


DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
ACTIVIDADES DE TRASLADO

NOMBRE DEL PACIENTE: Salazar Lio Loura Marcela
 AFILIACION: 17713801 EDAD: 31 Años SEXO: Fem
 DIAGNOSTICO: Trastorno De Ansiedad
 ORIGEN: Clinica Issteson Guaymas
 DESTINO: Cruz Del Norte Hermosillo
 FECHA: 21 - octubre - 2023
 HORA SALIDA: 12:20 HORA LLEGADA: 19:40
 CHOFER: Edardo Beltran

SE LE BRINDARON LOS SIGUIENTES CUIDADOS:
FSU Y CCE TPA/DO/AO FCLAQ FR:23 TC:36.1 SR02 968

OBSERVACIONES (Regresa paciente a Unidad o se queda internado)
Se regresa a paciente de Cruz del Norte en Hermosillo
a su domicilio por alta medica de psiquiatria

NOMBRE Y FIRMA ENFERMERA (O)

Victor Daniel Villazana Martinez



INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO DE SONORA
Clínica Hospital ISSSTESON Guaymas
Blvd. Benito Juárez entre Río Mayo y Gilberto Calles, Col. Los Ríos, Guaymas,

21/10/2023 11:15:56a. m

HOSPITALIZACION - MEDICINA

SOLICITUD DE TRASLADO LOCAL Y FORA

Folio: 15266

Ordinaria

Fecha / Hora: 21/10/2023 00:00 Cama: 105

Afiliación:

17713801

Nombre:

SALAZAR LIO

Domicilio:

TRASTORNO DE ANSIEDAD, NO ESPECIFICADO

Diagnóstico Actual:

Organismo:

TIPO DE DERECHOHABIENTE: TRABAJADOR

SOLICITADO POR : CONSULTA HOSPITALIZACION

Fecha: 21/10/2023

UNIDAD A LA QUE SE ENVÍA:

HOSPITAL CRUZ DEL NORTE

TRASTORNO DE ANSIEDAD, NO ESPECIFICADO

JUSTIFICACIÓN:

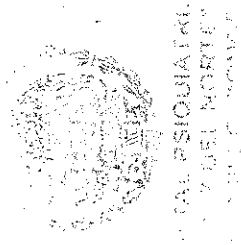
SE TRATA DE PACIENTE DE 32 AÑOS VALORADA POR PSIQUIATRA, CON DIAGNOSTICO DE RIESGO ELEVADO DE SUICIDIO, MOTIVO DE INTERNAMIENTO EN LA UNIDAD Y REQUERIR MANEJO POR ESPECIALIDAD EN UNIDAD CRUZ DEL NORTE

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

X7763 DANGU MARTINEZ JUAN CARLOS - GENERAL

Ced. Prof.: 3532034 RSSA: 6692/05 Universidad: UAM





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

DIA	MES	AÑO
20	10	23

COORDINACION MEDICA: GUAYMAS
 PAGO DE AYUDA PARA TRASLADO DE PACIENTES
 1 DATOS PARA SER LLENADOS POR LA UNIDAD EMISORA

DE LA IDENTIFICACION DEL PACIENTE

No. de afiliación: 17713801 Edad: 31 AÑOS Organismo: ITSON
 Nombre del paciente: SALAZAR LIO LAURA MARCELA Diagnóstico (C.I.E.): TRANSORNO DE INESTABILIDAD PERSONALIDAD / TRANSORNO DE ANSIEDAD EPISODICA PANOXISTICA / RIESGO SUICIDA
 Nombre del trabajador: SALAZAR LIO LAURA MARCELA
 Requiere acompañante: SI Motivo: TRASLADO Identificación: INE
 Nombre del acompañante: ELSA BERTHA LIO DE JESUS Transporta: AMBULANCIA
 Se refiere a Cd.: HERMOSILLO, SONORA Servicio: URGENCIAS
 Unidad Hospitalaria: C. M. DR. IGNACIO CHAVEZ
 Atención que se solicita: INTERCONSULTA
 Médico que refiere el paciente: DRA. RIVERA RODRIGUEZ ANA KAREN Fecha de cita: 23/10/2023
 Autoriza el traslado: DR. IVAN CARDENAS AVILA COORDINACION MEDICA X77163 Clave: X77157

DE LA ATENCION DEL TRASLADO

Se recibió al paciente el día: _____ Diagnóstico de contrareferencia (P.E.): _____
 Se atendió en: _____
 Nombre del Médico tratante o responsable del servicio: _____ Clave: _____
 En caso de Hospitalización: _____ Fecha de ingreso: _____ Fecha de Egreso: _____
 Se extendió incapacidad laboral: Folio: _____ Por: _____ días, del día: _____ al día: _____

2 DATOS PARA SER LLENADOS POR LA UNIDAD O MEDICO RECEPTOR

DR. IVAN CARDENAS AVILA
 (nombre completo, puesto y firma)
 COORDINADOR SSM, UNIDAD DE ATENCION QUIMICA DEL HOSPITAL GENERAL DE GUAYMAS

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

Nombre: _____ Autorizo: _____ Entregó: _____
 Firma: _____ Nombre: _____
 Firma: _____ Nombre: _____
 _____, Sonora, a _____ de _____ del _____



REFERENCIA - CONTRAREFERENCIA

REFERENCIAL

ORDINARIO

URGENTE

EMITIDA ESPECIALIDAD DE:

Psiquiatria

UNIDAD A LA QUE SE ENVIA:

Hospital Psiquiatrico Cruz del Norte
 UNIDAD QUE ENVIA:
 Clínica ISSSTE SON GUAYMAS

FECHA DE LA SOLICITUD

2011/02/3

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

tem. de 32 años, sin antecedentes médicos de importancia. Historia de múltiples ingresos al servicio de urgencias por cuadros de agitación psicomotriz. Se han descrito episodios medicos que explican la sintomatología actual. Ingreso hospitalario desde hace 6 días con mala respuesta terapéutica a cable tratamiento farmacológico (HALOPERIDOL + DIAZEPAM). Aun persiste con inquietud interna, temblor generalizado y ruidos intestinales con heces sueltas acuosas.
 Plan: a) Envío a Hospital Psiquiatria Cruz del Norte por falta de respuesta favorable al tratamiento

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)

INCAPACIDAD: No. DE FOLIO _____ FOR _____ DIAS _____

FECHA DE INICIO:

DIA MES AÑO

DIA MES AÑO

INICIAL SUBSECUENTE

TIPO DE INCAPACIDAD

ENFERMEDAD GENERAL

RIESGO DE TRABAJO

MATERNIDAD

MEDICO RESPONSABLE (NOMBRE, CLAVE Y FIRMA)

Dr. Carlos Armando Herrera Huerta
 Psiquiatría / Terapia cognitivo conductual
 UNAM

Reg. Esp. 4865699

Reg SSP No. ME657/23

MEDICO DIRECTOR QUE AUTORIZA

(NOMBRE, CLAVE, CARGO Y FIRMA)

ISSSTE SON GUAYMAS

Dr. Ivan Calderon

COORDINADOR MEDICO

DGP 9660486 SSA. 103-4013

CLINICA HOSPITAL ISSSTE SON GUAYMAS

NUMERO DE AFILIACION

17713801

Apellido Paterno
 Solazar L. O. Laura Marcela

Apellido Materno

Organismo

DIAGNOSTICO (S) DE ENVIO:

TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD + TRASTORNO DE ANSIEDAD CASO SIDA PANORAMICA + RIESGO SUJETA CASOPROXIM - 7 mayo

FECHA DE CITA PRIMERA VEZ

DIA MES AÑO

DIA MES AÑO