

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

H. NOGALES, SONORA 25 DE MARZO DEL 2021

DIRECCIÓN MÉDICA

CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON DE NOGALES

DR. GABRIEL OCTAVIO MONTOYA ROBINSON

SUBDIRECTOR MEDICO

PRESENTE:

Por medio de la presente le comunico que fui comisionado por necesidad del servicio para el traslado de la paciente, **FRANCISCO EDUARDO ANDRADE MORENO** Con número de afiliación **6319301**. Por requerir traslado de la ciudad de Hermosillo, Sonora a Nogales.

Agradezco como siempre su apoyo. Sin más por el momento quedo de usted.

ATENTAMENTE

C. SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ

CHOFER

25 DE MARZO DEL 2021



Centro Médico Dr. Ignacio Chávez

Juárez y Aguascalientes SN, Col. Modelo, Hermosillo, Sonora

24/03/2021 02:29:24 p.m.

HOSPITALIZACION

NOTA DE EVOLUCION

Paciente: 6139301 SEXO: M EDAD: 56 FECHA NACIMIENTO: 13/10/1964 Cama: 193

Nombre: ANDRADE MORENO FRANCISCO EDUARDO

Nota: 23

Diagnóstico de Ingreso:

Actual: CIRROSIS HEPATICA ALCOHOLICA

Fecha / Hora 24/03/2021 14:12

Med Interna

Masculino de 56 años de edad, 10 días EIH

Diagnósticos: cirrosis hepática, SX hepatorenal. Trombocitopenia y anemia secundarias., Ascitis refractaria

TA 85/50, FC 70xmin FR 20xmin Tempo 36°C. Dxtx 70mg

EF: despierto desorientado, refiere familiar no durmió noche anterior

Ingesta mínima. Tendencia a hipoglicemia.

Pulmonar hipoaireación de bases, sat O2 94% con oxígeno nasal que se deja de forma ocasional.

Hemodinámico, sin aminas, se suspende BB.

El abdomen nuevamente con incremento de ascitis, antier última paracentesis de 4000 y reposición de albumina. BT 5.4, BD 4.8

Se instaló sonda vesical hace 3 días, anurico a pesar de dosis altas de diurético.. Urea 308, creatinina 6.6. Na 126, K 4.5.

Sin sangrado activo, trombocitopenia persistente actual 14000, Hb 6.6, leucocitos normales.

No fiebre Atrofia muscular generalizada.

Paciente grave y sin alternativa terapéutica por complicaciones irreversibles atribuibles a daño grave de la función hepática por etilismo crónico.

Familiares enterados de gravedad y mal pronostico a corto plazo.

Solicitan se traslade a su unidad medica de origen por beneficio familiar.

se puede trasladar en ambulancia. (entrego solicitud)

dejo indicación de transfusión de un paquete globular al disponerse.

Se mantiene medidas antimonio y aporte mínimo de soluciones parenterales.

PRONOSTICO: Malo para la vida y la función

FIRMA

[Handwritten signature in a box]

z0541 REYES ROSALES CONRADO - MEDICINA INTERNA

Ced. Prof.: 327285 RSSA: 78/05 Universidad: UNAM



AVISO DE COMISION

24	03	2021
----	----	------

C. SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ AFILIACION 13806101 AREA DE ADSCRIPCION: DIRECCIÓN
 UBICACIÓN. CLINICA HOSPITAL NOGALES PUESTO CHOFER NIVEL 3I
 ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: HERMOSILLO, SONORA.
 DURANTE 1 DIA, DEL 25 MARZO AL 25 MARZO DEL 2021

LOCALIDAD	DIAS	MOTIVO DE LA COMISION	TARIFA
HERMOSILLO SONORA	1	COMISION DE TRASLADO DEL PACIENTE FRANCISCO EDUARDO ANDRADE MORENO AFIL 6139301 HOSPITALIZADO EN HOSPITAL IGNACIO CHAVEZ LA CUAL SERA TRASLADADO DE HOSPITAL A HOSPITAL	700.00

EN VEHICULO ___ DIA Y HORA DE RECEPCIÓN _____

EL VEHICULO LO CONDUCE C. SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ. AUTOBUS

CON LICENCIA No CON VENCIMIENTO **J.- SOLICITUD DE VIATICOS:**

ANTICIPADOS DENEGADOS COMPROBABLES NO COMPROBABLES

CUOTA DIARIA \$700.00 DIAS 1 IMPORTE VIATICOS \$700.00

CUOTA DIARIA GASTOS DE CAMINO ___ DIAS _____ IMPORTE VIATICOS

II.- SOLICITUD DE GASTOS A COMPROBAR:

A. SOLICITUD DE GASOLINA:

_____/_____=_____X \$ = \$ _____

KILOMETRAJE A RECORER RENDIMIENTO DEL VEHICULO LITROS A CONSUMIR COSTO

B. SOLICITUD DE CASSETAS:

No. DE CASSETAS: ___ X COSTO UNITARIO \$ _____

No. DE CASSETAS: ___ X COSTO UNITARIO \$ _____ IMPORTE TOTAL \$ _____

C. PASAJES:

TERRESTRES: HERMOSILLO _____ HERMOSILLO IMPORTE TOTAL \$ _____

AREAS: ITINERARIO _____

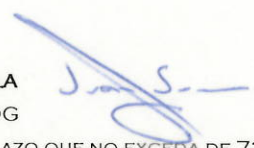
FECHA DE SALIDA _____ FECHA REGRESO _____

IMPORTE TOTAL GASTOS A COMPROBAR: \$ _____

RECIBI LA CANTIDAD TOTAL DE: \$700.00 (SON: SETESCINETOS PESOS 00/100 M N)

CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: 1306DK0137503

DR. RAMON RODRIGUEZ ESTRELLA
 DIRECTOR CLINICA HOSPITAL NOG



AL TÉRMINO DE MI COMISIÓN, DEBERÉ PRESENTAR UN INFORME DE LA MISMA EN UN PLAZO QUE NO EXCEDA DE 72 HORAS.
 EN CASO DE HABER RECIBIDO RECURSOS SUJETOS A COMPROBACIÓN, ME COMPROMETO A PRESENTAR LA MISMA DENTRO DEL PLAZO MENCIONADO.

ACEPTO LA RESPONSABILIDAD CONTRAÍDA EN CASO DE INCUMPLIMIENTO; AUTORIZANDO SE ME EFECTÚE EL DESCUENTO CORRESPONDIENTE MEDIANTE NÓMINA.

A T E N T A M E N T E

C. SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ

FIRMA DE CONFORMIDAD



ELABORO: ARAQ