

## RESULTADO DE ESTUDIOS DE LABORATORIO

12:01 p.m.

22-diciembre-2021

Paciente: SONIA AURORA ROUSSEAU MEZA

Sexo: MASCULINO

Médico: A QUIEN CORRESPONDA

Nº Paciente: 10,463

Nº Orden: 27,167

Edad: 71

Análisis:	Resultado	unidades	Valor de Referencia
BASOFILOS %	0.8	%	0 - 1
NEUTROFILOS SEGMENTADOS %	53.9	%	40 - 75
CITOMETRIA AUTOMATIZADA			

### QUIMICA CLINICA

#### QUIMICA SANGUINEA COMPLETA (6 ELEMENTOS)

GLUCOSA.

UREA.

NITROGENO UREICO (BUN)

CREATININA EN SUERO.

COLESTEROL TOTAL.

TRIGLICERIDOS.

ACIDO URICO.

115*	mg/dL	70 - 100
32	mg/dL	13.0 - 50.0
13.3	mg/dL	7 - 23 mg/dL
0.87	mg/dL	0.6 - 1.4
269	mg/dL	0 - 200
275	mg/dL	30 - 150
3.6	mg/dL	Hombres 3.5 - 7.2 Mujeres 2.6 - 6.0

#### PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO HEPATICO

BILIRRUBINA TOTAL

BILIRRUBINA DIRECTA

BILIRRUBINA INDIRECTA

TRANSAMINASA GLUTAMICA OXALACETICA (AST)

TRANSAMINASA GLUTAMICA PIRUVICA (ALT)

FOSFATASA ALCALINA (ALP)

GAMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASA

ESPECTROFOTOMETRIA AUTOMATIZADA

0.69	mg/dL	0.20 - 1.30
0.47	mg/dL	0.09 - 0.3
0.22	mg/dL	0.00 - 0.80
12	U/L	5 - 40
10	U/L	4 - 36
125	U/I	98 - 279
12	U/L	9-54



QFB. JOSE DAVID FLORES DE LA TOBA  
Céd. Prof. 6865059 SSA 4078 Aut. 4178  
Universidad de Guadalajara

email: lab\_santa\_fe\_lapaz@hotmail.com

[www.laboratoriosantafelapaz.com](http://www.laboratoriosantafelapaz.com)

Q.F.B. José David Flores de La Toba. CED PROF. 6865059 Universidad de Guadalajara SSA. 4078 AUT. 4178  
Matriz: C. Datil #301 Esq. Cereza (a dos cuadras de Blvd. J. Mújica) Col. Indeco. C.P. 23070  
Horario de Lunes a Viernes de 6:30 A. M. a 4:00 P. M. Sábados de 7:00 A. M. a 2:00 P. M.



**RESULTADO DE ESTUDIOS DE LABORATORIO**

12:01 p.m.

22-diciembre-2021

Paciente: SONIA AURORA ROUSSEAU MEZA

Sexo: MASCULINO

Médico: A QUIEN CORRESPONDA

Nº Paciente: 10,463

Nº Orden: 27,167

Edad: 71



Análisis:	HEMATOLOGIA	Resultado	unidades	Valor de Referencia
<b>BIOMETRIA HEMATICA COMPLETA (MUJER)</b>				
SERIE ROJA		-	-	-
ERITROCITOS	5.04	x 10 <sup>12/L</sup>	4.0 - 5.6	
HEMOGLOBINA	13.4	g/dL	11.5 - 16.5	
HEMATOCRITO	42.1	%	36.0 - 47.0	
VOL. GLOBULAR MEDIO	83.7	fL	76 - 96	
HB. GLOBULAR MEDIA	26.7	pg	27 - 32	
C.M. DE HB.	31.9	g/dL	32 - 36	
RDW-CV	12.6	%	11.5 - 14.5	
RDW-SD	38.0	fL	35.0 - 56.0	
PLAQUETAS	136	x 10 <sup>3</sup>	150,000 - 450,000	
MPV	9.9	fL	7.4 - 10.4	
PDW	16.8	-	15.0 - 17.0	
SERIE BLANCA		-	-	-
LEUCOCITOS	9.98	x 10 <sup>3</sup>	4,500 - 10,000	
LINFOCITOS #	3.25	-	1.51 - 2.71	
MONOCITOS #	0.75	-	0.00 - 1.30	
EOSINOFILOS #	0.52	-	0.00 - 1.16	
BASOFILOS #	0.08	-	0.00 - 0.20	
NEUTROFILOS #	5.38	-	3.10 - 4.90	
LINFOCITOS %	32.6	%	20 - 45	
MONOCITOS %	7.5	%	0 - 4	
EOSINOFILOS %	5.2	%	0 - 2	

## ORDEN DE FARMACIA

Nombre de Paciente SONIA AURORA ROUSSEAU MEZA  
 Nómica 90574023400 Edad: 72  
 Elegibilidad E220214000464  
 Departamento BANRURAL MAZATLAN 2021

Datos del Médico Fecha consulta: 14/02/2022 01:12 PM  
 Nombre: MARIO CASTILLA GARZA  
 Especialidad: MEDICINA GENERAL  
 Cédula Profesional - # Proveedor: 1087839-437  
 Dirección: DELFINES 110 17, FIDEPAZ CP.23090, LA PAZ, BAJA CAL. SUR  
 Teléfono: 6121240873  
 ICD10: I10.0  
 Inst. emisora título profesional: UNAM  
 Prescripción de Medicamentos  
 AMLODIPINO 5 MG 30 TABLETAS  
 Cantidad: 2  
 Indicaciones: TOMAR UNA CADA 24 HORAS



Duración trata.: 60  
 Declaro bajo Protesta decir la verdad que los servicios indicados  
 son necesarios para el manejo de la enfermedad del paciente

Fecha impresión: 14/02/2022

Folio: 8092841

NUR: 100988481513

Fecha Surtido:

Datos llenados por el paciente

Nombre y firma del paciente o familiar responsable  
 Leído y entendido su contenido y fuerza legal firma el  
 presente de conformidad

## ORDEN DE FARMACIA

Nombre de Paciente SONIA AURORA ROUSSEAU MEZA  
 Nómica 90574023400 Edad: 72  
 Elegibilidad E220214000464  
 Departamento BANRURAL MAZATLAN 2021

Datos del Médico Fecha consulta: 14/02/2022 01:12 PM  
 Nombre: MARIO CASTILLA GARZA  
 Especialidad: MEDICINA GENERAL  
 Cédula Profesional - # Proveedor: 1087839-437  
 Dirección: DELFINES 110 17, FIDEPAZ CP.23090, LA PAZ, BAJA CAL. SUR  
 Teléfono: 6121240873  
 ICD10: K30.0  
 Inst. emisora título profesional: UNAM  
 Prescripción de Medicamentos  
 OMEPRAZOL 20 MG 30 TABLETAS  
 Cantidad: 2  
 Indicaciones: TOMAR UNA CADA 24 HORAS



Duración trata.: 60  
 Declaro bajo Protesta decir la verdad que los servicios indicados  
 son necesarios para el manejo de la enfermedad del paciente

Fecha impresión: 14/02/2022

Folio: 8092841

NUR: 100276361925

Fecha Surtido:

Datos llenados por el paciente

Nombre y firma del paciente o familiar responsable  
 Leído y entendido su contenido y fuerza legal firma el  
 presente de conformidad

## ORDEN DE FARMACIA

Nombre de Paciente SONIA AURORA ROUSSEAU MEZA  
 Nómica 90574023400 Edad: 72  
 Elegibilidad E220215000378  
 Departamento BANRURAL MAZATLAN 2021

Datos del Médico Fecha consulta: 15/02/2022 12:18 PM

Nombre: MARIO CASTILLA GARZA  
 Especialidad: MEDICINA GENERAL

Cédula Profesional - # Proveedor: 1087839-437

Dirección: DELFINES 110 17, FIDEPAZ CP.23090, LA PAZ, BAJA CAL. SUR

Teléfono: 6121240873

ICD10: M13.9

Documento: BANRURAL21MAZATLAN

Inst. emisora título profesional: UNAM

Prescripción de Medicamentos

DICLOFENACO/COMPLEJO B 50 MG 30 TABLETAS

Cantidad: 2

Indicaciones: TOMAR 1 CADA



1009515848946

Duración trata.: 30

Fecha impresión: 15/02/2022

Folio: 8093758

NUR: 100951584894

Fecha Surtido:

Datos llenados por el paciente



Nombre y firma del paciente o familiar responsable  
 Leído y entendido su contenido y fuerza legal firma el  
 presente de conformidad

**ORDEN DE FARMACIA**

Nombre de Paciente SONIA AURORA ROUSSEAU MEZA

Nómina 90574023400

Edad: 72

Elegibilidad E220224000821

Departamento BANRURAL MAZATLAN 2021

Datos del Médico

Fecha consulta: 24/02/2022 06:34 PM

Nombre: ISAAC MAURICIO ZU?IGA GONZALEZ

Especialidad: OFTALMOLOGIA

Cédula Profesional - # Proveedor: 6982657-8388

Dirección: BOULEVARD CONSTITUYENTES 113 2, FIDEPAZ CP.23094, LA PAZ, BAJA CAL. SUR

Teléfono: 6121229711

ICD10: H10.3

Documento: BANRURAL21MAZATLAN

Inst. emisora título profesional: UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Prescripción de Medicamentos

TREHALOSA / HIALURONATO DE SODIO 3 /0.15 /0.10 ML

Cantidad: 1

Indicaciones: 1 GOTAS CADA 4 HORAS 2 SEMANAS

Duración trata.: 14

Fecha impresión: 24/02/2022

Folio: 8102699

NUR: 100648654139

Fecha Surtido:

Datos llenados por el paciente



10064861541395

Firma del Médico

Declaro bajo Protesta decir la verdad que los servicios indicados  
son necesarios para el manejo de la enfermedad del pacienteNombre y firma del paciente o familiar responsable  
Leído y entendido su contenido y fuerza legal firma el:  
presente de conformidad**ORDEN DE FARMACIA**

Nombre de Paciente SONIA AURORA ROUSSEAU MEZA

Nómina 90574023400

Edad: 72

Elegibilidad E220224000821

Departamento BANRURAL MAZATLAN 2021

Datos del Médico

Fecha consulta: 24/02/2022 06:34 PM

Nombre: ISAAC MAURICIO ZU?IGA GONZALEZ

Especialidad: OFTALMOLOGIA

Cédula Profesional - # Proveedor: 6982657-8388

Dirección: BOULEVARD CONSTITUYENTES 113 2, FIDEPAZ CP.23094, LA PAZ, BAJA CAL. SUR

Teléfono: 6121229711

ICD10: H10.3

Documento: BANRURAL21MAZATLAN

Fecha impresión: 24/02/2022

Folio: 8102699

NUR: 100431499085

Fecha Surtido:

Datos llenados por el paciente



1004314990858

Firma del Médico

Declaro bajo Protesta decir la verdad que los servicios indicados  
son necesarios para el manejo de la enfermedad del pacienteNombre y firma del paciente o familiar responsable  
Leído y entendido su contenido y fuerza legal firma el:  
presente de conformidad

**PACIENTE**

Folio : 8102699

Elegibilidad E220224000821	Nombre Completo del Paciente SONIA AURORA ROUSSEAU MEZA	Nómina 90574023400	Fecha Consulta 24/02/2022
Departamento BANRURAL MAZATLAN 2021			
Datos del Médico Nombre Completo: ISAAC MAURICIO ZU?IGA GONZALEZ			Cédula profesional: 6982657

**PROCEDIMIENTO EN CONSULTORIO**

ICD10 H10.3	ICDDesc CONJUNTIVITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	CPT4 99202	Descripción CPT4 CONSULTA GENERAL	Inicio de Sintomatología 02/18/22
----------------	--	---------------	--------------------------------------	--------------------------------------

**PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS**

Medicamento	Cantidad	Indicaciones	Dias
TREHALOSA / HIALURONATO DE SODIO 3 /0.15 10 ML	1	1 GOTAS CADA 4 HORAS 2 SEMANAS	14
CIPROFLOXACINO DEXAMETASONA 3MG/1MG/ML 5 ML	1	1 GOTAS CADA 6 HORAS 10 DIAS	10

**Autorización Especial**

Elegibilidad	Médico Dictaminador	Fecha Solicitud	Estatus
--------------	---------------------	-----------------	---------

Declaro bajo protesta decir la verdad  
que los servicios indicados son necesarios.

Firma del Médico

Nombre y firma del paciente o familiar  
responsable