



DEPENDENCIA:

SALUD MUNICIPAL

FECHA: 22-mar-19

TM/CI/VT/01

OFICIO DE COMISION

| | | | | | |
|---|--------|--------|--------------------------------|--------|--------|
| NOMBRE(S) | | | MARIA ROSA GONZALEZ ZAMUDIO | | |
| ADSCRIPCION: | | | EDUCACION Y CULTURA | | |
| PUESTO: | | | RESPONSABLE DE CASA DE CULTURA | | |
| MOTIVO DEL COMISION: | | | | | |
| ASISTIR A CONSULTA EN EL HOSPITAL JUAREZ EN LA CIUDAD DE MEXICO | | | | | |
| ORIGEN DEL ENCARGO O COMISION | | | DESTINO DEL ENCARGO O COMISION | | |
| PAIS | ESTADO | CIUDAD | PAIS | ESTADO | CIUDAD |
| MEX | HGO | TULA | MEX | HGO | MEXICO |
| FECHA DE SALIDA: | | | FECHA DE REGRESO: | | |
| 22-mar.-19 | | | 22-mar-19 | | |
| TIPO DE VIATICOS: | | | DEVENGADOS: | | |
| ANTICIPADOS: | | | | | |
| VEHICULO OFICIAL AUTORIZADO: | | | NO. ECO. | | |
| | | | | | |
| COMBUSTIBLE: | | | LITROS: | | |
| MAGNA | | | PLACAS: | | |

COMISIONADO

MARIA ROSA GONZALEZ ZAMUDIO
RESPONSABLE DE CASA DE CULTURA



AUTORIZADO:

DRA. ANAEL CRUZ CRUZ
DIRECTORA SALUD MUNICIPAL

SALUD MUNICIPAL
CONSTANCIA DE ASISTENCIA

SELLO(S) DE LAS DEPENDENCIA VISITADAS

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

Acudí a la cd. de México a consulta al Hospital Juárez con mi menor hijo.

CONSULTA CON PEDIATRIA

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
ALERGI A E INMUNOLOGÍA
SOLICITUD DE SERVICIOS

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



MÉXICO D. F., A 22 DE 07 DE 2019

NOMBRE DEL PACIENTE: González Zamudio José Rodolfo GÉNERO: F M

APELLIDO: PATERNO MATERNO NOMBRE (S)

FECHA DE NACIMIENTO: 3/12/09 EDAD: 9 N° DE EXPEDIENTE: 1075782 N° DE CAMA: _____

SERVICIO DE PROCEDENCIA: Alergia MÉDICO RESPONSABLE: Dr. Mario A. Bermejo Guev

DIAGNÓSTICO: RA Inmunología y Alerg
Céd. Prof

CLAVE

- 0102 UNA VACUNA
- 0102 DOS VACUNAS
- 0102 TRES VACUNAS
- 0103 PRECIPITINAS
- 0106 PRUEBAS CUTÁNEAS DE LECTURA INMEDIATA C/INSECTOS
- 0107 PRUEBAS CUTÁNEAS DE LECTURA INMEDIATA C/AEROALERGENOS
- 0107 PRUEBAS CUTÁNEAS DE LECTURA INMEDIATA C/ALIMENTOS
- 0107 PRUEBAS DE RETO A UN MEDICAMENTO
- 0109 PRUEBA SUERO AUTÓLOGO
- 0110 CD3 - CD 4 - CD 8 / NKB
- 0110 CITOCINAS

CLAVE

- 0110 DOSIFICACION DE ig E ESPECIFICA CON AEROALERGENOS
- 0110 DOSIFICACION DE ig E ESPECIFICA CON /ALIMENTOS
- 0110 PRUEBAS CUTANEAS DE LECTURA TARDIA (INMUNIDAD CELULAR IN VIVO)
- 0112 HELICOBACTER
- 1500 EXAMEN DIRECTO
- 1501 TINCION
- 1503 CULTIVO DE HONGOS
- 0110 OTROS

ESPECIFIQUE _____

MARQUE CON UNA X EL ESTUDIO SOLICITADO

| |
|---|
| |
| CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE /FAMILIAR RESPONSABLE (NOMBRE Y FIRMA) |

| |
|--|
| Dr. Mario A. Bermejo Guev Inmunología y Alerg |
| NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO (SELLO) |

perro }
Derm. pteron } 1:100,000 0.8
Lolium }

0.1 → 0.5 CP

Dr. Mario A. Berjón Guevará
Inmunología y Alergia
Cén. Prof. 1947105

HOSPITAL JUÁREZ DE MEXICO SMD-SSA
LAB. DE INMUNOLOGÍA Y ALERGIA
Y MICROLOGÍA MÉDICA



22 MAR 2019

LAB-2 DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN