



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: 1:48 pm

4 / Nov / 2023

AFILIACION: 17557911 SEXO: F EDAD: 1 FECHA NACIMIENTO: 09/12/2021  
NOMBRE: ROMERO GIL ANTHONELLA  
DIAGNÓSTICO: (HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO) (TETRALOGIA DE FALLOT) (SINDROME DE DOWN)

SOLICITUD: ORIGINAL SOLICITADO POR: HOSPITALIZACION URGENCIAS CAMILLAS

UNIDAD A LA QUE SE ENVÍA: H. CHAVEZ

JUSTIFICACIÓN:

CITA MEDICA

ISSSTESON  
Dr. Iván G. Avila  
COORDINADOR MEDICO  
DEP 266246 SSA 1034016  
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

ISSSTESON  
Dr. Iván G. Avila  
COORDINADOR MEDICO  
DEP 266246 SSA 1034016  
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS



Recibido  
Edu López

X7772 Dra. MARTHA ELENA SAÑUDO SANCHEZ - Médico General  
CProf. 4701612 RSSA 6730/06 UAS  
Urgencias, Clínica Hospital ISSSTESON Guaymas, GUAYMAS, SONORA



**DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA**  
**ACTIVIDADES DE TRASLADO**

NOMBRE DEL PACIENTE: Romero Gil Antonella

AFILIACION: 1755794 EDAD: 1 AÑO SEXO: Fem

DIAGNOSTICO: Policitemia, Hipertrofia

ORIGEN: Clínica Isssteson Guaymas

DESTINO: Hospital Ignacio Chava Hermosillo

FECHA: 04 / Noviembre / 2023

HORA SALIDA: 14:50 HORA LLEGADA: 18:27

CHOFER: Alfredo Noriega

SE LE BRINDARON LOS SIGUIENTES CUIDADOS:

Tsu y CIE FC: 102 SPOL: 96x TC: 36  
FR: 28

OBSERVACIONES (Regresa paciente a Unidad o se queda internado)

paciente queda internada en Hermosillo

NOMBRE Y FIRMA ENFERMERA (O)

Victor Daniel Velasco Martinez





SOLICITUD DE TRASLADO LOCAL Y FORANEO DE AMBULANCIA HOSPITALIZACION - URGENCIAS CAMILLAS

PÁGINA: 1 HORA: 1:48 pm

4 / Nov / 2023

AFILIACION: 17557911 SEXO: F EDAD: 1 FECHA NACIMIENTO: 09/12/2021 NOMBRE: ROMERO GIL ANTHONELLA DIAGNÓSTICO: (HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO) (TETRALOGIA DE FALLOT) (SINDROME DE DOWN)

SOLICITUD: CITADO POR: HOSPITALIZACION URGENCIAS CAMILLAS

Dr. Iván Cárdenas Avila COORDINADOR MEDICO DGP 9600486 SSA: 10340/16 CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

UNIDAD A LA QUE SE ENVÍA: H. CHAVEZ

JUSTIFICACIÓN:

CITA MEDICA

Dr. Iván Cárdenas Avila COORDINADOR MEDICO DGP 9600486 SSA: 10340/16 CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

X7772 Dra. MARTHA ELENA SAÑUDO SANCHEZ - Médico General CProf. 4701612 RSSA 6730/06 UAS Urgencias, Clínica Hospital ISSSTESON Guaymas, GUAYMAS, SONORA



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

|     |     |     |
|-----|-----|-----|
| DIA | MES | AÑO |
| 04  | 11  | 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>17557911</u> Edad: <u>1 AÑO</u> Organismo: <u>H.AYUNTAMIENTO EMPALME</u>   |
|   | Nombre del Paciente: <u>ROMERO GIL ANTHONELLA</u> Diagnóstico (C.I.E): <u>POLIGLOBULIA,</u><br><u>ROMERO ARMENTA JUAN MANUEL</u> <u>HIPOTIROIDISMO</u><br><u>Requiere acompañante:</u> <input checked="" type="checkbox"/> <u>SI</u> <input type="checkbox"/> <u>NO</u> Motivo: <u>TRASLADO</u> <u>TETRALOGIA DE FALLOT</u><br><u>SINDROME DE DOWN</u> |
| DEL TRASLADO  | Nombre del acompañante: <u>JULISSA GIL LEON</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</u>  |
|   | Atención que se solicita: <u>CARDIOLOGIA PEDIATRICA</u> Fecha de cita: <u>04/11/2023</u>   |
|   | Médico que refiere al paciente: <u>DR. JAIME VALVERDE CHAVEZ</u> Clave: <u>Z7725</u>   |
| Autoriza el traslado: <u>DR. IVAN CARDENAS AVILA COORDINACION MEDICA X77163</u><br><small>(nombre completo, puesto y firma)</small> |  |

**2 DATOS PARA SER LLENADOS POR LA UNIDAD O MEDICO RECEPTOR MEDICO**

|                |   |
|----------------|---|
| 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 \_\_\_\_\_



Referencia

FOLIO: 1748869  
ORDINARIO [X] URGENTE [ ]

|  |  |
|--|--|
| ENVIO A LA ESPECIALIDAD DE :<br><b>CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA</b>    | AFILIACION:17557911<br>NOMBRE: ROMERO GIL ANTHONELLA<br>SEXO : Femenino EDAD : 1 FECHA NACIMIENTO : 09/12/2021         |
| UNIDAD A LA QUE SE ENVIA :<br><b>Afiliados Hermosillo</b>        | ORGANISMO : H. AYUNTAMIENTO  |
| AREA A LA QUE SE ENVIA :<br><b>Consulta Externa Especialista</b> | DIAGNOSTICO(S) DE ENVIO:<br>E039 HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO<br>Q213 TETRALOGIA DE FALLOT<br>Q90X SINDROME DE DOWN |
| UNIDAD QUE ENVIA :<br><b>Clinica Hospital ISSSTESON Guaymas</b>  |  |
| COORDINACION<br>COORDINACION GUAYMAS                             |  |
| FECHA DE LA SOLICITUD <b>03/nov/2023</b>                         |  |

**RESUMEN CLINICO**  
ANTHONELLA DE 1A11M CON DX DE TRISOMIA 21, TETRALOGIA DE FALLOT HACE 10 DIAS SE EGRESO CON DX DE INFLUENZA B ESTUVO HOSPITALIZADA CUMPLIO ESQUEMA DE TRATAMIENTO CON OSELTAMIVIR, HOY CONTROL DE CITA CON LAB CON DEBITO DE POLIGLOBULIA E HIPOTIROIDISMO. SE ENTABLA COMUNICACION TELEFONICA DR ANAYA CARDIO CIRUJANO Y COINCIDIMOS EN PLASMFERESIS Y ENVIO A HOSPITAL CHAVEZ. PADRES ACEPTAN ENVIO. SE INICIA LEVOTIROXINA 70 MCG DIARIOS ( 5.1 MCG/KX/D) MONODOSIS MATUTINA

*Los exámenes son particulares ya que no hay reacto perfil tiroideo*

**MOTIVOS DE ENVIO**

|   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| FALTA DE RESPUESTA FAVORABLE AL TRATAMIENTO             | <input type="checkbox"/>            |
| PRESENCIA DE COMPLICACIONES                             | <input type="checkbox"/>            |
| REQUIERE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICOS ESPECIALES | <input type="checkbox"/>            |
| COMPLEMENTACION DIAGNOSTICA                             | <input type="checkbox"/>            |
| TRATAMIENTO ESPECIALIZADO                               | <input checked="" type="checkbox"/> |
| PROTECCION ANTICONCEPTIVA (METODO ANTICONCEPTIVO)       | <input type="checkbox"/>            |
| MEDICINA INTERNA VALORACION PREOPERATORIA               | <input type="checkbox"/>            |
| OTROS   | <input type="checkbox"/>            |

(FIRMA DE ACEPTACION DEL PACIENTE)

|  |   |
|--|---|
| <b>INCAPACIDAD</b>   | <b>TIPO DE INCAPACIDAD</b>                            |
| No. de FOLIO :                      POR 0                      DIAS                  | ENFERMEDAD GENERAL <input type="checkbox"/>           |
| FECHA DE INICIO: [ / / ]   | RIESGO DE TR <input type="checkbox"/>                 |
| INICIAL [ ] SUBSECUENTE [ ]  | MATERN <input type="checkbox"/>                       |
|  |   |
| MEDICO RESPONSABLE (NOMBRE, CLAVE Y FIRMA)   | MEDICO DIRECTIVO QUE AUTORIZA (NOMBRE, CARGO Y FIRMA) |
| 27725 Dr. JAIME VALVERDE CHAVEZ - PEDIATRÍA  |   |
| C/Prof. 1020328 RSSA 2089-86 UAG - C/Prof. 1020328 RSSA 2089/86 ND                   | COORDINADOR MEDICO                                    |
| CONSULTA EXTERNA ESPECIALISTA, CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS                    | 9860486 SSA: 10340/18                                 |
| BLVD. BENITO JUÁREZ ENTRE RÍO MAYO Y GILBERTO CALLES, COL. LOS RÍOS, GUAYMAS, SONORA | HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS                            |



REFERENCIA - CONTRAREFERENCIA

REFERENCIA:

ORDINARIO

URGENTE

NUMERO DE AFILIACION: 1173519111111

Nombre: ANTHONELLA DOMENE

APELLIDO PATERNO: DOMENE MATERNO: ANTHONELLA NOMBRE: ANTHONELLA

ORGANISMO: H. AGIC ENIPALMY

ENVIO A LA ESPECIALIDAD DE: Ginecología Perinatología

UNIDAD A LA QUE SE ENVIA: HENNOBULO

UNIDAD QUE ENVIA: GUAYMAS COORDINACION

FECHA DE LA SOLICITUD: 3/NOV/2003

DIAGNOSTICO(S) DE ENVIO:

PCGIGIOBUBU - (DEBUTO)

SE DENN

TEMAURIO PALUT

HIPOTONIA MCL REBUTA

FECHA DE CITA PRIMERA VEZ:

RESUMEN CLINICO:

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

Antonella J. M. Se DENN + Penicilina + suor + paracetamol + Hipertermia

Se cura por pb PABO 1005

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: Juissa Gil Leon (ESPECIFIQUE)

4.- COMPLEMENTACION DIAGNOSTICA

JULISSA Gil Leon (FIRMA DE ACEPTACION DEL PACIENTE)

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

TIPO DE INCAPACIDAD:

FECHA DE INICIO:

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|

DIA MES AÑO

ENFERMEDAD GENERAL

RIESGO DE TRABAJO

MATERNIDAD

INICIAL

SUBSECUENTE

MEDICO RESPONSABLE: (NOMBRE, CLAVE Y FIRMA)

A. J. VALVERDE

27725

MEDICO QUE AUTORIZA:

Dr. Ivan Cardenas Avila

COORDINADOR MEDICO

DGP 9660486 SSA: 1034016

CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

277163