



DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA  
ACTIVIDADES DE TRASLADO

NOMBRE DEL PACIENTE: Cuen Lopez Jasveth Nahomi  
AFILIACION: 14419211 EDAD: 2 años SEXO: Femenino  
DIAGNOSTICO: Fx. de la epifisis Superior.  
ORIGEN: Guaymas, Sonora.  
DESTINO: Ignacio Chaves, Hermosillo, Son.  
FECHA: 09 - Septiembre - 2023  
HORA SALIDA: 16:10 HORA LLEGADA: 20:00  
CHOFER: Alfredo Noriega.

SE LE BRINDARON LOS SIGUIENTES CUIDADOS:

Toma de signos vitales:  
TA = / Frecuencia Cardíaca = 138 Frecuencia  
respiratoria = 35. Temperatura = 36.4

OBSERVACIONES (Regresa paciente a Unidad o se queda internado)

SE 148785

NOMBRE Y FIRMA ENFERMERA (O)

Manney Basca Guevara.

Vo.Bo. Jefatura de Enfermería para salir al traslado

ISSSTESON  
MCSL. Maritza Valdez Valdez  
JEFA DE DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA  
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON



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: 1:43 pm

9 / Sep / 2023

AFILIACION: 14419211 SEXO: F EDAD: 2 FECHA NACIMIENTO: 22/08/2021  
NOMBRE: CUEN LOPEZ JASVETH NAHOMI  
DIAGNÓSTICO: (FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DEL HUMERO)

SOLICITUD: ORDINARIA SOLICITADO POR: HOSPITALIZACION URGENCIAS CAMILLAS

  
Dr. Ivan Cárdenas Avila  
COORDINADOR MEDICO  
DGP 9660486 SSA: 1034016  
CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

*URGENTE*

UNIDAD A LA QUE SE ENVÍA: H IGNACIO CHAVEZ

JUSTIFICACIÓN:

PACIENTE PORTADORA DE FX DE TERCIO PROXIMAL DE HUMERO CANDIDATA A MANEJO QUIRURGICO SE ENVIA A VALORACION Y MANEJO X ORTOPEdia PEDIATRICA

277138 Dr. EDGAR MERINO RIVERA - ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGÍA  
CProf. 3544366 RSSA 7840-10 ND - CProf. 4943207 RSSA 109-10 BUAP  
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
09	09	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>14419211</u> Edad: <u>2 AÑOS</u> Organismo: <u>COBACH</u>
	Nombre del paciente: <u>CUEN LOPEZ JASVETH NAHOMI</u> Diagnóstico (C.I.E.): <u>FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DEL HUMERO</u>
Nombre del trabajador: <u>CUEN LOPEZ LYDIA JANETH</u>	
Requiere acompañante: <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO      Motivo: <u>TRASLADO</u>	
Nombre del acompañante: <u>CUEN LOPEZ LYDIA JANETH</u> Identificación: <u>INE</u>	
Se refiere a Cd.: <u>HERMOSILLO, SONORA</u> Transporte: <u>AMBULANCIA</u>	
Unidad Hospitalaria: <u>C. M. DR. IGNACIO CHAVEZ</u> Servicio: <u>URGENCIAS PEDIATRICAS</u>	
Atención que se solicita: <u>VALORACION Y TRATAMIENTO TYO PEDIATRICA</u> Fecha de cita: <u>09/09/2023</u>	
Médico que refiere al paciente: <u>DR. EDGAR MERINO RIVERA</u> Clave: <u>Z 77138</u>	
Autoriza el traslado: <u>DR. IVAN CARDENAS AVILA X77163 COORDINACION MÉDICA JORNADA ACUMULADA</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 contrarreferencia (CIE): _____
	Se extendió 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.

**SOLICITUD DE INTERCONSULTA  
HOSPITALIZACION - URGENCIAS CAMILLAS**

PÁGINA: 1  
HORA: 2:23 pm

FOLIO : 1718214

Sep 9 2023. 2:23PM

AFILIACION: 14419211 SEXO: F EDAD: 2 FECHA NACIMIENTO: 22/08/2021  
NOMBRE: CUEN LOPEZ JASVETH NAHOMI  
DIAGNÓSTICO: (FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DEL HUMERO)

SOLICITUD: URGENTE

INTERCONSULTA AL SERVICIO DE :  
ORTOPEDIA PEDIATRICA

**RESUMEN**

PACIENTE FEM DE 2 AÑOS DE EDAD QUE INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS POR PRESENTAR CAIDA DE SU PROPIA ALTURA AL ESTAR JUGANDO, NO ALERGIAS, EXAMEN FISICO CON DEFORMIDAD DE BRAZO IZQUIERDO, EN RX PRESENTA TRAZO DE FX TRASVERSO DE DIAFISIS TERCIO PROXIMAL DESPLAZADA. FUE VALORADA POR TRAUMA ADULTOS, SE ENVIA PARA MANEJO POR ORTOPEDIA PEDIATRICA YA QUE NO CONTAMOS CON EL MISMO. PTE ESTA

  
**Dr. Iván Cárdenas Avila**  
COORDINADOR MEDICO  
DGP 9660486 SSA: 10340/16  
CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

X77163 Dr. IVAN GARDENAS AVILA - Médico General  
CProf. 9660486 RSSA 10340/16 ND

Coordinación CE Especialista, Clínica Hospital ISSSTESON Guaymas, GUAYMAS, SONORA

Sep 9 2023 2:23PM



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

REFERENCIA - CONTRARREFERENCIA

REFERENCIA:

ORDINARIO

URGENTE

NUMERO DE AFILIACION  
144192111

Owen Lopez Jasveth Nahom

APELLIDO PATERNO MATERNO NOMBRE  
ORGANISMO: Cabach

ENVIO A LA ESPECIALIDAD DE:  
Ortopedia Pediatrica

UNIDAD A LA QUE SE ENVIA:  
C M Chavez Hermosillo

UNIDAD QUE ENVIA: COORDINACION  
Clinica Hospital Guaymas

FECHA DE LA SOLICITUD  
DIA MES AÑO

DIAGNOSTICO (S) DE ENVIO:  
Fractura de la epifisis superior del humero

FECHA DE CITA PRIMERA VEZ:  
DIA MES AÑO

RÉSUMEN CLINICO:

ANOTAR UN RESUMEN DE LOS PRINCIPALES DATOS DEL INTERROGATORIO Y EXPLORACION FISICA, ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO, TERAPEUTICA PREVIA Y RESULTADOS OBTENIDOS:

Femenino 2 años de edad sufre caída día hoy de su propia altura lesionada a nivel de brazo izquierdo presenta deformidad y dolor. RX se encuentra con trazo de fractura transversa de diafisis tercio proximal desplazada. Requiere manejo quirúrgico. Se envía a siguiente nivel para manejo de ortopedia pediatrica.

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)

Jasveth Owen Lopez (FIRMA DE ACEPTACION DEL PACIENTE)

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

FECHA DE INICIO: DIA MES AÑO

INICIAL  SUBSECUENTE

TIPO DE INCAPACIDAD:  
ENFERMEDAD GENERAL   
RIESGO DE TRABAJO   
MATERNIDAD

MEDICO RESPONSABLE: (NOMBRE, CLAVE Y FIRMA)

Dr. Edgar Morno Rues 27738

MEDICO DIRECTIVO QUE AUTORIZA

Dr. Ivan Cárdenas Avila COORDINADOR MEDICO