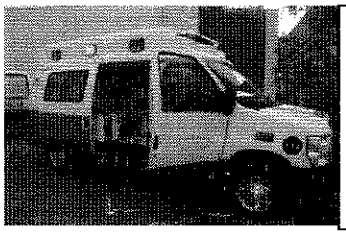
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO DE SONORA



DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

ACTIVIDADES DE TRASLADO

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA GABRIELA ROBLES FLORES

AFILIACION: 5279902 EDAD: 60 SEXO: FEM

DIAGNOSTICO: ACC. VASCULAR ENCEFALICO NO ESP. / DM.

ORIGEN: GUAYMAS

DESTINO: HERMOSILLO

FECHA: 1/03/22

HORA SALIDA: 17:00 HORA LLEGADA: 20:00

CHOFER: EDUARDO GONZALEZ

SE LE BRINDARON LOS SIGUIENTES CUIDADOS:

T&V. MONITOREO CONTINUO - OXIGENO TERAPIA

VIG. EDO NEUROLOGICO

OBSERVACIONES (Regresa paciente a Unidad o se queda internado)

SE QUEDA A VALORACION Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO

III NIVEL DE ATENCION

NOMBRE Y FIRMA ENFERMERA (O)

FRANCISCO DOMINGUEZ TAVARES.

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

FALTAN
FORM/
ORIGIN

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

DIA	MES	AÑO
01	03	2022

COORDINACION MEDICA: Guaymas

PAGO DE AYUDA PARA TRASLADO DE PACIENTES

1 DATOS PARA SER LLENADOS POR LA UNIDAD EMISORA

DEL PACIENTE / DEL TRASLADO

No. de afiliación: 5279902 Edad: 60 Organismo: Magisterio

Nombre del Paciente: Maria Gabriela Robles Flores Diagnóstico (C.I.E): Accidente vascular encefalico agudo no esp. como hemorragico o isquemico

Nombre del trabajador: Maria Gabriela Robles Flores

Requiere acompañante: SI NO Motivo: por traslado

Nombre del acompañante: Yahely Gabriela Saizo Robles Identificación: INE

Se refiere a Cd.: Hermosillo, Sonora Transporte: Ambulancia

Unidad Hospitalaria: CM Dr I Chavez. Servicio: Urgencias

Atención que se solicita: Valoración Fecha de cita: 01-03-22

Médico que refiere al paciente: Dr Aldo Manrique Clave: 67783

Autoriza el traslado: Dr Ramon Arturo Lopez Salgueiro X7786 coord. turno matutino clinica Issstson Gym

(nombre completo, puesto y firma)

Dr. Ramón Arturo López Salgueiro
Coordinador Médico
Clínica Hospital ISSSTESON Guaymas

2 DATOS PARA SER LLENADOS POR LA UNIDAD O MEDICO RECEPTOR

DE LA ATENCION

Se recibió al paciente el día: ____ Diagnostico de contrarreferencia (CIE): ____

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	Nombre	Nombre
Firma	Firma	Firma

____, Sonora, a ____ de ____ del ____