



MUNICIPIO DE ELOTA

TESORERÍA MUNICIPAL

21276

ENTREGAMOS A: JOSE MARCELINO LIZARRAGA URREA

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

LA CANTIDAD DE: _____

POR CONCEPTO: APOYO ECONOMICO QUE HACE ESTE H.AYUNTAMIENTO DE ELOTA AL C. JOSE MARCELINO

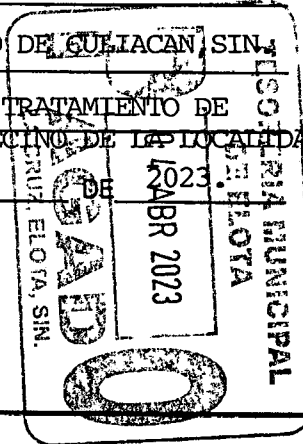
LIZARRAGA URREA PARA SOLVENTAR GASTOS DE SALUD Y PASAJE A LA CD DE GUAYACAN, SIN.

PARA LLEVAR A ASU ESPOSA MARIA DE LOS ANGELES SEPULVEDA MEZA A TRATAMIENTO DE
QUIMIOTERAPIA YA QUE ES PERSONA DE BAJOS RECURSOS ECONOMICOS VECINO DE LA LOCALIDAD
DE ROSENDO NIEBLAS ELOTA SINALOA.

LA CRUZ, ELOTA, SIN., A 04 DE _____ ABRIL

RECIBÍ

C. JOSE MARCELINO LIZARRAGA URREA



Servicios de Salud de Sinaloa
Receta médica

FORMATO: SSS-DR-SM-01

22/03/2023 11:02
No. de Folio
2817986

HOSPITAL GENERAL CULIACÁN

Fecha:
22/mar/2023 11:02



JULIO ALDAMA S/N ESQ. EDO DE NAYARIT. COL. ROSALES, CULIACAN ROSALES, CULIACAN

CLUB: SLSGA00690

Nombre del Paciente
SEÑORITA MEZA MARIA DE LOS ANGELES

Derechohabiente
INSABI

No. de afiliación: GEMA570316MSLP-1	Edad: 66a (16/03/1957)	Sexo: Fem.	Talla: 156cm	Peso: 66.5Kg	T.A.: 109/56	Temp.: 36.5°	F.C.: 80	F.R.: 16
--	---------------------------	---------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-------------	-------------

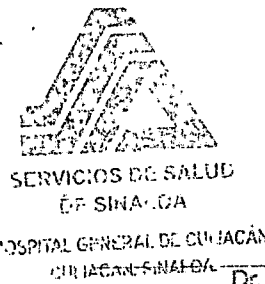
CB23 119

Exp. 150679

Observaciones

UN PUERTO VENOSO PERMANENTE DE TITANIO CON POLIURETANO DE 9FR

\$ 11,250.00



CURP: VACC730814HCLLRR04
HEMATOLOGÍA
Ced. Prof.: 3815285

Dr. CARLOS ALBERTO VALDES CERON
HEMATOLOGÍA

Siempre que los pacientes estén protegidos para mayor información sobre el manejo, consulte nuestro Aviso de Privacidad en <http://salud.sinaloa.gob.mx/privacidad>

Autorizo: \$ 5,000.00
[Signature]

Requisitos para ser beneficiado por el Programa de Apoyo a Personas con Cáncer

- Diagnóstico Médico firmado por el médico oncólogo y sellado.
- Copia del Acta de Nacimiento del paciente.
- Copia de credencial de elector del paciente y del familiar que solicita el apoyo.
- Comprobante de domicilio del paciente y de su familiar si no vive en el mismo domicilio.
- Receta expedida por médico oncólogo, firmada y sellada.
- Copia del Curp.

Nota.- Cada vez que se solicite un apoyo, deberá traer la **Receta u Orden de Estudio firmada por el médico y sellada por el Hospital.**

Sistema DIF Sinaloa

Lic. Ma. Fernanda Rodríguez Castro
Dirección de Atención al Adulto Mayor
E Integración Social

C. Lucía López Escobar
Jefa del Departamento entrega de Apoyo a Personas con Cáncer

Horario: 8:00 a 15:00 p.m. de Lunes a Viernes

Domicilio: Blvd. Miguel Tamayo No. 3000 Nte.

Desarrollo Urbano Tres Ríos.

Teléfono: 01-66-77-13-23-23 Ext. 7343 y 7-16-42-09



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

05504671



EN NOMBRE DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE SINALOA Y COMO DIRECTORA DEL REGISTRO CIVIL DEL ESTADO DE SINALOA, CERTIFICO Y HAGO CONSTAR QUE EN LOS ARCHIVOS QUE OBRAN EN ESTA DIRECCION DEL REGISTRO CIVIL, SE ENCUENTRA ASENTADA UN ACTA DE NACIMIENTO EN LA CUAL SE CONTIENEN ENTRE OTROS, LOS SIGUIENTES DATOS:

ACTA DE NACIMIENTO

Table with birth details: OFICIALIA 007, LIBRO 01, ACTA 00014, LOCALIDAD BACUBIRITO, FECHA DE REGISTRO 23 / MARZO / 1957, MUNICIPIO SINALOA, ENTIDAD SINALOA

DATOS DEL REGISTRADO

Personal data fields: CRIP, CURP, NOMBRE MARIA DE LOS ANGELES SEPULVEDA MEZA, FECHA DE NACIMIENTO 16 DE MARZO DE 1957, SEXO FEMENINO, LUGAR DE NACIMIENTO EL PALMAR DE LOS SEPULVEDA SINALOA MEXICO, REGISTRADO VIVO, COMPARECIO AMBOS

DATOS DE LOS PADRES

Parental data fields: PADRE TEODOLO SEPULVEDA, NACIONALIDAD MEXICANA, MADRE ELIDIA MEZA, NACIONALIDAD MEXICANA, EDAD 35 AÑOS, EDAD 21 AÑOS

PERSONA DISTINTA DE LOS PADRES QUE PRESENTA AL REGISTRADO

Fields for other person: NOMBRE, PARENTESCO, NACIONALIDAD, EDAD

SE EXPIDE LA PRESENTE CERTIFICACION, EN ESTRICTO CUMPLIMIENTO AL ARTICULO 47 y 48 DEL CODIGO CIVIL VIGENTE EN EL ESTADO, EN CULIACAN, SINALOA A LOS 20 DIAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DE 2011. DOY FE.

DIRECTORA DEL REGISTRO CIVIL DEL ESTADO DE SINALOA

LIC. GLORIA GONZALEZ BURBOA
NOMBRE Y FIRMA



05504671



Consulta

Paciente: SEPULVEDA MEZA MARIA DE LOS ANGELES	No. Expediente: 150679	Edad: 66a(16/03/1957)	Sexo: Femenino
Fecha y hora consulta: miércoles, 22 marzo, 2023 10:23			
Servicio: MEDICINA INTERNA	Area: HEMATOLOGIA	Lugar de Residencia: ROSENDO NIEBLAS	
Estado Civil: Casado(a)	Lugar de Nacimiento: SINALOA	Religión: CATOLICA	
Escolaridad: PRIMARIA INCOMPLETA	Ocupación: AMA DE CASA	Teléfono:	
Domicilio: FRENTE A ESCUELA PRIMARIA S/N C.P.			

Motivo de Consulta:

LINFOMA NO HODGKIN FOLICULAR GRADO 3.

Padecimiento Actual:

MUJER DE 66 AÑOS DE EDAD, PORTADORA DE UN LINFOMA NO HODGKIN FOLICULAR DE ALTO GRADO CON EXPRESION DE ANTIGENOS CD20, BCL-2 Y CD10 DE ACQUERO A ESTUDIO DE INMUNOHISTOQUIMICA. OBTENIDO DE BIOPSIA GANJGLIONAR AXILARES DERECHA. PRESENTA TAC DEL DIA 21 DE MARZO DE 2023 QUE CON CRECIMIENTOS GANGLIONARES MEDIASTINALES EN VENTANA AORTOPULMONAR, PARATRAQUEALES, SUBCARINALES Y PARAHILIARES DE ASPECTO INFILTRATIVO, CRECIMIENTO GANGLIONAR AXILAR EY AMBOS HUECOS SUPRACLAVICULARES DE ASPECTO INFILTRATIVO. CONGLOMERADOS GANGLIONARES EN TERRENO INTERCAVOARTICO, PARACAVALES Y PARAAORTICOS. INGUINALES Y MESENTERICOS. LABS DEL DIA 09 DE MARZO DE 2022 HB DE 12.8, PLT 278, LCT 8.400, N 5075, L 1084, M 630, E 190, B 0.4. GL 291, UREA 30, CR 0.6. NA 98.9, K 4.6, P 3.5, MG 1.6, MCA 9.3, AU 4.4, BT 0.8, PCR 26.2 (MENOR DE 1). VIH, HEPATITIS C Y B NEGATIVOS, DHL 157, BD 9.3, AST 24.3, ALT 14.5, ALP 139, ABL 3.9, NA 137.

EN BASE A LO ANTERIOR, CATALOGAMOS AL PACIENTE EN UNA ETAPA CLINICA 3A ANN ARBOR. ESCALA DE FLIP: 3 DE RIESGO ALTO INTERMEDIO.

SE INICIARÁ TRATAMIENTO CON ESQUEMA DE CHOPR: 21X8

SE ENVIA A ANGIOLOGIA PARA COLOCACION DE PUERTO VENOSO PERMANENTE

SE INICIA A HEMATOLOGIA PARA INICIAR TERAPIA CORRESPONDIENTE.

SE HABLA CON FAMILIARES EN RELACION AL PRONOSTICO DE LA ENFERMEDAD.

Plan Terapéutico/Resultados Esperados:

PESO DE 66.5KG, SUPERFICIAL DE 1.73M²

CICLOFOSFAMIDA 1300MG IV EN 200CC DE SOLUCION SALINA PARA INFUNDIR EN 1 HORA, DOSIS UNICA

DOXORRUBICINA 86MG IV EN 200CC DE SOLUCION SALINA PARA INFUNDIR EN 1 HORA, DOSIS UNICA

VINCRISTINA 2MG IV EN 50CC DE SOLUCION SALINA PARA INFUNDIR EN 15 MINUTOS, DOSIS UNICA

RITUXIMAB 648MG IV EN 1000CC DE SOLUCION SALINA PARA INFUNDIR EN 4 HORAS. DOSIS UNICA

PREMEDICAR RITUXIMAB 30M ANTES CON:

METILPREDNISOLONA 100MG IV

PARACETAMOL 1GR VO

CLORFENAMINA 4MG VO

PREDNISONA 50MG VO CADA 8 HORAS, POR 5 DIAS.

ONDANSENTON 8MG IV, 30 MINUTOS PREVIOS A INICIO DE QUIMIOTERAPIA.

EXPLORACION FISICA:

TEMP: 36.5°C T.A.: 109/56 F.R.: 16 F.C.: 80

Peso (Kg) = 66.5

Talla (Altura) Cm. = 156

I.M.C. (Kg / Altura²) = 27.3258

ASC (Area Superficie Corporal) = 1.6975

DR. CARLOS ALBERTO VALDES CERDA

Ced. Prof 3815285



Consulta

Paciente: SEPULVEDA MEZA MARIA DE LOS ANGELES No. Expediente: 150679 Edad: 66a(16/03/1957) Sexo: Femenino
Fecha y hora consulta: miércoles, 22 marzo, 2023 10:23
Servicio: MEDICINA INTERNA Area: HEMATOLOGIA Lugar de Residencia: ROSENDO NIEBLAS
Estado Civil: Casado(a) Lugar de Nacimiento: SINALOA Religión: CATOLICA
Escolaridad: PRIMARIA INCOMPLETA Ocupación: AMA DE CASA Teléfono:
Domicilio: FRENTE A ESCUELA PRIMARIA S/N C.P.

Nivelatencion= 2

IMPRESION DIAGNÓSTICA:

Linfoma folicular grado IIIa
Diabetes mellitus no insulino dependiente, sin mención de complicación

TRATAMIENTO:

Fármacos:

- 1 HEPARINA SOLUCION INYECTABLE ENVASE CON 1 FRASCO AMPULA
Concentración: 10000 UI
Tomar 1 cada 24 horas durante 1 días.
- 1 ONDANSETRON SOLUCION INYECTABLE ENVASE CON 1 FRASCO AMPULA
Concentración: 8 MG
Tomar 1 cada 24 horas durante 1 días.
- 1 METILPREDNISOLONA SOLUCION INYECTABLE ENVASE CON 1 AMPOLLETA
Concentración: 500 MG
Tomar 1 cada 24 horas durante 1 días.
- 2 HIDROCORTISONA SOLUCION INYECTABLE ENVASE CON 1 AMPOLLETA
Concentración: 100 MG
Tomar 1 cada 24 horas durante 1 días.
- 1 PREDNISONA TABLETA ENVASE CON 20 TABLETAS
Concentración: 50 MG
Tomar 1 cada 8 horas durante 5 días.
- 1 CLORFENAMINA TABLETA ENVASE CON 20 TABLETAS
Concentración: 4.0 MG
Tomar 1 cada 24 horas durante 1 días.
- 1 FLUCONAZOL CAPSULA O TABLETA ENVASE CON 10 TABLETAS O CÁPSULAS
Concentración: 100 MG
Tomar 1 cada 24 horas durante 7 días. 10 DIAS POSTERIOR AL INICIO DE QUIMIOTERAPIA
- 1 PARACETAMOL TABLETA ENVASE CON 10 TABLETAS
Concentración: 500 MG
Tomar 1 cada 24 horas durante 1 días. 0
- 3 CLORURO DE SODIO SOLUCION INYECTABLE AL 0.9% ENVASE CON 100 ML.
Concentración: 0.9G-100 ML
Tomar 1 cada 24 horas durante 1 días.
- 7 CICLOFOSFAMIDA SOLUCION INYECTABLE ENVASE CON 1 FRASCO AMPULA
Concentración: 200 MG
Tomar 1 cada 24 horas durante 1 días.
- 2 DOXORRUBICINA SOLUCION INYECTABLE ENVASE CON 1 FRASCO AMPULA

DR. CARLOS ALBERTO VALDES CERDA
Ced. Prof. 3815285

DR. CARLOS ALBERTO VALDES CERDA
Ced. Prof. 3815285