

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
ACTIVIDADES DE TRASLADO

NOMBRE DEL PACIENTE:

Fred Sanchez Trnand

AFILIACION:

49090212

EDAD:

16 Años

SEXO:

Marcelino

DIAGNOSTICO:

Fatiga Respira de la Guedes

ORIGEN:

Unidad de Salud de Guaymas, Sonora

DESTINO:

Unidad San José de C.D. Obregon

FECHA:

24 - Abr - 2024

HORA SALIDA:

15:35

HORA LLEGADA:

21:45

CHOFER:

SE LE BRINDARON LOS SIGUIENTES CUIDADOS:

Atención Confines, Apoyo Emocional

OBSERVACIONES (Regresa paciente a Unidad o se queda internado)

Paciente Regresa a San Ciudad

NOMBRE Y FIRMA ENFERMERA(O)



CLINICA SAN JOSE DE
CD. OBREGON, S.A. DE C.V.
R.F.C. OSJ 790405 U97
NO REELECCION ESQ. COM
COAHUILA NO. 109 OTTE.
CD. OBREGON, SONORA





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

24/04/2024 12:28:40p. m

Clínica Hospital ISSSTESON Guaymas
Blvd. Benito Juárez entre Río Mayo y Gilberto Calles, Col. Los Ríos, Guaymas,
HOSPITALIZACIÓN - PEDIATRIA

SOLICITUD DE TRASLADO LOCAL Y FORA

Folio: 16874	Ordinaria	Fecha / Hora: 24/04/2024 00:00	Camra: A1
Afiliación:	4090612	SEXO: M	EDAD: 16
Nombre:	RIZO SANCHEZ	FECHA NACIMIENTO: 19/10/2007	
Domicilio:			
Diagnóstico Actual:	TRASTORNO DEPRESIVO DE LA CONDUCTA		
Organismo:			

TIPO DE DERECHOHABIENTE: HIJOS SOLICITADO POR : CONSULTA HOSPITALIZACION
Fecha: 24/04/2024

UNIDAD A LA QUE SE ENVÍA: HOSPITAL SAN JOSE OBREGON
TRASTORNO DEPRESIVO DE LA CONDUCTA

JUSTIFICACIÓN:
INTERCONSULTA OTORRINOLARINGOLOGIA

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

G77203 PERALTA TSUTSUI CARLOS ALBERTO - GENERAL

Ced. Prof.: 12317059 RSSA: 15469/22 Universidad: UNISON

CLINICA SAN JOSE DR
CD. OBREGON, S.A. DE C.V.
R.F.C. CSJ 760405 US7
MD REELECCION ESC. CON
COAHUILA No. 100 OTE.
CD. OBREGON, SONORA



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

DI	MES	AÑO
24	04	24

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

DEL PACIENTE		DEL TRASLADO	
No. de afiliación:	<u>4090612</u>	Edad:	<u>16 AÑOS</u>
Nombre del Paciente:	<u>RIZO SANCHEZ EMANUEL</u>	Organismo:	<u>GOBIERNO DEL ESTADO</u>
Nombre del trabajador:	<u>RIZO SOSA OMAR</u>	Diagnóstico (C.I.E.):	<u>CONTUSION NASAL</u>
Requiere acompañante:	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Motivo:	<u>TRASLADO</u>
Nombre del acompañante:	<u>RIZO SOSA OMAR</u>	Identificación:	<u>INE</u>
Se refiere a Cd.:	<u>OBREGON SONORA</u>	Transporte:	<u>AMBULANCIA</u>
Unidad Hospitalaria:	<u>CLINICA SAN JOSE</u>	Servicio:	<u>URGENCIAS</u>
Atención que se solicita:	<u>INTERCONSULTA</u>	Fecha de día:	<u>24/04/2024</u>
Médico que refiere al paciente:	<u>DR. ALVAREZ VALENZUELA ISRAEL</u>	Clave:	<u>27726</u>
Autoriza el traslado:	<u>DR. ALDO ALFONSO MARRIQUEZ TRANI - CORDINADOR MEDICO 647183</u>		

2 DATOS PARA SER LLENADOS POR LA UNIDAD O MEDICO QUE ENVIA AL PACIENTE
 (nombre completo, puesto y firma)
DR. ALDO ALFONSO MARRIQUEZ TRANI
 C.O. PROF. TRISTAN S.S.A. 14640/13
 CLINICA HOSPITALANSSSTESON GUAYMAS

DE LA ATENCION			
Se recibió al paciente el día:	_____	Diagnóstico de contrareferencia (CIE):	_____
Se atendió en:	_____	Clave:	_____
Nombre del Médico tratante o responsable del servicio:	_____	Firma:	_____
En caso de Hospitalización:	_____	Fecha de Ingreso:	_____
Se extendió incapacidad laboral:	Folio: _____	Fecha de Egreso:	_____
	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 _____

Sorora: a _____ de _____ del _____



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

24/04/2024 10:01:52a. m

Clinica Hospital ISSSTESON Guaymas

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

HOSPITALIZACION - PEDIATRIA

INTERCONSULTA

Folio: 92215

ORDINARIA

Fecha / Hora: 24/04/2024 10:01 Cama: A1

Afiliación:
Nombre:
Domicilio:
Diagnóstico Actual:
Organismo:

4090612 SEXO: M EDAD: 16 FECHA NACIMIENTO: 19/10/2007
RIZO SANCHEZ EMANUEL
L2 M13 /FAUSTINO FELIX SERNA Y MAR DE CORTEZ CC
TRASTORNO DEPRESIVO DE LA CONDUCTA
GOBIERNO DEL ESTADO

OTORRINOLARINGOLOGÍA

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

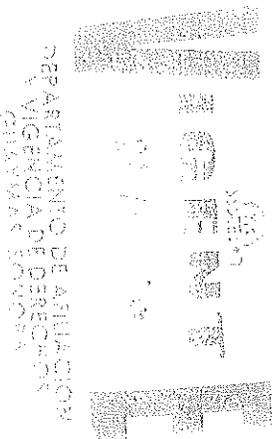
Asesado por el especialista de Tobique y R. Ex. del mismo

Z7726 ALVAREZ VALENZUELA ISRAEL - PEDIATRIA

Ced. Prof.: 841430 RSSA: 1240-85 Universidad: UNAM

ISSSTESON

Dr. Ramón Arturo López Salguero
Coordinador Médico
Clinica Hospital ISSSTESON Guaymas



INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL
 COMISIÓN FEDERAL PARA VOYAR



Nombre:
 RIZA
 SOSA
 DWAR

Domicilio:
 BOULEVARD JUAN PABLO SEPULVEDA
 COL. BARRIO VERDE, CDMX
 06800, MEXICO, D.F.

Cédula de Elector: 10555017427268000

CURP: 19590801RIZAS0001
 RISOZUZZHISRS1001

FECHA DE VOTACIÓN: SECCION: AGENCIA
 27/09/1972 1059 21/09/2012

Orden Liza sosa

INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL
 COMISIÓN FEDERAL PARA VOYAR



Nombre:
 RIZA
 SOSA
 DWAR

Domicilio:
 BOULEVARD JUAN PABLO SEPULVEDA
 COL. BARRIO VERDE, CDMX
 06800, MEXICO, D.F.

Cédula de Elector: 10555017427268000

CURP: 19590801RIZAS0001
 RISOZUZZHISRS1001

FECHA DE VOTACIÓN: SECCION: AGENCIA
 27/09/1972 1059 21/09/2012

Orden Liza sosa