



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

86603

FECHA: 13 DE AGOSTO DEL 2021

DEUDOR: BARCELO GARCIA RUBEN

R.F.C.

TEL:

PERIODO: 13/08/2021 A 13/08/2021

DEPENDENCIA HOSPITAL LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS

VIÁTICO: PERSONAL BASE VIÁTICOS EST

NO. DÍAS: 1

CONCEPTO: VIATICOS NACIONALES

CANT.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	IMPORTE
1	VIATICOS 2020 EN ADELANTE	\$700.00	\$700.00

OBSERVACIÓN:

37501/ TRASLADO DE PACIENTE JOSE GUTIERREZ REYES AFILIACION 16671911 AL HOSPITAL DR. IGNACIO CHAVEZ EN HERMOSILLO, SONORA

SUBTOTAL

\$700.00

16% IVA

\$0.00

TOTAL

\$700.00

TOTAL LETRA: SETECIENTOS PESOS 00/100 M.N.

BARCELO GARCIA RUBEN

SOLICITÓ

ARQ. JESUS RODOLFO AGUILAR RIVERA
JEFE DE DEPTO. DE SERVICIOS GENERALES
HOSPITAL "ADOLFO LÓPEZ MATEOS"
ISSSTESON

VALIDÓ

LIC. CARMEN AIDA LACY VALENZUELA
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO
HOSPITAL "ADOLFO LÓPEZ MATEOS"
ISSSTESON

AUTORIZÓ





13 08 2021

AVISO DE COMISIÓN

FECHA

C. RUBEN BARCELÓ GARCÍA AFILIACION: **6578601** AREA DE ADSCRIPCIÓN: **SERVICIOS GENERALES**
UBICACIÓN: **CLINICA HOSPITAL LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS** PUESTO: **CAMILLERO NIVEL 4B**
ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: **TRASLADO A HERMOSILLO, SON.**

DURANTE **1** DIA(S), DEL **13** DE **AGOSTO** AL **13** DE **AGOSTO** DEL 2021.

MOTIVO DE LA COMISION: **TRASLADO DE PACIENTE C. JOSE GUTIERREZ REYES AFILIACION 16671911 A INTERNAMIENTO EN EL HOSPITAL DR. IGNACIO CHAVEZ EN HERMOSILLO, SONORA.**

VEHICULO: **AMBULANCIA 141** PLACAS: **VE-59-182** DIA Y HORA DE RECEPCIÓN
EL VEHICULO LO CONDUCIRA: **C. ANGEL VAZQUEZ SANCHEZ**

CON LICENCIA NO **L1930RC1085199** CON VENCIMIENTO: **03/12/22**

ANTICIPADOS DEVENGADOS COMPROBABLES NO COMPROBABLES

CUOTA DIARIA **\$700.00** DIAS **1** IMPORTE VIATICOS \$ **\$700.00**

Cuota diaria gastos de camino \$ **___** DIAS **___** IMPORTE VIATICOS \$ **___**

II.- SOLICITUD DE GASTOS A COMPROBAR:

A. **SOLICITUD DE GASOLINA:** **___** / **___** = **___** X \$ **___** = \$ **___**

KILOMETRAJE A RECORER **___** RENDIMIENTO DEL VEHICULO **___** LITROS A CONSUMIR **___** COSTO **___**

B. SOLICITUD DE CASETAS:

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

C. PASAJES:

TERRESTRES: **___** IMPORTE TOTAL \$ **___**

AREAS: ITINERARIO **___**

FECHA DE SALIDA **___** FECHA REGRESO **___**

IMPORTE TOTAL GASTOS A COMPROBAR: \$ **___**

RECIBI LA CANTIDAD TOTAL DE: **\$700.00 (SON: SETECIENTOS PESOS 00/100M N)**

CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: **21131061103 37501**

Arq. Jesús Rodolfo Aguilar Rivera
Jefe de Dpto. Servicios Generales
C.H.A.L.M

Lic. Carmen Aida Lacy Valenzuela
Subdirector Administrativo C.H.A.L.M

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

C. RUBÉN BARCELÓ GARCÍA
FIRMA DE CONFORMIDAD



Cd. Obregón, Sonora a 13 de Agosto de 2021
Hospital Adolfo López Mateos
Oficio Subdirección Médica No.031/2021.

**C. RUBEN BARCELO
CHOFER
P R E S E N T E.-**

A través del presente me permito comisionarlo para realizar traslado del paciente JOSÉ GUTIERREZ REYES, con N° de afiliación 16671911 con diagnóstico de APENDICITIS AGUDA, acude a INTERNAMIENTO DE URGENCIAS PEDIATRICA, hacia Hospital IGNACIO CHAVEZ EN HERMOSILLO, SONORA, el día 13 de agosto de 2021, con horario de turno matutino, a realizarse en la ambulancia No. 141.

Así mismo, solicito a usted se sirva de presentar a su regreso, un informe detallado de su comisión a más tardar dos días hábiles después del término de su comisión.

Muchas gracias por su colaboración.

Atentamente



Dr. Plutarco Antonio Valdez Romero
Subdirector Médico del Hospital Lic. Adolfo López Mateos.

DR. PLUTARCO A. VALDEZ ROMERO
Z-9695



AFILIACIÓN
16671901

PENSIÓN
508551



NOMBRE **MARIA ZULEYMA REYES BELTRAN**

ORGANISMO **H. AYUNTAMIENTO**



DERECHOHABIENTE
TRABAJADOR

PLAZA
CONFIANZA

Historia Clínica

FECHA DE NACIMIENTO
10-Mar-1990

SEXO
F

TIPO Y RH
A+

ALERGIAS
S/D

ENFERMEDADES CRÓNICAS
S/D



FECHA SERVICIO DE MATERNIDAD **16-Jul-2020**
TELÉFONO **(647)1227170**

DOMICILIO **OPALO S/N/RUBI y AGUA MARINA
NUEVA ESMERALDA
ALAMOS
ALAMOS**

Mi Salud



[Signature]
Director General



AFILIACIÓN
16671911

PENSIÓN



NOMBRE **JOSE GUTIERREZ REYES**

ORGANISMO **H. AYUNTAMIENTO**



DERECHOHABIENTE
HIJO(A)

PLAZA
N/A

Historia Clínica

FECHA DE NACIMIENTO
19-Mar-2014

SEXO
M

TIPO Y RH
A+

ALERGIAS

ENFERMEDADES CRÓNICAS



TELÉFONO **(647)1227170**

DOMICILIO **OPALO S/N/RUBI Y AGUA MARINA
NUEVA ESMERALDA
ALAMOS
ALAMOS**

Mi Salud



[Signature]
Director General

13 AGO 2021



13 AGO 2021



HOJA DE EVOLUCION

16671911 GUTIERREZ REYES JOSE

FECHA DE CONSULTA: 13/08/2021 Hora de la Nota: 12:22 - 12:29
EDAD: 7 SEXO: M FECHA NACIMIENTO: 19/03/2014
PESO: 23.0
TALLA: 1.25
PRESION: 1 / 1
F.C : 133

**** Motivo de la Consulta:**

----- NOTA DE URGENCIAS-----

PACIENTE MASCULINO DE 7 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA, HEMOTIPO A POSITIVO, NIEGA ALERGIAS.

INICIA PADECIMIENTO ACTUAL EL DIA DE AYER CON DOLOR EN FOSA ILIACA DERECHA , ACOMPÑADO DE VOMITO, EVACIACIONES DIARREICAS EN 3 OCACIONES, FEBRIL, EL DOLOR SE REFIERE QUE A IDO EN INCREMENTO POR LO QUE ES ENVIADO A TERCER NIVEL, AL NO CONTAR CON DISPONIBILIDAD DE CAMAS, DEVIDO A LA CONTINGENCIAS.

SV: FC: 133 FR: 22X MIN TC:38 GC

CONCIENTE ORIENTADO BUENA COLORACION DE MUCOSA Y TEGUMENTOS, FEBRIL, NOREMOCEFALO CUELLO CULINDRICO, CARDIOPULMONAR SIN COMPROMISO, ABDOMEN BLANDO DEPREBLE DOLORTOSO A LA PALPACION EN PUNTO MC BURNEY, REBOTE (+)VAN BLOMBERG (+) ROVSING (+) PSOAP (-) EXTREMIDADES SIN LESIONES NI EDEMAS.

**** Análisis, Plan de estudio y tratamiento:**

Hora Registro:[12:28] SE DECIDE SU TRASLADO A HERMOSILLO DEBIDO A LA FALTA DE CAMAS POR LA CONTINGENCIA POR COVID 19.
SE ENVIA PARA CONTINUAR PROTOCOLO Y NORMAR CONDUCTA TERAPEUTICA

**** DIAGNOSTICOS:**

DOLOR AGUDO (N)

Pronóstico: LIGADO A EVOLUCIÓN

**** ESTUDIOS SOLICITADOS**

NO SE ENCONTRARON SOLICITUDES...

G09375 CHAIDEZ CUEN SCARLETTE GLAFIRA
Ced. Prof. 12298774 - RSSA: 65788 - MED. GENERAL



SERVICIOS DE SALUD DE SONORA
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES

REFERENCIA

FECHA: 13/08/2021
HORA: 08:17 hrs

No. FOLIO: 1085155
EXPEDIENTE: _____
CURP: _____

Unidad Médica que refiere: Hospital Comunitario de Alamos
Nombre del paciente: Jose Gutierrez Reyes Edad: 7 Sexo: Masculino
Domicilio: Conocido
Ciudad: Alamos, Sonora

Motivo de la referencia _____ Consulta de especialidad Urgencia

Condiciones del Paciente								
Ambulatorio	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> SI	NO	Estable	<input checked="" type="checkbox"/> SI	NO

Sator 987-

T/A _____ Resumen clínico, diagnóstico, medicamentos, laboratorios y tipo de canalización.
 FC 133
 FR 23
 Temp. 38°C
 Peso 23 kg
 Talla 127 cm

Paciente pediátrico quien es traído al servicio de urgencias durante el turno por presentar dolor abdominal que ha ido incrementando de intensidad, acompañado de vomito en aproximadamente 11 ocasiones, 3 evacuaciones diarreicas y fiebre, sin presentar meloria clínica con teroleptica empleada, niega alergias, niega enfermedades de base.

A la exploración consciente piel semihúmeda, mucosas seminidratadas, Cardiorespiratorio sin complicaciones, abdomen blando y devesible, doloroso a la palpación medía y profunda en mesogastrio y AID, presentando Runto de McBurney (+), Blumberg (+), Rovsing (+), taloquerución (+), Rsoas (-), Peristalsis presente, resto normal, Presentando por Clínica 6 Rts en escala de Alvarado, quedando pendiente laboratorios para completar escala, por loavese decide referir para valoración por especialista. Se realiza prueba de Antigeno COVID la cual resulta no reactiva.

Dx de envío: Descortar apendicitis aguda vs DHE

SE ENVIA A: HOSPITAL ISSSTE Son
Servicio: urgencias
Firma de trabajador social: _____

Ernesto Cardenas
Nombre y firma del Médico que refiere

El traslado de su paciente implica riesgo, mismo que acepto de antemano y doy el consentimiento para su movilización.

Vo. Bo. El Director
Ernesto Cardenas
 Nombre y Firma

Zuleyma P
 Nombre y firma del enfermo o persona responsable



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: 16671911

POR MEDIO DE LA PRESENTE SE HACE CONSTAR QUE EL(A) **JOSE GUTIERREZ REYES**,
INGRESO AL SERVICIO DE URGENCIAS, EL DIA 13 DE AGOSTO DEL AÑO DOS MIL
VEINTIUNO, A LAS 14:47 HRS.

ATENDIDO (A) POR EL (A) DOCTOR (ES): **DRA. BARRAGAN**

OBSERVACIONES: PACIENTE QUE INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS, QUIEN SI (**X**) NO
() PRESENTA DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIAS DE LA LOCALIDAD DE (**OBREGON**), 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 13 DE AGOSTO DEL AÑO DOS MIL VEINTIUNO.

ATENTAMENTE

LTS. CRISTINA A. LOPEZ MONGE
TRABAJO SOCIAL / URGENCIAS

 CENTRO MÉDICO
"DR. IGNACIO CHAVEZ"

VIGENCIA

13 AGO. 2021

TRABAJO SOCIAL-RECEPCIÓN DE URGENCIAS
HERMOSILLO, SONORA.

Cd. Obregón, Sonora a 16 de Agosto del 2021

ASUNTO: INFORME DE AVISO DE COMISION.

**A QUIEN CORRESPONDA
CLINICA HOSPITAL LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS
PRESENTE.-**

Por medio de la presente, informo a usted, que fui comisionado a:

LUGAR: Hermosillo, Sonora.

DÍA: 13/ Agosto /2021

MOTIVO DE LA COMISION:

Traslado de paciente **C. JOSE GUTIERREZ REYES CON AFILIACION 16671911 de la dependencia de H. AYUNTAMIENTO DE CAJEME**, con diagnóstico de APENDICITIS AGUDA, con motivo de recibir atención en el HOSPITAL DR. IGNACIO CHAVEZ en Hermosillo, Sonora.

Sin otro particular de momento, me despido de usted.

ATENTAMENTE

**C. RUBEN BARCELO GARCIA
CAMILLERO
SERVICIOS GENERALES**

