



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



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 Norega.

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 JCSL. Maritza Valdez Valdez Jefa de Departamento de Enfermería 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 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.

**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: (FRÁCTURA 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 Nahon

APELLIDO PATERNO: Owen      MATERNO: Lopez      NOMBRE: Jasveth Nahon

ORGANISMO: Cabach

ENVIO A LA ESPECIALIDAD DE: Ortopedia Pediatrica

UNIDAD A LA QUE SE ENVIA: C M Chavez Hermosillo

UNIDAD QUE ENVIA: Clinica Hospital Guaymas      COORDINACION: 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 Nahon 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

MÉDICO RESPONSABLE: (NOMBRE, CLAVE Y FIRMA)

Dr. Edgar Morno Rues  
27738

MEDICO DIRECTIVO QUE AUTORIZA

(NOMBRE, CLAVE Y FIRMA)  
Dr. Ivan Cárdenas Avila  
COORDINADOR MEDICO  
DGP 91134006