



DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
ACTIVIDADES DE TRASLADO

NOMBRE DEL PACIENTE: Graciela Favon Irene
AFILIACION: 1808703 EDAD: 85a SEXO: Femenino
DIAGNOSTICO: Enfermedad Renal Hipertensiva con IR.
ORIGEN: Guaymas
DESTINO: _____
FECHA: 01 Mayo 2024
HORA SALIDA: 10:16 HORA LLEGADA: 18:00
CHOFER: _____

SE LE BRINDARON LOS SIGUIENTES CUIDADOS:

- Vigilancia continua tanto de signos vitales
- vigilancia y cuidado de cateter.

OBSERVACIONES (Regresa paciente a Unidad o se queda internado)

De haber en el chofer, se debe y debe ser
cateter palidrome, se tiene que cuidar y se
debe regresar a su ciudad de origen.

NOMBRE Y FIRMA ENFERMERA (O)

Jose Maria Arana Aranda





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

01/05/2024 08:37:44 a.m.

Clinica Hospital ISSSTESON Guaymas
Bvd. Benito Juárez entre Río Mayo y Gilberto Calles, Col. Los Ríos, Guaymas,
HOSPITALIZACION - MEDICINA

SOLICITUD DE TRASLADO LOCAL Y FORA

Folio: 16925

Ordinaria

Fecha / Hora: 01/05/2024 00:00 Carrera: 104

Afiliación:

1808703

SEXO: F

EDAD: 85

FECHA NACIMIENTO: 08/02/1939

Nombre:

GRAGEDA GARZON

Domicilio:

Diagnóstico Actual:

INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

Organismo:

TIPO DE DERECHOHABIENTE: TRABAJADOR SOLICITADO POR: CONSULTA HOSPITALIZACION
Fecha: 01/05/2024

UNIDAD A LA QUE SE ENVÍA: CLINICA HOSPITAL ISSSTESON CD OBREGON
INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

JUSTIFICACIÓN:
PTE CON ERC EN HEMODIALISIS SIN CATETER MAHUKAR, SE ENVIA PARA LA COLOCACION DEL MISMO
YA QUE NO CONTAMOS CON NEFROLOGIA.

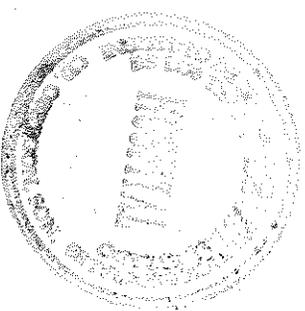
Este documento es de carácter oficial, por lo que su falsificación o mal uso constituye un delito penal y será responsabilidad de quien lo suscriba de acuerdo a las sanciones penales y responsabilidades administrativas de los servidores públicos para el Estado de Sonora.

FIRMA


ISSSTESON
Ivan Cardenas Avila
COORDINADOR MEDICO
6629660486 SSA: 10340/16
CARRERA: 104 HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

X77163 CARDENAS AVILA GENERAL

Ced. Prof.: 9660486 RSSA: 10340/16 Universidad: ND





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

COORDINACION MEDICA: GUAYMAS/EMPALME

DIA	MES	AÑO
01	05	24

PAGO DE AYUDA PARA TRASLADO DE PACIENTES
1 DATOS PARA SER LLENADOS POR LA UNIDAD EMISORA

DEL PACIENTE	
No. de afiliación: <u>1808703</u>	Edad: <u>85</u>
Nombre del Paciente: <u>GRAGEDA GARZON IRENE</u>	Organismo: <u>MAGISTERIO</u>
Nombre del trabajador: <u>MISMA</u>	Diagnostico (C.I.E.): <u>ENFERMEDAD RENAL HIPERTENSIVA, CON INSUFICIENCIA RENAL</u>
Requiere acompañante: <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Motivo: <u>TRASLADO</u>
Nombre del acompañante: <u>JULIETA GRAGEDA GARZON</u>	Identificación: <u>INE</u>
Se refiere a Cd.: <u>OBREGON, SONORA</u>	Transporte: <u>AMBULANCIA</u>
Unidad Hospitalaria: <u>LOPEZ MATEOS</u>	Servicio: <u>URGENCIAS</u>
Atención que se solicita: <u>INTERCONSULTA NEUROLOGIA</u>	Fecha de cita: <u>01/05/2024</u>
Médico que refiere al paciente: <u>DRA. NORMA ROMERO VENTURA</u>	Clave: <u>E09358</u>
Autoriza el traslado: <u>DR. IVAN CARDENAS AVILA COORDINADOR MEDICO TURNO J.A. X7711</u>	

(nombre completo, puesto y firma)

2 DATOS PARA SER LLENADOS POR LA UNIDAD O MEDICO RECEPTOR
 Diagnostico de contrarreferencia (C.I.E.): _____
 Firma: _____
 Fecha de ingreso: _____ Fecha de Egreso: _____
 Por: _____ días, del día: _____ al día: _____



DE LA ATENCION	
Se recibió al paciente el día: _____	Diagnostico de contrarreferencia (C.I.E.): _____
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 _____	Nombre _____
Firma _____	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: 1:19 pm

FOLIO : 1852208

Abt 29 2024 1:19PM

AFILIACION: 1808703 SEXO: F EDAD: 85 FECHA NACIMIENTO: 08/02/1939
NOMBRE: GRAGEDA GARZON IRENE
DIAGNÓSTICO: (ENFERMEDAD RENAL HIPERTENSIVA CON INSUFICIENCIA RENAL)

SOLICITUD: URGENTE

INTERCONSULTA AL SERVICIO DE :
NEFROLOGIA

RESUMEN

SE ENVA PACIENTE YA CONOCIDA CON ERC EM HD QUE EL DIA DE HOY SE RETIRO EL MAHURKAR IZQUIERDO SIN SANGRADO ACTICO Y SIN DATOS DE URGENCIA DIALITICA.



E09358 Dra. NORMA BERENICE ROMERO VENTURA - MEDICINA INTERNA

CProf. 09270798 RSSA 10015/15 UNISON - CProf. 12201875 RSSA 249/21

Consulta Externa Especialista, Clinica Hospital ISSSTESON Guaymas, GUAYMAS, SONORA

Abt 29 2024 1:19PM



REFERENCIA - CONTRAREFERENCIA

REFERENCIA

ORDINARIO

URGENTE

NUMERO DE AFILIACION
11808703111

APELLIDO PATERNO

Georgey Garzon Irene

MATERNO

NOMBRE

DIAGNOSTICO (S) DE ENVIO

Enfermedad renal

Hipertensiva con IPE

cateter para retirar refiro

FECHA DE CITAPRIMERA VEZ:

____/____/____
DIA MES AÑO

ENVIOS A ESPECIALIDAD DE
Nefrologia

UNIDAD A LA QUE SE ENVIA

Hermosillo

UNIDAD QUE ENVIA

Guaymas

COORDINACION

FECHA DE LA SOLICITUD

29/01/24
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.

Paciente femenina de 65 años de edad. Retirada de IPE en Hermosillo, el día de hoy se retiró el cateter para retirar izquierda anastomosis de bypass de urgencia quirúrgica. Se envía para valoración y tratamiento especializado en cateteres con nefrología oracional.

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 ANTI CONCEPTIVA METODO ANTI CONCEPTIVO

7.- OTROS

(ESPECIFIQUE)

(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

E

MEDICO RESPONSABLE (NOMBRE, CLAVE, FIRMA)

DR. RONATO VERA VERA ROSA

E 09358

MEDICO DE ASESORIA Y COORDINACION (NOMBRE, CLAVE, CARGO Y FIRMA)

DR. GONZALEZ GUAYMAS

X22103