



ISSSTE

INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

Dirección Normativa de Salud

Folio No.

Fecha y hora

Día Mes Año 04/2018 08:30

SOLICITUD DE INTERCONSULTA

Unidad Médica Emisora: **C.M.F. SATELITE NAUCALPAN** Clave: **015-207-00**

Motivos de la referencia: **ADENOCARCINOMA METASTASICO DE HIGADO CONCORDANTE CON PRIMARIO I**

Nombre del Paciente: **HERNANDEZ VALENCIA MARIA GUADALUPE**

Masc. Fem.

Sexo: Edad: **50** años Expediente: **HEV6-6708.10/2** Teléfono: **5522544196 / / 5513631865**

Unidad Médica Receptora: **HRAEBI_TULTITLAN** Clave: **042-203-00**

Consulta Externa Espec.: Hospitalización: Estudios auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento: Rehabilitación Física: No. Traslados en el año:

CITA: Fecha y hora
Día Mes Año Hr. Min.

Tipo de traslado
Primera vez Subsecuente

Servicio: **ONCOLOGÍA**

05/04/24 08:30 PESO: 57 kg TALLA: 1.5 m F.C. 85 x' F.R. 24 x' T/A: 110/70 mmHg TEMP: 36.8 ° OXIM: 94 %

FEMENINA DE 56 AÑOS, JUBILADA

Acude a seguimiento de **ADENOCARCINOMA METASTASICO CONCORDANTE CON PRIMARIO DE PULMON**, hoy con resultado de **PATOLOGIA**, con lo que con **laboratorios recientes de decide envío para ATENCIÓN, VALORACION Y TRATAMIENTO OPORTUNO**

Actualmente con cefalea intensa, dolor de hemicuerpo derecho, agudizado en hipocondrio derecho, dolor urente de espalda

EF: activa, reactiva, hidratada, de edad aparente similar a la cronológica, cráneo con adecuada implantación de cabello, cavidad oral hidratada, tórax normofmeo; cardiaco rítmico; adecuado tono e intensidad; Pulmonar con adecuada mecánica ventilatoria; sin fenómenos agregados; abdomen con peristalsis normoactiva; doloroso a la palpación en hipocondrio derecho (zona de biopsia), con irradiación a espalda alta, uretrales y Giordano

negados, extremidades sin edema, adecuad llenado capilar

TDX: **ADENOCARCINOMA METASTASICO DE HIGADO CONCORDANTE CON PRIMARIO DE PULMON**

Licencia Médica otorgada Desde: Día Mes Año Hasta: Día Mes Año Referencia por: Probable Riesgo de Trabajo Riesgo de Trabajo

Médico Tratante

DRA. VARGAS AGUILAR BEATRIZ ALEJANDRA

Clave **004** Nombre, Clave y Firma **Cedula 7685107**

Vo.Bo. Jefe Inmediato

DRA. VICTORIA ALEJANDRA ROMERO ANDRIANO

Clave **003** Nombre, Clave y Firma **Cedula 7685107** Médica

Sello de la Unidad Médica Emisora

Datos de la Autorización (Para ser llenado exclusivamente por Director de la unidad)

Director o responsable de la Unidad Médica Emisora

DR. ALFREDO HERNANDEZ MENESES
Clave **001** Nombre, Clave y Firma **Cedula 5597125**

Paciente y/o Familiar

Maria Guadalupe Hernandez Valencia
Nombre y Firma

TODO PACIENTE DERECHOAHABIENTE REFERIDO, DEBERÁ PRESENTAR TALÓN DE PAGO

