



DEPENDENCIA:

RASTRO MUNICIPAL

FECHA:

07-ene-19

OFICIO DE COMISION

NOMBRE(S)

C. YOLANDA ANGELES MONTES

ADSCRIPCION:

RASTRO MUNICIPAL

PUESTO:

AUX. CONTABLE

MOTIVO DE LA COMISION:

ASISTIR A ESTUDIOS MEDICOS AL CENTRO DE ESPECIALIDAD AL HOSPITAL SIGLO XXI DEL IMSS

ORIGEN DEL ENCARGO O COMISION

PAIS ESTADO CIUDAD

MEX HGO TULA

DESTINO DEL ENCARGO O COMISION

PAIS ESTADO CIUDAD

MEX HGO MEXICO

FECHA DE SALIDA:

06-ene.-19

FECHA DE REGRESO:

07-ene-19

TIPO DE VIATICOS:

ANTICIPADOS:

DEVENGADOS:

VEHICULO OFICIAL AUTORIZADO

NO. ECO.

COMBUSTIBLE:

MAGNA

LITROS:

PLACAS:

COMISIONADO

C. YOLANDA ANGELES MONTES

AUTORIZADO

DRA. ANAEL CRUZ CRUZ
DIR. DE SALUD

SALUD MUNICIPAL

CONSTANCIA DE ASISTENCIA

RASTRO MUNICIPAL

SELLO(S) DE LAS DEPENDENCIA VISITADAS

INFORME DE LA COMISION, DONDE SENALEN LAS ACTIVIDADES REALIZADAS, LOS RESULTADOS OBTENIDOS, LAS CONTRIBUCIONES A LA INSTITUCION Y LAS CONCLUSIONES:

ASISTIR A ESTUDIOS MEDICOS POR DESPRENDIMIENTO DE RETINA.

7 - ENERO - 2019

7:30 A.M.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

CHIAPAS
GUERRERO
MORELOS
QUERETARO
3 SUROESTE DEL DF
4 SUROESTE DEL DF

DIRECCIÓN REGIONAL SIGLO XXI
DELEGACION N° 03 SUROESTE DEL D.F.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES C.M.N. SIGLO XXI
"DR. BERNARDO SEPULVEDA G"
DIVISION DE OFTALMOLOGIA
DEPARTAMENTO DE FOTO-OFTALMOLOGIA

FECHA: 07/11/18

NOMBRE: Yolanda Arellano Lopez

N° DE AFILIACION: 8984642882

EDAD: 54

SEXO: Fem.

ESTUDIO SOLICITADO (MARQUE UNA X)

FOTOGRAFÍA DEN FONDO DE OJO (X)

FOTOGRAFÍA DE CARA ()

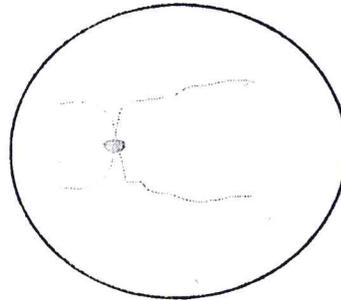
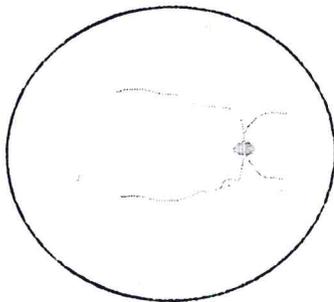
FOTOGRAFÍA DE SEGMENTO ANTERIOR (X)

FLUORESCENOGRFÍA (X)

DIAGNÓSTICO: Desprend. retina (EPR)

ÁREA DE FOTOGRAFÍA (PRECISAR): POLO POSTERIOR, ECUADOR Y RETINA PERIFÉRICA

ESQUEMA DE AREA A FOTOGRAFIAR



ANTECEDENTES DE HIPERSENSIBILIDAD A MEDICAMENTOS

ANTECEDENTES DE ALERGIA A MEDICAMENTOS: a diclofenac

NIEGA

POSIBILIDAD DE ALERGIA A ESTUDIO CON FLUORESCENA: SI () NO ()

ESTOY ENTERADO(A) QUE PUEDE EXISTIR REACCIÓN DE HIPERSENSIBILIDAD A LA FLUORESCENA (4 EN 10000) Y CONFORME EN QUE SE ME PRACTIQUE EL ESTUDIO

FIRMA DEL PACIENTE

RESIDENTE QUE ELABORA

MEDICO DE BASE QUE AUTORIZA



C.M.N SIGLO XXI OFTALMOLOGIA
SOLICITUD PARA TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA (OCT)

NOMBRE DEL PACIENTE:

Delinda Angeles Robles

FECHA DE SOLICITUD

07/11/18

NSS:

8984642882

INDIQUE (X) TIPO DE ESTUDIO A REALIZAR:

- MACULAR CUBE 512X128
- MACULAR CUBE 200X200
- HD 5 LINE RASTER
- HD 15 LINE RASTER (ESPECIFIQUE ÁREA)
- HD 25 LINE RASTER (ESPECIFIQUE ÁREA)
- OPTIC DISC CUBE 200X200
- ANTERIOR SEGMENT 5 LINE RASTER
- ANTERIOR SEGMENT CUBE 512X128
- GANGLION CELL OU ANALYSIS

OD

OI

AO

ESPECIFIQUE ÁREA A ESCANEAR (HD 5-25 LINE RASTER) EN UN ESQUEMA SI ES NECESARIO

Macular

*7- Enero - 2019
9:00 a.m*

MEDICO TRATANTE: