



GOBIERNO DE
MÉXICO



SERVICIOS DE SALUD DE HIDALGO
HOSPITAL GENERAL ACTOPAN CLUES: HGIMB00151
SERVICIO DE TRANSFUSION SANGUINEA



TIPO DE SOLICITUD				FECHA DE NACIMIENTO:			
ORDINARIA:		URGENTE					
NOMBRE DEL RECEPTOR:				EDAD:		SEXO:	
LABORATORIOS:		GRUPO ABO:		RH:	INR		
		HB:		HTO:		TP	TPT
DIAGNOSTICO:							
INDICACION DE LA TRANSFUSIÓN							
TIPO DE CIRUGIA							
TRANSFUSIONES PREVIAS		SI	()	NO	()	FECHA DE ULTIMA TRANSFUSION	
REACCIONES TRANSFUSIONALES		SI	()	NO	()		
MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS:							
ANT. GINECOOBSTETRICOS: G: P: A: C: NO APLICA							
INMUNIZACIONES MATERNO-FETAL SI () NO () REACCION ANTI D:							
NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO ADSCRITO:							
SOLICITA:				FECHA:			
RECIBE:				FECHA:	HORA:		
MUESTRA SI () NO () BIEN IDENTIFICADA SI () NO ()							

ORIGINAL PARA EL SERVICIO DE TRANSFUSION Y COPIA PARA EL TRAMITE Y ARCHIVO EN EXPEDIENTE, SOLICITUDES CON INFORMACION INSUFICIENTE E ILEGIBLE NO SERAN ACEPTADAS

ST	UNIDADES	VOLUMEN
CE		
PFC		
PFC		
CP		
PRP		
CRIO		
ALB		

SERVICIO	NO. DE CAMA
CIRUGIA	
GINECO-OBSTETRICIA	
PEDIATRIA	
ME. INTERNA	
URGENCIAS	
ANESTESIOLOGIA	
TRAUMATOLOGIA	
TERAPIA INTENSIVA	

GRUPO SANGUINEO DEL RECEPTOR		NOTA: POR LA URGENCIA TRANSFUSIONAL SOLICITO QUE LA UNIDAD SE LIBERE EN FASE SALINA	
GRUPO ABO:	Rh:	NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO TRATANTE	

NO.	NO. UNIDAD	FECHA Y HORA	DISPONENTE	VOLUMEN	GRUPO ABO	RECIBIO	QUIEN ENTREGA	FECHA Y HORA ENTREGA

REALIZO PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD:	FASE SALINA () ALBUMINA () COOMBS ()	
FECHA:	HORA:	CONSERVACION:
OBSERVACIONES:		
HOSPITAL GENERAL ACTOPAN,SERVICIOS DE SALUD IMSS BINESTAR (CARLOS MAYORGA NO. 55 COL. CHAPULTEPEC,ACT)		

SELLO DE RECEPCION

SELLO DE CONFIRMACION