

Dirección:
 Reg. Fed.:

Reg. Cámara:

Cta. Estatal:

Código postal:

Fecha No.	Tipo Refer.	Cuenta	Número	Nombre	Concepto	Diario	Clase Cargos	Diario Abonos
02/Jul/2021	Egresos		5,880	EP060000012047	CENTRO REGIONAL DE ENFERMEDADES ..			
1	553/TRANS	52410-44110-1110..		IMTOS.R28.Ayuda Sociales a Personas	CENTRO REGIONAL DE ENFERMEDA..		5,000.00	
2	553/TRANS	11120-01060-0100..		Banorte 2567553/Teso 18-21	CENTRO REGIONAL DE ENFERMEDA..			5,000.00
3	553/TRANS	82200-00000-0000..		Presupuesto de Egresos por Ejercer				5,000.00
4	553/TRANS	82400-00000-0000..		Presupuesto de Egresos Comprometido			5,000.00	
5	553/TRANS	82400-00000-0000..		Presupuesto de Egresos Comprometido				5,000.00
6	553/TRANS	82500-00000-0000..		Presupuesto de Egresos Devengado			5,000.00	
7	553/TRANS	82500-00000-0000..		Presupuesto de Egresos Devengado				5,000.00
8	553/TRANS	82600-00000-0000..		Presupuesto de Egresos Ejercido			5,000.00	
9	553/TRANS	82600-00000-0000..		Presupuesto de Egresos Ejercido				5,000.00
10	553/TRANS	82700-00000-0000..		Presupuesto de Egresos Pagado			5,000.00	
Total póliza :							25,000.00	25,000.00



**GOBIERNO MUNICIPAL
DE RIOVERDE, S.L.P.**

MEMORANDUM

RIOVERDE, S.L.P. A 02 DE JULIO DEL 2021

**C.P. MARÍA CONCEPCIÓN DOMÍNGUEZ SOUBERBIELLE
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD
PRESENTE.-**

POR ESTE CONDUCTO LE ENVIO UN CORDIAL SALUDO, A SU VEZ TENGO A BIEN HACER MENCION SOBRE LA REALIZACION DE UN TRASPASO DE LA CUENTA **1002567553 TESORERIA 2018-2021** A LA CUENTA **0525280998 CENTRO REGIONAL DE ENFERMEDADES ONCOLOGICAS SA DE CV** POR LA CANTIDAD **\$5,000.00** (CINCO MIL PESOS 00/100 MN) POR CONCEPTO DE **PAGO AYUDA SOCIAL** CORRESPONDIENTE A SERVICIO MEDICO.

SIN OTRO PARTICULAR POR EL MOMENTO ME DESPIDO DE USTED REITERANDOLE LA SEGURIDAD DE MI CONSIDERACION.

ATENTAMENTE



TESORERÍA
GOBIERNO MUNICIPAL
CERCANO A LA GENTE
RIOVERDE

**C.P. HORACIO BALDERAS AVALOS
TESORERO MUNICIPAL**

C.C.P. ARCHIVO

Transferencias a Cuentas de Terceros Banorte / IxeBANCO MERCANTIL DEL NORTE S.A.
RFC: BMN-930209-927

02/07/2021 13:10

Cuenta/ CLABE Ordenante	1002567553
Nombre del Ordenante	MUNICIPIO DE RIOVERDE SLP
RFC Ordenante	MRS850101L1A
Moneda	MXP
ID Tercero	0998
Nombre del Beneficiario	CENTRO REGIONAL DE ENFERMEDADES ONCOLOGICAS SA DE CV
Cuenta/ CLABE Beneficiario	0525280998
Titular de la Cuenta	MUNICIPIO DE RIOVERDE SLP
RFC Beneficiario	CRE060905PK7
Importe a Transferir	\$5,000.00
IVA	\$0.00
Fecha Aplicación	02/07/2021
Número de Referencia	0207
Propósito de la Transferencia	AYUDA SOCIAL SOL 001871
Clave de Rastreo	37013
Confirmación	OK. OPERACION EFECTUADA
Comisión	\$0.00
IVA Comisión	\$0.00
Capturó	SAUL MORENO MARTINEZ
Fecha Captura	02/07/2021 01:10:08 p. m.
Ejecutó	SAUL MORENO MARTINEZ
Fecha de Ejecución	02/07/2021 01:11:00 p. m.
Autorizó 1:	
Fecha Autorización 1:	
Autorizó 2:	
Fecha Autorización 2:	
Autorizó 3:	
Fecha Autorización 3:	
AutExcepción 1:	
Fecha AutExcepción 1:	
AutExcepción 2:	
Fecha AutExcepción 2:	
Modo de Ejecución	Individual
Nombre del Archivo	

Operación realizada a través de los equipos de computo que procesan las peticiones de la Banca por Internet y que se ubican en la ciudad de México, D.F.

Para el caso de aclaración respecto a la operación celebrada, se podrá acudir a la Unidad Especializada de Atención a Aclaraciones de la Institución, según corresponda al lugar de celebración de la operación, o solicitarla a través de los siguientes teléfonos, en un lapso no mayor a 90 días naturales a partir de la fecha señalada en el presente comprobante:

México D.F. (55) 5140 5600 - Monterrey (81) 8156 9600 ? Guadalajara (33) 3669 9000 - Resto del país 01 800 226 6783



MEMORANDUM GOBERNACIÓN

Rioverde, S.L.P., a 29 de Junio del 2021.

C.P. Horacio Balderas Ávalos
Tesorero municipal
Presente.-

Por este conducto le envío un atento saludo, así mismo le solicito realizar transferencia, con cargo al ramo 28, por la cantidad de **\$5,000.00 (cinco mil pesos 00/100 mn)** a la cuenta 0525280998 clabe interbancaria 072-700-00525280998-4 de la institución bancaria BANCO MERCANTIL DEL NORTE,SA , a nombre de **CENTRO REGIONAL DE ENFERMEDADES ONCOLOGICAS SA DE CV**. En atención a la solicitud 001871 de la Sra. Juana Elías Maldonado de la Localidad la virgen del Municipio de Rioverde, S.L.P.

Agradeciendo sus atenciones quedo de usted.


ATENTAMENTE

"Un Gobierno Cercano a la gente"



GOBERNACIÓN

GOBIERNO MUNICIPAL 2018-2021
CERCANO A LA GENTE
RIOVERDE, S.L.P.


L.I. SAUL MORENO MARTINEZ.
Presidente Municipal sustituto
de Rioverde, S.L.P.

C.C.P. archivo





Tipo de Comprobante: Ingreso
 Folio: 7538
 Fecha: 27/Jul/2021 11:08:20
 Lugar de expedición: 78218

Emisor:
 Centro Regional de Enfermedades Oncológicas, S.A. de C.V.
RFC: CRE060905PK7
Régimen Fiscal: 601 General de Ley Personas Morales

Moneda: MXN - Peso Mexicano
Método de Pago: PUE - Pago en una sola exhibición
Forma de Pago: 03 - Transferencia electrónica de fondos

Receptor:
 MUNICIPIO DE RIOVERDE, S.L.P.
RFC: MRS850101L1A
Uso CFDI: G03 Gastos en general

Paciente: NESTOR MORENO MALDONADO

Cantidad	Unidad	Clave Servicio	Descripción	Valor unitario	Impuestos	Importe
1	E48 - Unidad	85121600 - Servicios médicos de doctores	SERVICIO DE PET-CT CON FDG-F18	\$4,310.35	IVA, - Importe: 689.66	\$4,310.35

Total con letra:
 cinco mil Pesos 01/100 M.N.

Importe:	\$4,310.35
Descuento:	\$0.00
Coaseguro:	\$0.00
Coaseguro Médico:	\$0.00
Deducible:	\$0.00
Subtotal:	\$4,310.35
Impuestos Traslados:	\$689.66
Retención IVA:	\$0.00
Total:	\$5,000.01

Tipo Relación:



Este documento es una representación impresa de un CFDI

Serie del Certificado del emisor: 00001000000506393418
Folio Fiscal: 5676AC76-8E6D-4670-B4B9-CE0C99CE1D77
No. de serie del Certificado del SAT: 00001000000505142236
Fecha y hora de certificación: 2021-07-27T11:08:24

Sello digital del CFDI

ZB4AcJxzOxVuflBNx72xyOXYvLYkaOJRBqIXmk1Cnf+gYXdD4QvSZj4cw1ZX2miXyP9Rh+mOGu2vwp4w6oLDin5aVQ2CnfTFWlnHAevQnrFN09wHRReGZZ1w7koj9L5yVVFIFs03LTrvBp0sRtB4voIvJiCkhs2ASXGY7xPqby+2JhVosTB1fqEnrxivR/m5RA4dDuMKp9PvNNBP2F0NMvPQf08eluXGfTxb7VJHWKp9bTubfyNVmUppLaXTrD5KNLSDJVkVprKpA8B7+vi5OwDFpGY0ybHJDRMPyRiv/hhr18luzbJjmnJJK4qkp5oluArCee8YTmOclJczeQ==

Sello del SAT

FvrRaoveO348BAGILUgedOzLpNlyay77vCPcoW1s+1olwbCjLXBx4iLbc4ZbCxaZyG3Wsz9YfDjxlwSqqT7CaYIPQRpxDuJoYWOomTvE4eax1kKIWUGq5enERqgVT954hJCZxp4/OaxLdpJxK5/u2sJTApxblyN8880mj0zLToBbzA80HjoufWz81XAkFRQceydw6G1IzOtpW3arwShJFoSxTlThGprjQb6hSXYGuwYZ+fwJ4TcJ7Dze3NhiaYg5yZZyZHmfJQXNs2A5SX0+vg84zXXdrWwwafaCvNaMqYER6FSyprvIAR2508cyVfoYaxU2QDU1rEMXg==

Cadena original del complemento del certificación digital del SAT

||1.1|5676AC76-8E6D-4670-B4B9-CE0C99CE1D77|2021-07-27T11:08:24|MAS0810247C0|ZB4AcJxzOxVuflBNx72xyOXYvLYkaOJRBqIXmk1Cnf+gYXdD4QvSZj4cw1ZX2miXyP9Rh+mOGu2vwp4w6oLDin5aVQ2CnfTFWlnHAevQnrFN09wHRReGZZ1w7koj9L5yVVFIFs03LTrvBp0sRtB4voIvJiCkhs2ASXGY7xPqby+2JhVosTB1fqEnrxivR/m5RA4dDuMKp9PvNNBP2F0NMvPQf08eluXGfTxb7VJHWKp9bTubfyNVmUppLaXTrD5KNLSDJVkVprKpA8B7+vi5OwDFpGY0ybHJDRMPyRiv/hhr18luzbJjmnJJK4qkp5oluArCee8YTmOclJczeQ==|00001000000505142236|]

```

<?xml version="1.0" encoding="utf-8" ?>
- <cfdi:Comprobante xmlns:cfdi="http://www.sat.gob.mx/cfd/3" xmlns:xsi="http://www.w3.org/2001/XMLSchema-instance"
  xsi:schemaLocation="http://www.sat.gob.mx/cfd/3 http://www.sat.gob.mx/sitio_internet/cfd/3/cfdv33.xsd"
  Certificado="MIIGRjCCBC6gAwIBAgIUMDAwMDEwMDAwMDA1MDYzOTM0MTgwDQYJKoZIhvcNAQELBQAwwGEMSAwHgYDVPQDD8dBVVRPUKIEQU
  Fecha="2021-07-27T11:08:20" Folio="7538" FormaPago="03" LugarExpedicion="78218" MetodoPago="PUE" Moneda="MXN"
  NoCertificado="00001000000506393418"
  Sello="ZB4AcJxzOxVuffBNx72xyOXYvLYkaOJRBqIXmk1Cnf+gYXdD4QvSZ/j4cw1ZX2miXyP9Rh+mOGu2vwp4w6oLDIn5aVQ2CnFTFWInHAEvQnrFN"
  SubTotal="4310.35" TipoDeComprobante="I" Total="5000.01" Version="3.3">
  <cfdi:Emisor Nombre="Centro Regional de Enfermedades Oncológicas, S.A. de C.V." RegimenFiscal="601" Rfc="CRE060905PK7" />
  <cfdi:Receptor Nombre="MUNICIPIO DE RIOVERDE, S.L.P." Rfc="MRS850101L1A" UsoCFDI="G03" />
- <cfdi:Conceptos>
  - <cfdi:Concepto Cantidad="1" ClaveProdServ="85121600" ClaveUnidad="E48" Descripcion="SERVICIO DE PET-CT CON FDG-F18"
    Importe="4310.35" NoIdentificacion="PETCT01" Unidad="SERVICIO" ValorUnitario="4310.35">
  - <cfdi:Impuestos>
    - <cfdi:Traslados>
      <cfdi:Traslado Base="4310.35" Importe="689.66" Impuesto="002" TasaOCuota="0.160000" TipoFactor="Tasa" />
    </cfdi:Traslados>
  </cfdi:Impuestos>
  </cfdi:Concepto>
  </cfdi:Conceptos>
- <cfdi:Impuestos TotalImpuestosTrasladados="689.66">
  - <cfdi:Traslados>
    <cfdi:Traslado Importe="689.66" Impuesto="002" TasaOCuota="0.160000" TipoFactor="Tasa" />
  </cfdi:Traslados>
  </cfdi:Impuestos>
- <cfdi:Complemento>
  <ctfd:TimbreFiscalDigital xmlns:ctfd="http://www.sat.gob.mx/TimbreFiscalDigital"
    xsi:schemaLocation="http://www.sat.gob.mx/TimbreFiscalDigital
    http://www.sat.gob.mx/sitio_internet/cfd/timbrefiscaldigital/TimbreFiscalDigitalv11.xsd" Version="1.1" UUID="5676AC76-8E6D-
    4670-B489-CE0C99CE1D77" FechaTimbrado="2021-07-27T11:08:24" RfcProvCertif="MAS0810247C0"
    SelloCFD="ZB4AcJxzOxVuffBNx72xyOXYvLYkaOJRBqIXmk1Cnf+gYXdD4QvSZ/j4cw1ZX2miXyP9Rh+mOGu2vwp4w6oLDIn5aVQ2CnFTFWInHAE"
    NoCertificadoSAT="00001000000505142236"
    SelloSAT="FvrRaoveO348BAGILuqedOzLPnlyaY/7fvCPcoW1s+toiwbCjLX8x4iLbc4ZbCxaZyG3Wsz9iYFFDjxlvwSqqT7CaYIPQRpxDuJoYWOOmTvE"
  </ctfd:Complemento>
</cfdi:Comprobante>

```

Folio fiscal*
RFC emisor*
RFC receptor*

Proporcione los dígitos de la imagen*

Verificar CFDI

* Datos obligatorios

RFC del emisor	Nombre o razón social del emisor	RFC del receptor	Nombre o razón social del receptor
CRE060905PK7	Centro Regional de Enfermedades Oncológicas, S.A. de C.V.	MRS850101L1A	MUNICIPIO DE RIOVERD
Folio fiscal	Fecha de expedición	Fecha certificación SAT	PAC que certificó
5676ACT76-8E6D-4670-B4B9-CE0C99CE1D77	2021-07-27T11:08:20	2021-07-27T11:08:24	MAS0810247C0
Total del CFDI	Efecto del comprobante	Estado CFDI	Estatus de cancelación
\$5,000.01	Ingreso	Vigente	Cancelable con aceptación

\$ 5,000

A 2 de Junio 2021

me dirijo a usted Señor

Presidente Saul

para pedirle un apoyo para el Sr Nestor Moreno Maldonado ya que se encuentra enfermo de Cancer de infomas hoyoquin y requiere de un estudio de \$ 35.000 mil pesos y no contamos con el recurso completo por eso pido ayuda esperando ser Favoresido por su atencion gracias

Solisito de su apoyo yo su esposa Juana Elias Maldonado

487 1224344

RECIBIDO

02 JUN. 2021

OFICIALIA DE PARTES

[Handwritten signature]
Autorizado \$3,500

001871



GOBERNACIÓN
GOBIERNO MUNICIPAL 2018-2021
CERCANO A LA GENTE
RIOVERDE, S.L.P.



**HOSPITAL CENTRAL
"DR. IGNACIO MORONES PRIETO"**

SOLICITUD DE ESTUDIOS RADIOLÓGICOS, DE IMAGEN Y GABINETE	FECHA: 28/04/21
---	---------------------------

Nombre del paciente: Moisés Marcos Maldonado	Fecha de nacimiento:	No. de registro hospitalario o folio: 1076377
Edad: 76	Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Servicio: _____ Cama: _____ Consulta Externa <input checked="" type="checkbox"/>

Datos clínicos y justificación completa de los estudios solicitados:
**CNA 6 años desde de haber operado
PETCT tom - PET CT cuerpo todo y FOG**

RADIOLOGÍA	Portátil <input type="checkbox"/>	Placa simple <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> proyecciones	Especial <input type="checkbox"/>	Ultrasonido <input type="checkbox"/>
Gammagrafía* <input type="checkbox"/>	Imagen por Resonancia Magnética* <input type="checkbox"/>	TC <input type="checkbox"/>	TC Alta Resolución <input type="checkbox"/>	
Sala de Hemodinamia <input type="checkbox"/>	Especifique el área anatómica a estudiar: Realizar PET CT y FOG		TC Reconstrucción <input type="checkbox"/>	
Cráneo <input type="checkbox"/>	Cuello <input type="checkbox"/>	Tórax <input type="checkbox"/>	Abdomen <input type="checkbox"/>	Pelvis <input type="checkbox"/>
Extremidades <input type="checkbox"/>	Contraste IV <input type="checkbox"/>	Contraste oral <input type="checkbox"/>	Contraste rectal <input type="checkbox"/>	Abdomen <input type="checkbox"/>
Anestesia <input type="checkbox"/>	Área de interés: _____			

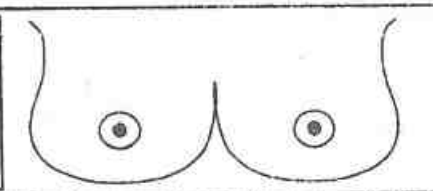
Resultados de laboratorio	TP: _____	TPT: _____	Glucosa: _____	Urea: _____	Creatinina: _____
Fecha: _____	Hb: _____	Plaquetas: _____	Otro: _____		

Doppler <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Regiones	Biopsia Guiada x U.S. <input type="checkbox"/>	Punción Guiada x U.S. <input type="checkbox"/>	Tránsito Esofágico o Esofagograma <input type="checkbox"/>	
Serie Ósea Niño de 6 a 12 años metastásica <input type="checkbox"/>	Cistrouretrografía Dinámica <input type="checkbox"/>	Colograma Distal <input type="checkbox"/>	Colón por Enema <input type="checkbox"/>	
Serie Ósea Adultos metastásica <input type="checkbox"/>	Fistulografía <input type="checkbox"/>	Pielografía Ascendente 1 Riñón <input type="checkbox"/>	Pielografía Ascendente 2 Riñones <input type="checkbox"/>	
Serie Gastro Duodenal Contras. <input type="checkbox"/>	Serie Gastro Duodenal Niño <input type="checkbox"/>	Tránsito Intestinal <input type="checkbox"/>	Uretrografía Retrograda <input type="checkbox"/>	
Edad Csea <input type="checkbox"/>	Colangiografía por Sonda en T <input type="checkbox"/>	Histerosalpingografía <input type="checkbox"/>	Histerosonografía <input type="checkbox"/>	Urografía Excretora <input type="checkbox"/>

Imagenología Mamaria	Mamografía <input type="checkbox"/>	Biopsia MAMA por Esterotaxia <input type="checkbox"/>
Ultrasonido mamario <input type="checkbox"/>		

Indicación de la Mastografía o Ultrasonido: _____

Otros factores de riesgo: _____



Monitoreo fetal <input type="checkbox"/>	Prueba sin estrés (PSS) <input type="checkbox"/>	Prueba de tolerancia a la oxitocina <input type="checkbox"/>	Perfil biofísico <input type="checkbox"/>
Amniocentesis <input type="checkbox"/>	Colposcopia simple <input type="checkbox"/>	Colposcopia con biopsia <input type="checkbox"/>	Otro: _____
Colpocitología <input type="checkbox"/>	Nivel hormonal <input type="checkbox"/>	Detección de cáncer <input type="checkbox"/>	Infección <input type="checkbox"/>

Observaciones: _____

MEDICO SOLICITANTE (Nombre, firma y matricula)

GASTROENTEROLOGÍA

Diagnóstica Terapéutica Panendoscopia CPRE
Colonoscopia Rectosigmoidoscopia Especificar: _____

CARDIOLOGÍA

Cateterismo cardíaco simple Cateterismo cardíaco con oximetría Angioplastia Coronariografía
 Procedimiento coronario intervencionista (PCI-Stent) Procedimiento cardiológico no coronario Prueba de esfuerzo
Electrocardiograma Estudio electrofisiológico Estudio Holter 24 de horas* Monitoreo ambulatorio de presión arterial*
Ecocardiografía Transtorácico Transesofágico Isquemia
Estrés Doplridamol Dobutamina Viabilidad

PRUEBAS DE FUNCIÓN RESPIRATORIA

¿El paciente tiene alguno de los siguientes antecedentes?

Infarto agudo al miocardio en los últimos siete días Hemoptisis activa Neumotórax Neurocirugía en el último mes
Hemorragia cerebral en el último mes Insuficiencia respiratoria con hipoxemia severa (SaO₂ < 80%) Tuberculosis activa o sospecha de la misma Uso de broncodilatadores

Nombre del médico que proporcionó la información: _____

Los primeros seis antecedentes son contraindicación para realizar las pruebas de función respiratoria

Estudio solicitado:

03 Espirometría y volúmenes pulmonares 04 Espirometría con broncodilatador 05 Oximetría en reposo Espirometría y difusión pulmonar
08 Espirometría, volúmenes pulmonares y difusión pulmonar 09 Espirometría, volumen pulmonar, difusión, presiones insp/esp máxima y oximetría 10 Espirometría con otros medicamentos
Broncoscopia diagnóstica Lavado bronquial Biopsia pulmonar Polisomnografía

OFTALMOLOGÍA

Ojo derecho Ojo izquierdo Bilateral Campimetría estándar
Azul/Amarillo Ultrasonido ocular modo A Ultrasonido ocular modo B Fluorangiografía
Aplicación de láser Otro Especificar: _____

NEUROLOGÍA

Electroencefalograma Electromiografía Emisiones otoacústicas Potenciales evocados*
Telemetría* Velocidad de conducción nerviosa* Potenciales evocados, especificar: _____

OTORRINOLARINGOLOGÍA

Audiometría* Fibrolaringoscopia

REUMATOLOGÍA

Densitometría una región Densitometría dos regiones

URODINAMIA

Cistometría de vaciamiento Estudio completo Estudio parcial Cistomanometría
Electromiografía Perfil uretral Uroflujometría

* Estudios de imagen y gabinete que se efectúan fuera del Hospital

MÉDICO SOLICITANTE (Nombre, firma y matrícula)



Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto

URGENTE

Teléfonos: 8 34 2700 y 8 34 2701, ext: 117-118

Fecha: 21 07 21
Dia Mes Año

Nombre del paciente: <u>Nestor Moron Maldonado</u>			No. de registro hospitalario o folio: <u>105627</u>		
Fecha de Nacimiento:	Edad: <u>TT</u>	Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Servicio: <u>Urol</u>	Cama:	Consulta Externa <input checked="" type="checkbox"/>
Domicilio:		Localidad:		Teléfono:	
Diagnósticos probables: <u>LN 13</u>					
HEMATOLOGÍA					
<u>49 Biometría hemática con plaquetas</u> <input checked="" type="checkbox"/>		<u>192 Velocidad de sedimentación globular</u> <input checked="" type="checkbox"/>		<u>162 Reticulocitos</u> <input checked="" type="checkbox"/>	
54 células LE <input type="checkbox"/>		89 Eosinófilos en moco nasal <input type="checkbox"/>		187 Grupo sanguíneo y factor Rh <input type="checkbox"/>	
50 Búsqueda de plasmodium <input type="checkbox"/>		241 Cuerpos Lamerales <input type="checkbox"/>		<u>160 Tinción aspirado de médula ósea</u> <input type="checkbox"/>	
COAGULACIÓN					
101 Fibrinógeno <input type="checkbox"/>		179 Tiempo de protombina (TP) <input type="checkbox"/>		180 Tiempo de tromboplastina parcial (TTP) <input type="checkbox"/>	
<u>193 TP con corrección de plasma fresco</u> <input type="checkbox"/>		<u>194 TTP con corrección de plasma fresco</u> <input type="checkbox"/>		210 Tiempo de trombina <input type="checkbox"/>	
				198 Dímero D <input type="checkbox"/>	
SEROLOGÍA					
191 VDRL <input type="checkbox"/>		161 Reacciones febriles <input type="checkbox"/>		158 Factor reumatoide cuantificado <input type="checkbox"/>	
<u>145 PCR cuantificada</u> <input checked="" type="checkbox"/>		163 Rotavirus <input type="checkbox"/>		11 Anti CCP <input type="checkbox"/>	
222 PIE en sangre <input type="checkbox"/>				02 AELO cuantificado <input type="checkbox"/>	
QUÍMICA CLÍNICA					
<u>111 Química sanguínea</u> <input checked="" type="checkbox"/>		110 Glucosa pre y post <input type="checkbox"/>		80 Curva de tolerancia a la glucosa <input type="checkbox"/>	
159 Tamiz <input type="checkbox"/>		248 Amilasa pancreática <input type="checkbox"/>		59 Colesterol <input type="checkbox"/>	
114 HDL colesterol <input type="checkbox"/>		124 LDL colesterol** <input type="checkbox"/>		188 Triglicéridos <input type="checkbox"/>	
		197 Hemoglobina glucosilada <input type="checkbox"/>		249 Lipasa <input type="checkbox"/>	
				103 Insulina <input type="checkbox"/>	
PRUEBAS DE FUNCIÓN HEPÁTICA					
Glucosa	Suero: <u>109</u> <input type="checkbox"/>	Una micción	Orina de 24 horas: 112 <input type="checkbox"/>	<u>140 PFN completas</u> <input checked="" type="checkbox"/>	173 TGO / AST <input type="checkbox"/>
Urea	<u>189</u> <input type="checkbox"/>	190 <input type="checkbox"/>	181 <input type="checkbox"/>	105 Fosfatasa alcalina <input type="checkbox"/>	28 Albúmina/Globulina <input type="checkbox"/>
a post	<u>201</u> <input type="checkbox"/>			<u>48 Bilirubinas</u> <input type="checkbox"/>	174 TGP / ALT <input type="checkbox"/>
150 Proteínas totales <input type="checkbox"/>					
PARASITOLOGÍA					
Creatinina	<u>67</u> <input type="checkbox"/>	70 <input type="checkbox"/>	223 <input type="checkbox"/>	<u>64 Coproparasitoscópico directo</u> <input type="checkbox"/>	65 Coproparasitoscópico III <input type="checkbox"/>
Acido úrico	<u>20</u> <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>	19 <input type="checkbox"/>	30 Amiba en fresco <input type="checkbox"/>	139 pH <input type="checkbox"/>
Sodio, potasio y cloro	<u>219</u> <input type="checkbox"/>	<u>85</u> <input type="checkbox"/>	<u>86</u> <input type="checkbox"/>	220 Acción triptica <input type="checkbox"/>	113 Grasa en heces <input type="checkbox"/>
Calcio	<u>51</u> <input type="checkbox"/>	211 <input type="checkbox"/>	81 <input type="checkbox"/>	166 Sangre oculta en heces <input type="checkbox"/>	200 Prueba de Graftam <input type="checkbox"/>
Fósforo	<u>106</u> <input type="checkbox"/>	104 <input type="checkbox"/>	107 <input type="checkbox"/>	200 Prueba de Graftam <input type="checkbox"/>	117APT Hb. Fetal <input type="checkbox"/>
Magnesio	<u>132</u> <input type="checkbox"/>	133 <input type="checkbox"/>	134 <input type="checkbox"/>	RENAL	
Amilasa	<u>27</u> <input type="checkbox"/>			154 Proteinuria de una sola micción <input type="checkbox"/>	<u>93 Examen general de orina</u> <input checked="" type="checkbox"/>
				81 Depuración de creatinina en orina de 24 horas <input type="checkbox"/>	149 Proteína de Bence Jones <input type="checkbox"/>
				235 Microalbuminuria en orina matinal <input type="checkbox"/>	151 Proteinuria de 24 horas <input type="checkbox"/>
					58 Cloruro férrico <input type="checkbox"/>
					234 Microalbumina en Orina de 24 horas <input type="checkbox"/>
PERFIL CARDIACO					
<u>82 DHL</u> <input checked="" type="checkbox"/>		173 TGO / AST <input type="checkbox"/>		68 CPK <input type="checkbox"/>	
				89 CPK/MB <input type="checkbox"/>	
				167 TROPONINA <input type="checkbox"/>	
				302 BNP <input type="checkbox"/>	
PERFIL TORCH					
225 Completo <input type="checkbox"/>		13 Ac. IgG Rubeola <input type="checkbox"/>		17 Ac. IgG Rubeola <input type="checkbox"/>	
18 Ac. IgM Antitoxoplasma <input type="checkbox"/>		15 Ac. IgG Citomegalovirus <input type="checkbox"/>		16 Ac. IgM Citomegalovirus <input type="checkbox"/>	
				12 Ac. IgG Antitoxoplasma <input type="checkbox"/>	
				10 Ac. HIV I - HIVII <input type="checkbox"/>	

Los exámenes **URGENTES** (en negrita y subrayado) pueden solicitarse las 24 horas, previa autorización del Médico Adjunto. Las muestras de los estudios de rutina se tomarán en cada servicio por el personal químico del Laboratorio, de Lunes a Viernes a las 7:15 a. m. No se reciben solicitudes mal requisitadas.

U

CUENTA BANCARIA

CENTRO REGIONAL DE ENFERMEDADES ONCOLOGICAS SA DE CV

BANCO: BANCO MERCANTIL DEL NORTE, SA

CUENTA: 0525280998

0998.pov

CLABE: 072-700-00525280998-4

SUCURSAL: 0846 GONZALEZ BOCANGRA, S.L.P.

Favor de enviar el comprobante al siguiente correo:

programacion@creo.com.mx

o por whatsapp al Cel. 4442229036

Admisión y programación.

Tels. 4448340160 y 4448340187

PROGRAMACIÓN E INFORMES
CREO - PI-V1.0 - MMXV II- III

PROGRAMACIÓN			
PACIENTE:	MORENO MALDONADO NESTOR		
FECHA DE NACIMIENTO:	26/02/1965	TELÉFONO:	4871551208
FECHA Y HORA DE VALORACIÓN CLÍNICA:	Lun 05/07/2021	A LAS	12:30 HRS
FECHA Y HORA DE ESTUDIO	Lun 05/07/2021	A LAS	13:00 HRS 30 min antes

DOCUMENTOS QUE SE ENTREGARÁN AL MÉDICO EN LA HISTORIA CLÍNICA:

DOCUMENTOS QUE SE ENTREGARÁN EN COBRANZA ANTES DEL ESTUDIO:

ASEGURADORA EN GENERAL

1. AUTORIZACIÓN.
2. INFORME MÉDICO.
3. CREDENCIAL INE (PACIENTE Y/O TITULAR).
4. CREDENCIAL DE ASEGURADORA (PACIENTE Y/O TITULAR).

SOLO PARA MEDI ACCESS:

- SOLICITUD DE SERVICIO con firma de autorización.
- CREDENCIALES INE Y DE PEMEX de paciente y titular.

SOLO PARA GOBIERNO DEL ESTADO:

- PASE DE ATENCIÓN MÉDICA mencionando al CREO
- VIGENCIA DEL SERVICIO MÉDI
- CREDENCIAL DEL INE DE PACIENTE Y RESPONSABLE
- RECIBO DE NÓMINA

SOLO PARA STAR MÉDICA HLS* Y LA BENE:

- CARTA RESPONSIVA

PACIENTES PARTICULARES

- COMPROBANTE DE PAGO

POLÍTICAS PARA REALIZACIÓN DE ESTUDIO:

SE REQUIERE HABER LIQUIDADADO EL 50 % EL COSTO DEL ESTUDIO POR LO MENOS 24 HORAS ANTES

LA CANCELACION DEL ESTUDIO DEBE SER MINIMO CON 24 HRS DE ANTICIPACION.

EN CASO DE NO ACUDIR AL ESTUDIO Y NO CANCELARLO SE REALIZARA EL COBRO DEL RADIOFARMACO.

POLÍTICAS PARA ENTREGA DE RESULTADOS:

SE REQUIERE HABER LIQUIDADADO AL 100 % EL CO

SE ENTREGARÁN DESPUES DE 3 DÍAS HÁBILES DE REALIZADO EL ESTUDIO, DE 14:00 A 16:00 HRS

SE ENTREGAN IMPRESOS Y EN DISCO EN ADMISIÓN; NO SE ENVIARÁN POR MENSAJERÍA O CORREO

SOLAMENTE SE ENTREGARÁN A LA PERSONA AUTORIZADA PARA RECOGERLOS

SI REQUIERE COPIA ADICIONAL DEL DISCO, ÉSTA TENDRÁ UN COSTO EXTRA

-PACIENTES DE HLS* O HEMS RECOGERÁN SUS RESULTADOS EN IMAGENOLOGÍA DE HLS***

PACIENTE DE ASEGURADORA FIRMARÁ BITÁCORA DE ASISTENCIA (EN COBRANZA) EL DÍA DEL ESTUDIO

ANTES DE PASAR A REALIZARSELO

MORENO MALDONADO NESTOR

PACIENTE

*HLS=HOSPITAL LOMAS DE SAN LUIS

**HEMS=HOSPITAL DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DE LA SALUD

JUANA ELIAS MALDONADO

RESPONSABLE DEL PACIENTE

Centro Regional de Enfermedades Oncológicas, S.A. de C.V.

Av. Palmira No. 600-A Tels. (444) 151 0900 y 834 0160 Colonia Villas del Pedregal, C.P. 78419 Pagina WEB: <http://www.creo.com.mx> San Luis Potosí