

RECIBO POR PAGO DE HONORARIOS

REG. FED. COM. CED. REG. CORR. N°	
-----------------------------------	--

NOMBRE	
--------	--

DOMICILIO	
POBLACION	ENTIDAD FEDERATIVA

RECIBI DE	HONORARIOS
DOMICILIO	I.V.A. (0%)
POBLACION	SUBTOTAL
CANTIDAD CON LETRA	RETENCION
CONCEPTO	TOTAL
LUGAR	FECHA

RECIBO POR PAGO DE HONORARIOS

REG. FED. COM. R.	REG. IMSS	CED. REG. CORR. N°
-------------------	-----------	--------------------

NOMBRE	
--------	--

DOMICILIO	
POBLACION	ENTIDAD FEDERATIVA

RECIBI DE	HONORARIOS
DOMICILIO	I.V.A. (0%)
POBLACION	SUBTOTAL
CANTIDAD CON LETRA	RETENCION
CONCEPTO	TOTAL
LUGAR	FECHA

RAZÓN SOCIAL SA DE CV

XAXX010101000
 RÉGIMEN GENERAL DE LEY PARA PERSONAS MORALES
 AV. VÍA LÁCTEA COL. LA LUNA 212

RECIBO DE HONORARIOS

ORIGINAL
 A 1
 123456
 No. Aprobación SICOFI:
 Rango de Folios Autorizados: 1 a 2

NOMBRE:
 RFC:
 C.P.
 DOMICILIO:
 MUNICIPIO:
 FORMA DE PAGO:

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN:

ESTADO:

CANTIDAD UNIDAD CONCEPTO

HONORARIOS

CANTIDAD CON LETRA:

"IMPUESTO RETENIDO DE CONFORMIDAD CON LA LEY DEL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO"



ESTE COMPROBANTE TENDRA UNA VIGENCIA DE DOS AÑOS CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE APROBACIÓN DE LA ASIGNACIÓN DE FOLIOS, LA CUAL ES: 10/07/2012
 LA REPRODUCCIÓN APOCRIFA DE ESTE COMPROBANTE CONSTITUYE UN DELITO EN LOS TÉRMINOS DE LAS DISPOSICIONES FISCALES"
 FIRMA

EFFECTOS FISCALES AL PAGO

PAGO EN UNA SOLA EXHIBICIÓN

Generado por: Padurant
 www.padurant.com email: contact@padurant.com.mx
 Teléfono: (011)442-1014204 / 2120347 / 375-0137 / 01-800-681124

SUB - TOTAL	\$
IVA 16%	\$
SUBTOTAL+IVA	\$
-(RET IVA)	\$
-(RET ISR)	\$
TOTAL	\$

formato para reclamación de reembolso de accidentes y/o enfermedades



estimado asegurado

favor de presentar este documento con los comprobantes
originales completos y una copia de sus gastos

Nombre del contratante y/o razón social
Empresa

Fecha día mes año

Nombre del asegurado

Nombre del asegurado titular

Nombre del asegurado

Padecimiento

Siniestro inicial si ☒ no ☐ Parentesco con el titular

En caso de tratarse de un siniestro complementario
Indicar el número de autorización:

Estudios

Recibos de honorarios

No.Factura Tipo de Estudio Importe

No.Recibo

Desglose de Concepto

Importe

Total 0.00

Total 0.00

Facturas de hospital

Otros gastos

No.Factura

Desglose

Monto

No.Factura

Desglose

Monto

Total 0.00

Total 0.00

Comentarios

Total del monto reclamado

Firma del asegurado

0.00

Nota: El total de gastos presentados, debe coincidir exactamente con la suma de los
comprobantes respectivos, procurando presentar estos en el mismo orden de conceptos.



reintegrando / los seguros

**CARTA DE AUTORIZACION
GASTOS MEDICOS MAYORES
ACCIDENTE CIRUGIA PROGRAMADA**

MOTOR
← Pago directo

Viernes, 07 de Marzo de 2014

Atención: LG1405638A Folio: 0000000013
Dictamen: 00001 Sinistro: 14010102930

Programación de Servicio

Esta carta otorga cobertura al asegurado: **SALINAS CASTELLANOS OLGA ROMULA**

bajo las condiciones en que la póliza fue contratada, de los gastos erogados que son estrictamente necesarios para la atención de los síntomas y/o diagnósticos declarados.

Sexo: Femenino
Fecha de Nacimiento: 1963/07/06

Póliza: FW36899A
Vigencia Póliza: 2014/12/31
Contratante: SERVICIOS GERENCIALES POSADAS, S.A. DE C
Titular: SALINAS CASTELLANOS OLGA ROMULA

Edad: 50
Habitación: CXPX
Fecha de Ingreso: 2014/03/07

Certificado: 5459
Subgrupo: 01
Pagada: SI

Diagnóstico o Sintomatología (simple): FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL RADIO

Procedimiento: RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS PROFUNDO (ALAMBRE, CLAVO, VARILLA, PLACA).

Médico Tratante: SIMONT ZERON EDUARDO VITERBO

Tipo: RED

Prestador: OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES, S.A. DE C.V.
ASOC GINECO OBSTETRICA, S.A. DE C.V.

Monto Autorizado al Prestador: \$ 24,211.02

Cargos a cuenta del asegurado

Deducible** \$ 0.00

Coaseguro** 0.00 %

Gastos no cubiertos por la póliza*

Observaciones: AUTORIZACIÓN VÁLIDA PARA EL PROCEDIMIENTO INDICADO, EN CASO DE EFECTUARSE ALGÚN PROCEDIMIENTO DIFERENTE, ESTA CARTA QUEDARÁ INVALIDADA AUTOMÁTICAMENTE. NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES NI MEDICAMENTOS DE SALUDA, SE TABULAN HONORARIOS MÉDICOS. ***SE DESVIAN COSTOS POR CONCEPTO DE MEDIA TED***

Médico Asesor: GIL MARTINEZ JOSHUA



Firma del Prestador

Firma del Asegurado o Familiar

* Gastos no cubiertos: Pañales, comidas para los acompañantes, llamadas de larga distancia, gastos del recién nacido, caja fuerte, utensilios de uso personal (pastillas, desechables, shampoo, peine, ropa, maquillaje, zapatos, juguetes, flores, dulces, etc.). Excedente de habitación estándar y películas. ** En caso de existir padecimientos y/o síntomas diferentes a los encastrados a esta carta se deberá dar aviso a la compañía para que se realice el dictamen respectivo y valorar la procedencia del caso. *** La cobertura será efectiva siempre y cuando se rebase el deducible.

El pago al prestador de servicios será exclusivamente mediante transferencia electrónica.

2014/03/18 19:28:35

18/03/2014
12:53

MEDICA TEC 100, S.A DE C.V.
CONSUMOS POR CUENTA

SIHR0139

FOLIO	NOMBRE	TABULADOR	1	HABITACIÓN	F. ING.
7159	MONTSERRAT FLORES PADILLA			HABITACION 36	17-mar-14
MÉDICO	EXPEDIENTE	MFP1703147159		OBLIGADO	
LOO ESTRADA JOSÉ JESÚS				AXA SEGUROS, S.A. DE C.V.	
DIAGNOSTICO					
CIRUGIA 1				CIRUGIA 3	

Fecha / Hora	Descripción	Referencia	Cantidad	Precio	Importe	Descuento	Impuesto	Total	Operad
GRUPO: MEDICAMENTOS									
17/mar/14 13:27	DYNASTAT (PARECOXIB) FA 40MG	00553582	1.00	399.95	399.95	59.99	54.39	394.35	FERVEF
17/mar/14 13:28	NEXIUM IV (ESOMEPRAZOL) FCO AMP 40MG	00553582	1.00	500.95	500.95	75.14	58.13	483.94	FERVEF
17/mar/14 13:55	AGUA INYECTABLE AMP 10ML	00553588	2.00	32.14	64.28	9.64	8.74	63.38	JUJIMEI
17/mar/14 13:55	BREDELIN (LEVORFLOXACINO) FA 500MG 100ML	00553588	1.00	680.25	680.25	102.04	92.51	670.73	JUJIMEI
17/mar/14 13:56	DORMICUM (MIDAZOLAM) AMP 5MG/5ML C	00553588	1.00	865.89	865.89	99.88	90.56	656.57	JUJIMEI
17/mar/14 13:56	ROPICONEST (ROPIVA) AMP 7.5MG/ML 20MLAR	00553588	2.00	653.90	1,307.80	196.17	177.86	1,289.49	JUJIMEI
17/mar/14 13:56	FENODID (FENTANILO) AMP 0.5MG/10ML C	00553588	1.00	151.88	151.88	22.78	20.66	149.75	JUJIMEI
17/mar/14 13:57	NATURALAG LUB (LAGRIMAS ART) UNG 3.5G VL	00553588	1.00	206.50	206.50	30.98	28.08	203.61	JUJIMEI
17/mar/14 13:57	ATROPISA (ATROPINA) AMP 1MG/1ML AR	00553588	1.00	16.36	16.36	2.45	2.22	16.13	JUJIMEI
17/mar/14 13:57	TENDRIN (EFEDRINA) AMP 50MG/2ML C	00553588	1.00	85.37	85.37	12.81	11.61	84.17	JUJIMEI
17/mar/14 13:57	PISACAINA 2% (LIDOCAINA) FA 10ML AR	00553588	1.00	44.84	44.84	6.73	6.10	44.21	JUJIMEI
17/mar/14 13:57	GAMMADOL (KETOTRAMA) AMP 1025MG AR	00553588	2.00	281.25	562.50	84.38	76.50	554.63	JUJIMEI
17/mar/14 13:57	ONICIT (PALONSETRON) FA 0.75MG 1.5ML	00553588	1.00	1,113.48	1,113.48	167.02	151.43	1,097.89	JUJIMEI
17/mar/14 13:58	CLODASET (METOCLOLODANSE) AMP 10MG/4MG	00553588	1.00	538.90	538.90	80.84	73.29	531.36	JUJIMEI
17/mar/14 13:58	DIPRIVAN (PROPOFOL) AMP 200MG/20ML AR	00553588	1.00	453.60	453.60	68.04	61.69	447.25	JUJIMEI
17/mar/14 13:58	FENODID (FENTANILO) AMP 0.5MG/10ML C	00553588	1.00	151.88	151.88	22.78	20.66	149.75	JUJIMEI
17/mar/14 13:58	RELACUM (MIDAZOLAM) AMP 5MG/5ML C	00553588	1.00	83.14	83.14	12.47	11.31	81.98	JUJIMEI
17/mar/14 13:59	PISACAINA 2% C/EPINEF (LIDO) FA 50ML AR	00553588	1.00	100.43	100.43	15.06	13.66	99.02	JUJIMEI
17/mar/14 16:31	DECOREX (DEXAMETASONA) AMP 8MG/2ML	00553583	1.00	34.56	34.56	5.18	4.70	34.08	LOREGOI
17/mar/14 18:26	DYNASTAT (PARECOXIB) FA 40MG	00553679	1.00	399.95	399.95	59.99	54.39	394.35	FERVEF
17/mar/14 18:26	GAMMADOL (KETOTRAMA) AMP 1025MG AR	00553679	1.00	281.25	281.25	42.19	38.25	277.31	FERVEF
18/mar/14 00:12	ZOFRAN (ONDANSETRON) AMP 4MG/2ML	00553754	1.00	712.80	712.80	106.92	96.94	702.82	MARILA
18/mar/14 05:32	GAMMADOL (KETOTRAMA) AMP 1025MG AR	00553814	1.00	281.25	281.25	42.19	38.25	277.31	MARILA
18/mar/14 05:32	NEXIUM IV (ESOMEPRAZOL) FCO AMP 40MG	00553814	1.00	500.95	500.95	75.14	68.13	483.94	MARILA
18/mar/14 05:32	DYNASTAT (PARECOXIB) FA 40MG	00553814	1.00	399.95	399.95	59.99	54.39	394.35	MARILA
18/mar/14 10:27	GAMMADOL (KETOTRAMA) AMP 1025MG AR	00553932	1.00	281.25	281.25	42.19	38.25	277.31	FERVEF
18/mar/14 10:27	BREDELIN (LEVORFLOXACINO) FA 500MG 100ML	00553932	1.00	680.25	680.25	102.04	92.51	670.73	FERVEF
SUBTOTAL POR GRUPO				10,700.21		1,605.03	1,455.23	10,550.41	

GRUPO: MATERIALES									
17/mar/14 07:42	HARTMAN 1000 ML 400089	00553429	1.00	48.30	48.30	7.25	6.57	47.62	EFUENTE
17/mar/14 12:45	SHAVERS (MAT ESP)	00553550	2.00	4,083.75	8,167.50	1,225.13	1,110.78	8,053.16	ROMANO
17/mar/14 12:45	PUNTA VULCAN (MAT ESP)	00553550	1.00	10,127.70	10,127.70	1,519.16	1,377.37	9,985.91	ROMANO
17/mar/14 12:45	IRRIGADOR DESECHABLE (MAT ESP)	00553550	1.00	3,712.50	3,712.50	556.88	504.90	3,650.53	ROMANO
17/mar/14 12:45	COOL CUT 90° (MAT ESP)	00553550	1.00	6,682.50	6,682.50	1,002.38	908.82	6,588.95	ROMANO
17/mar/14 12:45	TEJIDO TENDINOSO DOBLE (MAT. ESP)	00553550	1.00	52,515.00	52,515.00	7,877.25	7,142.04	51,779.79	ROMANO
17/mar/14 12:45	TORNILLO 10x28 (MAT ESP)	00553550	1.00	6,588.00	6,588.00	988.20	895.97	6,495.77	ROMANO
17/mar/14 12:45	TORNILLO 8x23 (MAT ESP)	00553550	1.00	6,588.00	6,588.00	988.20	895.97	6,495.77	ROMANO
17/mar/14 12:45	CLOTH MARTER (MAT ESP)	00553550	1.00	8,437.50	8,437.50	1,265.63	1,147.50	8,319.38	ROMANO
17/mar/14 12:45	PUNTA RF ABLATION (MAT ESP)	00553550	1.00	15,925.95	15,925.95	2,388.89	2,165.93	15,702.99	ROMANO
17/mar/14 12:46	ULTRAFRILL DBM 25G (MAT ESP)	00553550	1.00	14,037.30	14,037.30	2,105.60	1,909.07	13,840.78	ROMANO
17/mar/14 12:46	TIGR STUM 2.0 (MAT ESPECIAL)	00553550	3.00	1,464.75	4,394.25	659.14	597.62	4,332.73	ROMANO
17/mar/14 13:28	KIT TRANSIBIAL (MAT ESP)	00553580	1.00	10,785.15	10,785.15	1,617.77	1,466.78	10,634.16	ROMANO
17/mar/14 13:28	CANULA NO SQU (MAT ESP)	00553580	2.00	2,123.55	4,247.10	637.07	577.61	4,187.64	ROMANO
17/mar/14 13:46	AGUJA ESTERIL DESECH 20 X 32	00553588	3.00	2.99	8.97	1.35	1.22	8.84	JUJIMEI
17/mar/14 13:46	JERINGA DESECHABLE 20 ML 0623560	00553588	4.00	11.28	45.12	6.77	6.14	44.49	JUJIMEI
17/mar/14 13:46	JERINGA DESECHABLE 10 ML 21X32 0622570	00553588	3.00	7.31	21.93	3.29	2.98	21.62	JUJIMEI
17/mar/14 13:46	JERINGA DESECHABLE 5 ML 21X32 0621580	00553588	2.00	4.08	8.16	1.22	1.11	8.05	JUJIMEI
17/mar/14 13:46	JERINGA DESECHABLE INSULINA 1ML 0620000	00553588	1.00	8.16	8.16	1.22	1.11	8.05	JUJIMEI
17/mar/14 13:46	SABANA TERMICA ADULTO	00553588	1.00	490.99	490.99	73.65	66.77	484.12	JUJIMEI
17/mar/14 13:46	FLEBOTEK QUIRURGICO NB C/CLAVE 4001969	00553588	2.00	148.75	297.50	44.63	40.46	293.34	JUJIMEI
17/mar/14 13:46	TUBERIA DE SUCCION ESTERIL 3MTS	00553588	1.00	97.47	97.47	14.62	13.26	96.11	JUJIMEI
17/mar/14 13:46	ALMOHADILLAS C/ ALCOHOL 6818	00553588	3.00	2.44	7.32	1.10	1.00	7.22	JUJIMEI
17/mar/14 13:47	CATETER INTRAVENOSO # 20 0625540	00553588	2.00	33.32	66.64	10.00	9.06	65.71	JUJIMEI
SUBTOTAL POR GRUPO				10,700.21		1,605.03	1,455.23	10,550.41	

FOLIO	NOMBRE	TABULADOR	1	HABITACIÓN	F. ING.
7159	MONTERRAT FLORES PADILLA			HABITACION 36	17-mar-14
MÉDICO	EXPEDIENTE	MFP1703147159		OBLIGADO	
LOO ESTRADA JOSÉ JESÚS				AXA SEGUROS, S.A. DE C.V.	
DIAGNOSTICO					
CIRUGIA 1				CIRUGIA 3	

Fecha / Hora	Descripción	Referencia	Cantidad	Precio	Importe	Descuento	Impuesto	Total	Operad
17/mar/14 18:54	ALMOHADILLAS C/ ALCOHOL 6818	00553692	6.00	2.44	14.64	2.20	1.99	14.44	EFUENTE
17/mar/14 21:09	FLEBOTEK CICLAVE P/BOMBA 4002759	00553725	1.00	283.36	283.36	42.50	38.54	279.39	CINTMIR
17/mar/14 21:09	ESPONJA DIGASA10X10CM CR T28X24 EST C/10	00553725	1.00	65.00	65.00	9.75	8.84	64.09	CINTMIR
18/mar/14 03:43	CLORURO DE SODIO 250 ML 4000077	00553790	1.00	42.16	42.16	6.32	5.73	41.57	CINTMIR
18/mar/14 05:33	HARTMAN 1000 ML 4000089	00553815	1.00	48.30	48.30	7.25	6.57	47.62	CINTMIR
18/mar/14 05:34	FLEBOTEK CICLAVE P/BOMBA 4002759	00553815	1.00	283.36	283.36	42.50	38.54	279.39	CINTMIR
18/mar/14 08:51	MULETAS ALUMINIO GRANDE	00553875	1.00	508.28	508.28	76.24	69.13	501.16	EFUENTE
18/mar/14 09:56	MULETAS MEDIANAS	00553914	1.00	577.19	577.19	86.58	78.50	569.11	EFUENTE
18/mar/14 09:56	ESPONJA DIGASA10X10CM CR T28X24 EST C/10	00553914	1.00	65.00	65.00	9.75	8.84	64.09	EFUENTE
18/mar/14 09:56	ALMOHADILLAS C/ ALCOHOL 6818	00553914	4.00	2.44	9.76	1.46	1.33	9.62	EFUENTE
18/mar/14 09:56	CURITA REDONDO	00553914	1.00	1.87	1.87	0.28	0.25	1.84	EFUENTE
18/mar/14 09:57	OPSITE OP 6.5X5CM REF708	00553914	3.00	35.08	105.24	15.79	14.31	103.77	EFUENTE
18/mar/14 10:08	MULETAS ALUMINIO GRANDE	00553875	-1.00	0.00	-508.28	-76.24	-89.13	-501.16	EFUENTE
18/mar/14 10:10	BATA QUIRURGICA STANDARD "XL" (EX GRDE)	00553922	2.00	208.03	416.06	62.41	56.58	410.24	JUJIMEI
18/mar/14 12:09	OPSITE OP 6.5X5CM REF708	00553914	-3.00	0.00	-105.24	-15.79	-14.31	-103.77	EFUENTE
18/mar/14 12:09	ESPONJA DIGASA10X10CM CR T28X24 EST C/10	00553914	-1.00	0.00	-65.00	-9.75	-8.84	-64.09	EFUENTE
18/mar/14 12:16	MEDIAS ANTIEMBOLICAS MED MUSLO 1604390	00553978	1.00	318.20	318.20	47.73	43.28	313.75	EFUENTE
SUBTOTAL POR GRUPO					181,101.91	27,165.29	24,629.86	178,566.48	

GRUPO:	ADMISION								
17/mar/14 20:38	HABITACION ESTANDAR DIA	00553716	1.00	1,840.62	1,840.62	276.09	250.32	1,814.85	OSCADOI
17/mar/14 20:38	USO DE MATERIAL DE ASEPSIA Y CURACION	00553716	1.00	322.10	322.10	48.32	43.81	317.59	OSCADOI
SUBTOTAL POR GRUPO					2,162.72	324.41	294.13	2,132.44	

GRUPO:	APOYO BIOMEDICO								
17/mar/14 13:53	SET INSTRUMENTAL QUIRURGICO	00553588	1.00	284.11	284.11	39.62	35.92	280.41	JUJIMEI
17/mar/14 13:53	MONITOREO ANESTESICO (QUIROFANO)	00553588	1.00	1,015.29	1,015.29	152.29	138.08	1,001.08	JUJIMEI
17/mar/14 13:53	MONITOREO ANESTESICO (RECUPERACION)	00553588	1.00	934.11	934.11	140.12	127.04	921.03	JUJIMEI
17/mar/14 13:53	USO DE ELECTROCAUTERIO MONOBIPOLAR	00553588	1.00	1,204.67	1,204.67	180.70	163.84	1,187.80	JUJIMEI
17/mar/14 16:11	USO DE BOMBA DE INFUSION	00553637	1.00	934.11	934.11	140.12	127.04	921.03	CECIDEL
17/mar/14 16:21	USO ARTROSCOPIO(EQ ES)	00553649	1.00	6,370.65	6,370.65	955.60	866.41	6,281.46	CECIDEL
17/mar/14 16:21	USO DE INSTRUMENTAL P/ RODILLA (EQ ESP)	00553649	1.00	4,900.50	4,900.50	735.08	666.47	4,831.89	CECIDEL
17/mar/14 16:21	USO GRUA PARA RODILLA(EQ ES)	00553649	1.00	5,197.50	5,197.50	779.83	706.86	5,124.74	CECIDEL
17/mar/14 16:21	USO DE RADIOFRECUENCIA (EQ ESP)	00553649	1.00	4,900.50	4,900.50	735.08	666.47	4,831.89	CECIDEL
17/mar/14 16:21	USO EQUIPO SONORO P/SOLUCION(EQ ES)	00553649	1.00	1,782.00	1,782.00	267.30	242.35	1,757.05	CECIDEL
17/mar/14 16:21	USO EQ PODER (EQ ESP)	00553649	1.00	7,425.00	7,425.00	1,113.75	1,009.80	7,321.05	CECIDEL
SUBTOTAL POR GRUPO					34,928.44	5,239.27	4,750.27	34,439.44	

GRUPO:	CIRUGIA GENERAL								
17/mar/14 13:52	CIRUGIA MAYOR 2 1/2 HRS	00553588	1.00	4,295.63	4,295.63	644.34	584.21	4,235.49	JUJIMEI
17/mar/14 13:53	SALA DE RECUPERACION 1 HR O FRACCION	00553588	1.00	771.76	771.76	115.76	104.96	780.96	JUJIMEI
SUBTOTAL POR GRUPO					5,067.39	760.11	689.17	4,996.45	

TOTAL FACTURA HOSPITAL	233,960.67	35,094.10	31,818.65	230,685.22
OTROS SERVICIOS DE TERCEROS				
ANTICIPOS Y/O DEPOSITOS				
SALDO TOTAL A PAGAR	233,960.67	35,094.10	31,818.65	230,685.22



PAGO-FINIQUITO POR TRANSFERENCIA BANCARIA
PAGO DE DAÑOS ASEGURADO

SINIESTRO: «Sinistro»

FECHA OCURRENCIA: «dd/mm/aaaa»

PÓLIZA: «Póliza»

Auto: «Descripción Vehículo»

Número de «Serie»

Por medio del presente solicito y autorizo a **ZURICH COMPAÑIA DE SEGUROS, S. A.**, para el pago de la indemnización producto del siniestro citado, me sea depositado en la siguiente cuenta bancaria:

Fecha:					Lugar:	
Nombre del Banco:						
Cuenta CABLE (18 dígitos):						
Nombre completo del Titular de la cuenta bancaria:						
Apellido Paterno			Apellido Materno		Nombre(s)	

Nota: Manifiesto que los datos antes mencionados son correctos los cuales proporciono bajo mi propia responsabilidad, por lo tanto Zurich Compañía de Seguros S.A., no será responsable del depósito si el número de cuenta no es correcto y no incurrirá en el pago de garantías ni en ninguna responsabilidad.

Al efectuarse la transferencia bancaria a la cuenta antes mencionada, reconozco que se ha efectuado el pago por la cantidad de \$ «Cantidad_en_Numero» («Cantidad_en_Letra» 00/100 M.N.). Importe total de la indemnización por los daños sufridos a mí propiedad y/o mi representada respecto del siniestro en referencia y otorgo a Zurich Compañía de Seguros, S.A., el más amplio finiquito que en derecho proceda por este reclamo.

Con la cantidad recibida queda totalmente cubierta la responsabilidad de Zurich Compañía de Seguros, S. A., derivada de la póliza mencionada, por lo que hago (hacemos) constar por medio del presente que relevo a dicha empresa y a sus representantes, de cualquier responsabilidad presente o futura con motivo del siniestro ya citado y no me reservo a ninguna acción o derecho en contra de Zurich Compañía de Seguros, S. A.

En forma expresa, me permito manifestar que autorizo la subrogación a Zurich Compañía de Seguros, S.A., en todas las acciones o derechos que me correspondan en contra de quién o quienes resulten responsables del siniestro y me comprometo a seguir junto con Zurich Compañía de Seguros, S.A. en caso de proceder acción conjunta de recobro en los términos del artículo 111 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro si para ello fuera requerido.

Por ultimo declaro formalmente que al momento de ocurrir el siniestro, materia de éste finiquito, no tenia contratado ningún otro seguro con otra compañía aseguradora, sobre el o los bienes.

Cobertura: «Cobertura»

Valor a Indemnizar :	«Valor a Indemnizar»	M.N.
Deductible :	«Deductible»	M.N.
Total	«Total Pago»	M.N.

ASEGURADO	BENEFICIARIO
«Asegurado» Fecha: _____ Correo electrónico: _____	«Beneficiario» Fecha: _____ Correo electrónico: _____



ZURICH

PAGO-FINIQUITO POR TRANSFERENCIA BANCARIA PAGO DE DAÑOS A TERCEROS

SINIESTRO: «Sinistro»

FECHA OCURRENCIA: «dd/mm/aaaa»

PÓLIZA: «Póliza»

Auto: «Descripción_Vehículo»

Número de «Serie»

Por medio del presente solicito y autorizo a **ZURICH COMPAÑÍA DE SEGUROS, S. A.**, para el pago de la indemnización producto del siniestro citado, me sea depositado en la siguiente cuenta bancaria:

Fecha:					Lugar:	
Nombre del Banco:						
Cuenta CABLE (18 dígitos):						
Nombre completo del Titular de la cuenta bancaria:						

Nota: Manifiesto que los datos antes mencionados son correctos los cuales proporciono bajo mi propia responsabilidad, por lo tanto Zurich Compañía de Seguros S.A., no será responsable del depósito si el número de cuenta no es correcto y no incurrirá en el pago de garantías ni en ninguna responsabilidad.

Al efectuarse la transferencia bancaria a la cuenta antes mencionada, reconozco que se ha efectuado el pago por la cantidad de \$ «**Cantidad en Numero**» («**Cantidad en Letra**» 00/100 M.N.). Importe total de la indemnización por los daños sufridos a mi propiedad y/o mi representada respecto del siniestro en referencia y otorgo a Zurich Compañía de Seguros, S.A., el más amplio finiquito que en derecho proceda por este reclamo.

Con la cantidad recibida queda totalmente cubierta la responsabilidad de Zurich Compañía de Seguros, S. A., derivada de la póliza mencionada, por lo que hago (hacemos) constar por medio del presente que relevo a dicha empresa y a sus representantes, de cualquier responsabilidad presente o futura con motivo del siniestro ya citado y no me reservo a ninguna acción o derecho en contra de Zurich Compañía de Seguros, S. A.

En forma expresa, me permito manifestar que autorizo la subrogación a Zurich Compañía de Seguros, S.A., en todas las acciones o derechos que me correspondan en contra de quién o quienes resulten responsables del siniestro y me comprometo a seguir junto con Zurich Compañía de Seguros, S.A. en caso de proceder acción conjunta de recobro en los términos del artículo 111 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro si para ello fuera requerido.

Por ultimo declaro formalmente que al momento de ocurrir el siniestro, materia de éste finiquito, no tenía contratado ningún otro seguro con otra compañía aseguradora, sobre el o los bienes.

Cobertura: «Cobertura»

Valor a Indemnizar :	«Valor a Indemnizar»	M.N.
Deducible :	«Deducible»	M.N.
Total	«Total Pago»	M.N.

BENEFICIARIO

Nombre y Firma de conformidad y aceptación

Fecha: _____

Correo Electrónico: _____



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

IMSS UMF No 45

Sur 159 No. 1448 Amp. Ramos Millán, México, DF

RESULTADOS DE LABORATORIO

Nombre: **LOPEZ SALAZAR LORENZA ADELA** No. Afiliación: 0796780406
Edad: 0 Años Sexo: Femenino
Código de Admisión: 0904/0031 Fecha Admisión: 04/09/2009 06:53
Turno: Matutino Consultorio: Consultorio 15 Matutino
Servicio Rec.: MEDICINA FAMILIAR Cama:
Diagnóstico: Servicio Trat.: MEDICINA FAMILIAR
Unidad Rec.: U. M. F. No. 45 Iztacalco (288) Paciente Externo
Comentario: Unidad Trat.: U. M. F. No. 45 Iztacalco (288)
Resultados: Completos

Examen	Resultado	U.M.	Valores de Referencia
--------	-----------	------	-----------------------

GLUCOSA	235.0	mg/dL	*A 70.0 - 105.0
COLESTEROL TOTAL	255.0	mg/dL	*A 140.0 - 210.0
TRIGLICÉRIDOS	329.0	mg/dL	*A 35.0 - 160.0

(met. Automatizado)
Estudio(s) validado por : LAB. VIRGINIA GONZALEZ TOVAR

EXAMEN GENERAL DE ORINA

(met. Automatizado)

Estudio(s) validado por : Q.B.P. CONCEPCION Q.F.B. JAQUELINE SERRANO ORTIZ,

SIN MUESTRA

BIOMETRIA HEMATICA

(met. Automatizado)

ERITROCITOS	4.82	10 ⁶ /µl	4.20 - 5.40
HEMOGLOBINA	14.39	g/dl	12.00 - 16.00
HEMATOCRITO	41.5	%	38.0 - 47.0
VCM	85.9	fl	85.0 - 95.0
HCM	30	pg/cel	26 - 32
CMHC	35	g/dl	30 - 36
ANCHO DE DISTRIBUCION DE ERITROCITOS	13.68	%	11.50 - 14.50
LEUCOCITOS	6.3	10 ³ /µl	4.5 - 10.0
NEUTROFILOS %	62.10	%	50.00 - 70.00
LINFOCITOS %	28.20	%	20.00 - 40.00
MONOCITOS %	7.30	%	4.00 - 10.00
EOSINOFILOS %	1.90	%	0.00 - 5.00
BASOFILOS %	0.50	%	0.00 - 1.00
NEUTROFILOS #	3.89	x10 ³ /µL	2.50 - 7.00
LINFOCITOS #	1.77	x10 ³ /µL	1.00 - 4.00
MONOCITOS #	0.46	x10 ³ /µL	0.10 - 1.00
EOSINOFILOS #	0.12	x10 ³ /µL	0.00 - 0.50
BASOFILOS #	0.03	x10 ³ /µL	0.00 - 0.10
PLAQUETAS	366	10 ³ /µl	150 - 400
BANDAS	0.30	%	0.00 - 2.00

Estudio(s) validado por : Q.F.B. ROSA HERNANDEZ DEHONOR.

TIEMPO DE PROTROMBINA

(met. Automatizado)

TIEMPO DE PROTROMBINA	10.2	seg	*B 10.5 - 14.5
PORCENTAJE	179.00	%	
FIBRINOGENO (Mét. Coagulométrico)	-		
TESTIGO	12.30	seg	
INR	0.77		

* Resultados fuera de rango. B = Bajo, A = Alto

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

OFICIALIA	LIBRO No.	ACTA No.	LOCALIDAD	FECHA DE REGISTRO DIA MES AÑO
MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA			
NOMBRE: _____ SEXO: HOMBRE O MUJER O FECHA DE NACIMIENTO: _____ (PRIMER APELLIDO) _____ (SEGUNDO APELLIDO) _____ LUGAR DE NACIMIENTO: _____ EDADE _____ AÑOS MESES DÍAS HORAS DOMICILIO HABITUAL: _____ (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) _____ PAIS _____ NOMBRE DEL CONYUGE _____ NOMBRE DE LA MADRE _____ NOMBRE DEL PADRE _____ NOMBRE DE LA MADRE _____ FECHA DE DEFUNCION _____ FALLECIMIENTO LUGAR _____ DESTINO DEL CADÁVER _____ INHUMACION O CREMATORIO _____ CERTIFICADO No. _____ UBICACION _____ DONDE FALLECIO _____ CAUSA(S) DE LA MUERTE _____ TIPO DE DEFUNCION _____ NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION _____ No. DE CÉDULA PROFESIONAL _____ DOMICILIO _____ DECLARANTE _____ NOMBRE _____ EDAD _____ AÑOS NACIONALIDAD _____ PARENTESCO _____ DOMICILIO _____ TESTIGOS NOMBRE _____ NACIONALIDAD _____ EDAD _____ AÑOS DOMICILIO _____ PARENTESCO _____ NOMBRE _____ NACIONALIDAD _____ EDAD _____ AÑOS DOMICILIO _____ PARENTESCO _____ LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES: _____ FIRMAS DECLARANTE _____ TESTIGO _____ SELLO DE LA OFICIALIA DEL REGISTRO CIVIL B. C. OFICIAL No. _____ DEL REGISTRO CIVIL nombre _____ firma _____				

DATOS COMPLEMENTARIOS	
1. TIPO DE FALLECIDO ASISTENCIA MEDICA EN SU ÚLTIMA ENFERMEDAD	SI (1) NO (2) NO SABE (3)
2. DATOS DEL FALLECIDO CUANDO ESTE TENGA 12 AÑOS Y MAS. EN CASO CONTRARIO CORRESPONDE AL JEFE DEL HOGAR	
2. SITUACION LABORAL	(1) TENIA TRABAJO O ESTABA BUSCANDO TRABAJO (2) ESTUDBANTE
3. SEPO DEL JEFE DEL HOGAR	NOMBRE (1) MUJER (2)
4. ESCOLARIDAD	(1) SIN ESCOLARIDAD (2) DE 1 A 3 AÑOS DE PRIMARIA (3) PRIMARIA COMPLETA (4) SECUNDARIA O EQUIVALENTE (5) SECUNDARIA O EQUIVALENTE (6) PROFESIONAL (7) OTRA
5. POSICION EN SU TRABAJO	(1) OBRERO (2) EMPLEADO (3) JORNALERO O PEÓN (4) TRABAJADOR POR SU CUENTA (5) PATRON O EMPRESARIO (6) TRABAJADOR FAMILIAR NO REMUNERADO
6. INGRESO MENSUAL N.º	



Biología Celular e Histología Médica

Unidad Temática 2

2011
2012
CURSO

Valores Normales de la Biometría Hemática

PARÁMETRO	VALORES NORMALES EN ADULTO	UNIDADES
LEUCOCITOS	4.50-11.00	$10^3/\mu\text{l}$
NEUTROFILOS %	40-85	%
LINFOCITOS %	18-45	%
MONOCITOS %	3-10	%
EOSINOFILOS %	1-4	%
BASOFILOS %	0.3-4	%
NEUTROFILOS	1.80-7.70	$10^3/\mu\text{l}$
LINFOCITOS	1.00-4.80	$10^3/\mu\text{l}$
MONOCITOS	0.00-0.80	$10^3/\mu\text{l}$
EOSINOFILOS	0.02-0.45	$10^3/\mu\text{l}$
BASOFILOS	0.02-0.10	$10^3/\mu\text{l}$
ERITROCITOS	H: 4.50-6.30 M: 4.20-5.40	$10^6/\mu\text{l}$
HEMOGLOBINA	H: 14.00-18.00 M: 12.00-16.00	g/dL
HEMATOCRITO	H: 42-52 M: 37-47	%
VCM	83-100	fL
HCM	28-32	pg
CHCM	32-34.50	g/dL
RDW	11.40-14.40	%
PLAQUETAS	150.00-450.00	$\times 10^3$

H: HOMBRES; M: MUJERES

VCM= Volumen corpuscular medio; HCM= Hemoglobina corpuscular media;

CHCM= Concentración de HCM; RDW= Distribución media eritrocitaria

NOTA: Estos valores pueden variar dependiendo del instrumento con el que se hagan las mediciones, por lo cual cada laboratorio maneja sus valores de referencia.



Hospital San Juan
Los Rios de Montalvo

PUNTAZON SANTOS Y DE LA GAZA EN LA IOP
RECIBIDO
DE LA GAZA EN LA IOP



Nombre
NOMBRE DEL PACIENTE
PTE
CALLE DEL PACIENTE
MONTEBAY, MONTEBAY
MONTEBAY, MONTEBAY

Fecha
Código

No. de Historia
Código de Historia
Fecha
Código de Historia

Nombre del Paciente	Fecha de Examen	Fecha de Examen	Fecha de Examen	Fecha de Examen
Nombre del Paciente	Fecha de Examen	Fecha de Examen	Fecha de Examen	Fecha de Examen
Nombre del Paciente	Fecha de Examen	Fecha de Examen	Fecha de Examen	Fecha de Examen
Nombre del Paciente	Fecha de Examen	Fecha de Examen	Fecha de Examen	Fecha de Examen
Nombre del Paciente	Fecha de Examen	Fecha de Examen	Fecha de Examen	Fecha de Examen

Nombre del Paciente	Fecha de Examen	Fecha de Examen	Fecha de Examen	Fecha de Examen
Nombre del Paciente	Fecha de Examen	Fecha de Examen	Fecha de Examen	Fecha de Examen
Nombre del Paciente	Fecha de Examen	Fecha de Examen	Fecha de Examen	Fecha de Examen
Nombre del Paciente	Fecha de Examen	Fecha de Examen	Fecha de Examen	Fecha de Examen
Nombre del Paciente	Fecha de Examen	Fecha de Examen	Fecha de Examen	Fecha de Examen

Nombre del Paciente	Fecha de Examen	Fecha de Examen	Fecha de Examen	Fecha de Examen
Nombre del Paciente	Fecha de Examen	Fecha de Examen	Fecha de Examen	Fecha de Examen
Nombre del Paciente	Fecha de Examen	Fecha de Examen	Fecha de Examen	Fecha de Examen
Nombre del Paciente	Fecha de Examen	Fecha de Examen	Fecha de Examen	Fecha de Examen
Nombre del Paciente	Fecha de Examen	Fecha de Examen	Fecha de Examen	Fecha de Examen

Nombre del Paciente	Fecha de Examen	Fecha de Examen	Fecha de Examen	Fecha de Examen
Nombre del Paciente	Fecha de Examen	Fecha de Examen	Fecha de Examen	Fecha de Examen
Nombre del Paciente	Fecha de Examen	Fecha de Examen	Fecha de Examen	Fecha de Examen
Nombre del Paciente	Fecha de Examen	Fecha de Examen	Fecha de Examen	Fecha de Examen
Nombre del Paciente	Fecha de Examen	Fecha de Examen	Fecha de Examen	Fecha de Examen

Nombre del Paciente	Fecha de Examen	Fecha de Examen	Fecha de Examen	Fecha de Examen
Nombre del Paciente	Fecha de Examen	Fecha de Examen	Fecha de Examen	Fecha de Examen
Nombre del Paciente	Fecha de Examen	Fecha de Examen	Fecha de Examen	Fecha de Examen
Nombre del Paciente	Fecha de Examen	Fecha de Examen	Fecha de Examen	Fecha de Examen
Nombre del Paciente	Fecha de Examen	Fecha de Examen	Fecha de Examen	Fecha de Examen

Informe médico

FMI

☐ Programación de cirugía

☐ Tratamiento médico

☐ Reembolso

Instrucciones:

- 1.- Este formato debe ser llenado y firmado por el médico tratante con letra de molde.
- 2.- Favor de no dejar preguntas ni espacios sin contestar.
- 3.- Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

Ficha de identificación

Nombre del paciente

Sexo

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s)

Edad

F

M

Causa de atención

Referido por otro médico o unidad

☐ Prevención

☐ Embarazo

☐ Enfermedad

☐ Accidente

☐ Sí

☐ No

¿Cuál?

Historia clínica (especificar tiempo de evolución)

Antecedentes personales patológicos

Antecedentes personales no patológicos

Padecimiento actual

Principales signos y síntomas

Fecha de inicio

Día | Mes | Año

Código Cie-10

Descripción del diagnóstico

Fecha diagnóstico

Día | Mes | Año

Tipo de padecimiento

☐ Congénito

☐ Adquirido

☐ Agudo

☐ Crónico

¿Se le ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidente?

☐ Sí

☐ No

¿Cuál?

Resultado de exploración física y de los estudios realizados (anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)

VALORES NORMALES

QUÍMICA SANGUÍNEA	PACIENTES	RANGOS	UNIDADES
Glucosa		70 -105	mg/dL
Urea		6 - 20	mg/dL
Creatinina		0,7 - 1,5	mg/dL
Clearance de creatinina	Hombres	97 - 137	mL/min/1,73m ²
	Mujeres	88 - 128	mL/min/1,73m ²
Ácido úrico	Hombres	3,4 - 7,0	mg/dL
	Orina	250 - 750	mg/24 h
Proteínas totales	LCR	6,6 - 8,7	mg/dL
	Orina 28 - 141 mg/24H	15 - 45	mg/dL
		1,0 - 15,0	mg/dL
Albúmina		3,5 - 5,5	mg/dL
Bilirrubina	Total	0,32 - 1,08	mg/100 mL
	Conjugada	0,10 - 0,50	mg/100 mL
	No conjugada	0,08 - 0,72	mg/100 mL
Globulina		1,46 - 2,54	mg/dL
Mucoproteínas		1,9 - 4,9	mg/dL
Microalbuminuria		Negativo	
Fibrinógeno		180 - 350	mg%

NOTAS DE EVOLUCIÓN (ANVERSO)

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO

LEEM

Notas de Evolución

UNIDAD MÉDICA: _____

EXPEDIENTE: _____

HOJA NO.

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S)): _____

EDAD: _____

GÉNERO: ☐ MASC ☐ FEM

FECHA Y HORA: _____

NOTAS DE EVOLUCIÓN

DESCRIBA LA EVOLUCIÓN DEL ESTADO CLÍNICO QUE GUARDA EL PACIENTE. EN EL AMBULATORIO, CADA VEZ QUE ASISTA A CONSULTA Y EN EL HOSPITALARIO UNA VEZ AL DÍA O CUANTAS VECES SEA NECESARIO. AL CONCLUIR LA NOTA DE EVOLUCIÓN, ANOTAR NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE LA ELABORÓ.

NOTA: TODAS LAS NOTAS MÉDICAS DEBERÁN ESTAR FIRMADAS POR EL MÉDICO ADSCRITO DEL SERVICIO

217B20000-016-06

ANOTE EL NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA

ANOTE EL NOMBRE(S) Y APELLIDOS COMPLETOS DEL PACIENTE INICIANDO POR LOS APELLIDOS

ANOTE EL DÍA, MES, AÑO Y HORA EN QUE SE ELABORA LA NOTA MÉDICA

ANOTAR EL NÚMERO DE HOJA CONSECUTIVO

ANOTE EL NÚMERO DE EXPEDIENTE QUE SE ASIGNA AL PACIENTE PARA SU IDENTIFICACIÓN

MARQUE CON UNA X MASCULINO O FEMENINO SEGÚN CORRESPONDA

ANOTE EL NÚMERO DE AÑOS Y MESES CUMPLIDOS DEL PACIENTE