



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



DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
ACTIVIDADES DE TRASLADO

NOMBRE DEL PACIENTE: Cruz Alcala Jose Antonio
AFILIACION: 6692014 EDAD: 10 SEXO: Masculino
DIAGNOSTICO: Leucemia Linfocitica Subaguda, Anemia No Esp
ORIGEN: Clinica ISSSTESON Hermosillo
DESTINO: Centro Medico Dr. Ignacio Chavez Hermosillo, Son
FECHA: 29-06-23 /
HORA SALIDA: 22:00 HORA LLEGADA: 01:46
CHOFER: Jesus Evans

SE LE BRINDARON LOS SIGUIENTES CUIDADOS:
Toma De Signos Vitales, Manifiesto de Sr,
Vigilancia Continua, Apoyo Emocional

OBSERVACIONES (Regresa paciente a Unidad o se queda internado)
Se queda en Hospital

NOMBRE Y FIRMA ENFERMERA (O)

Rodriguez Ferrer Edgar Ernesto



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

MCSI. Martinez
Jefa de Departamento
CLINICA ROL



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

REFERENCIA - CONTRAREFERENCIA

REFERENCIA:

ORDINARIO

URGENTE

NUMERO DE AFILIACION

66922014

Cruz Alcalá Jose Antonio

APELLIDO PATERNO

MATERNO

NOMBRE

ORGANISMO:

H. Ayuntamiento empalme

ENVIO A LA ESPECIALIDAD DE:

Hematología oncológica

UNIDAD A LA QUE SE ENVIA:

Centro Médico Hosp I Chavez

UNIDAD QUE ENVIA:

Clinica Hosp. Guaymas

FECHA DE LA SOLICITUD

29/06/23

DIA MES AÑO

DIAGNOSTICO(S) DE ENVIO:

L.L.A

anemia severa
plaquetopenia severa

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.

Jose de 10 años enviado medico particular Empalme caracter urgente por anemia Paqres sanos 52/35^o. No endogamia, madre hogar padre policía G3 NE eutócico sin Cx, biológicos al corriente, niega alergia alimento medicamentos, hace 8 años en urgencias por ingesta de gasolina solo observación, sin alteraciones respiratorias digestivas, se egreso al 3er día. Refiere solo enfermedades banales (rinofaringitis), A+ medio hermano con IRC con hemodiálisis. 4to primaria buen aprovechamiento. Previamente sano inicia hace una semana mialgias. MPI's, 24 desaparece ayer inicia con dolor de cadera y MPI's moderada intensidad, SIN FIEBRE O ATAQUE ESTADO GENERAL, 3-5 días inapetente. Postrado cama silla. Niega otro sintoma. Ayer le ofrecieron TMT SMZ ibuprofeno por FIEBRE y Pb infección estomacal. He solicitado laboratorios.

O: P35 kg T 124 MSC 1.2 Fc 120 Fr 24, Temp 38.7 Sat 99/21% Dxt 123 eutrófico, Glasgow 15-15, sin diaforesis, pálido extrema, no ictericia, LLC de 4-5", asustado, subhidratado, edema de cara, no adenopatías patologías visibles o palpables, ORL normal sin evidencia de sangrado de encías, buena ventilación S-A-G, bomba apex norme dinámico Sto ICLMC, abdomen plano blando reps normales con hepato bazomegalia. ROT normal fuerza y tono muscular normal, no aprecio foco infeccioso clínico, tiene perros. PARACLINICOS;

Rx: de torax sin foco neumónicos o derrames, Rx abd: Aprecio hepato bazomegalia así como PB desplazamiento de riñones, con mala distribución de gas, asas distendidas.

BHC: FR ANEMIA SEVERA AGUDA HB 4.7 HT 15.6 MACROCITICA, FB, 161,230 A EXPENSAS DE MONOCITOS, HIPERLINFOCITOS ABSOLUTOS DE 132,990 (>DE 4 MILY CON HIPERMONOCITOSIS DE 26,500 (>DE 100) PLAQUETAS DE 25 MIL POR ELEVADA 177, DHL ELEVADA DE 1047 VSG ELEVADA DE 74, TP elevada 15.7 TTP PTE, EGO, QS, ES (3) NORMALES, ID 1, Pb LLA 2- PLAQUETOPENIA SEVERA, 3-ANEMIA SEVERA

Se envia a III nivel para valoración por Hemato- Oncología pediátrica.

Se basó carga papica de mantenimiento actual: sol mixta 500 ml 40 mEq KCl para 8 hrs, cabreboza padres y paciente.

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

TIPO DE INCAPACIDAD

ENFERMEDAD GENERAL

RIESGO DE TRABAJO

MATERNIDAD

FECHA DE INICIO

_____|_____|_____|_____|_____|_____|
DIA MES AÑO

INICIAL

SUBSECUENTE

MEDICO RESPONSABLE: (NOMBRE, CLAVE Y FIRMA)

A.J. VALLENDE

27725

MEDICO DIRECTIVO QUE AUTORIZA

Dra. Ana Maria Tsimbinos Chaires

Coordinador Médico

Clinica 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: 9:08 pm

29 / Jun / 2023

AFILIACION: 6692014 SEXO: M EDAD: 10 FECHA NACIMIENTO: 02/01/2013
NOMBRE: CRUZ ALCALA JOSE ANTONIO
DIAGNÓSTICO: (LEUCEMIA LINFOCITICA SUBAGUDA) (ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO)

SOLICITUD: ORDINARIA SOLICITADO POR: HOSPITALIZACION URGENCIAS CAMILLAS

UNIDAD A LA QUE SE ENVÍA: CMICH

JUSTIFICACIÓN:



Dra. Ana Maria Tsimbinos Chaires
Coordinador Médico
Clínica Hospital ISSSTESON Guaymas

Z7725 Dr. JAIME VALVERDE CHAVEZ - PEDIATRÍA
CProf. 1020328 RSSA 2089-86 UAG - CProf. 1020328 RSSA 2089/86 ND
Consulta Externa Especialista, Clínica Hospital ISSSTESON Guaymas, GUAYMAS, SONORA



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

| | | |
|-----|-----|-----|
| DIA | MES | AÑO |
| 29 | 06 | 23 |

COORDINACION MEDICA: GUAYMAS

PAGO DE AYUDA PARA TRASLADO DE PACIENTES

1 DATOS PARA SER LLENADOS POR LA UNIDAD EMISORA

| | |
|---|---|
| DEL PACIENTE | No. de afiliación: <u>6692014</u> Edad: <u>10</u> Organismo: <u>H. AYUNTAMIENTO EMPALME</u> |
| | Nombre del Paciente: <u>CRUZ ALCALA JOSE ANTONIO</u> Diagnóstico (C.I.E.): <u>LEUCEMIA LINFONCITICA</u> |
| DEL TRASLADO | Nombre del trabajador: <u>CRUZ OLMEDO ENRIQUE</u> |
| | Requiere acompañante: <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Motivo: <u>MENOR DE EDAD</u> |
| | Nombre del acompañante: <u>CRUZ OLMEDO ENRIQUE</u> Identificación: <u>INE</u> |
| | Se refiere a Cd.: <u>HERMOSILLO, SONORA</u> Transporte: <u>AMBULANCIA</u> |
| | Unidad Hospitalaria: <u>DR. IGNACIO CHAVEZ</u> Servicio: <u>URGENCIAS /HEMOLOGIA</u> |
| | Atención que se solicita: <u>VALORACION</u> Fecha de cita: <u>29/06/2023</u> |
| Médico que refiere al paciente: <u>DR. VALVERDE CHAVEZ JAIME</u> Clave: <u>Z7725</u> | |
| Autoriza el traslado: <u>DRA. ANA MARIA TSIMBINOS CHAIRES X7745 COORDINADOR MEDICO</u> (nombre completo, puesto y firma) | |

2 DATOS PARA SER LLENADOS POR LA UNIDAD O MEDICO RECEPTOR

| | |
|----------------|---|
| DE LA ATENCION | Se recibió al paciente el día: _____ Diagnóstico de contrareferencia (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

Firma

Nombre

Firma

Nombre

Firma

Señora, a _____

de _____

del _____