



# MUNICIPIO DE ELOTA

## TESORERIA MUNICIPAL

21498

ENTREGAMOS A: GRICELDA ASTORGA CRUZ

LA CANTIDAD DE: \$ 5,000.00 SON: ( CINCO MIL PESOS 00/100 M.N. )

POR CONCEPTO: APOYO ECONOMICO QUE HACE ESTE H. AYUNTAMIENTO DE ELOTA A LA C. GRICELDA  
ASTORGA CRUZ, PARA SOLVENTAR GASTOS DE CIRUGIA DE RINOPLASTIA PARA SU HIJO JESUS  
ISMAEL YURIAR ASTORGA, PERSONA DE BAJOS RECURSOS ECONOMICOS VECINA DE LA CRUZ  
ELOTA, SINALOA.

LA CRUZ, ELOTA, SIN. 30 DE JUNIO

RECIBI  
LA CRUZ, ELOTA, SIN.  
30 JUN 2023

RECIBÍ  
Gricelda Astorga C.  
C. GRICELDA ASTORGA CRUZ

La Cruz, Elota, Sinaloa, 16 de Junio del 2023

ANA KAREN VAL MEDINA  
Presidenta Municipal de Elota  
P r e s e n t e.-

Por medio de la presente y de la manera más atenta me dirijo a usted para solicitarle apoyo económico para mi hijo Jesús Ismael Yuriar Astorga para una cirugía de Rinoplastia ya que tiene labio leporino y estamos en proceso de cirugías para rehabilitar su nariz, somos familia de escasos recursos es por eso que acudo a esta dependencia que usted preside.

Sin más por el momento me despido esperando una respuesta favorable. Reciba un cordial saludo.

Atentamente:

Griceida Astorga C.  
C.GRICELDA ASTORGA CRUZ

Autorizo: \$ 5,000.-  
Ana Karen Val





**Mega  
Plastic  
Surgery**

CLINICA DE CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA



**Hospital Angeles  
CULIACAN**

**SOLICITUD Y AUTORIZACION PARA INTERVENCIONES QUIRURGICAS  
TRATAMIENTOS MEDICOS Y/O PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS**

Para dar cumplimiento a las disposiciones vigentes, marcadas por la **Ley General De Salud**, y los artículos 80, 81, 82 y 83 , y demás correlativos del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención medica.

Solicito y Autorizo al Dr. Emilio Álvaro Gastelum Bon y Asociados, realicen el

Procedimiento: RINOPLASTIA

a: JEJUS ISMAEL YURIAK ASTORGA

Además practique y ordene curaciones, procedimientos diagnósticos, tratamientos médicos y/o intervenciones quirúrgicas requiera derivados de su estado actual de salud. Asimismo, se autoriza al Dr. EMILIO ALVARO GASTELUM BON para que solicite interconsultas, colaboración de otros médicos para la atención de su procedimiento, o de cualquier consecuencia del mismo, aceptando desde ahora, todos y cada uno de los riesgos implícitos a cuanto examen, reconocimiento , curación, procedimiento, diagnostico, tratamiento medico o intervención quirúrgica a los que acepta ser sometido.

La operación se me ha explicado en detalle. Además se me han explicado métodos de tratamientos alternos (si los hubiese), al igual que las ventajas y desventajas de cada uno se me han advertido que, aunque se espera tener excelentes resultados, complicaciones y contratiempos no pueden ser previstas y por lo tanto: **no existe garantía expresa o implícita en cuanto a mi satisfacción o resultado de cirugía o curación.** El medico me ha explicado cuales son las complicaciones o problemas mas comunes que pueden surgir, tanto en la cirugía como en el periodo de recuperación, las cuales entiendo perfectamente.

El doctor también ha ofrecido explicarme otros problemas y complicaciones que raramente pueden surgir y yo:

( ) Requiero Explicación

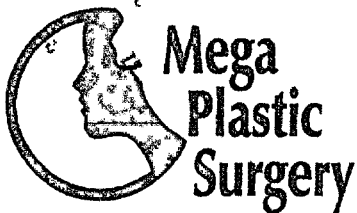
( ) NO Requiero mas explicación

Pro medio de este documento también solicito y autorizo al doctor y sus asistentes asociados que me suministren los servicios adicionales que consideren necesarios, inclusive, pero no limitado a, sustancias anestésicas, foto o radiografías, análisis de laboratorio, etc.

Firmo este documento de mi propia voluntad en señal de solicitud, aceptación y consentimiento informado.

Fecha: 21 Junio 2023 Hora: 12:00 Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

Familiar o Representante: \_\_\_\_\_ Firma testigo: \_\_\_\_\_ Padre o Tutor



**Mega  
Plastic  
Surgery**

CLINICA DE CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA



## Orden de Internamiento

Esta previsto que su cirugía será el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, a las 9:00 hrs.

Al llegar la recibirán **Sandra y Alicia**, las enfermeras que estarán con Ud. durante el proceso quirúrgico y posteriormente la cuidarán.

Le colocarán un "suero" por donde el Anestesiólogo aplicará los medicamentos necesarios para su cuidado, ya en quirófano se le colocarán diferentes monitores para vigilar su Frecuencia Cardíaca, Pulso y Oxigenación, entre otros. Al terminar la cirugía la pasaremos a su cuarto de recuperación hasta que se encuentre en condiciones de regresar a casa, cuando pasen los mareos y pueda caminar.

Para su mejor recuperación le pedimos:

- 1.-Preséntese **20 minutos antes** de la hora señalada.
- 2.-Mantener el ayuno estricto, no tomar ni agua antes de la cirugía.
- 3.-Puede cenar lo que guste hasta las 10 de la noche.
- 4.-Asee su boca y dientes antes de salir de casa.
- 5.-Recoja su pelo con trenzas o cola de caballo.
- 6.-Despinte sus uñas y no use cremas este día.
- 7.-No use maquillaje.
- 8.-Deje sus joyas en casa, ahí estarán mejor guardadas.
- 9.-Use ropa interior de algodón, preferentemente.
- 10.-NO FUME ni tome ASPIRINA o VITAMINA E 10 días antes de su cirugía.
- 11.-Si toma algún tipo de medicamentos, recuérdenoslo.
- 12.-Traiga ropa cómoda, con abertura completa por el frente.
- 13.-Que la visiten SIN NIÑOS, para que pueda recuperarse cómodamente.
- 14.-Cualquier duda, anótela al reverso de la hoja o llámenos. Tel: 791-56-67.

**DR. EMILIO GASTELUM BON**  
CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA  
U.A.G. U.N.A.M

Q.F.B. María Della Barraza Sámano céd. Prof. 466247 REG. S.S.A 8427

PACIENTE: \_\_\_\_\_  
MÉDICO: \_\_\_\_\_  
DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_  
FECHA:      DÍA      MES      AÑO      EDAD:      SEXO:

**FAVOR DE EFECTUAR LOS SIGUIENTES ESTUDIOS**

**JESUS ISMAEL YURIAR ASTORGA**

**PRE OPERATORIOS**

**BH, QS, P de Coag, Gpo Sang**



0001386

EMILIO GASTELUM BON

**E. Gastelum Bon**

**ATENTAMENTE**

P-RC-01-F-07a V2

**SERVICIOS A DOMICILIO**  
Previa cita.

Tomada de rayos X      Toma de muestras      Servicio de enfermería

Resultados por internet

[www.dbi laboratorios.com](http://www.dbi laboratorios.com)

**CLINICA DE REHABILITACION Y ESPECIALIDADES**

Blvd. Madero y Xicoténcatl

Favor de Internar a Paciente: JESUS ISMAEL YURIAR ASTORGA

QX Programada: RINOPLASTIA

1. Canalizar vena con PUNZO 18, Solucion Hartmann 1 Lt pp/6 hrs
2. Omeprazol 40 mg IV DU y PRIMPERAM 10 mgrs DU
3. Keflin 1 gr IV lento DU, si no es alérgica
4. Revisar exámenes de Laboratorio

Atentamente

*Dr. E. Gastelum Bon*

La Cruz, Elota, Sinaloa, 05 de Julio del 2023

**ANA KAREN VAL MEDINA**  
Presidenta Municipal de Elota  
Presente.-

Por medio de la presente y de la manera más atenta me dirijo a usted para solicitarle apoyo económico para realizar estudios clínicos me voy a someter a una operación, somos familia de escasos recursos es por eso que acudo a esta dependencia que usted preside.

Sin más por el momento me despido esperando una respuesta favorable. Reciba un cordial saludo.

**Atentamente:**

Veronica Jimenez Sanchez  
**C. JIMENEZ SANCHEZ VERONICA**

Autorizo: \$3,000.<sup>00</sup>  
por su cuenta



UNIVERSIDAD  
AUTÓNOMA  
DE SINALOA

CENTRO DE  
INVESTIGACIÓN  
Y DOCENCIA  
EN CIENCIAS  
DE LA SALUD



vienes a la UAS

3621121

Jiravez Smeber Aron

Ursula Pelaez

Dr. Jiravez

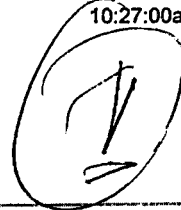




# CENTRO DE INVESTIGACION Y DOCENCIA EN CIENCIAS DE LA SALUD

Eustaquio Buelna No.91 Col.Gabriel Leyva C.P.80030 Culiacán, Sinaloa.  
Tels.(667) 7132606, (667) 7137978. RFC: UAS651204MZ9

03/07/2023  
10:27:00a. m.



## SOLICITUD DE IMAGENOLÓGIA

**Nombre:** JIMENEZ SANCHEZ VERONICA

**Fecha de la solicitud:** 03/07/2023 09:28:31a. m.

**Expediente:** Sin expediente

**Fecha de Nacimiento:** 03/febrero/1978

**Género:** Femenino

**Edad:** 45 años

**Área:** N/A

**Atención a:** Paciente de consulta clínica

**Personal solicitante:** TRAPERO CORONA IRAK MIJAIL

# \*1081992\*

**Diagnóstico:**

Leiomioma del útero, sin otra especificación

**ELECTROS**

**Descripción**

**Urgente** **Equipo portátil** **Requiere valoración**

ELECTROCARDIOGRAMA

No

No

No

**RAYOS X**

**Descripción**

**Urgente** **Equipo portátil** **Requiere valoración**

RX TORAX PA (TELE DE TORAX)

No

No

No

**TRAPERO CORONA IRAK MIJAIL**  
**GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**Ced. Prof.: 6840198**

**Licencia SSA:**

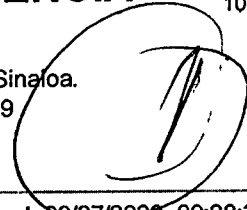
**NOTA:** Favor de pasar al área de imagenología (UNIMA) para dar seguimiento a esta solicitud.



# CENTRO DE INVESTIGACION Y DOCENCIA EN CIENCIAS DE LA SALUD

03/07/2023  
10:26:56a. m.

Estaquío Buelna No.91 Col.Gabriel Leyva C.P.80030 Culiacán, Sinaloa.  
Tels.(667) 7132606, (667) 7137978. RFC: UAS651204MZ9



## SOLICITUD DE LABORATORIO

**Nombre:** JIMENEZ SANCHEZ VERONICA **Fecha de la solicitud:** 03/07/2023 09:28:31a. m.  
**Expediente:** Sin expediente **Fecha de Nacimiento:** 03/febrero/1978 **Género:** Femenino **Edad:** 45 años

**Área:** GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
**Atención a:** Paciente de consulta clínica  
**Personal solicitante:** TRAPERO CORONA IRAK MIJAIL

**\*1081991\***

### Diagnóstico:

Leiomioma del útero, sin otra especificación

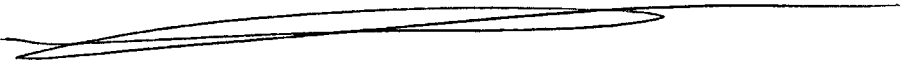
#### Grupo: UROANALISIS Y COPROS

Estudio	Serie	Urgente
EXAMEN GENERAL DE ORINA	1	No

#### Perfil: PERFIL DE TOCO-VALORACION

Estudio	Serie	Urgente
V.D.R.L. SEMI-CUANTITATIVO	1	No
TIEMPO DE PROTROMBINA	1	No
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL	1	No.
VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)	1	No
GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH	1	No
BIOMETRIA HEMÁTICA COMPLETA	1	No
CREATININA	1	No
GLUCOSA	1	No
UREA	1	No

*Pharmacología - Furo*



**TRAPERO CORONA IRAK MIJAIL  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**Ced. Prof.: 6840198**

**Licencia SSA:**

FAVOR DE ACUDIR AL LABORATORIO PARA RECIBIR LAS INDICACIONES  
NECESARIAS PARA LA REALIZACIÓN DE ESTOS ESTUDIOS.