



Orden de Traslado

26-jun-25 09:47

JUNIO 25/HR757

Nombre del Paciente: GONZALEZ CHAN DIEGO ISRAEL CURP GOCD140201HCCNNGA0	Expediente GOCD830926/70	Sexo M	Edad: 11
Domicilio: CALLE EXCAMPUM #28 SOLIDADRID URBANA TEL 9821311453	Entidad CAMPECHE	Foráneo NO	

Derechohabiente Primario DIEGO GONZALEZ CHIN	Dependencia INEGI	
Parentesco: HIJO	Clinica de Adscripción C.H. DR. P.T.R.	Entidad federativa CAMPECHE

DATOS DEL TRASLADO (SALIDA)

Unidad Médica Emisora 04-02 C.H. DR. PATRICIO TRUEBA REGIL	Municipio CAMPECHE	Entidad CAMPECHE
Nombre y ced. Prof. del médico que propone el traslado. DR. OLVERA CEN ANA MARITZA	Servicio: PEDIATRA	

Unidad Receptora: 038-203-00 HOSPITAL REGIONAL ISSSTE "ELVIA CARRILLO PUERTO"	Municipio MERIDA	Entidad YUC.
Servicio ALERGOLOGIA DR. RODRIGUEZ	Fecha 30 DE JUNIO DE 2025	10:00

MOTIVO DEL ENVIO: CONSULTA TIPO: SUBS No de traslados en el año 0 desde 2023
Impresión diagnostica: RINITIS ALERGICA, NO ESPECIFICADA, SE ENVIA A ALERGOLOGIA

Vigencia de Derechos Sello INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO DELEGACIÓN EN CAMPECHE 26/06/25 ISSSTE CLÍNICA DEPARTAMENTO DE ALERGOLOGIA OLVERA CEN ANA MARITZA Nombre y firma del servidor	<table border="1"> <tr> <th colspan="6">Clave del traslado</th> </tr> <tr> <th>A</th> <th>B</th> <th>C</th> <th>D</th> <th>0</th> <th>1</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>DR. OSMANY GALBAN HERNANDEZ DIRECTOR</p>	Clave del traslado						A	B	C	D	0	1	1			1			
Clave del traslado																				
A	B	C	D	0	1															
1			1																	

DATOS DEL TRASLADO (RETORNO)

Servicio en que se atendió	Fecha de la atención	Hora:	Director o responsable de la unidad receptora HOSPITAL REGIONAL MERIDA 30 JUN 2025
Diagnóstico	30 JUN 2025		
Médico tratante ✓ Dr. Pablo G. Rodríguez Ortiz ALERGOLOGO CP. 97140, C.P. 97140 MAT. 302161536-SI	Próxima cita	Clave de traslado	Sello Nombre y Firma
		A B C D 0 1	

LIQUIDACION PARA LA ORDEN DE TRASLADO

Núm. de recibo	Importe \$	Núm. de recibo	Importe \$
Traslado Línea Salida			Fecha
Núm. de recibo	Importe \$	Núm. de recibo	Importe \$
Observaciones:			Fecha

DOMICILIO: CALLE 7 S/N COL PENSIONES MERIDA YUCATAN TEL.9999642000
FACTURAR: INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
Rio Rhin # 3, piso 10, entre Calle Manuel Villalongin y Rio Nazas, Colonia Cuauhtémoc, Delegación Cuauhtémoc México D.F. RFC: ISS6001015A3



2025
Año de
La Mujer
Indígena