



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

SOLICITUD AL SERVICIO DE TRANSFUSIÓN

BS-16

Por  Sangre  Plasma  Suspensión concentrada de G.R.  
 Otros \_\_\_\_\_ *100*

Ordinaria  Urgente Volúmen total solicitado 200

Operación el día \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ horas

Tener disponible para: Aplicación inmediata o en quirófano \_\_\_\_\_ ml.

Grupo sanguíneo A. B. O. O Rh° (D) POSITIVO  Se desconoce

Diagnóstico K811-Colecistitis crónica HB 12 g/dl HT 36.5 %

Edad 47 años Sexo Femenino ¿Transfusiones previas?  SI  NO

¿Reacciones postransfusionales? Fecha de la última \_\_\_\_\_

¿Embarazos previos? ¿Productos con enfermedad hemolítica? Tipo  
 SI  NO  SI  NO  Externo  Hospitalizado

Nombre de la Unidad HGZMF 1 Campeche Servicio CIRUGÍA GENERAL Número de cama \_\_\_\_\_

Solicita AGUILAR GUTIERREZ ANALLELY 99045368 Fecha 27/08/2025 Hora 17:18

Recibió la solicitud \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

**PARA LABORATORIO**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

SOLICITUD AL SERVICIO DE TRANSFUSIÓN

BS-16

Por  Sangre  Plasma  Suspensión concentrada de G.R.  
 Otros \_\_\_\_\_ *100*

Ordinaria  Urgente Volúmen total solicitado 200

Operación el día \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ horas

Tener disponible para: Aplicación inmediata o en quirófano \_\_\_\_\_ ml.

Grupo sanguíneo A. B. O. O Rh° (D) POSITIVO  Se desconoce

Diagnóstico K811-Colecistitis crónica HB 12 g/dl HT 36.5 %

Edad 47 años Sexo Femenino ¿Transfusiones previas?  SI  NO

¿Reacciones postransfusionales? Fecha de la última \_\_\_\_\_

¿Embarazos previos? ¿Productos con enfermedad hemolítica? Tipo  
 SI  NO  SI  NO  Externo  Hospitalizado

Nombre de la Unidad HGZMF 1 Campeche Servicio CIRUGÍA GENERAL Número de cam \_\_\_\_\_

Solicita AGUILAR GUTIERREZ ANALLELY 99045368 Fecha 27/08/2025 Hora 17:18

Recibió la solicitud \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

**PARA ENFERMERA**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

SOLICITUD AL SERVICIO DE TRANSFUSIÓN

BS-16

Por  Sangre  Plasma  Suspensión concentrada de G.R.  
 Otros \_\_\_\_\_ *(Handwritten: PGS)*

Ordinaria  Urgente Volúmen total solicitado 200

Operación el día \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ horas

Tener disponible para: Aplicación inmediata o en quirófano \_\_\_\_\_ ml.

Grupo sanguíneo A. B. O. O Rh° (D) POSITIVO  Se desconoce

Diagnóstico K811-Colecistitis crónica HB 12 g/dl HT 36.5 %

Edad 47 años Sexo Femenino ¿Transfusiones previas?  SI  NO

¿Reacciones postransfusionales? \_\_\_\_\_ Fecha de la última \_\_\_\_\_

¿Embarazos previos? \_\_\_\_\_ ¿Productos con enfermedad hemolítica? \_\_\_\_\_

SI  NO  SI  NO

Nombre de la Unidad HGZMF 1 Campeche Servicio CIRUGÍA GENERAL

Solicita AGUILAR GUTIERREZ ANALLELY 99045368 Fecha 27/08/2025

Recibió la solicitud \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
03147645968	1F1976OR
VILLACIS ZAPATA CANDELARIA DEL JESUS	
Fec. Nacimiento	

Reserva \_\_\_\_\_ ml. HB 12 g/dl HT 36.5 %

¿Transfusiones previas?  SI  NO

Tipo   
 Externo  Hospitalizado

Número de cama \_\_\_\_\_

Hora 17:18

Hora \_\_\_\_\_

**PARA LABORATORIO**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

IMSS

SOLICITUD AL SERVICIO DE TRANSFUSIÓN

BS-16

Por  Sangre  Plasma  Suspensión concentrada de G.R.

Otros \_\_\_\_\_ *(Handwritten: PGS)*

Ordinaria  Urgente Volúmen total solicitado 200

Operación el día \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ horas

Tener disponible para: Aplicación inmediata o en quirófano \_\_\_\_\_ ml.

Grupo sanguíneo A. B. O. O Rh° (D) POSITIVO  Se desconoce

Diagnóstico K811-Colecistitis crónica HB 12 g/dl HT 36.5 %

Edad 47 años Sexo Femenino ¿Transfusiones previas?  SI  NO

¿Reacciones postransfusionales? \_\_\_\_\_ Fecha de la última \_\_\_\_\_

¿Embarazos previos? \_\_\_\_\_ ¿Productos con enfermedad hemolítica? \_\_\_\_\_

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

03147645968	1F1976OR
VILLACIS ZAPATA CANDELARIA DEL JESUS	
Fec. Nacimiento	

Reserva \_\_\_\_\_ ml.

Se desconoce 12 g/dl HT 36.5 %

¿Transfusiones previas?  SI  NO

Tipo   
 Externo  Hospitalizado

Número de cam \_\_\_\_\_

Hora 17:18

Hora \_\_\_\_\_

Nombre de la Unidad HGZMF 1 Campeche Servicio CIRUGÍA GENERAL

Solicita AGUILAR GUTIERREZ ANALLELY 99045368 Fecha 27/08/2025

Recibió la solicitud \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**PARA ENFERMERA**