



Instituto Mexicano del Seguro Social
Jefatura de Prestaciones Médicas
Delegación Estatal en Sonora.
Hospital General de Subzona #9 Puerto Peñasco
Departamento de enfermería



"SOLICITUD DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS Y ENDOPRÓTESIS "(2430-021-131)

Unidad médica hospitalaria : HOSPITAL GENERAL DE SUBZONA #9

Vale No:

Servicio : ORTOPEDIA	
-----------------------------	--

DATOS DEL PACIENTE		
--------------------	--	--

NOMBRE DEL PACIENTE		NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y AGREGADO
---------------------	--	---------------------------------------

--	--	--

Apellido paterno, materno y nombre(s)	NSS	Agregado
---------------------------------------	-----	----------

NÚMERO DE CAMA	FECHA Y HORA DE CIRUGIA
----------------	-------------------------

MÉDICO QUE SOLICITA		
---------------------	--	--

--	--	--

Apellido paterno, materno y nombre(s)	Matrícula	Firma
---------------------------------------	-----------	-------

PERSONAL DE ALMACEN QUE RECIBE		
--------------------------------	--	--

--	--	--

Apellido paterno, materno y nombre(s)	Matrícula	Firma
---------------------------------------	-----------	-------

PERSONAL DE CEYE O SUBCEYE QUE RECIBE		
---------------------------------------	--	--

--	--	--

Apellido paterno, materno y nombre(s)	Matrícula	Firma
---------------------------------------	-----------	-------

MATERIAL SOLICITADO (maraca "E" para existencia , "X" para NO existencia			
---	--	--	--

1		15	()
2		16	()
3		17	()
4		18	()
5		19	()
6		20	()
7		21	()
8	()	22	()
9	()	23	()
10	()	24	()
11	()	25	()
12	()	26	()
13	()	27	()
14	()	28	()

MATERIAL ANTERNATIVO (maraca "E" para existencia , "X" para NO existencia			
--	--	--	--

1	()	8	()
2	()	16	()
3	()	9	()
4	()	10	()
5	()	11	()
6	()	12	()
7	()	13	()



Instituto Mexicano del Seguro Social
Jefatura de Prestaciones Médicas
Delegación Estatal en Sonora.
Hospital General de Subzona #9 Puerto Peñasco
Departamento de enfermería

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



"SOLICITUD DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS Y ENDOPRÓTESIS "(2430-021-131)

Unidad médica hospitalaria : HOSPITAL GENERAL DE SUBZONA #9

Vale No:

Servicio : ORTOPEDIA	
-----------------------------	--

DATOS DEL PACIENTE		
---------------------------	--	--

NOMBRE DEL PACIENTE		NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y AGREGADO
----------------------------	--	--

--	--	--

Apellido paterno, materno y nombre(s)	NSS	Agregado
---------------------------------------	-----	----------

NÚMERO DE CAMA	FECHA Y HORA DE CIRUGIA
-----------------------	--------------------------------

--	--

MÉDICO QUE SOLICITA		
----------------------------	--	--

--	--	--

Apellido paterno, materno y nombre(s)	Matrícula	Firma
---------------------------------------	-----------	-------

PERSONAL DE ALMACEN QUE RECIBE		
---------------------------------------	--	--

--	--	--

Apellido paterno, materno y nombre(s)	Matrícula	Firma
---------------------------------------	-----------	-------

PERSONAL DE CEYE O SUBCEYE QUE RECIBE		
--	--	--

--	--	--

Apellido paterno, materno y nombre(s)	Matrícula	Firma
---------------------------------------	-----------	-------

MATERIAL SOLICITADO (maraca "E" para existencia , "X" para NO existencia			
--	--	--	--

--	--	--	--

1		15	()
---	--	----	-----

2		16	()
---	--	----	-----

3		17	()
---	--	----	-----

4		18	()
---	--	----	-----

5		19	()
---	--	----	-----

6		20	()
---	--	----	-----

7		21	()
---	--	----	-----

8	()	22	()
---	-----	----	-----

9	()	23	()
---	-----	----	-----

10	()	24	()
----	-----	----	-----

11	()	25	()
----	-----	----	-----

12	()	26	()
----	-----	----	-----

13	()	27	()
----	-----	----	-----

14	()	28	()
----	-----	----	-----

MATERIAL ANTERNATIVO (maraca "E" para existencia , "X" para NO existencia			
---	--	--	--

1	()	8	()
---	-----	---	-----

2	()	16	()
---	-----	----	-----

3	()	9	()
---	-----	---	-----

4	()	10	()
---	-----	----	-----

5	()	11	()
---	-----	----	-----

6	()	12	()
---	-----	----	-----

7	()	13	()
---	-----	----	-----



Instituto Mexicano del Seguro Social
Jefatura de Prestaciones Médicas
Delegación Estatal en Sonora.
Hospital General de Subzona #9 Puerto Peñasco
Departamento de enfermería

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



"SOLICITUD DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS Y ENDOPRÓTESIS "(2430-021-131)

Unidad médica hospitalaria : HOSPITAL GENERAL DE SUBZONA #9

Vale No:

Servicio : ORTOPEDIA	
-----------------------------	--

DATOS DEL PACIENTE		
NOMBRE DEL PACIENTE		NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y AGREGADO
Apellido paterno, materno y nombre(s)	NSS	Agregado
	NÚMERO DE CAMA	FECHA Y HORA DE CIRUGIA
MÉDICO QUE SOLICITA		
Apellido paterno, materno y nombre(s)	Matrícula	Firma

PERSONAL DE ALMACEN QUE RECIBE		
Apellido paterno, materno y nombre(s)	Matrícula	Firma

PERSONAL DE CEYE O SUBCEYE QUE RECIBE		
Apellido paterno, materno y nombre(s)	Matrícula	Firma

MATERIAL SOLICITADO (maraca "E" para existencia , "X" para NO existencia			
1		15	()
2		16	()
3		17	()
4		18	()
5		19	()
6		20	()
7		21	()
8	()	22	()
9	()	23	()
10	()	24	()
11	()	25	()
12	()	26	()
13	()	27	()
14	()	28	()

MATERIAL ANTERNATIVO (maraca "E" para existencia , "X" para NO existencia			
1	()	8	()
2	()	16	()
3	()	9	()
4	()	10	()
5	()	11	()
6	()	12	()
7	()	13	()