

DEPENDENCIA: DIF MUNICIPAL
REFERENCIA: PRESIDENCIA DIF
N° DE OFICIO: DG / 1245 / 2020

ASUNTO: ORDEN DE COMISION

C. LEOPOLDO POOT RODRIGUEZ
CHOFER
P R E S E N T E:

SIRVASE TRASLADARSE AL (A) Ciudad de Mérida, Yucatán

EN DONDE SE SERVIRA A DESEMPEÑAR LA SIGUIENTE COMISION: Ir a buscar al C. Fermín Noh Angulo que será dado de alta en el Hospital Psiquiátrico a las 12:00 del medio día el día lunes 14 del presente año y trasladarlo a la alcaldía de señor Q. Roo.

El (los) día (s) 14 de Diciembre del 2020

Sin otro particular reciba un cordial saludo.

Atentamente

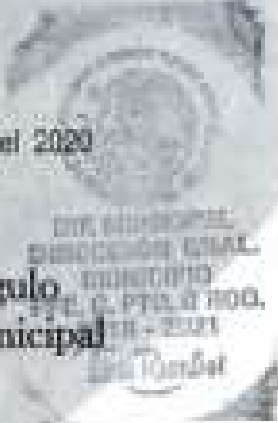
Fpe. C. Pto. Q. Roo a 11 de Diciembre del 2020



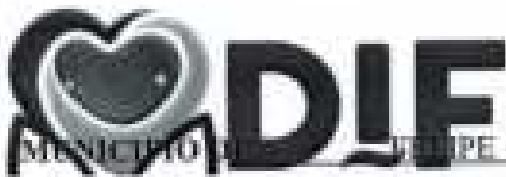
M.C. Eric Ivan Alcocer Angulo
Director General del DIF Municipal



CARRILLO
MUNICIPIO



DIF MUNICIPAL
DIRECCIÓN GENERAL
MUNICIPIO
FELIPE CARRILLO PUERTO
TEL. 999 9521



MUNICIPIO DE FELIPE CARRILLO PUERTO, Q. ROO



FELIPE CARRILLO PUERTO, Q. ROO
MUNICIPIO MUNICIPAL

CERTIFICACION DE VIATICOS No. _____

NOMBRE: C. LEOPOLDO POOT RODRIGUEZ

COMISION: A la Ciudad de Mérida, Yucatán

SALIDA

LLEGADA

14 Diciembre 2020

14 Diciembre 2020

CERTIFICO QUE EL COMISIONADO CUMPLIO CON LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS DE ACUERDO A LAS FECHAS QUE SE CITAN PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS TRABAJOS ENCOMENDADOS DE CONFORMIDAD A SU OFICIO DE COMISION No. 1245


M.C. Eric Ivan Alcocer Argueta
Director General del DIF Municipal

FE. 15 DE DICIEMBRE
2020 - 2021
Fernando Rueda

FELIPE CARRILLO PUERTO, Q. ROO A 14 DE Diciembre DEL 2020

LLEGADA

SALIDA

14 Diciembre 2020

14 Diciembre 2020

DIA MES AÑO

DIA MES AÑO

ESTA OFICINA CERTIFICA QUE EL COMISIONADO PERMANECIO EN ESTE LUGAR EN LAS FECHAS QUE CITAN Y PARA LOS TRABAJOS ENCOMENDADOS DE ACUERDO AL OFICIO ANTES CITADO



YUCATAN

NOMBRE

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE
DE **CARRILLO**

GOBIERNO MUNICIPAL

SELLO

HOSPITAL PSIQUIATRIKO
YUCATAN

[Handwritten signature]



SECRETARÍA DE MINISTRACION DE VIÁTICOS



FELIPE CARRILLO PUERTO MUNICIPAL

LUGAR Y FECHA: FELIPE CARRILLO PTO. Q. ROO A 14 DE DICIEMBRE DEL 2020

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

C. LEOPOLDO POOT RODRÍGUEZ R.F.C.: _____ NIVEL _____
PUESTO: Chofer CLAVE _____

COMUNICACIÓN DE LA COMISION

ME PERMITO COMUNICAR A USTED SU COMISION A: La Ciudad de Mérida, Yucatán, DURANTE 1 DIA (S) 14 DE Diciembre DEL 2020

TRABAJOS A DESEMPEÑAR: Ir a buscar al C. Fermín Noh Angulo que será dado de alta en el Hospital Psiquiátrico a las 12:00 del medio día el día lunes 14 del presente año y trasladarlo a la alcaldía de señor Q. Roo

MEDIO DE TRANSPORTE: Vehículo Oficial

LUGARES Y PERIODOS DE COMISION	DIAS	CUOTA DIARIA	IMPORTE
Ciudad de Mérida, Yucatán	1		120.00
OBSERVACIONES			TOTAL \$: 120.00

DATOS DE PAGO

No. DE CHEQUE _____ IMPORTE \$ _____ No. DE POLIZA _____

APLIC. PRESUPUESTAL Y CONTABLE

RECIBI LA CANTIDAD DE \$ 120.00 (SON: CINCUENTA PESOS 00/100 M.N)

EFFECTIVO _____

COMISIONADO

C. LEOPOLDO POOT RODRIGUEZ
NOMBRE Y FIRMA

EL SRIO. DE HACIENDA
MUNICIPAL

JEFE INMEDIATO DEL
COMISIONADO

EL PRESIDENTE MUNICIPAL

LIC. MELCHOR GOMEZ RIVERA
NOMBRE Y FIRMA

MC. ERIVAN COHEN ANGULO
ALCALDE
CARRILLO
MUNICIPALIDAD

LIC. JOSE ESQUIVEL VARGAS
NOMBRE Y FIRMA

SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE YUCATÁN
SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Termin Noh Angulo

Exp: 639-2020

HOJA ALTA Y DE CONTRAREFERENCIA

UNIDAD MÉDICA QUE REMITE Hospital Psiquiátrica "Yucatan"

SERVICIO: I-H

FECHA DE INGRESO: 11-10-2020

HORA: 23:00

FECHA DE EGRESO: 10-12-2020

HORA: 10:00

DIAGNÓSTICO DE INGRESO: Dep. intrínsecamente estabilizado por alcoholismo / Trastorno

DIAGNÓSTICO DE EGRESO: Dep. intrínsecamente estabilizado por alcoholismo / Trastorno
de personalidad acorde al cuadro de alcoholismo / Trastorno
sociocultural / uso de alcohol y tabaco

RESUMEN CLÍNICO:

Masculino de 26 años el mal se conoce como consumidor de alcohol, tabaco y cannabis, siendo la más predominante esta última ya que desde hace un año dejó de separarse de papa durante consumo. A meses previo a ingreso presentaba disfunción laboral, soliloquio, alucinaciones auditivas complejas ideas de locuras de día, misticismo-religiosas y de contextos escatológicos constantemente escucha a voces de espaldas de forma incesante por lo que a su hijo atribuyéndole por espaldas voces orden de restricción, luego se agregó letargo del pronunciamiento y coherencia como gárgaras la cabeza con espaldas. Tras presentar intento de suicidio mediante soga el cual fue frustrado por familiares se decidió su internamiento en el presente su estado tuvo una evolución trípide y lenta, requiriendo que se le realice PERIL Toxicológico con resultados positivos a alcoholismo y benzodiazepinas, esta última se interpreta que es debida a su uso en la ciudad. Presenta en ideas delirios de día que su hijo había sufrido abuso sexual y robado sus tarjetas siendo refutado por la misma madre. Tiene como factor de riesgo que en casa su padre también es consumidor de cannabis. Actualmente con hijo menor de 4 años, adecuada ingesta de medicación, las ideas delirios de día han remitido parcialmente y no interfieren ya en su conducta, aún con ideas misticismo-religiosas que impresionan dentro de contexto sociocultural. Debido a que se han remitido los síntomas de internamiento por lo que se consulta nuevamente en consulta externa. Se explican datos de alarma con cita abierta a urgencias.

PLAN TERAPÉUTICO:

Risperidona solución 1mg/ml 2-0-4ml VO

Risperidona tab 2mg 1-0-0 VO

Zulopentivál amp 200mg 1mc/3 semanas (programa 21-12-2020)

Clonazepam tab 2mg 0-0-1 VO (0-0-1 VO)

Valproato sódico 250mg tab 2-2-2 VO

CONTROL EN SEGUNDO NIVEL: Si

CITA: Psiquiatría

ALTA DEFINITIVA: NO

NOMBRE Y FIRMA
DEL MÉDICO QUE REPIERE
SICUA

Dr. Michael Ruffalo Medina
Psiquiatra
Ced. Prof: 3214309
Cde. Exp: 0455714



SEGOB

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

COMISIÓN DE LA ACCIÓN EXTERNA

SECRETARÍA DE GOBIERNO EXTERNO



Clave:
NOAF94051THQRHNR00

Nombre:
FERRIN NOH ANGULO



Soy Mexico

Fecha de emisión: 06/05/2016	Fecha: 12/18/2016	Centro de registro: CIENF NVA 070
--	-----------------------------	---

 **INstituto Nacional de Estadística e Informática**

CREDECIAL FIANCERA

Nombre:
FERRIN NOH ANGULO

Apellido:
FERRIN

Nombre completo:
FERRIN NOH ANGULO

Fecha de emisión:
06/05/2016

Fecha de validez:
06/05/2016 - 06/05/2017

Clave:
NOAF94051THQRHNR00





Clave de registro:
CIENF NVA 070

Clave de identificación:
03114M2812313MEX<01<<00973<4

Clave de acceso:
NOHANGULO<<FERRIN<<4<<4<<4<<4<<



Para usuarios directos/afiliados del ISSITE:

- Deberán acudir con boleta de subrogación con el sello y firma del director de la clínica regional en caso de acudir sin boleta y sin solicitud de ingreso, el usuario será evaluado y en caso de que amanezca ingreso, los gastos los cubrirá el familiar responsable (hasta la fecha en que traiga la boleta de subrogación).

-En caso de internamiento involuntario será necesario que el familiar o representante realice notificación a la "Unidad de Atención Temporal de la Fiscalía General del Estado" con base a lo solicitado por la NOM 025 SSAG 2014 en su punto 3.6.2. "En caso de urgencia, la persona adulta puede ingresar por indicación escrita de los y las especialistas médicos, respaldada en firma del familiar responsable que está de acuerdo con el internamiento quien está obligado del Area el Ministerio Público y a la representante".

-Así mismo se les informa que deberán estar pendientes de los requerimientos de su familiar hospitalizado, de los horarios de visita y los trámites de egreso ya que de no hacerlo podrán ser acreedores de penas y/o sanciones que establece el código penal vigente en el estado de Yucatán con base a los artículos 355, 356 y 352.

- **Artículo 352.-** a quien abandone a un niño menor de catorce años o a una persona enferma, inculcando obligación de custodia, se impondrá de uno a cuatro años de prisión, independientemente de la sanción correspondiente a uno que resultare concurrente o sucesivo del abandono.
- **Artículo 353.-** a quien tenga legalmente la obligación de hacerse cargo de una persona, incapaz de cuidar de sí misma, le entregue a una persona o una persona, incumpliendo con la ley o contraviniendo a la voluntad de quien se le confió, y en tal caso a la autoridad competente, se le aplicará prisión de uno a cuatro años y de diez a cien días de multa.
- **Artículo 356.-** cuando alguna de las sanciones anteriores a que se refiere este capítulo se sancione con la pérdida total de libertad civil de edad, la sanción a imponer se aumentará hasta el doble de la sanción máxima que corresponde a la conducta de que se trata.

Se dará aviso del alta de su familiar y acudiendo se acude en tiempo y forma. En el caso de no presentarse en el tiempo requerido, y si las condiciones médicas de su paciente lo permiten, este podrá solicitar su alta voluntaria.

ACERTO

NOMBRE DEL USUARIO

NOMBRE Y FIRMA DEL FAMILIAR O RESPONSABLE
(MÁXIMA FORMA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL)

[Firma]

[Firma]

TRABAJADOR SOCIAL QUE INFORMA:

[Firma]

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES

Fecha de Emisión: 12/01/20
 Nombre del Paciente: Fernán Nah Angulo
 Dirección del Paciente: Zona Q. No. 2
 P.O. Expediente: Pt. Expediente
 Hospital Emisor: Hospital Regional de Mérida

Edad	Sexo
	M
Clase	

P.O. Expediente: Pt. Expediente
 Hospital Receptor: Progreso

SERVICIOS ESTATALES DE SALUD

Fecha de Emisión: 12 de Enero 2020
 Nombre: Nah Angulo Fernán
 Sexo: M

Hospital Emisor: Hospital General Felipe Carrillo Puerto

Hospital Receptor: Hospital Regional de Mérida
 Dirección: Mérida

Historia de la Referencia:
 Paciente de 27 años de edad, que sufre de un cuadro de
 dolor intenso en la zona de la rodilla derecha, que ha
 empeorado en los últimos días, por lo que se le
 solicita su ingreso a esta unidad para ser atendido
 en el servicio de ortopedia. Se le informa de los
 procedimientos que se realizarán y se le pide su
 consentimiento informado. Se le informa que se
 le realizará un estudio de imagen y se le
 solicitará su consentimiento informado para la
 realización de la cirugía. Se le informa que se
 le realizará un estudio de imagen y se le
 solicitará su consentimiento informado para la
 realización de la cirugía. Se le informa que se
 le realizará un estudio de imagen y se le
 solicitará su consentimiento informado para la
 realización de la cirugía.

Examen	Referencia	Referencia	Referencia
110 70	76 5	24	80

46 5	1 5
------	-----

Hospital Receptor: Pt. Expediente

[Handwritten Signature]

-FRENTE-