

**CONTROL DE ADQUISICIÓN DIRECTA DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS PARA LA ATENCIÓN DE INTERVENCIONES INCLUIDAS EN EL CATÁLOGO UNIVERSAL DE SERVICIOS DE SALUD (CAUSES)**

**I. DATOS DE LA UNIDAD HOSPITALARIA**

Nombre del Hospital: <i>Dr. Luis F. Nachon</i>	No. de Solicitud:
No. Unidad Aplicativa:	Fecha: <i>21/1/19</i>

**II. DATOS DEL BENEFICIARIO**

Nombre del(a) paciente: <i>Norma Galindo Testli</i>	Edad: <i>43</i>	Sexo: <i>F</i>
Nombre del tutor del paciente o del titular de la afiliación (en caso de ser afiliado):		
Dirección: <i>Ignacio Ahumada 220, Xico, Ver.</i>	Teléfono con clave LADA:	
No. Afiliación Seguro Popular: <i>3009892277 01</i>	No. de Expediente Clínico:	
Servicio: Consulta Externa <input type="checkbox"/> Urgencias <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/>	Servicio: <i>Traumatología</i>	

**III. DICTAMEN MÉDICO Y RESUMEN CLÍNICO**

Diagnóstico Médico: <i>Fractura de cubito derecho</i>	No. de Intervención del CAUSES:
---	---------------------------------

Breve Resumen Clínico que debe incluir la fecha de ingreso del(a) paciente a la unidad hospitalaria y dictamen médico:

*Femenina de 43 años de edad. Sufr. caída el día 1/1/19. Sobre mano derecha provocándole fractura de cubito derecho, desplazada que requiere tratamiento quirúrgico.*

Pronóstico: *Buena P/vida y Función.*

**IV. SOLICITUD ESPECÍFICA DEL MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS REQUERIDO**

Clave Cuadro Básico y Catálogo de Osteosíntesis y Endoprótesis, Nombre genérico específico del material requerido, cantidad con número y letra, etc.:

*1 placa de P 3.5mm. de reconstrucción de tornillos  
7 Pernos de Bloqueo -  
Broca 2.7mm. Mankudo 3.5mm.  
Asistencia del proveedor con préstamo de salidas  
inhalador*

Nombre completo, firma y Cédula Profesional del(a) Médico(a) adscrito(a) responsable de la atención del(a) paciente  
*Dr. Alberto Aja Reón Gómez CP 3341172*

**V. CONFIRMACIÓN DE DATOS POR LA SUBDIRECCIÓN MÉDICA O LA JEFATURA DE TRAUMATOLOGÍA**

Confirma congruencia clínica del diagnóstico con la petición de Material de Osteosíntesis: Sí  No

Nombre completo, firma y Cédula profesional del(a) Médico(a) Tratante

**VI. CONFIRMACIÓN DE RECEPCIÓN DEL INSUMO SIN COSTO**

(Este recuadro deberá ser requisitado con la firma autógrafa del paciente y devuelto al área de Contabilidad de Recursos Financieros acompañando a la factura original para el trámite, una vez concluida la atención del usuario)

Número de teléfono con clave LADA:

Nombre completo y firma del(a) paciente atendido(a) o tutor

NOMBRE Y FIRMA DEL(A) DIRECTOR(A) DE LA UNIDAD NOMBRE Y FIRMA DEL(A) ADMINISTRADOR(A) DE LA UNIDAD