



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

**Comprobación de Gastos**



Número: 10530

Divisa: 01

Fecha: 07/12/2021

Deudor: ( 000417) BORBOA CAMPAS ANA LAURA

Dirección:

Lugar: HERMOSILLO, SONORA, MÉXICO

Proveedor	Gto.	Centro de Costo	Egreso	Fact/UUID	% I.V.A.	I.V.A.	Parcial Divisa
0002050 INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO DE SONORA	1	VIATICOS NACIONALES	139455	NA 002319--	0.00	0.00	2,100.00

<p align="center">Elaboró</p> <p><i>Daniela Traviña</i></p> <hr/> <p>ANIELA ADRIANA TRASVIÑA DOMINGUE</p>	<p align="center">Autorizó</p> <p><i>[Signature]</i></p> <hr/> <p>RAMON ALBERTO GONZALEZ TAMAYO</p>	PORC_IVA %	0 %
		IVA_GTO	0.00
		TOTAL	2,100.00
		RESTA	0.00

CG 10530

06 12 2021

BORBOA CAMPAS ANA LAURA

2,100.00

(Dos Mil Cien Pesos 00/100 M.N.)

2-1-1-2-1-000-0000	PROVEEDORES POR PAGAR A CORTO PLAZO	2,100.00	0.00
1-1-1-3-1-016-0000	CUENTA 65505090318 NOGALES	0.00	2,100.00

lunes 06 diciembre 2021

\$2,100.00

\$2,100.00

ANTICIPO A DEUDORES

BANCO SANTANDER MEXICO S.A.

0000000065505090318

0000000000000002319

L.C.

LIC. MANUEL ALEJANDRO ESPINOZA LOPEZ



**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: 90222

Pago a: Deudor

Fecha: 24/11/2021

Deudor: 000417 DEUDOR GENERICO

U. Resp.: 97 CLÍNICA HOSPITAL NOGALES

Operación	Renglón	SUBTOTAL	IVA	Total
92340 Sol. Egreso	1	2,100.00	0.00	2,100.00

<b>OBSERVACIONES</b>	<b>Subtotal:</b>	<b>2,100.00</b>
	<b>IVA:</b>	<b>0.00</b>
	<b>Total:</b>	<b>\$2,100.00</b>
_____ Lic. José Alfredo Ramírez Fontes <b>AUTORIZO</b>		



PROVEEDOR: BORBOA CAMPAS ANA LAURA 000417		Fecha de Entrega: 22/11/2021	
DIRECCIÓN: -		Entregar a : U.R.: CLÍNICA HOSPITAL NOGALES	
RFC:	TEL(S):	FAX:	Dirección:
PLAZO PARA PAGAR CONTADO	DESCUENTO PRONTO PAGO: *****		TEL(S): Fax:
			CONDICIONES ADICIONALES: *****

#	CÓDIGO AUXILIAR	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES	CTD	UM	PRECIO	PRECIO TOTAL
1			VIATICOS 2020 EN ADELANTE	3	Servicio	700.00	2,100.00

IMPORTE EN LETRA: Dos Mil Cien Pesos 00/100 M.N.	<b>SUBTOTAL</b>	2,100.00
NUM. LICITACIÓN:	I.V.A.	0.00
PROCEDIMIENTO:	IMPUESTOS	0.00
U.R.S:	RETENCIONES	0.00
Requisición(es): 0	<b>TOTAL MXN</b>	2,100.00

Observaciones: DIAS 19 OCTUBRE, 16 Y 19 DE NOVIEMBRE

**Condiciones de Entrega:**

En caso de que el instituto requiera los certificados analíticos de los medicamentos, deberá exhibirlos en el almacén indicado en la orden de compra, mismo que deberán estar emitidos por el laboratorio fabricante de conformidad al Reglamento de insumos para la salud y demás disposiciones aplicables. No se aceptará insumos para la salud con fecha de caducidad menor a 12 meses, o en el caso de productos que no requieran de caducidad, deberán indicar la fecha de fabricación; asimismo, para aquellos productos inyectables que contengan diluyentes, deberán indicar los lotes y caducidades de estos. Todos los medicamentos surtidos deberán tener impreso el precio al público para proceder a su recepción. Cuando la entrega de mercancía exceda la fecha límite de entrega el departamento de compras y almacén correspondiente determinará su recepción o rechazo. La Factura deberá cumplir con los requisitos fiscales, así mismo deberá contener referenciado el número de orden de compra y detalle de cada uno de los insumos a entregar tal como se indica en la orden de compra además tratándose de insumos para la salud deberá de detallar el lote y caducidad.

ORIGINAL

RECIBIDO  
23 NOV 2021  
DEPTO DE CONTABILIDAD  
CLINICA HOSPITAL  
ISSSTE SON NOGALES

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

**H. NOGALES, SONORA DE 20 OCTUBRE DEL 2021**

**DIRECCIÓN MÉDICA**

**CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON DE NOGALES**

**DR. GABRIEL OCTAVIO MONTOYA ROBINSON**

**SUBDIRECTOR MEDICO**

**PRESENTE:**

Por medio de la presente le comunico que fui comisionado el día 19 Octubre del 2021 por necesidad del servicio para el traslado del paciente **MARCELA VALDEZ JIMENEZ** Con número de afiliación **7000209**, con diagnóstico de **CARDIOPATIA HIPERTENSIVA, ICC NYHAI-III**. Para ser trasladado al Hospital Dr. Ignacio Chávez para ser valorado por especialista en la ciudad de Hermosillo, Sonora.

Regresando a la Clínica Hospital Isssteson Nogales el día 19 Octubre del 2021.

Agradezco como siempre su apoyo. Sin más por el momento quedo de usted.

**ATENTAMENTE**

**C. ANA LAURA BORBOA CAMPAS**

**PARAMEDICO**



20/10/2021



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

---

**CONSTANCIA DE HOSPITALIZACION**

OFICINA: TRABAJO SOCIAL.  
OFICIO: CMDICH/2021  
NO. DE AFILIACION: 7000209

POR MEDIO DE LA PRESENTE SE HACE CONSTAR QUE EL(A) **MARCELA VALDEZ JIMENEZ**,  
INGRESO AL SERVICIO DE URGENCIAS, EL DIA 19 DE OCTUBRE DEL AÑO DOS MIL  
VEINTIUNO, A LAS 14:28 HRS.

ATENDIDO (A) POR EL (A) DOCTOR (ES): **DR. OLIVERO.**

OBSERVACIONES: PACIENTE QUE INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS, QUIEN SI ( **X** ) NO  
( ) PRESENTA DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIAS DE LA LOCALIDAD DE (**NOGALES**), EN  
TRANSPORTE DE AMBULANCIA:

- ( **X** ) ISSSTESON
- ( ) SNTE
- ( ) CRUZ ROJA MEXICANA
- ( ) PARTICULAR

SE EXTIENDE LA PRESENTE A PETICION DEL (A) INTERESADO (A) EN LA CIUDAD DE  
HERMOSILLO, SONORA. AL DIA 19 DE OCTUBRE DEL AÑO DOS MIL VEINTIUNO.

ATENTAMENTE



---

LTS. GABRIELA MORALES DANIEL  
TRABAJO SOCIAL / URGENCIAS



TRABAJO SOCIAL-RECEPCIÓN DE URGENCIAS  
HERMOSILLO, SONORA.



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

H. Nogales, Sonora a 19 de Octubre del 2021.  
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON de NOGALES.

OFICIO: DMCHN-2021.

ASUNTO: Comisión de Traslado.

SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ.  
C. CHOFER

ANA LAURA BORBOA CAMPAS.  
PARAMEDICO

Presente.

Por medio de la presente nos permitimos comisionarlo al traslado del paciente **MARCELA VALDEZ JIMENEZ.** con Número de Afiliación:, **7000209.** con diagnóstico de: **CARDIOPATIA HIPERTENSIVA , ICC NYHAI-III** para ser atendido en el hospital Ignacio Chavez.

Agradezco como siempre su apoyo. Sin más por el momento quedo de usted, le deseamos un buen regreso.

ATENTAMENTE

**DR. GABRIEL OCTAVIO MONTOYA ROBINSON**  
**DR. SUBDIRECTOR - MEDICO**  
**CLINICA HOSPITAL ISSSTESON DE NOGALES**

CENTRO MÉDICO  
"DR. IGNACIO CHÁVEZ"  
**VIGENCIA**

19 OCT. 2021

TRABAJO SOCIAL-RECEPCIÓN DE URGENCIAS  
HERMOSILLO, SONORA.



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

REFERENCIA - CONTRARREFERENCIA

REFERENCIA

ORDINARIO

URGENTE

ENVIAR A LA ESPECIALIDAD DE

CARDIOLOGIA

UNIDAD A LA QUE SE ENVIARÁ

HOSPITAL "I. CHAVEZ" ISSSTESON

UNIDAD QUE ENVIA:

CLINICA-HOSPITAL ISSSTESON No. 9

COORDINACION

FECHA DE LA SOLICITUD

19/10/21

DIA MES AÑO

NUMERO DE AFILIACION

7000209

V. H. J. JUENEZ MARCELA

APELLIDO PATERNO

MATERNO

NOMBRE

ORGANISMO:

DIAGNOSTICO(S) DE ENVIO:

2- HIPERTENSION ARTERIAL  
- ICCV NYHA II-III

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

PACIENTE PEM. DE 54 AÑOS DE EDD. HIPERTENSA DESDE HACE 7 AÑOS. TAJADORA DE LOSARTAN + PROPRANOLOL PARA SU CONTROL EN FORMA IRREGULAR INGRESO A ESTE HOSPITAL POR ALTERACION DEL ESTADO DE ALERTA, CARAC TERIZADO POR DESORIENTACION, SOMNOLENCIA, DIBXIA SECUNDARIA A LA INGESTA DE BENZODIAZEPINA DEL TIPO DE ALPROZOLAM, ANTERIORES DE TAMA DE AMITRIPTILINA, BENZODIAZEPINAS Y ANALGESICOS POR PROBLEMA DE CERVICALGIA CRONICA. DURANTE SU ESTADIA SE DESARRO DUC CON TBC CRONICO SIMPLE (BSE) MIENTRAS QUE HA PRESENTADO DISNEA EN PEPORO QUE SE AGRAVA AL DEAMBULAR, LLEGANDO A SPOC HASTA 80% EN REPORO. TIENE RX TORAX CON CARDIOMEGALIA GI, CONGESTION PULMONAR, EKG CON RS FC 70X, PA 160/90 ISQUEMIA SUBENDOCARDICA CIA ANTERIOR. MOTIVO DE ENVIO: BNP 36.7 U/ml 2% PROB. 1. NECESITAMOS OPINION DE CARDIOLOGIA Y VALORAR ECOT.

1 - FALTA DE RESPUESTA FAVORABLE AL TRATAMIENTO

5 - TRATAMIENTO ESPECIALIZADO

2 - PRESENCIA DE COMPLICACIONES

PROTECCION ANTICONCEPTIVA METODO ANTICONCEPTIVO

3 - REQUIERE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICOS ESPECIALES

OTROS

(ESPECIFIQUE)

4 - COMPLEMENTACION DIAGNOSTICA

VIGENTE  
19/10/2021

(FIRMA DE ACEPTACION DEL PACIENTE)

INCAPACIDAD No. DE FOLIO

DEPARTAMENTO DE DERECHOS  
Y PROTECCION DE DATOS

FECHA DE INICIO

DIA MES AÑO

TIPO DE INCAPACIDAD

ENFERMEDAD GENERAL

RIESGO DE TRABAJO

MATERNIDAD

INICIA

SUBSECUENTE

MEDICO RESPONSABLE (NOMBRE, CLAVE Y FIRMA)

Dr. Judson Alberto  
E23054

MEDICO DIRECTIVO QUE AUTORIZA

(NOMBRE, CLAVE, CATEGORIA Y FIRMA)

**SONORA**

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

AFLIACIÓN **7000209** PENSIÓN

NOMBRE **MARCELA VALDEZ JIMENEZ**

ORGANISMO **GOBIERNO DEL ESTADO**

Secretaría de Salud Pública



MÉXICO **INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL**  
**CREDENCIAL PARA VOTAR**

NOMBRE  
VALDEZ  
JIMENEZ  
LAURA BERENICE

FECHA DE NACIMIENTO  
28/02/1986  
SEXO **F**

DOMICILIO  
PRIV NTRA SRA DE LORETO 54  
FRACC LOS LOBOS 22207  
TIJUANA, B.C.

CLAVE DE ELECTOR **VLJMLR80022825M400**

CURP **VAJL860228MSLLMR09** AÑO DE REGISTRO **2005 03**

ESTADO **02** MUNICIPIO **004** SECCIÓN **1151**

LOCALIDAD **0001** EMISIÓN **2019** VENCIDA **2029**



DERECHOHABIENTE <b>ESPOSA(O)</b>	PLAZA <b>N/A</b>	Historia Clínica 
FECHA DE NACIMIENTO <b>15-dic-1966</b>	SEXO <b>F</b>	TIPO Y RH <b>O+</b>
ALERGIAS	ENFERMEDADES CRÓNICAS <b>HTA</b>	
TELÉFONO <b>(631)1094708</b>		MI Salud 
DOMICILIO <b>CARR. INTERNACIONAL 21.5/KM.21 5 y S/D CIBUTA NOGALES NOGALES</b>	 Director General	

	
	
<b>Laura Berenice Valdez Jimenez</b>	
<b>IDMEX1974510647&lt;&lt;1151072991843 8602282M2912316MEX&lt;03&lt;&lt;20815&lt;6 VALDEZ&lt;JIMENEZ&lt;&lt;LAURA&lt;BERENICE</b>	

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

**H. NOGALES, SONORA 22 DE NOVIEMBRE DEL 2021**

**DIRECCIÓN MÉDICA**

**CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON DE NOGALES**

**DR. GABRIEL OCTAVIO MONTOYA ROBINSON**

**SUBDIRECTOR MEDICO**

**PRESENTE:**

Por medio de la presente le comunico que fui comisionado el día 19 Noviembre del 2021 por necesidad del servicio para el traslado del paciente **FELIX DUARTE ALEJO** Con número de afiliación **2780801**, con diagnóstico de **TROMBOCITOPENIA SEVERA**. Para ser valorado por especialista en el Hospital Ignacio Chávez, en la ciudad de Hermosillo Sonora.

Regresando a la Clínica Hospital Isssteson Nogales el día 19 de Noviembre del 2021.

Agradezco como siempre su apoyo. Sin más por el momento quedo de usted.

**ATENTAMENTE**

**C. ANA LAURA BORBOA CAMPAS**

**PARAMEDICO**

22/11/21  
Joa L. Borboa



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

CONSTANCIA DE HOSPITALIZACIÓN

Oficina TRABAJO SOCIAL  
Oficio CMDICH/2021  
No. Afiliación 2780801

Por medio de la presente se hace constar que el (a) c. ALEJO FELIX DUARTE ingresó al servicio de urgencias el día 19 de noviembre de 2021 a las 11:04

Atendido (a) por el (a) doctor (es) ROSALES RUVALCABA HECTOR.

Observaciones:

Paciente que ingresa al servicio de urgencias, quien sí presenta documentación de referencias de la localidad de NOGALES, en transporte de ambulancia: ISSSTESON.

Se extiende la presente a petición del (a) interesado (a) en la Ciudad de HERMOSILLO, Sonora a los 19 días del mes de noviembre de 2021.



ATENTAMENTE

*Luiz Santacruz*

LTS LUZ DEL CARMEN SANTACRUZ VILLA  
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL



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

19  
H. Nogales, Sonora a 19 de Noviembre del 2021.  
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON de NOGALES.  
OFICIO: DMCHN-2021.  
ASUNTO: Comisión de Traslado.

SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ.  
C. CHOFER

ANA LAURA BORBOA CAMPAS.  
C. PARAMEDICO.

Presente.

Por medio de la presente nos permitimos comisionarlo al traslado del la paciente.  
**FELIX DUARTE ALEXO.** con Número de Afiliación: **2780801**, con diagnóstico  
**TROMBOCITOPENIA SEVERA**, para atención especializada en el hospital  
Ignacio Chávez de la ciudad de Hermosillo sonora.

Agradezco como siempre su apoyo. Sin más por el momento quedo de  
usted, le deseamos un buen regreso.

ATENTAMENTE

DR. GABRIEL OCTAVIO MONTOYA ROBINSON

DR. SUBDIRECTOR – MEDICO  
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON DE NOGALES



TRABAJO SOCIAL-RECEPCIÓN DE URGENCIAS  
HERMOSILLO, SONORA.



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

REFERENCIA - CONTRARREFERENCIA

REFERENCIA:

ORDINARIO

URGENTE

ENVIO A LA ESPECIALIDAD DE:

Medicina Interna, Urgencias

UNIDAD A LA QUE SE ENVIA:

Centro Médico Dr. Ignacio Chávez

UNIDAD QUE ENVIA:

Clínica Hospital ISSSTESON Nogales

COORDINACION

FECHA DE LA SOLICITUD

18/11/21

DIA MES AÑO

NUMERO DE AFILIACION

2710101011111

APELLIDO PATERNO

Felix

MATERNO

Quetz

NOMBRE

Alejo

ORGANISMO:

DIAGNOSTICO (S) DE ENVIO:

- Urosepsis

- Trombocitopenia Severa

- Sx. Fiebril

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:

Se trata de paciente masculino de 55a con cuadro de fiebre, adinamia, exulsofios y molestias cefalicas, 9 días de evolución, con síntomas de infección vesical (urges, 4-8 horas con ganas de orinar) y espasmos generalizados, antecedentes de diabetes mellitus.

Laby con ptorax de 6, Leucopenia y PCR en 141, además con datos de Urosepsis

dx. Urosepsis a descartar Rickettsiosis

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)

Atención M K  
(FIRMA DE ACEPTACION DEL PACIENTE)

INCAPACIDAD: No. DE FOLIO \_\_\_\_\_

POR \_\_\_\_\_ DIAS

FECHA DE INICIO:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
DIA MES AÑO

INICIAL

SUBSECUENTE

MEDICO RESPONSABLE. (NOMBRE, CLAVE Y FIRMA)

Dr. [Firma]

223054

TIPO DE INCAPACIDAD

ENFERMEDAD GENERAL

RIESGO DE TRABAJO

MATERNIDAD

VIGENCIA

MEDICO DIRECTIVO QUE AUTORIZA

(NOMBRE, CLAVE, CARGO Y FIRMA)

Jr. I. [Firma]

TRABAJO SOCIAL-RECEPCION DE URGENCIAS  
HERMOSILLO, SONORA.

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

H. NOGALES, SONORA DE 17 NOVIEMBRE DEL 2021

DIRECCIÓN MÉDICA

CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON DE NOGALES

**DR. GABRIEL OCTAVIO MONTOYA ROBINSON**

**SUBDIRECTOR MEDICO**

**PRESENTE:**

Por medio de la presente le comunico que fui comisionado el día 16 Noviembre del 2021 por necesidad del servicio para el traslado del paciente **ANTONIO LOPEZ MARGARITO** Con número de afiliación **2589201**, con diagnóstico de **ENFERMEDAD OBSTRUCTIVA PULMONAR**. Para ser trasladado a su domicilio a Santa Ana Sonora, Por alta Médica.

Regresando a la Clínica Hospital Isssteson Nogales el día 16 de Noviembre del 2021.

Agradezco como siempre su apoyo. Sin más por el momento quedo de usted.

**ATENTAMENTE**

**C. ANA LAURA BORBOA CAMPAS**

**PARAMEDICO**

17/11/21  
Jan 1. 11/21



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

H. Nogales, Sonora a 16 de noviembre del 2021.

CLINICA HOSPITAL ISSSTESON de NOGALES.

OFICIO: DMCHN-2021.

ASUNTO: Comisión de Traslado.

**SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ.**  
**C. CHOFER**

**ANA LAURA BORBOA CAMPAS.**  
**PARAMEDICO**

Presente.

Por medio de la presente nos permitimos comisionarlo al traslado del paciente: **antonio lopez margarito**. con Número de Afiliación:, **2589201**. con diagnóstico de: **enfermedad obstructiva pulmonar** para ser trasladado a su domicilio en la ciudad de santa ana sonora.

Agradezco como siempre su apoyo. Sin más por el momento quedo de usted, le deseamos un buen regreso.

**A T E N T A M E N T E**

**DR. GABRIEL OCTAVIO MONTOYA ROBINSON**  
**DR. SUBDIRECTOR – MEDICO**  
**CLINICA HOSPITAL ISSSTESON DE NOGALES**



HOSPITALIZACION  
NOTA DE EGRESO

Paciente: 2589201 SEXO: M EDAD: 83 FECHA NACIMIENTO: 08/02/1938 Cama: 3

Nombre: ATONDO LOPEZ MARGARITO

Diagnóstico de Ingreso:

Actual: ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA

Alta por: Mejoría

Fecha de Ingreso Hospitalario: 09/11/2021 01:11

Fecha de Egreso Hospitalario: 16/11/2021 10:07

Días Internamiento Hospitalario: 7

Diagnósticos de Egreso:

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON EXACERBACION AGUDA, NO ESPECIFICADA  
BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA

Resumen de Evolución

PACIENTE , MASC, DE 93 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE TABAQUISMO CRONICO E INTENSO, PORTADOR DE EPOC SECUNDARIO, INGRESO POR DETERIORO DE RESPIRATORIO DE 7 DIAS A SU INGRESO, DESDE DISNEA DE MEDICANOS ESFUERZOS , SE AGRAGA TOS HUMEDA AMARILLO-VERDOSA Y EPISODIOS DE FIEBRE NO CUANTIFICADA MOTIVO D SU REFERENCIA A ESTA HOSPITAL. DURANTE SU ESTANCIA SE ABORDO SU CASO A BASE DE OXIGENO SUPLEMENTARIO, ANTIBIOTICO, NEBULIZACIONES CON AGONNISTA BETA Y ANTICOLINERGICOS DE ACCION PROLONGADA, MSU EVOLUCION FUE ELNTA PERO POSITIVA, CON SATURACIONES DE OXIGENO ACEPTABLE PARA SU PATOLOGIA DE BASE CON O2 SUPLEMENTARIO, ESTE ULTIMO SE APICARA EN SU DOMICILIO, YA SE CUENTA CON GNERADOR DE O2 CON HUMEDIFICADOR Y NEBULIZADOR. POR LO QUE SE DENCIDE SU EGRESO POR MEJORIA CLINICA

Plan de manejo y Tratamiento

PREDNISONA 5 MG VO CADA 24 HRS ----OMEPRAZOL 20 MG VO CADA 24 HRS ---MONTELUKAST 10 MG VO CADA 244 HRS--- BROMUNRO DE TIOTROPIO CAPSULAS INHALADAS 1 CADA 24 HRS  
BUDESONIDA+FORMOTEROL AEROSOL 2 DISPAROS CADA 12 HRS--- BROMURO DE IPRATROPIO+SALBUTAMOL SOLUCIONPARA NEBULAR 2CC EN 2 CC DE SALUCION SALINA AL 0.9% CADA 8 HRS--- O2 DOMICILIARIO A 3 LTS X' MANTENER SATO2 MAYORES DE 88 %  
PRONOSTICO.Malo para la vida y la función

FIRMA RESPONSABLE

[Handwritten signature in a box]

E23054 SANDOVAL ALBERTO - MEDICINA INTERNA

Ced. Prof.: 3393219 RSSA: 62/04 Universidad: ND

*En Ambulancia*



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

**H. Nogales, Sonora a 16 de noviembre del 2021.**

**CLINICA HOSPITAL ISSSTESON de NOGALES.**

**OFICIO: DMCHN-2021.**

**ASUNTO: Comisión de Traslado.**

**SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ.  
C. CHOFER**

**ANA LAURA BORBOA CAMPAS.  
PARAMEDICO**

Presente.

Por medio de la presente nos permitimos comisionarlo al traslado del paciente: **antonio lopez margarito.** con Número de Afiliación:, **2589201.** con diagnóstico de: **enfermedad obstructiva pulmonar** para ser trasladado a su domicilio en la ciudad de santa ana sonora.

Agradezco como siempre su apoyo. Sin más por el momento quedo de usted, le deseamos un buen regreso.

**ATENTAMENTE**

**DR. GABRIEL OCTAVIO MONTOYA ROBINSON  
DR. SUBDIRECTOR - MEDICO  
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON DE NOGALES**