

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA  
ACTIVIDADES DE TRASLADO

NOMBRE DEL PACIENTE: Sánchez García Carlos David

AFILIACION: 14243901 EDAD: 32 SEXO: masc

DIAGNOSTICO: TCE

ORIGEN: Clínica-Hospital ISSSTESON Guaymas

DESTINO: Hospital Adolfo López Mateos ISSSTESON Cd. Obregón

FECHA: 12/mayo/2020

HORA SALIDA: 14:28 HORA LLEGADA: 19:27

CHOFER: Alfredo Noriega

SE LE BRINDARON LOS SIGUIENTES CUIDADOS:

Monitoreo, SUT  
Apoyo emocional

OBSERVACIONES (Regresa paciente a Unidad o se queda internado)

Se queda Paciente en Servicio de Urgencias

NOMBRE Y FIRMA ENFERMERA (O)

Karina Valdez B.  
Miriam Karina Valdez Bustillo

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

ISSSTESON  
MGSI. Maritza Valdez Valdez  
JEFA DE DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA  
CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS



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: 1:53 pm

SE 131131

12 / Mar / 2023

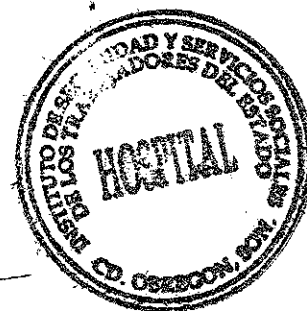
AFILIACION: 14243901 SEXO: M EDAD: 32 FECHA NACIMIENTO: 26/05/1990  
NOMBRE: SANCHEZ GARCIA CARLOS DAVID  
DIAGNÓSTICO: (ESGUINCES Y TORCEDURAS DE LA COLUMNA CERVICAL)

SOLICITUD: ORDINARIA SOLICITADO POR: HOSPITALIZACION URGENCIAS CAMILLAS

UNIDAD A LA QUE SE ENVÍA: HOSPITAL ISSSTESON CIUDAD OBREGON

JUSTIFICACIÓN:

PACIENTE CON TCE, REQUIERE TAC DE CRANEO SIMPLE



G77203 Dr. CARLOS ALBERTO PERALTA TSUTSUI - Médico General  
CProf. 12317059 RSSA 15469/22 UNISON  
Urgencias, Clínica Hospital ISSSTESON Guaymas, GUAYMAS, SONORA



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

DIA	MES	AÑO
12	03	23

COORDINACION MEDICA: Guaymas / Empalme

PAGO DE AYUDA PARA TRASLADO DE PACIENTES

1 DATOS PARA SER LLENADOS POR LA UNIDAD EMISORA

DEL PACIENTE	No. de afiliación: <u>14243901</u> Edad: <u>32</u> Organismo: <u>H Ayto Guaymas</u>
	Nombre del Paciente: <u>Sanchez Garcia Carlos David</u> Diagnóstico (C.I.E): <u>TCE moderado esguince cervical</u>
Nombre del trabajador: <u>Mismo</u>	
Requiere acompañante: <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Motivo: <u>Traslado</u>	
Nombre del acompañante: <u>Carlos Sanchez Mendoza</u> Identificación: <u>INE</u>	
Se refiere a Cd.: <u>Obregon</u> Transporte: <u>Ambulancia</u>	
Unidad Hospitalaria: <u>Hospital Lopez Mateos</u> Servicio: <u>Radiología</u>	
Atención que se solicita: <u>TAC col. Cervical / TAC Craneo (1) UNO 12/03/23</u> Fecha de cita: <u>(1) UNO 12/03/23</u>	
Médico que refiere al paciente: <u>Enrique Cortina</u> Monzon <u>277146</u> Clave: <u>277146</u>	
Autoriza el traslado: <u>Ivan Cardenas Avila</u> Coord. Médico (nombre completo, puesto y firma) <u>XT7163 JA</u>	

2 DATOS PARA SER LLENADOS POR LA UNIDAD O MEDICO RECEPTOR

DE LA ATENCION	Se recibió al paciente el día: _____ Diagnóstico de contrarreferencia (CIE): <u>Dr Ivan Cardenas Avila</u> <u>Coord. Médico</u> <u>Clinica Hospital ISSSTESON Guaymas</u>
	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

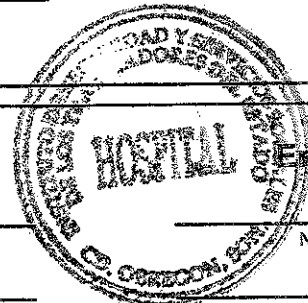
\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Firma



\_\_\_\_\_, Sonora, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_



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

REFERENCIA - CONTRARREFERENCIA

REFERENCIA:

ORDINARIO

URGENTE

NUMERO DE AFILIACION  
1424390111

Apellido Paterno: Sanchez Garcia Materno: Carlos Nombre: David

ORGANISMO: H Huamantla Mieros Guaymas

ENVIO A LA ESPECIALIDAD DE: Neurologia

UNIDAD A LA QUE SE ENVIA: Huamantla

UNIDAD QUE ENVIA: CH Guaymas COORDINACION

FECHA DE LA SOLICITUD: 12/03/13  
DIA MES AÑO

DIAGNOSTICO (S) DE ENVIO:  
TCE Modificado  
Ebriante Cervical

FECHA DE CITA PRIMERA VEZ: 12/03/13  
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:

MASIVANO DE 32 AÑOS. CAIDA DE TECHO BAJO ESTADO DE EBRIEDAD POR LA MADRUGADA DE HOY.

ACTUALMENTE DESORIENTACION EN TIEMPO, CON BRADILALIA CONTRACTURA MUSCULAR CERVICAL SEVERA NO FOCALIZACION. DV LATERAL DEL NECK Y DV LATERAL COLUMNA CERVICAL CON AFECTACION INTERCOSTAL OTRO.

SOLICITO TAC SIMPLE CRANEO Y COLUMNA CERVICAL PARA DESIATAR LESION SNC Y COLUMNA CERVICAL

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)

Jacqueline Acantar Avila Esposa  
(FIRMA DE ACEPTACION DEL PACIENTE)

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

FECHA DE INICIO: \_\_\_\_\_  
DIA MES AÑO

TIPO DE INCAPACIDAD: \_\_\_\_\_

ENFERMEDAD GENERAL: \_\_\_\_\_

RIESGO DE TRABAJOS: \_\_\_\_\_

MATERNIDAD: \_\_\_\_\_

INICIAL  SUBSECUENTE

MEDICO RESPONSABLE: (NOMBRE, CLAVE Y FIRMA)  
D. Enrique Contreras M.  
222146

MEDICO DIRECTIVO QUE AUTORIZA (NOMBRE, CLAVE, CARGO Y FIRMA)  
X7213

DR IVAN CARDENAS AVILA  
Coordinador Mexico  
Clinica Hospital ISSSTESON Guaymas