



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: 8:43 am

23 / Mar / 2022

AFILIACION: 13877909 SEXO: F EDAD: 28 FECHA NACIMIENTO: 01/07/1993
NOMBRE: RUIZ ANAYA MELISSA
DIAGNÓSTICO: (FLEBITIS Y TROMBOFLEBITIS DE OTROS VASOS PROFUNDOS DE LOS MIEMBROS INFERIORES)

SOLICITUD: ORDINARIA SOLICITADO POR: HOSPITALIZACION URGENCIAS CAMILLAS

UNIDAD A LA QUE SE ENVÍA: CM I CHAVEZ

JUSTIFICACIÓN:

Z7777 Dr. PEDRO ALFONSO GONZALEZ SANTIAGO - CIRUGÍA GENERAL
CProf. 3556868 RSSA 6813/06 UNAM - CProf. 5052015 RSSA 76/07 ND
Consulta Externa Especialista, Clínica Hospital ISSSTESON Guaymas, GUAYMAS, SONORA



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

REFERENCIA - CONTRAREFERENCIA

REFERENCIA

ORDINARIO

URGENTE

NUMERO DE AFIILIACION

1138172909

Roe Anaya Melissa

APELLIDO PATERNO

MATRNO

NOMBRE

ORGANISMO

Magisterio

ENVIO A LA ESPECIALIDAD DE

Angiología

UNIDAD A LA QUE SE ENVA

Cm E Chavez

UNIDAD QUE ENVA

C. H. Guaymas

COORDINACION

FECHA DE LA SOLICITUD

21/03/22

DIA MES AÑO

DIAGNOSTICO (S) DE ENVIO

Trombosis Profunda
de miembro inferior

FECHA DE CITA PRIMERA VEZ

22/03/22

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.

28 años, hace un mes regreso de EEUU tras haber s. do sometida a tratamiento trombolítico intervencionista, siendo disminuida la dosis del anti-coagulante reiniciando sintomatología de forma imponente. No contamos con doppler ni angiología

MOTIVO DE ENVIO

1. FALTA DE RESPUESTA FAVORABLE AL TRATAMIENTO

5. TRATAMIENTO ESPECIALIZADO

2. PRESENCIA DE COMPLICACIONES

6. PROTECCION ANTICONCEPTIVA
METODO ANTICONCEPTIVO

3. REQUIERE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICOS ESPECIALES

7. OTROS

(ESPECIFIQUE)

4. COMPLEMENTACION DIAGNOSTICA

(FIRMA DE ACEPTACION DEL PACIENTE)

INCAPACIDAD: Nº DE FOLIO

POR

DIAS

FECHA DE INICIO:

21 03 22
DIA MES AÑO

INICIAL

SUBSECUENTE

TIPO DE INCAPACIDAD

ENFERMEDAD GENERAL

RIESGO DE TRABAJO

MATERNIDAD

MEDICO RESPONSABLE (NOMBRE, CLAVE Y FIRMA)

Dr Pedro Gonzalez

2222

MEDICO DIRECTIVO QUE AUTORIZA

(NOMBRE, CLAVE, CARGO Y FIRMA)