: ASISTENCIA A LA CIUDAD DE NAVOJOA AL C.M.DR.I. CHAVEZ POR MOTIVO DE COMISION EN TRASLADO DE PACIENTE EN VEHICULO AMBULANCIA PLACAS DIA Y HORA DE RECEPCION 23 DE MAYO 2021 12:40 HRS.

EL VEHICULO LO CONDUCIRA MATA GARCIA BERNARDO CON LICENCIA No. L3000RC1043498 CON VENCIMIENTO 28/02/2020

ANTICIPADOS [] DENEGADOS [] COMPROBABLES [] NO COMPROBABLES [] CUOTA DIARIA \$ 220.00 DIAS 1 IMPORTE VIATICOS \$220.00 (SON DOSCIENTOS VEINTE PESOS)

II.- SOLICITUD DE GASTOS A COMPROBAR:

SOLICITUD DE GASOLINA: / = X \$ = \$

KILOMETRAJE A RECORDER RENDIMIENTO DEL VEHICULO LITROS A CONSUMIR COSTO

B. SOLICITUD DE CASETAS:

No. DE CASETAS: X COSTO UNITARIO \$ IMPORTE TOTAL \$

C. PASAJES:

TERRESTRES: HERMOSILLO HERMOSILLO IMPORTE TOTAL \$

AREAS: ITINERARIO

FECHA DE SALIDA FECHA REGRESO

IMPORTE TOTAL GASTOS A COMPROBAR: \$

RECIBI LA CANTIDAD TOTAL DE : \$ 220.00 (DOSCIENTOS PESOS 00/100 M N)

CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: 13 32 DK 03 37501

E.G. ENRIQUE RODRIGUEZ PEREZ JEFE DEL DEPARTAMENTO C. P. RAMON ESTRADA SOTO SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO DR. JENNIFER GARIBAY ULLOA SUB DIRECTOR DEL HOSPITAL

Al término de mi comisión, deberé presentar un informe de la misma en un plazo que no exceda de 72 horas. En caso de haber recibido recursos sujetos a comprobación, me comprometo a presentar la misma dentro del plazo Mencionado. Acepto la responsabilidad contraída en caso de incumplimiento; autorizando se me efectúe el descuento correspondiente mediante nómina.

ATENTAMENTE VILLASANA MARTINEZ VICTOR DANIEL ENF. FIRMA DE CONFORMIDAD



DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
ACTIVIDADES DE TRASLADO

NOMBRE DEL PACIENTE: Devora Cazarez Susana Argelia

AFILIACION: 16875101 EDAD: 63 SEXO: Fem

DIAGNOSTICO: Paro Cardíaco e (Resucitación exitosa)

ORIGEN: Clínica-Hospital ISSSTE SON Guaymas

DESTINO: CM Dr. Ignacio Chávez ISSSTE SON Hillo

FECHA: 23-mayo-2021

HORA SALIDA: 12:40hr HORA LLEGADA: 17:10

CHOFER: Bernardo Mata

SE LE BRINDARON LOS SIGUIENTES CUIDADOS:

TSU, CGE, Cuidados De SNG y S. Foley, Cuidados Intensivos a Px
Intubado, control y manejo de ventilador drager, monitorización y manejo
de bombas de infusión a dosis respuesta de propofol, Midazolam y dobutamina
Supervisado por médico encargado de traslados, control y manejo de TA

OBSERVACIONES (Regresa paciente a Unidad o se queda internado)

Px queda internado en Area De UCI

NOMBRE Y FIRMA ENFERMERA (O)

Victor Daniel Villaseca Martinez

Vo.Bo. Jefatura de Enfermería para salir al traslado: _____



COPIA

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: 11:47 am

23 / May / 2021

AFILIACION: 16875101 SEXO: F EDAD: 63 FECHA NACIMIENTO: 05/10/1957
NOMBRE: DEVORA CAZAREZ SUSANA ARGELIA
DIAGNÓSTICO: (PARO CARDIACO CON RESUCITACION EXITOSA)

SOLICITUD: URGENTE SOLICITADO POR: HOSPITALIZACION URGENCIAS CAMILLAS

UNIDAD A LA QUE SE ENVÍA: CENTRO MEDICO DR IGNACIO CHAVEZ

JUSTIFICACIÓN:

PACIENTE CON INTUBACIONOROTRAQUEAL Y MANEJO CON VMA

X77154 Dr. MIGUEL HUMBERTO PORTELA CARRAZCO - Médico General
CProf. 6934016 RSSA 0406/11 UAS

Consulta Externa General, Clínica Hospital ISSSTESON Guaymas, GUAYMAS, SONORA



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

DÍA	MES	AÑO
23	05	2021

COORDINACION MÉDICA: Guaymas - Empalme
PAGO DE AYUDA PARA TRASLADO DE PACIENTES
1 DATOS PARA SER LLENADOS POR LA UNIDAD EMISORA

DEL PACIENTE	No. de afiliación: <u>16875101</u> Edad: <u>63</u> Organismo: <u>H Ayuntamiento Guaymas</u>
	Nombre del Paciente: <u>Devora Cazarez susana Arzelle</u> Diagnóstico (C.I.E.): <u>Síndrome post paro cardiaco</u>
Nombre del trabajador: <u>MAISMA</u>	
Requiere acompañante: <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Motivo: <u>traslado</u>	
Nombre del acompañante: <u>José Roman Laberín</u> Identificación: <u>INE</u>	
DEL TRASLADO	Se refiere a Cd.: <u>Termosillo</u> Transporte: <u>Ambulancia</u>
	Unidad Hospitalaria: <u>CM Chavez</u> Servicio: <u>Urgencias</u>
	Atención que se solicita: <u>UCI</u> Fecha de cita: <u>JUNO 23/05/2021</u>
	Médico que refiere al paciente: <u>Miguel Humberto Portela Carrasco</u> Clave: <u>X77154</u>
	Autoriza el traslado: <u>Dr. Roberto Arturo Lopez Salgado</u> <u>X7786 coord medico</u> (nombre completo, puesto y firma) <u>PA</u>

2 DATOS PARA SER LLENADOS POR LA UNIDAD O MÉDICO RECEPTOR

DE LA ATENCION	Se recibió al paciente el día: _____ Diagnóstico de contrarreferencia (CIE): _____
	Se atendió en: _____
	Nombre del Médico tratante: _____ Clave: _____
PRÓXIMA CITA	En caso de Hospitalización: Fecha de Ingreso: _____ Fecha de Egreso: _____
	Se extendió incapacidad laboral: Folio: _____ Por: _____ días; del día _____ al día: _____
PRÓXIMA CITA	Se cita para el día: _____ Consulta (Especialidad): _____
	Unidad: _____ Hospitalización: _____
	Servicio: _____ Cirugía: _____
	Médico: _____ Estudios Radiológicos: _____
	Clave: _____ Exámenes de Laboratorio: _____ Otros: _____ <small>especificar</small>
Responsable del llenado: _____	
Puesto: _____ Firma: _____	
Lugar: _____ Fecha: _____	

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

nombre

nombre

firma

firma

firma

Sonora, a _____ de _____

de _____

del _____



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

REFERENCIA - CONTRAREFERENCIA

REFERENCIA:

ORDINARIO

URGENTE

NUMERO DE AFILIACION

1168751011

DEVORA CAZAREZ SOSANA ARGELI

APELLIDO PATERNO

MATERNO

NOMBRE

ORGANISMO:

H. AYUNTAMIENTO GUAYMA

ENVIO A LA ESPECIALIDAD DE:

URGENCIAS UCI

UNIDAD A LA QUE SE ENVIA:

CM CHAVEZ

UNIDAD QUE ENVIA:

HOSPITAL ISSSTE (SONORA) GUAYMA

COORDINACION

FECHA DE LA SOLICITUD

23 05 21

DIA MES AÑO

DIAGNOSTICO (S) DE ENVIO:

SINDROME POST PARO
CARDIACO

FECHA DE LTA 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:

PACIENTE FEMENINO DE 63 AÑOS LA CUAL ACUDE ACOMPAÑADA POR SU ESPOSO, TRIADA EN CARRO PARTICULAR POR REFERIR DOLOR ABDOMINAL INTENSO, NAUSEAS, VOMITO, CON DOLOR TORACICO OPRESIVO, SE RECIBE PACIENTE QUE JUMBROSA, DIAFORETICA, CON PALIDEZ DE PIEL, PRESENTADNO EMESIS EN 3 OCASIONES A SU LLEGADA, REFIRIENDO DOLOR INTENSO EN FLANCO IZQUEIRDO, EL CUAL INICIA SUBITAMENTE POR LA MAÑANA AL DESPERTAR Y AL QUERER EVACUAR NO PUEDE, POSTERIOR A ESTE ESFUERZO PRESENTA DOLOR TORACICO INTENSO DE TIPO OPRESIVO, POR LO QUE FUE TRASLADADA A ESTE NOSOCOMIO. LA PACIENTE ARRIBA A LAS 09:07 HRS AL SERVICIO DE URGENCIAS Y A LAS 09:15 HRS SE LE INFORMA POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA QUE LA PACIENTE PRESENTAR PERDIDA DEL ESTADO DE ALERTA, AUSENCIA DE SIGNOS VITALES, PULSO NO PERCEPTIBLE, POR LO CUAL NOS ABOCAMOS DE INMEDIATO INICIANDO REANIMACION CARDIOPULMONAR AVANZADO, E INVASION A LA AVIA AEREA CON TOT #7.5 Y CON USO DE VMA CON LOS SIGUIENTES PARAMETROS VOLUMEN TOTAL DE 470, PEEP 8, FR 12, T. INSP 2 MIN. SE REALZA 10 CICLOS Y CON LA APLICACION DE 6 AMPULAS DE ADRENALINA, UNA AMPULA DE AMIODARONA, OBTENIENDO RETORNO DE LA CIRCULACION ESPONTANEA Y PRESENTADNO NUEVAMENTE EN DOS OCASIONES PARO CARDIORESPIRATORIO, CON FIBRILACION VENTRICULAR POR LO CUAL SE LE REALIZA DESFIBRILACION A 200 JOULS EN LA PRIMERA OCASION Y CON 270 JOULS EN LA SEGUNDA OCASION OBTENIENDO RETORNO DE LA CIRCULACION ESPONTANEA, CON RITMO SINUSAL, POR LO QUE SE MANTIENE EN OBSERVACION Y VIGILANCIA ESTRECHA, SOLICITANDO SU ENVIO INMEDIATO A TERCER NIVEL PARA CONTINUAR SU ESTUDIO Y PROTOCOLO

PACIENTE BAJO SEDACION CON MIDAZOLAM CON INFUSION DE 100 MG EN SOL SALINA 0.9% 100 CC A 7 ML/HR CALCULADO A 0.3 MG/K, DOPAMINA 2 AMP IV EN SOL SALINA 0.9% 240 CC, PROPOFOL 1 GR IV EN 100 CC SOL SALINA 0.9% A 8 ML/HRS EN BIC A DOSIS RESPUESTA. SE COLOCA SONDA FOLYE SIN EXTRAER URINA POR LO QUE SE ADMINISTRA CARGA IV DE SOLUCION HARTMANN 1000 CC CON URINA CONCENTRADA 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

INICIAL

SUBSECUENTE

TIPO DE INCAPACIDAD

ENFERMEDAD GENERAL

RIESGO DE TRABAJO

MATERNIDAD

MEDICO RESPONSABLE: (NOMBRE, CLAVE Y FIRMA)

Dr. Miguel Porelo
X77154

MEDICO DIRECTIVO QUE AUTORIZA

(NOMBRE, CLAVE, CARGO Y FIRMA)

M.P.A. Dr. Porelo