



DEPENDENCIA: **SALUD MUNICIPAL**

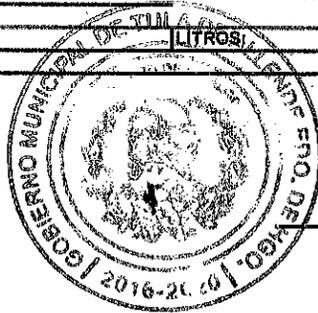
FECHA: **16-ago-19**

**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: <b>ASISTIR A CONSULTA EN EL HOSPITAL JUAREZ EN LA CIUDAD DE MEXICO</b>					
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: <b>16-ago-19</b>			FECHA DE REGRESO: <b>16-ago-19</b>		
TIPO DE VIATICOS: <b>ANTICIPADOS:</b>			DEVENGADOS:		
VEHICULO OFICIAL AUTORIZADO			NO. ECO.		
COMBUSTIBLE: <b>MAGNA</b>		LITROS:		PLACAS:	

COMISIONADO:  
  
MARIA ROSA GONZALEZ ZAMUDIO  
RESPONSABLE DE CASA DE CULTURA



AUTORIZADO:  
  
DRA. ANAEL CRUZ CRUZ  
DIRECTORA SALUD MUNICIPAL

**SALUD MUNICIPAL**

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:

Asistí 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 16 DE 08 DE 2019.

NOMBRE DEL PACIENTE: Gonzalez, Zamudio José Rodolfo GÉNERO: F  M

APELLIDO: Gonzalez PATERNO Zamudio MATERNO José Rodolfo NOMBRE (S)

FECHA DE NACIMIENTO: 3/12/09 EDAD: 9 N° DE EXPEDIENTE: 1075787 N° DE CAMA: \_\_\_\_\_

SERVICIO DE PROCEDENCIA: Alergia MÉDICO RESPONSABLE: Dr. Mario A. Betanzo Guevar  
Inmunología y Alergi  
Céd. Prof. 1947195

DIAGNÓSTICO: RA

- 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. Betanzo Guevar  
Inmunología y Alergi  
NOMBRE, FIRMA Y SELLO PROFESIONAL DEL MEDICO  
(SELLO)