

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
ACTIVIDADES DE TRASLADO

NOMBRE DEL PACIENTE: Villa Ramirez Oscar
AFILIACION: 2025005 EDAD: 81 SEXO: MASC
DIAGNOSTICO: Hernia Abdominal No Op
ORIGEN: Clinica Jefferson Guaymas, Sonora
DESTINO: Casa Medica Dr. Ignacio Chavez
FECHA: 12-07-2023
HORA SALIDA: 15:30 HORA LLEGADA: 19:47
CHOFER: Eduardo Gonzalez Siqueiros

SE LE BRINDARON LOS SIGUIENTES CUIDADOS:
Higiene, Signos Vitales, Vigilancia Continua, Cuidado Bucal, Signos Vitales

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

[Handwritten signature]

NOMBRE Y FIRMA ENFERMERA (O)
Eduardo Ernesto Rodriguez Ferrer

ISSSTESON
CENTRO MEDICO DR. IGNACIO CHAVEZ
DR. JOSÉ ANTONIO VARGAS ALVAREZ
COORDINADOR MEDICO T.V. DR. IGNACIO CHAVEZ
ISSSTESON D.G.P. 1693861 S.S.A. 4404-92
CLAVE X-1995
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

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



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

CONSTANCIA DE HOSPITALIZACION

OFICINA: TRABAJO SOCIAL.
OFICIO: CMDICH/2023
NO. DE AFILIACION: 2025005.

POR MEDIO DE LA PRESENTE SE HACE CONSTAR QUE EL(A) **OSCAR VILLA ENCINAS**,
INGRESO AL SERVICIO DE URGENCIAS, EL DIA 11 DE JULIO DEL AÑO DOS MIL VEINTITRES, A
LAS 17:10 HRS.

ATENDIDO (A) POR EL (A) DOCTOR (ES): **DR. VICTORIO.**

OBSERVACIONES: Paciente que ingresa al servicio de urgencias, quien SI (X) NO ()
presenta documentación de referencias de la localidad de **(GUAYMAS, SONORA)**, en
transporte de ambulancia:

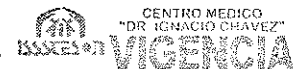
- (X) ISSSTESON
- () SNTE
- () CRUZ ROJA MEXICANA
- () PARTICULAR

SE EXTIENDE LA PRESENTE A PETICION DEL (A) INTERESADO (A) EN LA CIUDAD DE
HERMOSILLO, SONORA. A LOS 11 DIAS DEL MES DE JULIO DEL AÑO DOS MIL VEINTITRES.

ATENTAMENTE

Fabiola Gamiz Mte.

LTS. FABIOLA GAMIZ MARTINEZ.
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL.
URGENCIAS.



TRABAJO SOCIAL-RECEPCION HOSPITALIZACION
HERMOSILLO, SONORA.



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

Clínica Hospital ISSSTESON Guayma

Blvd. Benito Juárez entre Río Mayo y Gilberto Calles, Col. Los Ríos, Guaymas,

HOSPITALIZACION - CIRUGIA

SOLICITUD DE TRASLADO LOCAL Y FORA

Folio: 14430 Ordinaria Fecha / Hora: 12/07/2023 00:00 Cama: 103

Afiliación: 2025005 SEXO: M EDAD: 81 FECHA NACIMIENTO: 06/09/1941

Nombre: VILLA ENCINAS

Domicilio:

Diagnóstico Actual: HERNIA VENTRAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA

Organismo:

TIPO DE DERECHOHABIENTE: TRABAJADOR SOLICITADO POR : CONSULTA HOSPITALIZACION
Fecha: 12/07/2023

UNIDAD A LA QUE SE ENVÍA: CM I CHÁVEZ

HERNIA VENTRAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA

JUSTIFICACIÓN:

Este documento es de carácter oficial, por lo que su falsificación o mal uso constituye un delito penal y será responsabilidad de quien lo suscriba de acuerdo a las sanciones penales y responsabilidades administrativas de los servidores públicos para el Estado de Sonora.

FIRMA

Z7777 GONZALEZ SANTIAGO PEDRO ALFONSO - CIRUGÍA GENERAL

Ced. Prof.: 5052015 RSSA: 76/07 Universidad: ND



TRABAJO SOCIAL-RECEPCIÓN HOSPITALIZACIÓN
HERMOSILLO. SONORA.



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

DIA	MES	AÑO
11	Jul	23

COORDINACION MEDICA: Guaymas

PAGO DE AYUDA PARA TRASLADO DE PACIENTES

1 DATOS PARA SER LLENADOS POR LA UNIDAD EMISORA TRABAJO SOCIAL-RECEPCION HOSPITALIZACION
HERMOSILLO SONORA

DEL PACIENTE	No. de afiliación: <u>2025005</u> Edad: <u>81</u> Organismo: <u>H A Sims</u>
	Nombre del Paciente: <u>Villa Encinas Oscar</u> Diagnóstico (C.I.E): <u>Hernia Ventral sin obstrucción ni gangrena</u>
Nombre del trabajador: <u>mismo</u>	
Requiere acompañante: <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Motivo: <u>Traslado en Ambulancia</u>	
Nombre del acompañante: <u>Flores Martinez Norma Alicia</u> Identificación: <u>INE</u>	
Se refiere a Cd.: <u>Hermosillo, Sonora</u>	Transporte: <u>Ambulancia</u>
Unidad Hospitalaria: <u>Centro Médico Ignacio Chávez</u>	Servicio: <u>Cirugía</u>
Atención que se solicita: <u>valoración y Tratamiento</u>	Fecha de cita: <u>12/Julio 23</u>
Médico que refiere al paciente: <u>Dr. Pedro González</u>	Clave: <u>27777</u>
Autoriza el traslado: <u>Dra Ana Maria Tsimbinos Chaires X7745</u> <small>(nombre completo, puesto y firma)</small>	<u>Coord med Vesp</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): _____
	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

_____, Sonora, a _____ de _____ del _____



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

NUMERO DE AFILIACION

120250051

Otilio Ernesto Osorio

APELLIDO PATERNO

MATERNO

NOMBRE

ORGANISMO: HSA

REFERENCIA:

ORDINARIO:

URGENTE:

ENVIO A LA ESPECIALIDAD DE:

Cirugía General

UNIDAD A LA QUE SE ENVIA:

CH I Chetum

UNIDAD QUE ENVIA:

COORDINACION

CH Guaymas

FECHA DE LA SOLICITUD

12/07/23

DIA MES AÑO

DIAGNOSTICO (S) DE ENVIO:

Hernia Umbilical (Ineisional)

FECHA DE CITA PRIMERA VEZ:

12/07/23

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:

Masculino 81 años, con antecedente de colecistectomía laparoscópica complicada, dos laparotomías posteriores por perforación intestinal y abdomen hostil en Sep. 2022. Actualmente cursa con hernia sintomática de 18x9cm irregular.

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

TIPO DE INCAPACIDAD:

ENFERMEDAD GENERAL

RIESGO DE TRABAJO

MATERNIDAD

FECHA DE INICIO:

DIA MES AÑO

INICIAL

SUBSECUENTE

MEDICO RESPONSABLE: (NOMBRE, CLAVE Y FIRMA)

D. Gonzalez 28-225

MEDICO DIRECTIVO QUE AUTORIZA:

(NOMBRE, CLAVE, CARGO Y FIRMA)