



DEPENDENCIA: **SALUD MUNICIPAL**

FECHA: **16-ago-19**

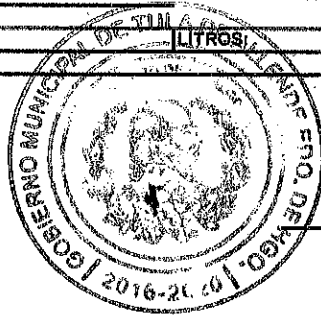
TM/CI/VT/01

OFICIO DE COMISION

NOMBRE(S)			MARIA ROSA GONZALEZ ZAMUDIO		
ADSCRIPCION:			EDUCACION Y CULTURA		
PUESTO:			RESPONSABLE DE CASA DE CULTURA		
MOTIVO DEL COMISION: 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: 16-ago-19			FECHA DE REGRESO: 16-ago-19		
TIPO DE VIATICOS: ANTICIPADOS:			DEVENGADOS:		
VEHICULO OFICIAL AUTORIZADO			NO. ECO.		
COMBUSTIBLE: MAGNA			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 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. Betanzo Guevar
 DIAGNÓSTICO: RA Inmunología y Alergi
Céd. Prof. 1947195

- 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)