



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

NOMBRE Y CLAVE DEL DOCUMENTO

Procedimiento para la planeación, recepción, otorgamiento de citas y atención médica en Consulta Externa de Especialidades en las Unidades Médicas Hospitalarias de tercer nivel de atención

2430-003-016

AUTORIZACIÓN

Aprobó

Dr. Santiago Echevarría Zuno
Director de Prestaciones Médicas

Revisó

Dr. Fernando José Sandoval Castellanos
Titular de la Unidad de Atención Médica

Dr. José de Jesús González Izquierdo
Titular de la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Elaboró

Dr. Francisco Javier Cuervo Moguel
Jefe de la División de Apoyo a la Gestión

UNIDAD DE ORGANIZACIÓN Y CALIDAD

MOVIMIENTO

VALIDADO

ACTUALIZACIÓN 10 OCT. 2012



ÍNDICE

		Página
1	Base normativa	
2	Objetivos	4
3	Ámbito de aplicación	5
4	Políticas	5
5	Definiciones	11
6	Descripción de actividades	15
7	Diagrama de flujo	118
8	Relación de documentos que intervienen en el procedimiento	160
9	Anexos	
Anexo 1	Lista de espera para consulta externa de especialidades de primera vez	
Anexo 2	Distribución del tiempo para la consulta externa de especialidades, por semana	
Anexo 3	Determinación de dotaciones fijas de medicamentos en el servicio	
Anexo 4	Autorización de dotaciones fijas de medicamentos en el servicio, para 24 horas	
Anexo 5	Referencia – Contrarreferencia 4-30-8/98	
Anexo 6	Rol de asistencia del personal de enfermería	
Anexo 7	Monitoreo de la esterilización	
Anexo 8	Reporte de descompostura de equipos electromédicos	
Anexo 9	Vale a la CEyE por material, equipo o instrumental	
Anexo 10	Instrucciones para realizar la higiene de manos del personal de salud	
Anexo 11	Instrucciones para la medición de la temperatura corporal	
Anexo 12	Instrucciones para la medición de la tensión arterial	
Anexo 13	Instrucciones para la medición de la frecuencia cardiaca	
Anexo 14	Instrucciones para la medición del pulso cardiaco	
Anexo 15	Instrucciones para la medición de la frecuencia respiratoria	
Anexo 16	Instrucciones para determinar el peso	
Anexo 17	Instrucciones para determinar la estatura	



ÍNDICE

Anexo 18	Historia clínica
Anexo 19	Consentimiento informado para la realización de procedimientos invasivos en consultorio
Anexo 20	Registro del consumo de medicamentos de alto costo o de psicotrópicos
Anexo 21	Registro del consumo diario de medicamentos o material de curación y equipo
Anexo 22	Registro de la productividad diaria de enfermería
Anexo 23	Volante para solicitar cita en consulta externa de especialidades
Anexo 24	Solicitud de servicios (interconsulta) 4-30-200
Anexo 25	Consentimiento informado para la realización de procedimientos quirúrgicos
Anexo 26	Solicitud de material de osteosíntesis y endoprótesis
Anexo 27	Programa diario de operaciones 4-30-IQ-1/87
Anexo 28	Autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica 4-30-59/72
Anexo 29	Orden de internamiento
Anexo 30	Notas de trabajo social médico 4-30-54/2000
Anexo 31	Estudio de trabajo social en el área médica 4-30-53/72
Anexo 32	Reglamento interno de la Unidad Médica Hospitalaria
Anexo 33	Consentimiento informado para hospitalización
Anexo 34	Registro de pacientes hospitalizados 4-30-51/72
Anexo 35	Hoja de alta hospitalaria (Alta 1/98)
Anexo 36	Encuesta de satisfacción para la consulta externa de especialidades
Anexo 37	Enlace de turno de la Consulta Externa de Especialidades
Anexo 38	Bitácora para la entrega y recepción de la solicitud y suministro de medicamentos Farmacia-Servicio
Anexo 39	Productividad mensual del personal de enfermería
Anexo 40	Consumo mensual de medicamentos y del material de curación y equipo
Anexo 41	Registro del muestro de verificación de vigencia de medicamentos



Procedimiento para la planeación, recepción, otorgamiento de citas y atención médica en Consulta Externa de Especialidades en las Unidades Médicas Hospitalarias de tercer nivel de atención

1.- Base normativa

El presente procedimiento atiende el contenido de:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 4 y 123, Apartado "A" Fracción XXIX. Ley General de Salud Artículos 1º, 2º y 3º Capítulo I Artículo 316 y Capítulo III, Artículos 330, 331, 332, 333, 340 y 341. Ley del Seguro Social, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 diciembre de 1995, reformada por decretos del 21 de noviembre de 1996; 20 de diciembre del 2001 y 11 de agosto del 2006 y 27 de abril del 2010. Artículos 56,89 Fracción I y 91; Ley Federal sobre Metrología y Normalización. Ley Reglamentaria del Artículo 4º Constitucional. Ley para el Fomento de la Investigación Científica y Tecnológica. Contrato Colectivo de Trabajo, firmado entre el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud Artículos 1º, 2º y 42. Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 13 de septiembre del 2000, y Acuerdo 385/2002 mediante el cual se reforma el 20 de agosto del 2002 y 30 de noviembre del 2006. Contrato Colectivo de Trabajo, firmado entre el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social. Norma Oficial Mexicana NOM 197-SSA1-2000 Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. Norma Oficial Mexicana NOM 168-SSA1-1998 Del expediente clínico. Norma Oficial Mexicana NOM 087-SEMARNAT-SSA1-2002 Protección ambiental residuos peligrosos biológicos infecciosos, clasificación y especificación de manejo. Norma Oficial Mexicana NOM 017-SSA2-1994 Para la vigilancia epidemiológica. Norma que establece las disposiciones para otorgar atención médica en Unidades Médicas Hospitalarias de Tercer Nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social 2000-001-008, validado y registrado el 08 de abril de 2009. Norma que establece las disposiciones para la aplicación de la vigilancia epidemiológica en el Instituto Mexicano del Seguro Social 2000-001-020, validado y registrado el 03 de agosto de 2012. Norma que establece las disposiciones en materia de información en salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social 2000-001-015, validado y registrado el 06 de mayo de 2008. Manual de Organización de las Unidades Médicas de Alta Especialidad. 0500-002-001, validado y registrado el 08 de octubre de 2010. Manual de Organización de las Unidades Médicas Hospitalarias de tercer nivel de atención, registrado el 08 de noviembre de 1996.

2.- Objetivos

2.1 Establecer las políticas y las actividades para el personal de salud y administrativo, para otorgar la atención médica en la Consulta Externa de Especialidades en las Unidades Médicas Hospitalarias de tercer nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social.



2.2 Unificar las actividades operativas y administrativas para otorgar la atención médica en la Consulta Externa de Especialidades en las Unidades Médicas Hospitalarias de tercer nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro.

2.3 Proporcionar al Jefe de División, Jefe o responsable de la Consulta Externa de Especialidades y al Coordinador Clínico de Turno los elementos para llevar a cabo la vigilancia de las actividades propias del servicio.

2.4 Lograr que la atención médica en la Consulta Externa de Especialidades se proporcione en forma oportuna eficaz y con apego a los indicadores Institucionales.

2.5 Organizar las funciones directivas de capacitación y supervisión operativa para el correcto registro de información clínica en cualquiera de las modalidades de Expedientes clínicos, bien sea en papel o electrónica, así como el registro completo y adecuado en formatos "fuente primaria de información" para alimentar los Sistemas.

3.- Ámbito de aplicación

El presente procedimiento es de observancia obligatoria para el personal de salud de la Consulta Externa de Especialidades en las Unidades Médicas Hospitalarias de tercer nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro.

4.- Políticas

4.1 El personal de salud y administrativo que realice las actividades en la Consulta Externa de Especialidades de las Unidades Médicas, cumplirá con lo establecido en el Código de conducta del servidor público del Instituto Mexicano del Seguro Social.

4.2 El cuerpo de gobierno de la Unidad Médica Hospitalaria de tercer nivel de atención:

4.2.1 Será el responsable de facilitar y dar seguimiento a proyectos y acciones de mejora.

4.2.2 Será el responsable de evaluar mensualmente la aplicación de este procedimiento, a través de la evaluación de los resultados de indicadores de Desempeño y Metas Programáticas desagregadas por especialidad y proporcionará asesoría a los miembros del equipo multidisciplinario de salud para diseñar acciones o proyectos de mejora que garanticen la oportunidad y calidad de la consulta externa.

4.2.3 Evaluará mensualmente la correcta aplicación de Guías de Práctica Clínica o de Protocolos de Manejo, el uso razonable de recursos, y la resolución oportuna y eficiente de los problemas de salud.



4.2.4 Establecerá estrategias y seguimiento de las mismas, para evitar que el personal de salud sea distraído de sus actividades contractuales por representantes de cualquier tipo de empresa o casa comercial ajena al Instituto, sin exclusión, durante su jornada laboral y/o en las instalaciones institucionales.

4.2.5 Implantará acciones para prohibir el acceso a las instalaciones, sin excepción alguna, a vendedores o a todo tipo de representantes de cualquier tipo de empresa o casa comercial; así mismo, vigilará que nadie altere el orden público, para cualquier persona que lo haga, el personal de vigilancia le solicitará amablemente que se retire, en caso de derechohabientes o familiares, se les informará que pueden acudir a la Oficina de Atención y Orientación al Derechohabiente para expresar su planteamiento.

4.2.6 Trabajará en colaboración para respaldar y proteger los derechos de los pacientes y sus familiares, y darán instrucciones al personal a su cargo para asegurar que se asuma la responsabilidad en todo la unidad médica hospitalaria de la protección de estos derechos.

4.3 El Director o Subdirector Médico, el Jefe de la División y Jefe de Departamento o Servicio Clínico o Responsable de los que dependa la Consulta Externa de Especialidades:

4.3.1 Difundirán entre el personal del mismo, el presente procedimiento.

4.3.2 Conducirán en el ámbito de responsabilidad y nivel organizacional la implantación del presente procedimiento.

4.3.3 Supervisarán y vigilarán que el personal de salud realice las actividades conforme a lo establecido en el presente procedimiento e implementará las medidas correspondientes para lograr los objetivos de organización, oportunidad y calidad.

4.3.4 Realizarán la planeación y programación para la operación óptima de la consulta externa de acuerdo a la demanda y a la capacidad instalada, favoreciendo el escalonamiento de citas y evitar tiempo de espera prolongado para recibir atención.

4.3.5 Supervisarán y vigilarán que los pacientes con cita subsecuente cuenten con la verificación de vigencia de derechos.

4.3.6 Instrumentarán acciones de supervisión para verificar vigencia de derechos e identificación de probables casos de incorporación irregular a la seguridad social o inscripciones improcedentes.

4.4 El Jefe de la División y Jefe de Departamento o Servicio Clínico o Responsable de los que dependa la Consulta Externa de Especialidades y el Jefe de División de Calidad:

4.4.1 Planearán, organizarán, vigilarán y evaluarán las actividades del proceso de la



consulta externa de especialidades para que se de con calidad conforme a la misión y visión de la unidad médica y con apego al marco legal y normativo vigente.

4.4.2 Identificarán las áreas de oportunidad para la mejora continua del proceso de la consulta externa de especialidades.

4.5 El Jefe de la División de Calidad en coordinación con el Jefe de Departamento o de Servicio o Responsable de la Consulta Externa de Especialidades, la Directora de Enfermería o Jefe de Enfermeras, la Coordinadora de Asistentes Médicas y Jefe de Trabajo Social y con el apoyo del Director Médico o Subdirector Médico:

4.5.1 Planearán y ejecutarán acciones de capacitación con el enfoque de mejora continua, dirigidos al personal de salud del servicio de consulta externa de especialidades.

4.5.2 Diseñarán e implantarán un plan de trabajo con el objetivo de lograr la certificación por parte del Consejo de Salubridad General y participar en Premios de Calidad que den reconocimiento y estimulen el buen funcionamiento de la consulta externa.

4.6 El Director o Subdirector Médico, el Jefe de la División, el Jefe de Departamento o Servicio Clínico, Enfermera Jefe de Piso, Jefe de Trabajo Social y Coordinadora de Asistentes Médicas asesorarán y apoyarán al personal de salud para que se lleve a cabo la promoción de la donación voluntaria de sangre entre los usuarios del servicio y grupos voluntarios.

4.7 El Jefe de Departamento o Servicio Clínico o Responsable de la Consulta Externa de Especialidades:

4.7.1 Asesorará, coordinará, ayudará y mantendrá actualizados los Métodos Específicos de Trabajo del servicio, de acuerdo con el equipo de que disponga para realizar sus actividades y la normatividad vigente.

4.7.2 Será el responsable de la eficiencia de la consulta externa de especialidades, su evaluación deberá ser dirigida a tres aspectos: la administración del proceso, el trabajo en equipo y el enfoque al usuario.

4.7.3 Difundirá e implantará la normatividad institucional y sectorial vigente, relacionada con la atención médica, así como las "Guías de Práctica Clínica", según el caso.

4.8 El Jefe de Oficina de Trabajo Social integrará el diagnóstico situacional de los servicios de Trabajo Social y Asistentes Médicas para elaborar programas, establecer estrategias y tomar decisiones tendientes a mejorar la atención social y administrativa de los derechohabientes; así como, supervisará y asesorará al personal de Trabajo Social y Asistentes Médicas en aspectos técnico-administrativos teniendo como base la normatividad vigente.



4.9 El personal de salud del proceso de la Consulta Externa de Especialidades:

4.9.1 Será responsable de respaldar y proteger los derechos de los pacientes y sus familiares.

4.9.2 Cumplirá con todas las normas y procedimientos para otorgar atención de calidad, con oportunidad y trato digno.

4.9.2 Guardará estricta confidencialidad sobre la información personal del paciente y con los resultados de los estudios de laboratorio realizados.

4.9.3 Deberá presentarse puntual y correctamente uniformado, y portar invariablemente el uniforme durante toda su jornada de trabajo, de acuerdo a su categoría, incluyendo gafete de identificación institucional.

4.9.4 Respetará los horarios de cita programada a los pacientes.

4.9.5 Elaborará y mantendrá actualizados los Métodos Específicos de Trabajo de sus procesos de acuerdo con el equipo de que disponga para realizar sus actividades.

4.9.6 Tratará al paciente, familiar o persona legalmente responsable, con respeto, amabilidad y dignidad; se dirigirá en todo momento con un lenguaje claro y preciso que permita comprender las instrucciones.

4.9.7 Podrá asistir a programas y eventos de capacitación y educación continua, siempre que cumplan con los requisitos y lineamientos normativos para ello, con contenidos académicos congruentes con su formación y desempeño laboral y sin interferir con sus funciones de atención a los pacientes; y una vez concluidos, participará en actividades docentes para el resto del personal de la UMH.

4.9.8 Informará a pacientes y familiares (cuando el primero lo autorice), sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico, de manera comprensible y de acuerdo al nivel cultural, propiciando en todo momento un ambiente de colaboración, concordia e incorporación al autocuidado de la salud y apego al manejo médico.

4.9.9 Registrará de acuerdo a su categoría, en los formatos normados en papel o electrónicos, sus actividades o requerimientos (Agenda de citas, Expediente clínico, Control e informe de consulta externa 4-30-6/99, Receta individual, Certificado de incapacidad temporal para el trabajo, entre otros) además de los que la unidad determine para garantizar la atención médica y control de la consulta externa.

4.9.10 Acordará reuniones mensualmente con el Jefe de Departamento o Servicio de su especialidad o categoría con el fin de validar los resultados de su trabajo obtenidos por los Sistemas de Información.



4.10 La Asistente Médica:

4.10.1 Atenderá a los derechohabientes y a sus familiares durante el proceso de recepción; explicará a los asegurados y beneficiarios las normas, horarios de atención y servicios con los que cuenta el hospital, así como su ubicación; atenderá en forma oportuna, clara y precisa sus solicitudes y las tramitará; manejará y devolverá expedientes y documentos; auxiliará al médico en funciones administrativas que se originen en el trato con sus pacientes, entre otras.

4.10.2 Solicitará que los pacientes menores de 18 años sean acompañados de un tutor, familiar o responsable, y otorgará toda las facilidades para que estos últimos puedan estar presentes durante todo el proceso de atención.

4.11 El personal de enfermería cumplirá las indicaciones médicas y verificará su cumplimiento, previa corroboración de datos de identificación y tratamiento en ordenes médicas y registros de enfermería; solicitará, recibirá, entregará, manejará y preparará de acuerdo a las necesidades del servicio, equipo médico, medicamentos, instrumental y material de curación; participará dentro de su jornada en el cumplimiento de los programas establecidos por el Instituto en el área de su competencia, entre otras.

4.12 El personal médico proporcionará atención médica, examinando, diagnosticando e instituyendo tratamiento médico-quirúrgico a derechohabientes ambulatorios, todo esto según las normas e instructivos vigentes en el Instituto; realizará funciones técnico-administrativas inherentes al tipo de actividades que tiene encomendadas (expedición de incapacidad, prescripciones de medicamentos, etcétera), entre otras.

4.13 Las Delegaciones que no cuenten con infraestructura de atención médica de segundo nivel, podrán referir directamente al paciente a las Unidades Médicas Hospitalarias del tercer nivel, de acuerdo a la complejidad del padecimiento.

4.14 Las referencias que se generen en el segundo nivel de atención serán solicitadas con oportunidad de acuerdo a los criterios de referencia vigentes y a las Guías de Práctica Clínica; el requisitado de los formatos para este propósito, deberá cumplir con los requisitos normados.

4.15 La contrarreferencia del tercer nivel al primer o segundo nivel de atención, deberá darse de acuerdo a la normatividad vigente y permitir una comunicación eficaz y eficiente entre las unidades médicas para ofrecer al paciente un manejo integral y acorde con las necesidades de atención médica de cada paciente, y con el proceso de transcripción en caso de requerirlo.

4.16 Las Unidades Médicas Hospitalaria de tercer nivel de atención podrán recibir directamente pacientes del primer nivel de atención en el caso de padecimientos de alta complejidad como el cáncer u otros padecimientos previamente pactados a través de Acuerdos de Gestión con las Delegaciones.



4.17 Todas las Áreas de la Consulta Externa de Especialidades son declarados como “Áreas libres de humo de tabaco” por lo que está totalmente prohibido fumar para cualquier persona.

4.18 El presente procedimiento atiende al contenido de:

4.18.1 Procedimiento para la planeación, programación, atención pre-operatoria, trans-operatoria y post-operatoria en las Unidades Médicas Hospitalarias de tercer nivel de atención. 2430-003-006, fecha de emisión 3 de julio de 2012.

4.18.2 Procedimiento para la atención médica en el área de primer contacto en el servicio de admisión continua o urgencias en Unidades Médicas Hospitalarias de Tercer Nivel. 2430-003-040, fecha de emisión 4 de noviembre de 2009.

4.18.3 Procedimiento para el diagnóstico y tratamiento del paciente con hemofilia y otras alteraciones hereditarias de la coagulación. 2430-003-025, fecha de emisión 30 de diciembre de 2010.

4.18.4 Procedimiento para la toma y recolección de sangre de cordón umbilical en las unidades médicas hospitalaria del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2430-003-004, fecha de emisión 13 de septiembre de 2011.

4.18.5 Procedimiento para la realización de estudios de gammagrafía o radioinmunoanálisis o administración de material radioactivo para tratamiento en los servicios de medicina nuclear del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2430-003-021, fecha de emisión 2 de julio de 2010.

4.18.6 Procedimiento para la determinación de necesidades y control de ropa hospitalaria reusable en las unidades médicas hospitalarias del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2430-003-007, fecha de emisión 6 de julio de 2012.

4.18.7 Procedimiento para la transcripción de medicamentos entre unidades médicas. 2660-003-001, fecha de emisión 26 de agosto de 2010.

4.18.8 Procedimiento para el suministro y control de recetarios en Unidades Médicas de Alta Especialidad. 2420-003-014, fecha de emisión 8 de junio de 2012.

4.18.9 Procedimiento para la atención y solución a quejas reportadas sobre la calidad de los insumos para la salud adquiridos por el IMSS. 2070-003-002, fecha de emisión 2 de abril de 2012.

4.18.10 Procedimiento para el registro estadístico de las actividades médicas en Unidades Hospitalarias (SIMO). 2E10-003-002, fecha de emisión 10 de enero de 2011.

4.18.11 Procedimiento para la prescripción de medicamentos incluidos en el Catálogo II del



Cuadro Básico Institucional de Medicamentos, 2450-003-011, fecha de emisión 02 de agosto de 2012.

4.18.12 Código de conducta de las y los servidores públicos del Instituto Mexicano del Seguro Social, autorizado por el H. Consejo Técnico con oficio No. 09-52-19-0300/29323 del mes de febrero de 2004.

4.18.13 Procedimiento para la dictaminación y prevención de los accidentes de trabajo 2320-003-009, fecha de emisión 24 de noviembre de 2011.

4.18.14 Procedimiento para la dictaminación y prevención de las enfermedades de trabajo 2320-003-010, fecha de emisión 14 de octubre de 2010.

4.18.15 Procedimiento del comité de evaluación de la prescripción de la incapacidad temporal para el trabajo. 2330-003-004, fecha de emisión 10 de enero de 2005.

4.18.16 Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Arbitraje Médico. México, D.F., diciembre de 2001.

4.18.17 Carta de los Derechos Generales de las Médicas y Médicos. Secretaría de Salud. Comisión Nacional de Arbitraje Médico, México, D. F.

4.19 La entrada en vigor del presente documento actualizará y dejará sin efecto el siguiente documento: "Procedimiento para la planeación, recepción, otorgamiento de citas y atención médica en Consulta Externa de Especialidades en las Unidades Médicas Hospitalarias de tercer nivel de atención" con clave 2430-003-016 y fecha de registro 30 de septiembre de 2011.

4.20 El presente procedimiento podrá ser modificado mediante el Método Específico de Trabajo, según las características de la Unidad Médica Hospitalaria, previa autorización por el Director.

5.- Definiciones

Para efectos del presente procedimiento se entenderá por:

5.1 abandono del servicio de consulta externa de especialidades: Situación en la que el paciente se retira del Área de Consultorios sin notificarlo.

5.2 abandono del paciente por parte del responsable: Ausencia del responsable del paciente durante la atención del mismo en la Consulta Externa de Especialidades.

5.3 área de consultorios: Espacios físicos destinados para el otorgamiento de la atención médica ambulatoria.



5.4 área de controles: Espacios físicos ubicados en el Área de Consultorios, destinados a la recepción de pacientes que solicitan o tienen cita en la Consulta Externa de Especialidades.

5.5 área de recepción central: Espacio físico ubicado preferentemente en la entrada principal de la unidad, en donde se reciben solicitudes de atención médica especializada y se otorgan citas de primera vez.

5.6 área de la oficina de traslados de enfermos foráneos (OTEF): Espacio físico destinado a la recepción de documentos de los pacientes foráneos que generan pago de viáticos.

5.7 ARIMAC: Área de Información Médica y Archivo Clínico.

5.8 buzón: Caja cerrada con ranura que permite el depósito en forma confidencial de algún comentario, solicitud y/o queja por parte de los usuarios.

5.9 calidad de la atención: Grado en que los servicios de salud para pacientes y poblaciones aumenta la probabilidad de obtener los resultados deseados y coherentes con el conocimiento profesional actual.

5.10 catálogo II: Programa institucional que tiene como objetivo principal el garantizar el uso óptimo de claves de medicamentos de alta inversión e impacto financiero a través del control de prescripción de acuerdo a la evidencia científica de eficacia, seguridad y costo beneficio.

5.11 consentimiento informado: Documento oficial de carácter obligatorio, que deben firmar el médico tratante, paciente, familiares o personas legalmente responsables (éstos dos últimos en carácter de testigos), mediante el cual se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información vigente, comprensible y clara de los beneficios esperados y riesgos para el paciente.

5.12 consulta a paciente de primera vez: atención ambulatoria inicial que se otorga al individuo que se presenta con el formato de Referencia-contrarreferencia o una nota médica de envío del segundo nivel de atención, para valoración médica de alta especialidad.

5.13 consulta externa de especialidades: Conjunto de áreas y equipamiento destinados a proporcionar atención médica ambulatoria a la población derechohabiente, que presenta una patología de mayor complejidad o de menor frecuencia en su morbilidad, ubicados dentro de un establecimiento de atención médica. Para el Instituto, está conformado por cuatro Áreas: Recepción Central, Controles, Consultorios y Oficina de Traslados de Enfermos Foráneos (OTEF).

5.14 consulta subsecuente: Atención ambulatoria otorgada al individuo que ya fue



valorado en la consulta de primera vez y que requiere continuar con atención médica especializada.

5.15 consultorio: Área reservada para la valoración integral del paciente de manera ambulatoria.

5.16 días adicionales de incapacidad temporal para el trabajo: periodo superior al estimado por el médico tratante en el certificado de incapacidad inicial.

5.17 DIMAC: Departamento de Información Médica y Archivo Clínico.

5.18 dispensa de trámite: Autorización expresa para que una UMH de tercer nivel otorgue atención médica integral a un paciente con adscripción de origen fuera de la zona de responsabilidad normativa de dicha unidad médica.

5.19 grupo multidisciplinario de salud: Jefe o Responsable de la Consulta Externa de Especialidades, de las especialidades médicas y quirúrgicas, Enfermera Jefe de Piso o Responsable de la Consulta Externa de Especialidades, Jefe o Responsable de Trabajo Social, Coordinadora de Asistentes Médicas, Jefe de Conservación y Servicios Generales.

5.20 identificación oficial: Documento que comprueba la identidad del paciente en cumplimiento al Reglamento de Prestaciones Médicas (Cartilla Nacional de Salud, credencial ADIMSS, credencial del IFE, licencia de manejo, pasaporte, cédula profesional y cartilla militar. Para estudiantes y menores de edad: credencial de estudiante expedida por el plantel escolar oficialmente y CURP).

5.21 IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social.

5.22 interconsulta: Solicitud y valoración médica o paramédica, a petición de algún Servicio o Departamento Clínico a otra especialidad, con el propósito de otorgar una atención multidisciplinaria e integrar el diagnóstico y tratamiento que requiera el paciente; se lleva a cabo a través de la "Solicitud de servicios (interconsulta) 4-30-200", requisitada correctamente.

5.23 médico tratante: Médico No Familiar responsable de la atención integral del paciente.

5.24 módulo PREI-Proforma: Plataforma informática utilizada como herramienta para el registro y priorización de las necesidades de equipo médico, instrumental y mobiliario por parte de los directivos de la UMH.

5.25 no derechohabiente: Individuo que no tiene derecho a recibir las prestaciones establecidas en la Ley del Seguro Social.

5.26 nota de referencia – contrarreferencia: Procedimiento medico-administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención para facilitar el envío – recepción-regreso del paciente, con el propósito de brindar atención médica integral.



5.27 nota médica de envío: Documento sintético oficial expedido por un médico, en el que informa el resultado de la valoración clínica de un paciente y su prescripción incluyendo la necesidad de referencia a otro especialista.

5.28 orden de internamiento: Formato mediante la cual el Médico no Familiar tratante indica por escrito el internamiento al área de hospitalización de un paciente.

5.29 pacientes foráneos: Derechohabientes que habitan en una localidad diferente a donde se encuentra la Unidad Médica a la que acuden para recibir atención médica.

5.30 personal de salud: Médico, Enfermera, Asistente Médica, Nutricionista y Dietista. Trabajadora Social y Auxiliar de Servicios de Intendencia.

5.31 queja administrativa: Toda insatisfacción formulada en exposición de hechos por parte de los usuarios, por actos u omisiones en la prestación de los servicios médicos encomendados al Instituto, que originen la reclamación o protesta por posibles violaciones de sus derechos, siempre que los mismos no constituyan un acto definitivo, impugnabile a través del recurso de inconformidad en los términos de la Ley del Seguro Social y sus reglamentos.

5.32 responsable de ARIMAC: Jefe de Grupo, Coordinador u Oficial de Estadística del ARIMAC o DIMAC.

5.33 signos vitales: Constantes corporales esenciales para la vida (temperatura, frecuencia cardíaca o pulso, frecuencia respiratoria y tensión arterial).

5.34 SIMO: Sistema de Información Médico Operativo.

5.35 transcripción de medicamentos: Indicación en el formato de referencia – contrarreferencia de los medicamentos relacionados con la enfermedad del paciente, indicando, dosis, periodicidad, vía y tiempo de administración así como requerimiento mensual.

5.36 UMAE: Unidad Médica de Alta Especialidad.

5.37 UMF: Unidad de Medicina Familiar.

5.38 UMH: Unidad Médica Hospitalaria.

5.39 unidades médicas hospitalarias de tercer nivel de atención: UMAE, unidades médicas complementarias, Unidad de Consulta Externa de Especialidades del Centro Médico Nacional “La Raza”.

5.40 vigencia de derechos: Documento oficial en donde se indica que el paciente tiene derecho a la atención médica por tener actualizado su registro institucional.



6. Descripción de actividades del Procedimiento para la planeación, recepción, otorgamiento de citas y atención médica en Consulta Externa de Especialidades en las Unidades Médicas Hospitalarias de tercer nivel de atención

Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Etapa I CONSULTA Y ANÁLISIS		
<p>Jefe de Departamento o Servicio Clínico o Responsable de la Consulta Externa de Especialidades</p>	<p>1. Solicita al Departamento de Personal de la UMH:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Plantilla nominal”, • “Plantilla teórica” y • “Balance de plazas”, <p>para realizar el análisis de plantilla del personal (Médicos no Familiares, Asistentes Médicas, Enfermeras, Trabajadora Sociales) a su cargo.</p>	<p>Plantilla nominal</p> <p>Plantilla teórica</p> <p>Balance de plazas</p>
<p>Jefe de Departamento o Servicio Clínico, Enfermera Jefe de Piso, Jefe de Trabajo Social, Coordinadora de Asistentes Médicas o Responsables de la Consulta Externa de Especialidades</p>	<p>2. Consulta, revisa y analiza, de acuerdo al ámbito de su competencia, los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Recursos materiales del inventario físico de unidades 4-30-13a/2009-18” 2E10-009-001: (número total de consultorios, consultorios autorizados por turno); • “Resguardos del equipo” asignado a la Consulta Externa de Especialidades: (Mesas o sillones de exploración, escritorios, sillas, esfigmomanómetro, estetoscopio, estuche de diagnóstico, básculas, lámparas, recipientes herméticos rígidos rojos y por especialidades, computadoras, etcétera). • “Programa anual de vacaciones” del personal asignado al Servicio de la Consulta Externa de Especialidades; • “Cuadro de distribución del personal de enfermería, por consultorios”; 	<p>2E10-009-001</p> <p>Resguardos del equipo</p> <p>Programa anual de vacaciones</p> <p>Cuadro de distribución de personal del enfermería, por consultorios</p> <p>Cuadro de distribución del personal médico por especialidad, consultorios y turno</p> <p>4-30-6/99</p> <p>4-30-7</p> <p>Agenda electrónica (SICEH)</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
<p>Jefe de Departamento o Servicio Clínico, Enfermera Jefe de Piso, Jefe de Trabajo Social, Coordinadora de Asistentes Médicas o Responsables de la Consulta Externa de Especialidades</p>	<ul style="list-style-type: none">• “Cuadro de distribución del personal médico, por especialidad, consultorios y turno”;• Cobertura del ausentismo programado y no programado del personal de salud del Servicio de la Consulta Externa de Especialidades;• “Control e informe de consulta externa 4 30 6/99”: relación de consultas de primera vez / subsecuentes, número de consultas otorgadas y no otorgadas;• “Agenda de citas 4-30-7” o “Agenda electrónica (SICEH)”, que estén llenos todos los espacios (tiempo) disponibles para programación de citas con el Médico no Familiar;• “Lista de espera para consulta externa de especialidades de primera vez” 2430-021-118 (anexo 1), y determina:• Total de consultas factibles de programar en un periodo mensual,• Total de consultas programadas por día y por turno, en un día típico,• Total de consultas de primera vez programada, por especialidad o servicio,• Total de consultas subsecuentes programadas, por especialidad o servicio,• El tiempo de consulta semanal requerido para consultas de primera vez y subsecuentes, por especialidad o servicio, por turno, considerando:• El número de consultorios y el personal médico y paramédico autorizado,	<p>2430-021-118 Anexo 1</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
<p>Jefe de Departamento o Servicio Clínico, Enfermera Jefe de Piso, Jefe de Trabajo Social, Coordinadora de Asistentes Médicas o Responsables de la Consulta Externa de Especialidades</p>	<p>3. Identifica:</p> <ul style="list-style-type: none">• Número de consultorios y personal médico y paramédico autorizado para atender la consulta externa de especialidades.• La cantidad de personal médico y paramédico autorizado a la consulta externa de especialidades, por turno.• Cantidad de equipo con el que se cuenta, por especialidad• La productividad de la consulta externa de especialidades:• Total de consultas otorgadas, por especialidad,• Total de consultas no otorgadas, por especialidad y consultorio,• Porcentaje de consultas otorgadas de primera vez y subsecuentes por turno,• Porcentaje de consultas no otorgadas de primera vez y subsecuentes,• Total de pacientes en lista de espera oportunos y diferidos, por especialidad y• Total de días diferidos, por especialidad,• La demanda de cada una de las especialidades o servicios;• El total de tiempo de consulta utilizado por especialidad o servicio en consultas de primera vez y subsecuentes en las dos últimas semanas, expresados en horas o porcentajes del total de tiempo de horas-consultorio disponible por turno.	



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
<p>Jefe de Departamento o Servicio Clínico, Enfermera Jefe de Piso, Jefe de Trabajo Social, Coordinadora de Asistentes Médicas o Responsables de la Consulta Externa de Especialidades</p>	<p>4. Determina y analiza:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Principales motivos de consulta externa de especialidades, por: <ul style="list-style-type: none"> ○ Especialidad y ○ Hospitales de afluencia, • Principales motivos de egreso de la consulta externa de especialidades, <p>5. Analiza:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de consulta no otorgada con respecto de la programada, • Causas médicas y no médicas de consulta no otorgada, • Retención de pacientes por parte del Médico no Familiar (relación primera vez / altas), <p>e identifica las causas.</p> <p>6. Elabora, con base a la demanda de consultas de primera vez, con prioridad a aquellas especialidades con mayor lista de espera y diferimiento y las subsecuentes, la “Distribución del tiempo para la consulta externa de especialidades semanal” 2430-021-119 (anexo 2) y de esta manera programar al 100% de la capacidad funcional del departamento o servicio.</p> <p>7. Identifica y reserva temporalmente el tiempo necesario para satisfacer la demanda dentro del valor del indicador para consultas de primera vez por turno.</p> <p>8. Convoca a reunión de trabajo al grupo multidisciplinario de salud y les comunica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Distribución del tiempo para la consulta 	<p>2430-021-119 Anexo 2</p> <p>2430-021-119 Anexo 2</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
<p>Jefe de Departamento o Servicio Clínico, Enfermera Jefe de Piso, Jefe de Trabajo Social, Coordinadora de Asistentes Médicas o Responsables de la Consulta Externa de Especialidades</p> <p>Jefes de Departamento o Servicio Clínico o Responsables de las especialidades médicas y quirúrgicas</p> <p>Jefe de Departamento o Servicio Clínico o Responsable del Servicio de Consulta Externa de Especialidades, y Jefes de las especialidades médicas y quirúrgicas</p>	<p>externa de especialidades semanal” 2430-021-119 (anexo 2),</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiempo para consulta de primera vez disponible, para que estén dentro del valor de indicador, por especialidad y turno que estará vigente en las siguientes dos semanas. <p>9. Expone al grupo multidisciplinario de salud la problemática encontrada con respecto a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inoportunidad en el otorgamiento de la consulta de primera vez, • Incumplimiento de la consulta programada, • Índice elevado de subsecuencia, • Otros. <p>10. Analiza y consensa con el Jefe de Departamento o Servicio Clínico o Responsable de la Consulta Externa de Especialidades las modificaciones a la distribución del tiempo disponible para consulta de primera vez, por especialidad y turno, que estará vigente en las siguientes dos semanas, propone alternativas de solución, responsable y tiempo para resolverla y firma de conformidad en la “Minuta de la reunión de trabajo”.</p> <p>11. Elabora una programación multidisciplinaria de la consulta externa de especialidades con base en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La demanda de atención, con prioridad en aquellas especialidades con mayores listas de espera y diferimiento. 	<p>Minuta de la reunión de trabajo</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Jefe de Departamento o Servicio Clínico o Responsable del Servicio de Consulta Externa de Especialidades, y Jefes de las especialidades médicas y quirúrgicas	<p>12. Considera también para la programación multidisciplinaria:</p> <ul style="list-style-type: none">• “Plantilla de personal”,• “Programa anual de vacaciones”,• “Programa de actividades del personal médico”,• “Horario de labores de cada médico”,• Descansos asignados de cada médico,• "Licencias con y sin sueldo" de cada médico,• “Becas con o sin sueldo” de cada médico,• Cantidad de pacientes registrados en “Lista de espera para la consulta externa de especialidades de primera vez” 2430-021-118 (anexo 1), <p>13. Distribuye en forma semanal, entre el personal médico a su cargo, el tiempo para consultas asignado a la especialidad o servicio bajo su responsabilidad, informan con antelación al personal médico a su cargo los días de consulta externa y el horario de inicio de la misma y comunica a cada Médico no Familiar, mediante el registro de la “Distribución del tiempo para la consulta externa de especialidades semanal 2430-021-119 (anexo 2).</p>	<p>2430-021-118 Anexo 1</p> <p>2430-021-119 Anexo 2</p>
Médico no Familiar	<p>14. Recibe del Jefe o Responsable de las especialidades médico o quirúrgicas al que esta adscrito:</p> <ul style="list-style-type: none">• Los días de consulta externa,• El número del consultorio,• El horario de la consulta y	<p>2430-021-119 Anexo 2</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
<p>Médico no Familiar</p> <p>Jefe de Departamento o Servicio Clínico, Enfermera Jefe de Piso, Jefe de Trabajo Social, Coordinadora de Asistentes Médicas o Responsables de la Consulta Externa de Especialidades</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “Distribución del tiempo de consulta externa de especialidades semanal” 2430-021-119 (anexo 2), que le fue asignado. <p>15. Analiza el contenido de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Plantilla nominal”, • “Plantilla teórica” y • “Balance de plazas”, <p>y actualiza la “Plantilla teórica” del Departamento o Servicio y su “Cuadro de distribución de personal”, del personal a su cargo.</p> <p>16. Elabora “Solicitud de cobertura para los conceptos 08” para cubrir las necesidades por ausentismo programado del personal a su cargo.</p> <p>17. Realiza el análisis de ausentismo mensual programado y no programado del departamento o servicio del personal a su cargo.</p> <p>18. Establece coordinación con el Director o Subdirector Administrativo para cubrir la plantilla autorizada o en su caso, la cobertura de ausentismo programado y no programado, del personal a su cargo.</p> <p>19. Elabora:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El “Programa de capacitación” del personal operativo, de acuerdo al “Programa anual de trabajo de la UMH” y a la detección de necesidades (del personal de salud a su cargo); • El “Cronograma de actividades” y registra las fechas de compromisos para el cumplimiento de las acciones, con la finalidad de dar seguimiento; y 	<p>Plantilla nominal</p> <p>Plantilla teórica</p> <p>Balance de plazas</p> <p>Cuadro de distribución de personal</p> <p>Solicitud de cobertura para los conceptos 08</p> <p>Programa de capacitación</p> <p>Programa anual de trabajo de la UMH</p> <p>Cronograma de actividades</p> <p>Cronograma de reuniones</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
<p>Jefe de Departamento o Servicio Clínico, Enfermera Jefe de Piso, Jefe de Trabajo Social, Coordinadora de Asistentes Médicas o Responsables de la Consulta Externa de Especialidades</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El “Cronograma de reuniones”: <ul style="list-style-type: none"> ○ Con los Subcomités, ○ Información, ○ Acuerdos con el Director o Subdirector Médico, ○ Con el personal operativo del departamento o servicio, y ○ Otros que se requieran. <p>20. Programa los descansos, guardias y vacaciones del personal de salud a su cargo.</p> <p>21. Asigna personal de salud, de la categoría a su cargo, para la atención de los pacientes, en las diferentes áreas o secciones del departamento o servicio.</p> <p>22. Determina las actividades que deberá efectuar el personal de salud asignado a su cargo, por área o sección del departamento o servicio y supervisa el cumplimiento de las mismas.</p> <p style="text-align: center;">Etapas II DETERMINACIÓN DE DOTACIONES FIJAS Medicamentos</p>	
<p>Jefe de Departamento o Servicio Clínico o Responsable de la Consulta Externa de Especialidades</p>	<p>23. Determina periódicamente (cada 6 meses) las dotaciones fijas de medicamentos para la Consulta Externa de Especialidades.</p> <p>24. Solicita al ARIMAC o DIMAC, a través de “Memorándum interno”, los “Listados de los productos del SIMO”, de los últimos 6 meses relacionados con la Consulta Externa de Especialidades.</p>	<p>Memorándum interno</p> <p>Listado de los productos del SIMO</p>
<p>Personal del ARIMAC o DIMAC</p>	<p>25. Recibe “Memorándum interno” y entrega “Listados de los productos del SIMO” de la Consulta Externa de Especialidades, de los últimos 6 meses, al Jefe de Departamento o Servicio o Responsable del mismo.</p>	<p>Memorándum interno</p> <p>Listado de los productos del SIMO</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
<p>Jefe de Departamento o Servicio Clínico y Enfermera Jefe de Piso o Responsables de la Consulta Externa de Especialidades</p>	<p>26. Identifica y analiza:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perfil demográfico y epidemiológico de la población que atiende; • Motivos de demanda de atención en cada una de las especialidades; • Consumos: “Solicitud de medicamentos para hospitalización y servicios auxiliares CR-27” y “Recetas individuales” otorgadas; • “Guías de práctica clínica”; • Variaciones estacionales; • “Cuadro Básico Institucional de Medicamentos”; y • La capacidad instalada y el desarrollo tecnológico con que cuenta la Consulta Externa de Especialidades. <p>27. Selecciona del “Cuadro Básico Institucional de Medicamentos” vigente aquellos que den respuesta a las necesidades y demandas de atención identificadas, para elaborar el “Catálogo local de medicamentos” del servicio de acuerdo a la especialidad.</p> <p>28. Ratifica o rectifica o determina las dotaciones teóricas requeridas por cada uno de los medicamentos seleccionados para la operación del departamento o servicio, en coordinación con los Jefes de Departamento Clínico o de Servicio de las Especialidades que otorgan consulta y con base en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis de la morbilidad, • “Guías de práctica clínica”, 	<p>Solicitud de medicamentos para hospitalización y servicios auxiliares CR-27</p> <p>Recetas individuales</p> <p>Guías de práctica clínica</p> <p>Cuadro Básico Institucional de Medicamentos</p> <p>Cuadro Básico Institucional de Medicamentos</p> <p>Catálogo local de medicamentos</p> <p>Guías de práctica clínica</p> <p>Criterios técnico-médicos</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Jefe de Departamento o Servicio Clínico y Enfermera Jefe de Piso o Responsables de la Consulta Externa de Especialidades	<ul style="list-style-type: none">• “Criterios técnico-médicos” definidos para el manejo del paciente,• Procesos de atención de enfermería,• Desarrollo tecnológico,• Productividad de los últimos 6 meses (Número de consultas otorgadas, por especialidad y en su caso número de procedimientos y tipo realizados, en los que se utiliza algún medicamento),• Relación entre: Existencias, solicitado, surtido y consumo.	
Jefe de Departamento o Servicio Clínico o Responsable de la Consulta Externa de Especialidades	29. Registra en “Determinación de dotaciones fijas de medicamentos en el servicio para 24 horas” 2430-021-166 (anexo 3), clave y medicamento (nombre genérico) y unidad (presentación), agrupándolos por claves sustantivas, claves 5000 y de uso controlado, y “dotación teórica”.	2430-021-166 Anexo 3
	30. Entrega al Director o Subdirector Administrativo o Responsable del Servicio de Farmacia el formato de “Determinación de dotaciones fijas de medicamentos en el servicio para 24 horas” 2430-021-166 (anexo 3).	2430-021-166 Anexo 3
Director o Subdirector Administrativo o Responsable del Servicio de Farmacia	31. Recibe “Determinación de dotaciones fijas de medicamentos en el servicio para 24 horas” 2430-021-166 (anexo 3), complementa el requisitado en los espacios correspondientes a “Antecedentes mensuales” y revisa en forma conjunta con el Jefe de Departamento o Servicio Clínico o Responsable de la Consulta Externa de Especialidades, los antecedentes de solicitud, suministro y consumo registrados en el formato.	2430-021-166 Anexo 3



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Jefe de Departamento o Servicio Clínico o Responsable de la Consulta Externa de Especialidades	32. Analiza en forma conjunta la dotación teórica, los antecedentes de solicitud, suministro y consumo, y determina la dotación fija en la columna correspondiente de la "Determinación de dotaciones fijas de medicamentos en el servicio para 24 horas" 2430-021-166 (anexo 3).	2430-021-166 Anexo 3
Director o Subdirector Administrativo o Responsable del Servicio de Farmacia	33. Obtiene las firmas del Jefe de Departamento o Servicio Clínico y de la Enfermera Jefe de Piso o Responsables de la Consulta Externa de Especialidades, en "Determinación de dotaciones fijas de medicamentos en el servicio para 24 horas" 2430-021-166 (anexo 3), firma de visto bueno y deriva al Director.	2430-021-166 Anexo 3
Director de UMAE o de UMH	34. Valida la congruencia y suficiencia de la dotación fija establecida, autoriza con firma en el espacio correspondiente del formato "Determinación de dotaciones fijas de medicamentos en el servicio para 24 horas" 2430-021-166 (anexo 3), y la turna al Director o Subdirector Administrativo.	2430-021-166 Anexo 3
Director o Subdirector Administrativo	35. Recibe el formato "Determinación de dotaciones fijas de medicamentos en el servicio para 24 horas" 2430-021-166 (anexo 3) autorizado y requisita la "Autorización de dotaciones fijas de medicamentos en el servicio, para 24 horas" 2430-021-169 (anexo 4). 36. Firma y obtiene las firmas en "Autorización de dotaciones fijas de medicamentos en el servicio, para 24 horas" 2430-021-169 (anexo 4) del: <ul style="list-style-type: none">• Jefe de Departamento o Servicio,• Enfermera Jefe de Piso o Responsables y• Director de UMAE o de UMH.	2430-021-166 Anexo 3 2430-021-169 Anexo 4 2430-021-169 Anexo 4



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Jefe de Departamento o Servicio Clínico y Enfermera Jefe de Piso o Responsables de la Consulta Externa de Especialidades	37. Valida las cantidades transcritas en el formato de "Autorización de dotaciones fijas de medicamentos en el servicio, para 24 horas 2430-021-169 (anexo 4) y firma en el espacio correspondiente.	2430-021-169 Anexo 4
Director de UMAE o de UMH	38. Analiza y firma la "Autorización de dotaciones fijas de medicamentos en el servicio, para 24 horas 2430-021-169 (anexo 4) y lo devuelve al Director o Subdirector Administrativo.	2430-021-169 Anexo 4
Director o Subdirector Administrativo	39. Recibe del Director de UMAE o de UMH, la "Autorización de dotaciones fijas de medicamentos en el servicio, para 24 horas 2430-021-169 (anexo 4) firmada y realiza las gestiones correspondientes.	2430-021-169 Anexo 4
Material a servicios		
Jefe de Departamento o Servicio Clínico de la Consulta Externa de Especialidades	40. Determina anualmente la dotación fija de material a los servicios de la Consulta Externa de Especialidades.	
Personal del ARIMAC	41. Solicita al ARIMAC a través de "Memorándum interno", el "Listado de los productos del SIMO", correspondiente a los últimos 12 meses relacionados con la Consulta Externa de Especialidades.	Memorándum interno Listado de los productos del SIMO
	42. Recibe "Memorándum interno" y entrega "Listado de los productos del SIMO" correspondientes a los últimos 12 meses relacionados con la Consulta Externa de Especialidades, al Jefe de Departamento o Servicio o Responsable de la Consulta Externa de Especialidades.	Memorándum interno Listado de los productos del SIMO
Jefe de Departamento o Servicio Clínico y Enfermera Jefe de Piso o Responsables de la Consulta Externa de Especialidades	43. Analiza: <ul style="list-style-type: none"> • Perfil demográfico y epidemiológico de la población que atiende; • Motivos de demanda de atención en cada 	F/RS/1/94 Cuadro Básico Institucional de Material de Curación



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
<p>Jefe de Departamento o Servicio Clínico y Enfermera Jefe de Piso o Responsables de la Consulta Externa de Especialidades</p>	<p>una de las especialidades;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consumos: “Reaprovisionamiento y control de material a servicios en unidades médicas F/RS/1/94”; • Tipo y número de procedimientos realizados; • Variaciones estacionales, • “Cuadro Básico Institucional de Material de Curación”, • “Cuadro Básico Institucional de Instrumental y Equipo Médico”; etcétera. <p>44. Selecciona de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Cuadro Básico Institucional de material de curación”, • “Cuadro Básico Institucional de Instrumental y Equipo Médico”, <p>vigentes, aquellos que den respuesta a las necesidades y demandas de atención identificadas, para elaborar el “Catálogo local de material a servicios” de acuerdo al tipo de Consulta Externa de Especialidades (por especialidad, por tipo de población que atiende (adultos, pediátrica), etcétera).</p> <p>45. Ratifica o rectifica o determina las dotaciones teóricas requeridas por cada uno de los materiales a servicios seleccionados para la operación del departamento o servicio, con base en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis de la morbilidad, • “Guías de Práctica Clínica”, 	<p>Cuadro Básico Institucional de Instrumental y Equipo Médico</p> <p>Cuadro Básico Institucional de Material de Curación</p> <p>Cuadro Básico Institucional de Instrumental y Equipo Médico</p> <p>Catálogo local de material a servicios</p> <p>Guías de práctica clínica</p> <p>Criterios técnico-médicos</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
<p>Jefe de Departamento o Servicio Clínico y Enfermera Jefe de Piso o Responsables de la Consulta Externa de Especialidades</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “Criterios técnico-médicos” definidos para el manejo del paciente, • Procesos de atención de enfermería, • Desarrollo tecnológico (tipo de equipo electromédico), • Desarrollo tecnológico (tipo de equipo electromédico), • Identifican las necesidades de atención médica y de enfermería en los pacientes con base a los motivos de demanda de atención; • Consumo por tipo de procedimiento y evento; • Productividad de los últimos 12 meses, considerando: <ul style="list-style-type: none"> • Principales motivos de demanda de la consulta externa de especialidades, • Especialidades o servicios con mayor demanda, • Principales procedimientos realizados, por especialidad o servicio • Número y tipo de procedimientos efectuados. 	
<p>Jefe de Departamento o Servicio Clínico o Responsable de la Consulta Externa de Especialidades</p>	<p>46. Entrega al Director o Subdirector Administrativo o Responsable del Almacén el formato de “Reaprovisionamiento y control de material a servicios en unidades médicas F/RS/1/94”.</p>	<p>F/RS/1/94</p>
<p>Director o Subdirector Administrativo o Responsable del Almacén</p>	<p>47. Revisa en forma conjunta con el Jefe de Departamento o Servicio Clínico o Responsable de la Consulta Externa de Especialidades, los antecedentes de solicitud, suministro y consumo en el formato “Reaprovisionamiento y control de material a servicios en unidades médicas F/RS/1/94”.</p>	<p>F/RS/1/94</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Jefe de Departamento o Servicio Clínico o Responsable de la Consulta Externa de Especialidades	48. Analiza en forma conjunta la dotación teórica, los antecedentes de solicitud, suministro y consumo y determina la dotación fija en la columna correspondiente del formato "Reaprovisionamiento y control de material a servicios en unidades médicas F/RS/1/94".	F/RS/1/94
Director o Subdirector Administrativo o Responsable del Almacén	49. Obtiene las firmas del Jefe de Departamento o Servicio Clínico o Responsable de la Consulta Externa de Especialidades, en "Reaprovisionamiento y control de material a servicios en unidades médicas F/RS/1/94" firma de visto bueno y deriva al Director de la UMAE o de la UMH.	F/RS/1/94
Director de UMAE o de UMH	50. Valida la congruencia y suficiencia de la dotación fija establecida, autoriza mediante firma en el espacio correspondiente del formato "Reaprovisionamiento y control de material a servicios en unidades médicas F/RS/1/94", y la turna al Director o Subdirector Administrativo.	F/RS/1/94
Director o Subdirector Administrativo	51. Recibe e indica completar el requisito del formato "Reaprovisionamiento y control de material a servicios en unidades médicas F/RS/1/94" autorizado, (Delegación, nivel de operación, clave especificación del artículo y cantidad autorizada como dotación fija. 52. Realiza las gestiones para efectuar los pedidos de material durante el año.	F/RS/1/94
Jefe de Departamento o Servicio Clínico o Responsable de la Consulta Externa de Especialidades	53. Identifica áreas de oportunidad que presenta la Consulta Externa de Especialidades en relación a la unidad hospitalaria: • Solicitudes de interconsultas no justificadas, por especialidad y UMH de segundo nivel,	



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Jefe de Departamento o Servicio Clínico o Responsable de la Consulta Externa de Especialidades	<ul style="list-style-type: none">• Índice de subsecuencia prolongado (motivos del Médico no Familiar tratante o institucionales o paciente, por especialidad o servicio, turno),• Quejas por parte de la población usuaria de la Consulta Externa de Especialidades:<ul style="list-style-type: none">○ Inicio tardío de la consulta,○ Mal trato por parte del personal de salud,○ Calidad deficiente en la atención médica,○ Falta de personal de salud,○ Retardo en la realización y entrega de exámenes de laboratorio y gabinete,○ Etcétera).• Otras. <p>54. Convoca de forma periódica a los Jefes o Responsables de los Departamentos o Servicios de las especialidades médicas y quirúrgicas a reuniones para exponer las áreas de oportunidad que guarda la Consulta Externa de Especialidades en relación con la UMH.</p>	
Jefe de Departamento o Servicio Clínico o Responsable del Servicio de Consulta Externa de Especialidades, y Jefes de las especialidades médicas y quirúrgicas	<p>55. Propone acciones de mejora, firma la "Minuta de trabajo" y da seguimiento hasta su solución.</p>	Minuta de trabajo
	<p>56. Expone al grupo multidisciplinario de salud de su Departamento o Servicio las áreas de oportunidad encontradas y de las acciones de mejora a seguir y firma "Minuta de trabajo".</p>	Minuta de trabajo



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Etapa III		
RECEPCIÓN CENTRAL O CONTROL DE CONSULTORIOS DE CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDADES		
Asistente Médica	<p>57. Prepara:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Material, • “Agendas de citas 4-30-7” o • “Agenda electrónica (SICEH)” <p>y revisa su equipo de cómputo de acuerdo a las medidas establecidas en la normatividad institucional vigente, para realizar sus actividades de manera oportuna.</p> <p>58. Reporta en forma verbal o elabora “Memorándum interno” a la Coordinadora de Asistentes Médicas y/o al Jefe o Responsable del Servicio de Consulta Externa de Especialidades sobre el estado que guarda (mal funcionamiento o faltante de piezas, etcétera) el equipo y mobiliario.</p>	<p>4-30-7</p> <p>Agenda electrónica (SICEH)</p> <p>Memorándum interno</p>
Coordinadora de Asistentes Médicas o Jefe o Responsable del Servicio de Consulta Externa de Especialidades	<p>59. Recibe el informe verbal o el “Memorándum interno” de la Asistente Médica e informa mediante “Memorándum interno” al Jefe o Responsable de Servicio de Consulta Externa de Especialidades, según el caso.</p>	<p>Memorándum interno</p>
Jefe de Departamento o Servicio Clínico o Responsable de la Consulta Externa y/o Director de la Unidad	<p>60. Recibe de la Coordinadora de Asistentes Médicas, el “Memorándum interno”, procede a elaborar y mandar el reporte al Jefe o Responsable del Departamento de Conservación y Servicios Generales.</p>	<p>Memorándum interno</p>
Jefe o Responsable del Departamento de Conservación y Servicios Generales	<p>61. Recibe de la Coordinadora de Asistentes Médicas, el “Memorándum interno” y determina lo procedente.</p>	<p>Memorándum interno</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
<p>Jefe o Responsable del Departamento de Conservación y Servicios Generales</p> <p>Asistente Médica</p>	<p>62. Registra en la "Bitácora de reportes del equipo de cómputo" las fallas en el equipo, realiza lo conducente al caso y le da seguimiento hasta su resolución.</p> <p style="text-align: center;">Recepción Central</p> <p style="text-align: center;">Recepción de Referencia-contrarreferencia</p> <p>63. Recibe de las Unidades Médicas Hospitalarias de referencia a través de correo electrónico o "Fax T90" copia de la "Referencia - Contrarreferencia 4-30-8/98" 2430-021-109 (anexo 5) con sello de vigencia de derechos.</p> <p style="text-align: center;">Cita de primera vez</p> <p>64. Recibe al paciente, familiar o persona legalmente responsable y le solicita con amabilidad y cortesía lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • "Cartilla nacional de salud" y • "Referencia - Contrarreferencia 4-30-8/98" 2430-021-109 (anexo 5) el original y copia con vigencia de derechos. <p>65. Revisa que la "Referencia - Contrarreferencia 4-30-8/98" 2430-021-109 (anexo 5), original o copia tenga la vigencia de derechos.</p> <p>66. Identifica la especialidad o servicio solicitado, localiza la fecha más cercana disponible y realiza las anotaciones correspondientes en los siguientes formatos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • "Agenda de citas 4-30-7" o "Agenda electrónica (SICEH)": localiza la fecha más cercana disponible y registra: 	<p>Bitácora de reportes del equipo de cómputo</p> <p>Fax T90</p> <p>2430-021-109 Anexo 5</p> <p>Cartilla nacional de salud</p> <p>2430-021-109 Anexo 5</p> <p>2430-021-109 Anexo 5</p> <p>4-30-7</p> <p>Agenda electrónica (SICEH)</p> <p>2430-021-109 Anexo 5</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Asistente Médica	<ul style="list-style-type: none"> ○ Número de seguridad social y agregado, ○ Hora* de la cita, ○ Nombre completo del paciente, ○ Su clave, ○ La UMF de adscripción, <ul style="list-style-type: none"> ● “Referencia - Contrarreferencia 4-30-8/98” 2430-021-109 (anexo 5) copia con vigencia y registra**: ○ Fecha de la cita, día mes y año, ○ Hora que señala la “Agenda de citas médicas 4-30-7” o “Agenda electrónica (SICEH)”, ○ Especialidad, ○ Nombre de la unidad receptora, ○ Ubicación del servicio, ○ Su clave y ○ En su caso anexa las instrucciones para la preparación que tenga que realizar el paciente para su atención médica el día de su cita. <p>(*) NOTA 1: El otorgamiento de la hora de la cita médica deberá ser en un horario continuo (horario de forma escalonada), no se debe citar a dos pacientes o más en un mismo horario. A todos los pacientes se les otorgará su cita de tal forma que esperen menos de 30 minutos para recibir su consulta. La excepción son los pacientes foráneos, aquellos que acuden en grupo por traslado colectivo contratado por el IMSS o individualmente mediante ambulancia; a ellos se les dará prioridad para otorgar atención médica y agilizar su regreso al sitio de origen.</p> <p>(**) NOTA 2: Sólo se registrará en la “Referencia - Contrarreferencia 4-30-8/98” 2430-021-109 (anexo 5) en la copia, cuando se reciba esta por correo electrónico o FAX “T90”.</p> <p>67. Transcribe en la “Cartilla nacional de salud”:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Fecha de la cita: día mes, año y hora, ● Nombre de la especialidad o servicio, ● Unidad tratante, ● Clave de la Asistente Médica y ● Número de control. 	Cartilla nacional de salud



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Asistente Médica	<p>68. Entrega al paciente, familiar o persona legalmente responsable:</p> <ul style="list-style-type: none">• “Cartilla nacional de salud”,• “Referencia - Contrarreferencia 4-30-8/98” 2430-021-109 (anexo 5) el original y copia con vigencia, <p>le informa que debe traerlas el día de su cita con el médico y otorga las instrucciones para la preparación que tenga que realizar, si el caso lo requiere.</p> <p>69. Informa al paciente, familiar o persona legalmente responsable que en el caso de no poder asistir a su cita programada, comunicarse con antelación para reprogramar su cita por los medios destinados para ello en la unidad y ocupar la cita disponible para otro paciente que la solicite.</p> <p>70. Responde a las Unidades Médicas Hospitalarias de referencia a través de:</p> <ul style="list-style-type: none">• Correo electrónico o• “Fax T 90” o <p>todas las copias de los formatos “Referencia – Contrarreferencia 4-30-8/98” 2430-021-109 (anexo 5) recibidos con:</p> <ul style="list-style-type: none">○ Fecha de la cita, día mes y año,○ Hora que señala la “Agenda de citas 4-30-7” o “Agenda electrónica (SICEH)”,○ Especialidad,○ Nombre de la unidad receptora,○ Su clave y○ En su caso anexa las instrucciones para la preparación que tenga que realizar el paciente para su atención médica el día de su cita.	<p>Cartilla nacional de salud</p> <p>2430-021-109 Anexo 5</p> <p>Fax T90</p> <p>2430-021-109 Anexo 5</p> <p>4-30-7</p> <p>Agenda electrónica (SICEH)</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Asistente Médica de la Recepción Central	71. Requisita el formato "Control e informe de consulta externa 4-30-6/99", en original y dos copias con los datos de los pacientes citados de primera vez, con 48 horas de anticipación.	4-30-6/99
	72. Entrega el original y dos copias de la forma "Control e informe de consulta externa 4-30-6/99", a la Asistente Médica asignada a cada uno de los Controles de la Consulta Externa de Especialidades, para que realice los registros correspondientes de los pacientes citados subsecuentes.	4-30-6/99
Asistente Médica del Control de la Consulta Externa de Especialidades	73. Recibe el original y dos copias de la forma "Control e informe de consulta externa 4-30-6/99" y registra los datos de los pacientes citados subsecuentes en el mismo.	4-30-6/99
	74. Entrega al responsable del ARIMAC, el original y las dos copias del formato "Control e Informe de Consulta Externa 4-30-6/99" con 24 horas de anticipación, para la localización de los "Expedientes clínicos" de pacientes subsecuentes.	4-30-6/99 Expediente clínico
Responsable del ARIMAC	75. Firma de recibido en la segunda copia del formato "Control e informe de consulta externa 4-30-6/99", misma que devuelve a la Asistente Médica del Control de la Consulta Externa de Especialidades.	4-30-6/99
Asistente Médica del Control de la Consulta Externa de Especialidades	76. Recibe la segunda copia del formato "Control e informe de consulta externa 4-30-6/99", firmada por el Responsable del ARIMAC y la archiva temporalmente.	4-30-6/99
Coordinadora de Asistentes Médicas	77. Supervisa, coordina y asesora a las Asistentes Médicas en la realización de las actividades señaladas así como:	Credencial ADIMSS Identificación oficial
	<ul style="list-style-type: none">• Que se de el registro oportuno de las	



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Coordinadora de Asistentes Médicas	<p>citas de primera vez o subsecuentes,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que la atención y la orientación al derechohabiente sea eficaz y oportuna, • Que la orientación e información acerca de la fecha, hora y condiciones en las que se deberán presentarse los pacientes sea la correcta, • Que los enlaces de turno se lleven a cabo oportunamente, • Que se corrobore la identidad del paciente mediante la “Credencial ADIMSS” o “Identificación oficial”, • Que se lleve a cabo la verificación de vigencia de derechos del paciente y corroboración de la vigencia de certificados de estudiante. • Que se de prioridad en el otorgamiento de citas de primera vez y subsecuentes a los pacientes que son trasladados de otras Unidades Médicas en ambulancia. • Que el otorgamiento de horario de las citas se realice de forma escalonada. <p>78. Comunica al Médico Jefe o responsable de la Consulta Externa de Especialidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las especialidades o servicios con diferimiento en citas de primera vez, de acuerdo a lo establecido normativamente; • Los casos en que el Médico no Familiar no se haya presentado de acuerdo a lo programado a dar la consulta. <p style="text-align: center;">Etapas IV INICIO DE LA CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDADES</p>	



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Asistente Médica del Control de Consulta Externa de Especialidades	79. Prepara las “Agendas de citas 4-30-7” o “Agenda electrónica (SICEH)” y material para realizar sus actividades con oportunidad.	4-30-7 Agenda electrónica (SICEH)
Mensajero del ARIMAC o DIMAC	80. Entrega a la Asistente Médica de cada uno de los Controles de la Consulta Externa de Especialidades el “Control e informe de consulta externa 4-30-6/99”, original y la primera copia, y “Expedientes clínicos”.	4-30-6/99 Expediente clínico
Asistente Médica del Control de Consulta Externa de Especialidades	81. Coteja cada uno de los “Expedientes clínicos” solicitados, contra el “Control e informe de consulta externa 4-30-6/99”. Si existen inconsistencias	Expediente clínico 4-30-6/99
Asistente Médica del Control de Consulta Externa de Especialidades	82. Realiza las aclaraciones de inmediato, transcribe los datos en “Control e informe de consulta externa 4-30-6/99”, primera copia y solicita el “Expediente clínico” faltante o el cambio por el correcto. No existen inconsistencias	4-30-6/99 Expediente clínico
Mensajero del ARIMAC o DIMAC	83. Solicita a la Asistente Médica de cada uno de los Controles de la Consulta Externa de Especialidades que escriba: <ul style="list-style-type: none"> • Fecha, • El número total (con letra) de “Expedientes clínicos” recibidos y • Firma de recibido, en “Control e informe de consulta externa 4-30-6/99”, primera copia el cual queda como “Vale colectivo” de los “Expedientes clínicos” entregados.	4-30-6/99 Expediente clínico



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Asistente Médica del Control de Consulta Externa de Especialidades	84. Recibe los "Expedientes clínicos" solicitados, los recuenta y registra la fecha y el número, con letra, del total de ellos recibidos, su rúbrica o clave y su firma en "Control e informe de consulta externa 4-30-6/99", primera copia, misma que queda en poder del ARIMAC o DIMAC, como "Vale colectivo".	Expediente clínico 4-30-6/99
Mensajero del ARIMAC o DIMAC	85. Recibe de la Asistente Médica de cada uno de los Controles de Consulta Externa de Especialidades, el "Control e informe de consulta externa 4-30-6/99", primera copia con: <ul style="list-style-type: none"> • Fecha, • El número total (con letra) de los "Expedientes clínicos" recibidos, • Firma de recibido. 	4-30-6/99 Expediente clínico
Asistente Médica del Control de Consulta Externa de Especialidades	86. Separa en el Control de Consulta Externa de Especialidades los "Expedientes clínicos" e integra el "Control e informe de consulta externa 4-30-6/99", original, de cada uno de los consultorios y especialidades.	Expediente clínico 4-30-6/99
	87. Entrega en el consultorio a la Enfermera asignada al mismo, los "Expedientes clínicos" y el original del formato "Control e informe de consulta externa 4-30-6/99", previo cotejo de los primeros contra el formato y le solicita que firme de recibido, anotando en la segunda copia del formato: <ul style="list-style-type: none"> • Fecha, • Total de "Expedientes clínicos" recibidos, • Nombre y firma. 	Expediente clínico 4-30-6/99
	Continúa en la actividad 108 de este procedimiento.	



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Enfermera Jefe de Piso o Responsable de la Consulta Externa de Especialidades	<p>88. Verifica la asistencia del personal de enfermería en la "Libreta de registro de asistencia del personal de enfermería" con los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Fecha,• Nombre,• Hora de llegada, <p>identifica al personal ausente y marca la incidencia de ausentismo no programado en el formato "Rol de asistencia del personal de enfermería" 2430-021-036 (anexo 6).</p> <p>89. Distribuye actividades al personal de enfermería asignado al turno.</p> <p>90. Inicia recorrido e identifica durante el mismo:</p> <ul style="list-style-type: none">• Funcionalidad y disfuncionalidad del equipo,• Que las áreas del servicio se reciban limpias y en orden y• La recepción del material y equipo del inventario correspondiente. <p style="text-align: center;">Servicio con Área de SubCEyE</p> <p>91. Determina de acuerdo al "Monitoreo de la esterilización" 2430-021-037 (anexo 7) si existe equipo con descomposturas.</p> <p>NOTA: En caso de una situación de urgencia, se comunica inmediatamente vía telefónica con el Área de Conservación y posteriormente envía el "Reporte de descompostura de equipos electromédicos" 2430-021-038 (anexo 8).</p> <p style="text-align: center;">Existe equipo con descomposturas</p>	<p>Libreta de registro de asistencia del personal de enfermería</p> <p>2430-021-036 Anexo 6</p> <p>2430-021-037 Anexo 7</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Enfermera Jefe de Piso o Responsable de la Consulta Externa de Especialidades	92. Elabora "Reporte de descompostura de equipos electromédicos" 2430-021-038 (anexo 8), original y copia, en el caso que no se haya realizado, lo entrega al Departamento de Conservación y Servicios Generales de la unidad y solicita firma o sello de recibido en la copia.	2430-021-038 Anexo 8
Auxiliar Universal de Oficina del Área de Conservación	93. Recibe de la Enfermera Jefe de Piso o Responsable de la Consulta Externa de Especialidades el "Reporte de descompostura de equipos electromédicos" 2430-021-038 (anexo 8), original y la copia, firma y coloca sello de recibido y le devuelve la copia.	2430-021-038 Anexo 8
Enfermera Jefe de Piso o Responsable de la Consulta Externa de Especialidades	<p>94. Recibe el "Reporte de descompostura de equipos electromédicos" 2430-021-038 (anexo 8), copia, lo conserva en el "Minutario de control" y efectúa seguimiento hasta su conclusión.</p> <p>No existe equipo con descomposturas</p> <p>95. Continúa recorrido por el resto de las áreas y supervisa la recepción de ropa, material de curación, equipo e instrumental durante el enlace de turno.</p> <p>96. Supervisa al personal de enfermería en la realización de los procedimientos durante el proceso de la atención médica.</p> <p>97. Establece el enlace con la Enfermera Jefe de Piso del Servicio de Admisión Continua o Urgencias cuando el paciente requiere de atención médica urgente.</p> <p>98. Verifica que se lleve a cabo el registro de consumo y productividad en cada uno de los consultorio por parte de la Enfermera asignada al mismo.</p>	2430-021-038 Anexo 8 Minutario de control



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Enfermera asignada al consultorio	<p>99. Reporta su asistencia a la Enfermera Jefe de Piso o Responsable de la Consulta Externa de Especialidades en la “Libreta de registro de asistencia del personal de enfermería”.</p> <p>100. Solicita la apertura de la puerta del consultorio y/o la(s) llave(s) al Responsable de la custodia de la(s) misma(s).</p> <p>NOTA: No se proporcionará copia de las llaves a ninguna persona, en el caso de hacerlo, será bajo la responsabilidad de quien lo autorizó.</p> <p>101. Recibe, revisa el inventario del consultorio y reporta inmediatamente a la Enfermera Jefe de Piso o Responsable de la Consulta Externa de Especialidades los faltantes o cualquier irregularidad.</p> <p>102. Verifica que el área física se encuentre limpia, equipo y material en buenas condiciones de funcionamiento y en cantidad necesaria para proporcionar la atención médica.</p> <p>103. Reporta a la Enfermera Jefe de Piso, la falta o descompostura del equipo para su reposición o compostura.</p> <p>104. Requisita el “Vale a la CEyE por material, equipo e instrumental” 2430-021-041 (anexo 9), que se requiera para proporcionar la atención médica y lo entrega al Personal de Enfermería de la Ventanilla Verde de la CEyE o SubCEyE o Área de Resguardo, según el caso.</p> <p>NOTA 1: Cuando el Servicio de la Consulta Externa de Especialidades cuente con material e instrumental que este bajo su resguardo, lo deberá procesar para su envío a esterilización a la CEyE.</p> <p>NOTA 2: Registra en el formato “Enlace de turno de la consulta externa de especialidades” 2430-021-120 (anexo 36), el material e instrumental que se encuentra en CEyE para esterilización y continuar su seguimiento hasta su recuperación.</p>	Libreta de registro de asistencia del personal de enfermería



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Enfermera asignada al consultorio	<p>NOTA 3: El reaprovisionamiento de material para curación, equipo y ropa, deberá de hacerse en forma racional por consultorio, considerando las existencias, consumo, caducidad de la esterilización, así como impresos con el visto bueno de la Enfermera Jefe de Piso o Responsable del Servicio de la Consulta Externa de Especialidades.</p> <p>105. Recibe material, equipo e instrumental del personal de enfermería de la CEyE o SubCEyE o Área de Resguardo, según sea el caso.</p> <p>106. Prepara el material y equipo para la toma de signos vitales y somatometría.</p> <p>107. Prepara mesa de exploración, material para curación y equipo para la realización de procedimientos en la especialidad.</p> <p>108. Recibe de la Asistente Médica en el consultorio médico, los “Expedientes clínicos” y los formatos “Control e informe de consulta externa 4-30-6/99” y verifica que estén completos y ordenados.</p> <p style="text-align: center;">No están completos</p> <p>109. Informa a la Asistente Médica la falta de “Expedientes clínicos” y otras posibles irregularidades para solicitar solución.</p>	<p>Expediente clínico 4-30-6/99</p> <p>Expediente clínico</p>
Asistente Médica del Control de Consulta Externa de Especialidades	<p>110. Recibe la información de la Enfermera asignada al consultorio y realiza las gestiones necesarias para su solución.</p> <p style="text-align: center;">Están completos</p>	
Enfermera asignada al consultorio	<p>111. Firma de recibido en la segunda copia del formato “Control e informe de consulta externa 4-30-6/99”, la entrega a la Asistente Médica del Control de Consulta Externa de Especialidades y conserva original.</p>	<p>4-30-6/99</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Asistente Médica del Control de Consulta Externa de Especialidades	112. Recibe de la Enfermera responsable del consultorio el “Control e informe de consulta externa 4-30-6/99”, segunda copia y lo archiva temporalmente.	4-30-6/99
Enfermera asignada al consultorio	<p>113. Verifica la existencia de “Resultados de exámenes de laboratorio y gabinete” completos y glosados en cada uno de los “Expedientes clínicos”.</p> <p style="text-align: center;">Faltan resultados de exámenes</p> <p>114. Notifica a la Asistente Médica el nombre(s) del paciente(s) y el resultado(s) del estudio faltante, ya sea de laboratorio y/o gabinete y da seguimiento hasta la solución.</p>	<p>Resultados de exámenes de laboratorio y gabinete</p> <p>Expediente clínico</p>
Asistente Médica del Control de Consulta Externa de Especialidades	115. Recibe la notificación, solicita al Jefe o Responsable del ARIMAC o DIMAC los “Resultados de los exámenes de laboratorio y gabinete” faltantes y da seguimiento hasta la solución.	Resultados de exámenes de laboratorio y gabinete
Jefe o Responsable del ARIMAC o DIMAC	116. Recibe la solicitud y entrega a la Enfermera asignada al consultorio los “Resultados de exámenes de laboratorio y gabinete”.	Resultados de exámenes de laboratorio y gabinete
Enfermera asignada al consultorio	<p>117. Recibe los “Resultados de laboratorio y gabinete” faltantes, coteja nombre y número de seguridad social contra los registros del “Expediente clínico” del paciente y los anexa a este último.</p> <p style="text-align: center;">No faltan resultados de exámenes</p> <p>Continúa en la actividad 118 de este procedimiento.</p> <p style="text-align: center;">Etapas V RECEPCIÓN Y ATENCIÓN MÉDICA</p>	<p>Resultados de exámenes de laboratorio y gabinete</p> <p>Expediente clínico</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Asistente Médica del Control de Consulta Externa de Especialidades	<p style="text-align: center;">Recepción de pacientes citados</p> <p>118. Recibe al paciente, familiar o persona legalmente responsable con amabilidad y respeto y solicita:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Cartilla nacional de salud” y • “Referencia - Contrarreferencia 4-30-8/98” 2430-021-109 (anexo 5), original y copia, si es de primera vez. <p>119. Verifica en el “Control e informe de consulta externa 4-30-6/99” segunda copia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de seguridad social y agregado, • Nombre completo del paciente, • “Expediente clínico”, su existencia. <p>120. Informa al paciente, familiar o persona legalmente responsable el consultorio en donde será atendido por el Médico no Familiar y le regresa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Cartilla nacional de salud” y • “Referencia - Contrarreferencia 4-30-8/98” 2430-021-109 (anexo 5) original y copia, si es de primera vez. <p>121. Informa al paciente, familiar o persona legalmente responsable sobre las opciones (buzón de quejas, módulo del personal de Técnicas en Atención y Orientación al Derechohabiente –TAOD-su ubicación), existentes para emitir el grado de satisfacción por la atención médica recibida por parte del personal de salud.</p> <p style="text-align: center;">En caso de pacientes foráneos</p>	<p>Cartilla nacional de salud</p> <p>2430-021-109 Anexo 5</p> <p>4-30-6/99 Expediente clínico</p> <p>Cartilla nacional de salud</p> <p>2430-021-109 Anexo 5</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Asistente Médica del Control de Consulta Externa de Especialidades	<p>122. Identifica al paciente foráneo con la documentación que presenta:</p> <ul style="list-style-type: none">• “Cartilla nacional de salud” o• “Referencia - Contrarreferencia 4-30-8/98” 2430-021-109 (anexo 5). <p>y le solicita le muestre:</p> <ul style="list-style-type: none">• “Traslado de pacientes que generan gastos de pasajes y viático TP 01/94”. <p>123. Informa y orienta al paciente que al termino de la atención médica, le solicite al Médico no Familiar tratante que le firme el “Traslado de pacientes que generan gastos de pasajes y viático TP 01/94” con nombre, matrícula y firma.</p> <p style="text-align: center;">Excepcionalmente, en caso de no localizar el expediente clínico</p> <p>124. Informa al paciente la situación, solicita el “Expediente clínico” al ARIMAC, requisita “Vale al archivo clínico 4-30-9”.</p> <p>125. Tramita y realiza su seguimiento hasta su solución.</p> <p>126. Informa al Jefe de la Especialidad correspondiente en caso de prolongarse la situación de espera del “Expediente clínico” para su pronta solución.</p> <p style="text-align: center;">Atención médica en la Consulta Externa de Especialidades</p>	<p>Cartilla nacional de salud</p> <p>2430-021-109 Anexo 5</p> <p>TP 01/94</p> <p>TP 01/94</p> <p>Expediente clínico</p> <p>4-30-9</p> <p>Expediente clínico</p>
Jefe de Departamento o Servicio Clínico o Responsable de la Consulta Externa de Especialidades	<p>127. Supervisa que el inicio de la consulta externa de especialidades se lleve a cabo, de acuerdo a lo programado en la “Agenda de citas 4-30-7” o Agenda electrónica (SICEH) y que no exista un retraso mayor a 30 minutos a partir de la hora de cita de cada paciente.</p>	<p>4-30-7</p> <p>Agenda electrónica (SICEH)</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Jefe de Departamento o Servicio Clínico o Responsable de la Consulta Externa de Especialidades	128. Identifica las causas por las que no se inició la consulta de acuerdo a lo programado y/o el motivo por el que existe un retraso mayor de 30 minutos en la atención del paciente y realiza las acciones correspondientes hasta su solución.	
Enfermera asignada al consultorio	<p>129. Llama al paciente por su nombre respetando el orden y horario programado en el formato "Control e informe de consulta externa 4-30-6/99".</p> <p>NOTA: En los casos en que el paciente no responda al llamado, realice la segunda llamada después de otorgar la consulta médica siguiente.</p> <p>130. Solicita al paciente, familiar o persona legalmente responsable:</p> <ul style="list-style-type: none"> • "Cartilla nacional de salud" y • "Referencia – Contrarreferencia 4-30-8" 2430-021-109 (anexo 5), original y copia según el caso, <p>confirma la identidad del paciente, cotejando los datos de estos documentos contra lo registrado en "Control e informe de consulta externa 4-30-6/99" o el "Expediente clínico" y le devuelve la primera.</p> <p>131. Entrega "Expediente clínico" o "Referencia – Contrarreferencia 4-30-8" 2430-021-109 (anexo 5) original y copia al Médico no Familiar, según el caso.</p>	<p>4-30-6/99</p> <p>Cartilla nacional de salud</p> <p>2430-021-109 Anexo 5</p> <p>4-30-6/99</p> <p>Expediente clínico</p> <p>Expediente clínico</p> <p>2430-021-109 Anexo 5</p>
Médico no Familiar tratante y Enfermera asignada al consultorio	132. Recibe con amabilidad y cortesía al paciente y familiar o persona legalmente responsable y se presenta con ellos.	



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Médico no Familiar tratante y Enfermera asignada al consultorio	133. Realiza lavados de manos de acuerdo al “Instrucciones para realizar la higiene de manos del personal de salud” 2430-005-026 (anexo 10), antes y después de proporcionar la atención médica.	2430-005-026 Anexo 10
Enfermera asignada al consultorio	134. Toma al paciente signos vitales y somatometría: <ul style="list-style-type: none"> • temperatura corporal, • tensión arterial, • frecuencia cardiaca, o • pulso cardiaco, • frecuencia respiratoria, • peso, • estatura, • perímetro cefálico, según el caso, de acuerdo al contenido de los siguientes documentos: <ul style="list-style-type: none"> • “Instrucciones para la medición de la temperatura corporal” 2430-005-008 (anexo 11), • “Instrucciones para la medición de la tensión arterial” 2430-005-009 (anexo 12), • “Instrucciones para la medición de la frecuencia cardiaca” 2430-005-010 (anexo 13), • “Instrucciones para la medición del pulso cardiaco” 2430-005-011 (anexo 14), • “Instrucciones para la medición de la frecuencia respiratoria” 2430-005-012 (anexo 15), • “Instrucciones para determinar el peso 2430-005-028” (anexo 16), 	2430-005-008 Anexo 11 2430-005-009 Anexo 12 2430-005-010 Anexo 13 2430-005-011 Anexo 14 2430-005-012 Anexo 15 2430-005-028 Anexo 16 2430-005-029 Anexo 17 4-30-128/72 2430-021-148 Anexo 18



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Enfermera asignada al consultorio	<ul style="list-style-type: none">• “Instrucciones para determinar la estatura” 2430-005-029 (anexo 17), informa al Médico no Familiar tratante y los registra en “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72” o “Historia clínica” 2430-021-148 (anexo 18).135. Acompaña al Médico no Familiar tratante durante el interrogatorio, exploración física y en la realización de algún procedimiento al paciente.	
Médico no Familiar tratante	<ul style="list-style-type: none">136. Realiza el interrogatorio directo al paciente o indirecto al familiar o persona legalmente responsable, la inspección del <i>habitus exterior</i>, solicita autorización para realizar la exploración física, elabora la “Historia clínica” 2430-021-148 (anexo 18) y la anexa a los documentos del paciente.137. Establece el motivo de la consulta, informa al paciente, familiar o persona legalmente responsable en caso de ser necesario realizar un procedimiento invasivo en el consultorio y explica con claridad los riesgos y eventuales complicaciones.138. Requisita el “Consentimiento informado para procedimientos invasivos en consultorio” 2430-021-129 (anexo 19), solicita la firma autógrafa del paciente, familiar o persona legalmente responsable y testigos y la anexa al “Expediente clínico”.139. Realiza el procedimiento de acuerdo a la especialidad en el consultorio.140. Entrega a la Enfermera asignada al consultorio la biopsia, el tejido o muestra celular extraída.	2430-021-148 Anexo 18 Expediente clínico 2430-021-129 Anexo 19 Expediente clínico



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Enfermera asignada al consultorio	<p>141. Recibe la biopsia, el tejido o muestra celular.</p> <p>142. Elabora con tela adhesiva la “Cintilla de identificación” que incluya:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre completo, • Número de seguridad social y agregado del paciente, • Sitio anatómico de donde se tomó la biopsia, el tejido o muestra celular, • Diagnóstico clínico, • Nombre del médico tratante, • Fecha y hora y • Número de consultorio; <p>y lee en voz alta contenido del registro realizado ante el paciente y Médico Tratante.</p> <p>143. Adhiere la “Cintilla de identificación” a la jeringa, frasco o bolsa amarilla en que se incluirá la biopsia, el tejido o muestra celular.</p> <p>144. Introduce la biopsia, el tejido o muestra celular al frasco o bolsa amarilla.</p> <p>145. Llena el frasco o la bolsa amarilla con formol al 10% asegurándose que se cubra totalmente el tejido o con alcohol al 96% (spray) para extendidos celulares en porta objetos según el caso.</p>	<p>Cintilla de identificación</p> <p>Cintilla de identificación</p>
Médico no Familiar tratante	<p>146. Realiza el llenado de la “Solicitud e informe de estudio histopatológico o citológico” y se lo entrega a la Enfermera asignada al consultorio.</p>	<p>Solicitud e informe de estudio histopatológico o citológico</p>
Enfermera asignada al consultorio	<p>147. Recibe la “Solicitud e informe de estudio histopatológico o citológico” y lo adhiere al frasco o bolsa que contiene el tejido o muestra celular.</p>	<p>Solicitud e informe de estudio histopatológico o citológico</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Enfermera asignada al consultorio	148. Entrega a la Enfermera Jefe de Piso o Responsable del Servicio de Consulta Externa de Especialidades el frasco o bolsa que contiene el tejido o muestra celular y la "Solicitud e informe de estudio histopatológico o citológico".	Solicitud e informe de estudio histopatológico o citológico
Enfermera Jefe de Piso o Responsable de la Consulta Externa de Especialidades	149. Recibe de la Enfermera asignada al consultorio el frasco o bolsa que contiene el tejido o muestra celular y coteja datos de la cintilla de identificación contra la "Solicitud e informe de estudio histopatológico o citológico".	Solicitud e informe de estudio histopatológico o citológico
	150. Solicita con anticipación, la participación del Auxiliar de Servicios de Intendencia, para el traslado del tejido o muestra celular los biopsias y con sus respectivos formatos "Solicitud e informe de estudio histopatológico o citológico".	Solicitud e informe de estudio histopatológico o citológico
	151. Entrega al Auxiliar de Servicios de Intendencia los frascos o bolsas que contienen el tejido o muestra celular y los formatos "Solicitud e informe de estudio histopatológico o citológico".	Solicitud e informe de estudio histopatológico o citológico
Auxiliar de Servicios de Intendencia	152. Recibe de la Enfermera Jefe de Piso o Responsable del Servicio de Consulta Externa de Especialidades los frascos o bolsas que contienen el tejido o muestra celular y coteja datos de la "Cintilla de identificación" contra la "Solicitud e informe de estudio histopatológico o citológico".	Cintilla de identificación Solicitud e informe de estudio histopatológico o citológico
	153. Entrega al personal responsable de la recepción de los frascos o bolsas que contienen el tejido o muestra celular y los formatos "Solicitud e informe de estudio histopatológico o citológico" en el servicio de patología.	Solicitud e informe de estudio histopatológico o citológico



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Personal responsable de la recepción de las muestras de tejido o muestra celular	154. Recibe, coteja datos de la “Cintilla de identificación” contra los formatos “Solicitud e informe de estudio histopatológico o citológico”, de cada uno de los tejidos o muestra celular biopsias, les da número y los registra en la “Libreta de control de especímenes quirúrgicos” y en la “Libreta de control de estudios citológicos”, respectivamente.	Cintilla de identificación Solicitud e informe de estudio histopatológico o citológico Libreta de control de especímenes quirúrgicos Libreta de control de estudios citológicos
Enfermera asignada al consultorio	155. Registra el consumo de: <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos de alto costo y psicotrópicos utilizado,• Medicamentos, material de curación y equipo utilizado y durante el procedimiento y la atención médica en: <ul style="list-style-type: none">• “Registro del consumo de medicamentos de alto costo o de psicotrópicos” 2430-021-121 (anexo 20) y• “Registro del consumo diario de medicamentos o de material de curación y equipo” 2430-021-124 (anexo 21).	2430-021-121 Anexo 20 2430-021-124 Anexo 21
Médico no Familiar tratante	156. Realiza el registro de la productividad diaria, durante la atención médica en: <ul style="list-style-type: none">• “Registro de la productividad diaria de enfermería” 2430-021-122 (anexo 22). 157. Evalúa la condición clínica y decide el plan diagnóstico terapéutico del paciente. 158. Informa al paciente o familiar o persona legalmente responsable sobre el plan diagnóstico terapéutico y pronóstico del primero, según sea el caso y le comunica:	2430-021-122 Anexo 22



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Médico no Familiar tratante	<ul style="list-style-type: none"> Egreso del servicio o especialidad y su envío a su UMF u HGZ o Requiere continuar en el servicio o especialidad y solicitud de cita subsecuente. <p style="text-align: center;">Etapas VI EGRESO DEL PACIENTE DE LA CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDADES</p> <p style="text-align: center;">Envío del paciente a su UMF u HGZ</p> <p style="text-align: center;">Paciente citado de primera vez</p>	
Médico no Familiar tratante	<p>159. Determina el egreso del paciente y requisita el reverso de la "Referencia - Contrarreferencia 4-30-8/98" 2430-021-109 (anexo 5), original y copia, en donde anota la identificación del paciente, diagnósticos, tratamiento y resumen clínico.</p> <p>NOTA: En caso de requerir el paciente transcripción de medicamentos requisitar una segunda copia de la "Referencia - Contrarreferencia 4-30-8/98" 2430-021-109 (anexo 5).</p> <p>160. Entrega la "Referencia - Contrarreferencia 4-30-8/98" 2430-021-109 (anexo 5), original al paciente, familiar o persona legalmente responsable para que se la entregue al Médico tratante de su UMF u HGZ para continuar su manejo, si el caso lo requiere; y la copia, junto con la Historia clínica" 2430-021-148 (anexo 18), a la Enfermera responsable del consultorio.</p>	<p>2430-021-109 Anexo 5</p> <p>2430-021-109 Anexo 5</p> <p>2430-021-148 Anexo 18</p>
Enfermera asignada al consultorio	<p>161. Recibe del Médico no Familiar tratante la "Referencia - Contrarreferencia 4-30-8/98" 2430-021-109 (anexo 5); copia e "Historia clínica" 2430-021-148 (anexo 18), y las compila para su entrega a la Asistente Médica.</p>	<p>2430-021-109 Anexo 5</p> <p>2430-021-148 Anexo 18</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Médico no Familiar tratante	<p>Continúa en la actividad 363 de este procedimiento.</p> <p style="text-align: center;">Paciente subsecuente</p> <p>162. Determina el egreso del paciente y elabora "Nota médica de egreso" del Servicio de la Consulta Externa de Especialidades en "Notas médicas y prescripción 4-30-128/72", la cual debe incluir:</p> <ul style="list-style-type: none">• Fecha y hora,• Interrogatorio, hallazgos a la exploración física y signos vitales y somatometría,• Diagnóstico y plan de manejo, debiendo registrar todos los medicamentos prescritos,• Pronóstico y• Nombre, firma y matrícula del Médico tratante. <p>163. Requisita la sección contrarreferencia de "Referencia - Contrarreferencia 4-30-8/98" 2430-021-109 (anexo 5), original y copia, le entrega la paciente el original, para continuar su vigilancia en su UMF de adscripción u Hospital General de Zona y la copia la anexa al "Expediente clínico".</p> <p>164. Realiza la prescripción razonada de medicamentos en el formato "Receta individual", según el caso e informa al paciente, familiar o persona legalmente responsable sobre vía de administración, dosis, horario, duración y posibles reacciones adversas.</p> <p>NOTA: En el caso de prescripción de antibióticos, esta se deberá de apegar a las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica y a las del Subcomité de Infecciones Nosocomiales y/o de Antimicrobianos local.</p>	<p>4-30-128/72</p> <p>2430-021-109 Anexo 5</p> <p>Expediente clínico</p> <p>Receta individual</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Médico no Familiar tratante	165. Entrega el formato "Receta Individual" al paciente, familiar o persona legalmente responsable, para que pase al Servicio de Farmacia para la entrega de los medicamentos.	Receta individual
Enfermera asignada al consultorio	166. Orienta, informa al paciente, familiar o persona legalmente responsable sobre: <ul style="list-style-type: none">• Tratamiento y cuidados específicos al caso,• Los programas institucionales acordes a la especialidad (salud reproductiva, lactancia materna, madre-padre-familiar participante, cartilla de vacunación, programas de detección temprana de cáncer),• Cuidados higiénico-dietéticos,• Rehabilitación y• Plan de alta. <p style="text-align: center;">El caso requiere de transcripción de medicamentos</p>	
Médico no Familiar tratante	167. Requisita el reverso de la "Referencia - Contrarreferencia 4-30-8/98" 2430-021-109 (anexo 5), original y copia, "Sección Transcripción de Medicamentos", en donde describe las indicaciones de uso de los medicamentos, según el caso: <ul style="list-style-type: none">• Nombre genérico,• Dosis,• Horario,• Tiempo de administración (en meses),• Requerimiento mensual (cantidad por mes).	2430-021-109 Anexo 5



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Médico no Familiar tratante	<p>168. Informa al paciente o familiar o persona legalmente responsable que se trata de un caso de "Transcripción de Medicamentos", que su dotación se hará en forma subsecuente en la Unidad Médica correspondiente, señalando la importancia de presentarse con su Médico tratante, en un plazo no mayor de 30 días o antes si así lo requiere.</p> <p>169. Verifica que el paciente o familiar o persona legalmente responsable haya comprendido la información.</p> <p>170. Envía la "Referencia - Contrarreferencia 4-30-8/98" 2430-021-109 (anexo 5), original, al Jefe de Departamento o Coordinador Clínico de Turno o Director Médico o Responsable para su autorización.</p>	2430-021-109 Anexo 5
Jefe de Departamento o Servicio o Coordinador Clínico de Turno o Director o Subdirector Médico o Responsable	<p>171. Recibe la "Referencia - Contrarreferencia 4-30-8/98" 2430-021-109 (anexo 5), original, analiza el caso, si procede firma de autorizado en el mismo y se lo devuelve al Médico no Familiar tratante.</p>	2430-021-109 Anexo 5
Médico no Familiar tratante	<p>172. Recibe la "Referencia - Contrarreferencia 4-30-8/98" 2430-021-109 (anexo 5), original firmada por el Jefe de Departamento o Servicio o Coordinador Clínico de Turno o Director o Subdirector Médico o Responsable y se lo entrega al paciente, familiar o persona legalmente responsable.</p> <p>173. Proporciona "Receta(s) individual(es)" que ampara(n) la cantidad de medicamento(s) suficiente para un mes, para ser surtida en la farmacia del hospital de origen.</p>	2430-021-109 Anexo 5 Receta individual



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Médico no Familiar tratante	<p>174. Determina si el paciente requiere como parte de su tratamiento la prescripción de medicamentos incluidos en el Catálogo II.</p> <p style="text-align: center;">Requiere de la prescripción de medicamentos incluidos en el Catálogo II</p> <p>175. Inicia el “Procedimiento para la prescripción de medicamentos incluidos en el Catálogo II del Cuadro Básico Institucional de Medicamentos” 2450-003-011.</p> <p style="text-align: center;">No requiere de la prescripción de medicamentos incluidos en el Catálogo II</p> <p>176. Determina si se trata de un paciente foráneo.</p> <p style="text-align: center;">Es paciente foráneo</p> <p>177. Valida el “Traslado de pacientes que generan gastos de pasajes y viáticos TP 01/94” con nombre, matrícula y firma y se lo devuelve al paciente familiar o persona legalmente responsable.</p> <p style="text-align: center;">No es paciente foráneo</p> <p>178. Determina si el paciente requiere de incapacidad temporal para el trabajo.</p> <p style="text-align: center;">Si requiere de incapacidad temporal para el trabajo</p> <p>179. Prescribe, expide y entrega el “Certificado de incapacidad temporal para el trabajo”, copias, al paciente, familiar o persona legalmente responsable.</p>	<p>2450-003-011</p> <p>TP 01/94</p> <p>Certificado de incapacidad temporal para el trabajo</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Médico no Familiar tratante	<p>180. Registra en la “Nota médica de egreso” del Servicio de la Consulta Externa de Especialidades en “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72”, número de folio, días de incapacidad, fecha a partir del inicio y los días acumulados si procede y le entrega al paciente o familiar o persona legalmente responsable, las dos copias, una para el patrón y la otra para él.</p> <p>181. Registra en el “Control e informe de consulta externa 4-30-6/99” el diagnóstico presuncional o definitivo con letra legible y sin abreviaturas, así como todas las acciones realizadas en el proceso de la atención médica de cada paciente.</p> <p>182. Entrega el “Certificado de incapacidad temporal para el trabajo”, original, al responsable del Control de Blocks de Colectivos, Incapacidades y Recetarios (COBCIR), al término de la jornada de la consulta de especialidades.</p>	<p>4-30-128/72</p> <p>4-30-6/99</p> <p>Certificado de incapacidad temporal para el trabajo</p>
Responsable del Control de Blocks de Colectivos, Incapacidades y Recetarios (COBCIR)	<p>183. Recibe del Médico no Familiar del Servicio de Consulta Externa de Especialidades el original del “Certificado de incapacidad temporal para el trabajo”, original.</p> <p style="text-align: center;">En caso de que se requieran días adicionales de incapacidad temporal para el trabajo</p>	<p>Certificado de incapacidad temporal para el trabajo</p>
Médico no Familiar tratante	<p>184. Inicia el “Procedimiento del comité de evaluación de la prescripción de la incapacidad temporal para el trabajo” 2330-003-004.</p> <p style="text-align: center;">No requiere de incapacidad temporal para el trabajo</p>	<p>2330-003-004</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Médico no Familiar tratante	<p>185. Determina si el paciente requiere de dictamen de accidente o enfermedad de trabajo.</p> <p>Si el caso requiere dictaminación de accidente o enfermedad de trabajo</p> <p>186. Envía “Resultados de exámenes de laboratorio y gabinete” que se necesiten para la valoración por Medicina del Trabajo, Medicina Física y Rehabilitación así como para su seguimiento e inicia el “Procedimiento para la dictaminación y prevención de los accidentes de trabajo 2320-003-009” o en su caso el “Procedimiento para la dictaminación y prevención de las enfermedades de trabajo” 2320-003-010.</p> <p>Si el caso no requiere dictaminación de accidente o enfermedad de trabajo</p> <p>Continúa en la actividad 187 de este procedimiento.</p> <p style="text-align: center;">Etapas VII CONTINUIDAD DEL PACIENTE EN LA CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDADES</p> <p style="text-align: center;">Paciente de primera vez</p> <p>187. Especifica en la “Nota médica de primera vez”, en “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72” la apertura del “Expediente clínico”, glosa a “Referencia - Contrarreferencia 4-30-8/98” 2430-021-109 (anexo 5); copia e “Historia clínica” 2430-021-148 (anexo 18), y entrega a Enfermera asignada al consultorio.</p> <p>188. Requisita, según el caso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Solicitud de exámenes básicos de laboratorio MF-8/93”, • “Solicitud de estudios radiográficos MF 4-30-2/2000”, (radiografías simples), 	<p>Resultados de exámenes de laboratorio y gabinete</p> <p>2320-003-009</p> <p>2320-003-010</p> <p>4-30-128/72</p> <p>Expediente clínico</p> <p>2430-021-109</p> <p>Anexo 5</p> <p>2430-021-148</p> <p>Anexo 18</p> <p>MF-8/93</p> <p>MF 4-30-2/2000</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Médico no Familiar tratante	<ul style="list-style-type: none"> • “Solicitud de estudios radiográficos MF 4-30-2/2000” (Tomografía axial computarizada, ultrasonidos resonancia magnética o estudios que requieran medio de contraste) y se los entrega al paciente o familiar o persona legalmente responsable para su trámite. <p>189. Requisita “Volante para solicitar cita en la Consulta Externa de Especialidades” 2430-021-126 (anexo 23).</p> <p>190. Entrega al paciente, familiar o persona legalmente responsable “Volante para solicitar cita en la Consulta Externa de Especialidades” 2430-021-126 (anexo 23) y le informa que pase al Control con la Asistente Médica correspondiente a solicitar cita subsecuente y posteriormente al Laboratorio o Gabinete a solicitar su fecha de estudio con los formatos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Solicitud de exámenes básicos de laboratorio MF-8/93”, • “Solicitud de estudios radiográficos MF 4-30-2/2000” 	<p>2430-021-126 Anexo 23</p> <p>2430-021-126 Anexo 23</p> <p>MF-8/93</p> <p>MF 4-30-2/2000</p>
Médico no Familiar tratante y Enfermera asignada al consultorio	191. Informa sobre la preparación previa a los estudios solicitados.	
Enfermera asignada al consultorio	192. Orienta y reafirma la información sobre la ubicación de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento y preparación.	
Médico no Familiar tratante	<p>193. Determina si se requieren estudios de gabinete que requieran procedimientos invasivos.</p> <p>El caso requiere de estudios de gabinete con procedimientos invasivos</p>	



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Médico no Familiar tratante	<p>194. Informa al paciente, familiar o persona legalmente responsable sobre la necesidad de realizar un estudio que conlleva un procedimiento invasivo y le explica con claridad los riesgos y eventuales complicaciones.</p> <p>195. Elabora el formato de “Consentimiento informado para procedimientos invasivos en consultorio” 2430-021-129 (anexo 19), solicita la firma autógrafa del paciente, familiar o persona legalmente responsable y testigos y la anexa al “Expediente clínico”.</p> <p>El caso no requiere de estudios de gabinete con procedimientos invasivos</p> <p>196. Determina si para el estudio y/o tratamiento del paciente se requiere de algún estudio de Medicina Nuclear.</p> <p>El paciente requiere de estudios de gammagrafía o radioinmunoanálisis o administración de material radioactivo para tratamiento</p> <p>197. Inicia el “Procedimiento para la realización de estudios de gammagrafía o radioinmunoanálisis o administración de material radioactivo para tratamiento en los servicios de medicina nuclear del Instituto Mexicano del Seguro Social” 2430-003-021.</p> <p>El paciente no requiere de estudios de gammagrafía o radioinmunoanálisis o administración de material radioactivo para tratamiento</p> <p>198. Determina si existe sospecha o diagnóstico de hemofilia u otras alteraciones hereditarias de la coagulación.</p>	<p>2430-021-129 Anexo 19 Expediente clínico</p> <p>2430-003-021</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
<p>Asistente Médica del Control de Consulta Externa de Especialidades</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Número de seguridad social y agregado, • Nombre completo del paciente, • Cruza la columna correspondiente a cita subsecuente, • Registra su clave (matrícula), • Anota en la columna de observaciones el número telefónico, según el caso. <p>204. Transcribe en la “Cartilla nacional de salud”:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fecha de la cita: el día, mes, año y hora, • Especialidad, • Unidad tratante, • Su clave y número de control. <p>205. Entrega la “Cartilla nacional de salud” al paciente o familiar o persona legalmente responsable, indica con claridad y sencillez la fecha y hora de la próxima cita y las observaciones que sean necesarias y destruye el “Volante para solicitar cita en la Consulta Externa de Especialidades” 2430-021-126 (anexo 23).</p> <p style="text-align: center;">En caso de pacientes foráneos</p> <p>206. Verifica que el Médico no Familiar tratante haya firmado y registrado su matrícula en el formato “Traslado de pacientes que generan gastos de pasajes y viáticos TP 01/94”.</p> <p>207. Informa al paciente que pase a OTEF para sus trámites correspondientes en relación a sus viáticos y lo orienta sobre su ubicación.</p>	<p>Cartilla nacional de salud</p> <p>Cartilla nacional de salud</p> <p>2430-021-126 Anexo 23</p> <p>TP 01/94</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Asistente Médica del Control de Consulta Externa de Especialidades	<p>Paciente referido para la realización de estudios de laboratorio y / o gabinete</p> <p>208. Orienta y aclara las dudas amablemente, sobre la ubicación de los servicios y los trámites administrativos a realizar para su atención.</p> <p>209. Informa sobre la preparación previa que tenga que realizar el paciente para su atención médica el día de su cita y en los casos que se requiera entrega el instructivo.</p> <p>210. Aclara dudas planteadas por el paciente, familiar o persona legalmente responsable, relacionadas con los trámites administrativos a realizar y reitera la importancia de cumplir con las citas proporcionadas en la misma unidad o en la unidad referida o contrarreferida, para continuar su atención médica.</p>	
Jefes de Departamento o Servicio Clínico o Responsables del Laboratorio Clínico, Radiodiagnóstico, Medicina Nuclear, Anatomía Patológica	<p>Recepción de documentos para glosar en el expediente clínico</p> <p>211. Vigila que los formatos de las solicitudes de exámenes de laboratorio y gabinete con los resultados, en el ámbito de su competencia, contengan nombre y número de seguridad social del paciente, antes de ser enviados al ARIMAC para su pega y glosa en el "Expediente clínico" del paciente.</p> <p>212. Envía al ARIMAC DIMAC, en "Memorándum interno, los formatos de los exámenes de laboratorio y gabinete con los resultados, en el ámbito de su competencia, para su pega y glosa en el "Expediente clínico" del paciente.</p>	<p>Expediente clínico</p> <p>Memorándum interno</p> <p>Expediente clínico</p>
Responsable del ARIMAC o DIMAC	213. Recibe el "Memorándum interno" y los "Formatos de los exámenes de laboratorio	Memorándum interno



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
<p>Responsable del ARIMAC o DIMAC</p> <p>Médico no Familiar tratante</p>	<p>y gabinete” con los resultados, para su pega y glosa en el “Expediente clínico” del paciente.</p> <p>Paciente subsecuente</p> <p>214. Recibe al paciente el día de la Consulta Externa de Especialidades y realiza la revisión del “Expediente clínico”, los resultados de los exámenes de laboratorio y gabinete.</p> <p>215. Analiza la respuesta al tratamiento y decide el plan terapéutico a seguir como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interconsulta a otra especialidad, • Programación de cirugía, • Hospitalización urgente, • Hospitalización programada, • Egreso del Servicio de Consulta Externa de Especialidades. <p>Solicitud de interconsulta a otra(s) especialidad(es) en la misma unidad</p> <p>216. Informa al paciente o familiar o persona legalmente responsable sobre la necesidad de que un Médico no Familiar de otra especialidad lo revise, le explica el motivo en forma clara y precisa con un lenguaje no técnico.</p> <p>217. Requisita la “Solicitud de servicios (interconsulta) 4-30-200” 2430-021-117 (anexo 24) y se lo entrega al paciente, familiar o persona legalmente responsable para su tramite.</p> <p>Solicitud de interconsulta con Trabajo Social</p>	<p>Formatos de laboratorio y gabinete</p> <p>Expediente clínico</p> <p>Expediente clínico</p> <p>2430-021-117 Anexo 24</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
<p>Médico no Familiar tratante</p> <p>Médico no Familiar tratante o Enfermera asignada al consultorio</p> <p>Asistente Médica del Control de Consulta Externa de Especialidades</p>	<p>218. Requisita la “Solicitud de servicios (interconsulta) 4-30-200” 2430-021-117 (anexo 24) y se lo entrega al paciente, familiar o persona legalmente responsable para su tramite.</p> <p>Continúa en la actividad 257 del presente procedimiento.</p> <p>219. Informa que pase con la Asistente Médica del Control del Consultorio para que le de mayor información.</p> <p>220. Recibe al paciente y al familiar o persona legalmente responsable con amabilidad y cortesía, derivado por el Médico no Familiar tratante o Enfermera asignada al consultorio.</p> <p>221. Interroga al paciente o familiar o persona legalmente responsable sobre las indicaciones que le dio el Médico no Familiar tratante.</p> <p>222. Solicita al paciente la documentación que le entregó el Médico no Familiar tratante al término de la atención médica.</p> <p>223. Identifica en la “Solicitud de servicios (interconsulta) 4-30-200” 2430-021-117 (anexo 24), la especialidad solicitada y lo orienta con claridad y precisión sobre la ubicación del Control de Asistentes Médicas correspondiente.</p> <p>224. Indica al paciente o familiar o persona legalmente responsable que regrese para otorgarle la cita subsecuente con el Médico no Familiar tratante.</p> <p style="text-align: center;">Solicitud de la especialidad interconsultada</p>	<p>2430-021-117 Anexo 24</p> <p>2430-021-117 Anexo 24</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Asistente Médica del Control de Consulta Externa de Especialidades	<p>225. Recibe con amabilidad y cortesía al paciente y al familiar o persona legalmente responsable, derivado para el otorgamiento de la cita de interconsulta a otra especialidad.</p> <p>226. Solicita al paciente o familiar o persona legalmente responsable la “Solicitud de servicios (interconsulta) 4-30-200” 2430-021-117 (anexo 24) e identifica la especialidad solicitada.</p> <p>227. Localiza la fecha más cercana disponible y realiza las anotaciones correspondientes en la “Agenda de citas 4-30-7” o “Agenda Electrónica (SICEH)”:</p> <ul style="list-style-type: none">• Número de seguridad social y agregado,• Nombre completo del paciente,• Su clave,• La UMF de adscripción. <p>228. Transcribe en la “Cartilla nacional de salud”:</p> <ul style="list-style-type: none">• Fecha de la cita: día, mes, año y hora,• Nombre de la especialidad• Unidad tratante,• Clave de la Asistente Médica y número de Control. <p>229. Entrega al paciente o familiar o persona legalmente responsable, la “Cartilla nacional de salud” e indica con claridad y sencillez la fecha y hora de la próxima cita y las observaciones que sean necesarias.</p>	<p>2430-021-117 Anexo 24</p> <p>4-30-7 Agenda Electrónica (SICEH)</p> <p>Cartilla nacional de salud</p> <p>Cartilla nacional de salud</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
<p>Asistente Médica del Control de Consulta Externa de Especialidades</p> <p>Asistente Médica del Control de Consulta Externa de Especialidades</p> <p>Médico no Familiar de la especialidad interconsultada, Enfermera asignada al</p>	<p>230. Informa sobre la preparación previa que tenga que realizar el paciente para su atención médica el día de su cita; en los casos que se requiera entregue el instructivo.</p> <p>231. Indica al paciente que regrese al control de donde fue derivado para el otorgamiento de su cita subsecuente.</p> <p>232. Recibe amablemente al paciente y al familiar o persona legalmente responsable, derivado del control de la especialidad interconsultada.</p> <p>233. Solicita la “Cartilla nacional de salud” al paciente, familiar o persona legalmente responsable.</p> <p>234. Identifica la especialidad solicitada, localiza la fecha más cercana disponible y realiza las anotaciones correspondientes en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Agenda de citas 4-30-7” o “Agenda Electrónica (SICEH)”: localice la fecha más cercana disponible, considerando la fecha de la cita otorgada de la especialidad interconsultante y registra: <ul style="list-style-type: none"> ○ Número de seguridad social y agregado, ○ Nombre completo del paciente, ○ Su clave, ○ La UMF de adscripción. <p>Otorgamiento de la atención médica por la especialidad interconsultada</p> <p style="text-align: center;">Día de la cita</p> <p>Realizan las actividades 132 a la 224 del presente procedimiento, de acuerdo al ámbito de su competencia y al caso.</p>	<p>Cartilla nacional de salud</p> <p>4-30-7</p> <p>Agenda Electrónica (SICEH)</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
<p>consultorio, Enfermera Jefe de Piso o Responsable de la Consulta Externa de Especialidades, Auxiliar de Servicios de Intendencia y Personal Responsable de la recepción de las muestras de tejido o muestra celular</p> <p>Médico no Familiar tratante</p>	<p style="text-align: center;">Etapas VIII PACIENTE QUE REQUIERE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO</p> <p style="text-align: center;">Programación de cirugía</p> <p>235. Recibe al paciente el día de la consulta e identifica en la fase de diagnóstico la necesidad de atención quirúrgica electiva.</p> <p>236. Verifica en el "Expediente clínico" la presencia de todos y cada uno de los elementos considerados en las "Guías de práctica clínica" o "Protocolos de diagnóstico y tratamiento" establecidos como requisitos indispensables para programar y someter a intervención quirúrgica al paciente, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valoración pre-operatoria según sea el caso, • Requerimientos de sangre y sus hemoderivados, <p>y determina el riesgo quirúrgico, de acuerdo a la(s) valoración(es) pre-operatoria(s) realizada(s) por Médico no Familiar de otra(s) especialidad(es).</p> <p>237. Informa al paciente, familiar o persona legalmente responsable sobre el</p>	<p>Expediente clínico</p> <p>Guías de práctica clínica</p> <p>Protocolos de diagnóstico y tratamiento</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Médico no Familiar tratante	<p>diagnóstico, tratamiento y pronóstico del primero, así como de la necesidad de la atención quirúrgica, y explica con claridad los riesgos y eventuales complicaciones.</p> <p>238. Elabora el formato de “Consentimiento informado para la realización de procedimientos quirúrgicos” 2430-021-128 (anexo 25), solicita la firma autógrafa del paciente, familiar o persona legalmente responsable y la anexa al “Expediente clínico”.</p> <p>Continúa en la actividad 250 de este procedimiento.</p> <p>En el caso que se requiera material de material de osteosíntesis y endoprótesis</p>	<p>2430-021-128 Anexo 25 Expediente clínico</p>
Auxiliar de Almacén o Responsable del almacén del material de osteosíntesis	<p>239. Requisita y firma la “Solicitud de material de osteosíntesis y endoprótesis” 2430-021-131 (anexo 26), en original y dos copias.</p> <p>240. Confirma la existencia de material de osteosíntesis y endoprótesis en el almacén requerido y sus posibles alternativas.</p> <p>241. Marca en la “Solicitud de material de osteosíntesis y endoprótesis” 2430-021-131 (anexo 26), con “E” el material de osteosíntesis y endoprótesis en existencia o con una equis (X) los no existentes, firma de enterado.</p>	<p>2430-021-131 Anexo 26</p>
Médico no Familiar tratante	<p>242. Entrega a la Enfermera de la CEyE (SubCEyE) la “Solicitud de material de osteosíntesis y endoprótesis” 2430-021-131 (anexo 26), original y dos copias con la firma del Auxiliar de Almacén o Responsable del almacén del material de osteosíntesis.</p>	<p>2430-021-131 Anexo 26</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Enfermera de CEyE	243. Recibe la “Solicitud de material de osteosíntesis y endoprótesis” 2430-021-131 (anexo 26), original y dos copias, los compila y ratifica o rectifica la existencia del material de osteosíntesis o endoprótesis.	2430-021-131 Anexo 26
Enfermera Jefe de Piso o Responsable de la CEyE	<p>244. Participa en la elaboración del “Programa diario de operaciones” 4-30-1Q-1/87” 2430-021-068 (anexo 27) y comenta requerimientos de material de osteosíntesis y endoprótesis para cada uno de los procedimientos quirúrgicos, su existencia o la falta del mismo y posibles alternativas.</p> <p>245. Entrega las “Solicitud de material de osteosíntesis y endoprótesis” 2430-021-131 (anexo 26), originales y dos copias para que sean anexadas las segundas copias a cada uno de los formatos “Autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica” 4-30-59/72” 2430-021-132 (anexo 28), según corresponda.</p> <p>246. Informa con oportunidad al Jefe o Responsable del Quirófano cualquier situación que pueda modificar el “Programa diario de operaciones 4-30-1Q-1/87” 2430-021-068 (anexo 27) autorizado y solicita al almacén el material de osteosíntesis y endoprótesis requerido.</p>	<p>2430-021-068 Anexo 27</p> <p>2430-021-131 Anexo 26</p> <p>2430-021-132 Anexo 28</p> <p>2430-021-068 Anexo 27</p>
Auxiliar de Almacén o Responsable del almacén del material de osteosíntesis	247. Entrega el material requerido de la “Solicitud del material de osteosíntesis y endoprótesis” 2430-021-131 (anexo 26) requerido a la Enfermera Jefe de Piso o Responsable de la CEyE, solicita firma en primera copia y la resguarda.	2430-021-068 Anexo 27
Enfermera Jefe de Piso o Responsable de la CEyE	248. Recibe material, firma primera copia de la “Solicitud del material de osteosíntesis y endoprótesis” 2430-021-131 (anexo 26) y lo entrega junto con original a la Enfermera de CEyE para su preparación.	2430-021-068 Anexo 27



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Enfermera de la CEyE	<p>249. Recibe material y originales de la “Solicitud del material de osteosíntesis y endoprótesis” 2430-021-131 (anexo 26), identifica y separa el material de osteosíntesis y endoprótesis solicitado de acuerdo al programa diario de operaciones.</p> <p style="text-align: center;">Programación del internamiento al área de hospitalización</p>	2430-021-068 Anexo 27
Médico no Familiar tratante	<p>250. Elabora la “Orden de internamiento” 2430-021-071 (anexo 29), aclara dudas y se lo entrega al paciente o familiar o persona legalmente responsable y le indica que la entregue la Asistente Médica de Admisión Hospitalaria.</p> <p>251. Registra en “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72”, la preparación pre-operatoria y las acciones específicas a seguir por el personal de enfermería durante la atención previa a la realización de la intervención quirúrgica y lo anexa al “Expediente clínico”.</p>	2430-021-071 Anexo 29 4-30-128/72 Expediente clínico
Enfermera asignada al consultorio	<p>252. Aclara dudas y orienta al paciente, familiar o persona legalmente responsable para que entregue a Asistente Médica de Admisión Hospitalaria la “Orden de internamiento” 2430-021-071 (anexo 29).</p> <p>253. Lleva al paciente o familiar o persona legalmente responsable con la Asistente Médica de Admisión hospitalaria, le entrega la “Cartilla nacional de salud” y “Orden de internamiento 2430-021-071” (anexo 29) y le da aviso del internamiento.</p>	2430-021-071 Anexo 29 Cartilla nacional de salud 2430-021-071 Anexo 29
Asistente Médica de Admisión Hospitalaria	<p>254. Reafirma la información proporcionada por el Médico no Familiar y la Enfermera asignada al consultorio sobre las indicaciones del internamiento.</p> <p>255. Recibe del paciente o familiar o persona legalmente responsable, derivado de la Consulta de Especialidades, la</p>	2430-021-071 Anexo 29



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Asistente Médica de Admisión Hospitalaria	<p>“Orden de internamiento” 2430-021-071 (anexo 29), y programa su ingreso hospitalario.</p> <p>256. Comenta al paciente, familiar o persona legalmente responsable sobre la importancia de notificar oportunamente que no acudirá a la intervención quirúrgica en la fecha programada, por cualquier situación familiar, o presentar alguna otra enfermedad o por la realización del procedimiento quirúrgico en otra unidad médica hospitalaria, y le proporciona el número telefónico al que puede comunicarse y el horario de atención.</p> <p>257. Orienta al paciente o familiar o persona legalmente responsable para que acuda al Servicio de Trabajo Social para obtener información y orientación sobre la donación altruista de sangre y la correspondiente a otros programas.</p> <p>Continúa en la actividad 296 de este procedimiento.</p> <p style="text-align: center;">Etapas IX TRABAJO SOCIAL EN LA CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDADES</p>	
Trabajadora Social	<p>258. Recibe al paciente y familiar o persona legalmente responsable, referido por el Médico no Familiar tratante o al que acude espontáneamente y le solicita la “Solicitud de servicios (interconsulta) 4-30-200” 2430-021-117 (anexo 24), según el caso.</p> <p>259. Entrevista al paciente y familiar o persona legalmente responsable para definir necesidades de atención social.</p> <p>260. Acuerda con el paciente y familiar o persona legalmente responsable la fecha y hora de la cita para la entrevista en la que se elaborará diagnóstico de riesgo social y/o educativo.</p>	2430-021-117 Anexo 24



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Trabajadora Social	<p>261. Registra en:</p> <ul style="list-style-type: none">• “Cartilla nacional de salud” y• “Agenda de citas 4-30-7” la fecha y hora de la entrevista inicial. <p style="text-align: center;">Día de la cita</p> <p>262. Recibe al paciente y/o familiar o persona legalmente responsable, le solicita:</p> <ul style="list-style-type: none">• “Cartilla nacional de salud” y <p>confirma la fecha y hora de la cita en:</p> <ul style="list-style-type: none">• “Agenda de citas 4-30-7”, confirma la fecha y hora de la cita, <p>y registra datos en la “Libreta de actividades programadas de trabajo social”.</p> <p style="text-align: center;">Entrevista Inicial o Diagnóstica</p> <p>263. Identifica y valora por interrogatorio:</p> <ul style="list-style-type: none">• Los principales factores de riesgo,• Las características personales,• El estilo de vida,• Los aspectos socioculturales y• Los conocimientos que tiene en relaciona a su padecimiento, <p>que influyen negativamente en el cumplimiento de las indicaciones y recomendaciones del personal de salud.</p>	<p>Cartilla nacional de salud</p> <p>4-30-7</p> <p>Cartilla nacional de salud</p> <p>4-30-7</p> <p>Libreta de actividades programadas de trabajo social</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Trabajadora Social	<p>264. Identifica factores de riesgo social con relación al ambiente socio-familiar y de estilo de vida que puedan incidir negativamente en el plan de manejo integral del paciente.</p> <p>265. Elabora diagnóstico de factores de riesgo social o educativo de acuerdo a los datos obtenidos en el interrogatorio, lo registra en "Notas de trabajo social médico 4-30-54/2000" 2430-021-102 (anexo 30) y elabora el plan de intervención social y/o educativo individualizado a desarrollar.</p> <p>266. Aplica durante la entrevista, técnicas didácticas que permitan la interacción y participación del paciente y su familiar en un clima de confianza y respeto.</p> <p>267. Inicia mensajes educativos con relación a su padecimiento, a factores de riesgo y acciones preventivas para desarrollar cambios favorables en la actitud y conducta del paciente y su familia en beneficio de su salud, según el caso.</p> <p>268. Promueve la importancia sobre:</p> <ul style="list-style-type: none">• Asistir a su próximas citas o a las sesiones educativas,• El cumplimiento de las indicaciones médicas y del personal de salud y• El de ir acompañado (a) por un familiar o persona legalmente responsable. <p>269. Realiza promoción de programas prioritarios: donación de sangre, donación de corneas, donación de órganos, lactancia materna, entre otros.</p>	2430-021-102 Anexo 30



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Trabajadora Social	<p>270. Registra la fecha y hora de la(s) entrevista(s) subsiguiente en “Agenda de citas 4-30-7” y en la “Cartilla nacional de salud” y transcribe los datos en la “Libreta de actividades programadas de trabajo social”.</p> <p>271. Registra las acciones realizadas en “Notas de trabajo social médico 4-30-54/2000” 2430-021-102 (anexo 30) y su intervención y manejo del caso en el “Informe de servicios paramédicos 4-30-6p”.</p> <p>272. Elabora “Vale al archivo clínico 4-30-9”, en original y copia solicitando el(os) “Expediente(s) clínico(s)” de los pacientes atendidos y solicita la presencia del Mensajero de ARIMAC o DIMAC.</p> <p>273. Entrega al Mensajero del ARIMAC o DIMAC el “Vale al archivo clínico 4-30-9” original y copia solicitando cada uno de los “Expedientes clínicos” de los pacientes atendidos y solicita firme de recibido en la copia.</p>	<p>4-30-7</p> <p>Cartilla nacional de salud</p> <p>Libreta de actividades programadas de trabajo social</p> <p>2430-021-102 Anexo 30</p> <p>4-30-6p</p> <p>4-30-9</p> <p>Expediente clínico</p> <p>4-30-9</p> <p>Expediente clínico</p>
Mensajero del ARIMAC o DIMAC	<p>274. Recibe el “Vale al Archivo Clínico 4-30-9”, original y copia, por cada uno de los “Expedientes clínicos” solicitados, firma de recibido en la copia, se la(s) devuelve a la Trabajadora Social y realiza las acciones correspondientes.</p> <p>275. Entrega a la Trabajadora Social los “Expediente clínicos” solicitados y recaba su firma de recibido en cada uno de los “Vale al archivo clínico 4-30-9”, original(es), los cuales quedan como resguardo de los primeros.</p>	<p>4-30-9</p> <p>Expediente clínico</p> <p>Expediente clínico</p> <p>4-30-9</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Trabajadora Social	<p>276. Recibe del Mensajero del ARIMAC:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El(os) “Expediente(s) clínico(s)” solicitado(s) y • El(os) “Vale al archivo clínico 4-30-9” original, los firma y se los devuelve. <p>277. Anexa las “Notas de trabajo social médico 4-30-54/2000” 2430-021-102 (anexo 30), de cada uno de los pacientes al “Expediente clínico” correspondiente y se los entrega al Mensajero del ARIMAC y recupera el “Vale al archivo clínico 4-30-9”, original.</p> <p>278. Informa al Médico no Familiar tratante, Jefe o Responsable de la Consulta Externa de Especialidades, Subjefe de Trabajo Social o Jefe de Trabajo Social, cuando así se requiera de la problemática social identificada y su intervención en el caso.</p> <p style="text-align: center;">Sesión Educativa de Trabajo Social</p> <p>279. Integra los grupos educativos de acuerdo a las necesidades de educación detectadas y verifica la posibilidad de contar con los recursos unidad para el desarrollo de las actividades educativas en la unidad.</p>	<p>Expediente clínico</p> <p>4-30-9</p> <p>2430-021-102 Anexo 30</p> <p>Expediente clínico</p> <p>4-30-9</p>
Trabajadora Social	<p>280. Entrevista al paciente o familiar o persona legalmente responsable a fin de identificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocimientos de su enfermedad y • Mitos, creencias y hábitos con relación al padecimiento, estilo de vida, etcétera. <p>281. Sensibiliza al paciente y familiar o persona legalmente responsable de la</p>	



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Trabajadora Social	<p>importancia de integrarse a la sesión educativa, para conocer o reafirmar los síntomas y signos de su enfermedad, así como las medidas preventivas a desarrollar por el paciente y familiares.</p> <p>282. Anota en la “Cartilla nacional de salud”, la fecha y hora de su cita al grupo educativo.</p> <p>283. Obtiene la firma del paciente en el formato de “Consentimiento informado para participar en el grupo educativo”.</p> <p>284. Registra las acciones realizadas y los resultados obtenidos de su intervención en “Notas de trabajo social médico 4-30-54/2000” 2430-021-102 (anexo 30) y el “Informe de servicios paramédicos 4-30-6p”.</p> <p>Realiza las actividades 272, 273 y 276 a 278 de este procedimiento.</p>	<p>Cartilla nacional de salud</p> <p>Consentimiento informado para participar en el grupo educativo</p> <p>2430-021-102 Anexo 30</p> <p>4-30-6p</p>
Mensajero del ARIMAC O DIMAC	Realiza las actividades 274 y 275 de este procedimiento.	
Trabajadora Social	<p>285. Prepara la sesión educativa junto con el equipo de salud e identifica:</p> <ul style="list-style-type: none">• Características del grupo,• Objetivos educativos de acuerdo a las necesidades detectadas,• Recursos didácticos disponibles,• Precisan los mensajes educativos necesarios de acuerdo al perfil del grupo, los factores de riesgo presentes y los posibles daños a la salud y• Adaptan los mensajes educativos al nivel socio-cultural de grupo.	



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Trabajadora Social	<p>286. Recibe al paciente y familiar o persona legalmente responsable citado a la sesión grupal e imparte los temas de su competencia, aplicando técnicas didácticas participativas acordes a los objetivos educativos que se desean alcanzar.</p> <p>287. Valora la comprensión de los mensajes educativos desarrollados durante el desarrollo de la sesión y reafirma los mensajes que no fueron comprendidos.</p> <p>288. Cierra la sesión aclarando dudas o haciendo recomendaciones positivas e informa al paciente y familiar de los beneficios de acudir a la siguiente sesión o entrevista de acuerdo a las características del caso.</p> <p>Entrevista subsecuente de Trabajo Social</p> <p>289. Recibe al paciente y su familiar o persona legalmente responsable, le solicita "Cartilla nacional de salud" y verifica la fecha y hora de la cita.</p> <p>290. Inicia o continúa con el plan educativo o intervención social, individualizado, definido en la entrevista diagnóstica.</p> <p>291. Aplica técnicas participativas que permitan la interacción, participación y comprensión de los mensajes en un clima de confianza y respeto.</p> <p>292. Registra, en "Notas de trabajo social médico 4-30-54/2000" 2430-021-102 (anexo 30), las actividades desarrolladas de acuerdo al plan educativo o de intervención social y la anexa al "Expediente clínico".</p> <p>293. Informa al médico tratante de los avances y resultados de su intervención y</p>	<p>Cartilla nacional de salud</p> <p>2430-021-102 Anexo 30</p> <p>Expediente clínico</p> <p>4-30-6p</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Trabajadora Social	<p>realiza el "Informe de servicios paramédicos 4-30-6p".</p> <p>294. Elabora estudio médico social a solicitud del médico tratante o por iniciativa propia, registra los datos en "Estudio de trabajo social en el área médica 4-30-53/72" 2430-021-105 (anexo 31), la anexa al "Expediente clínico" e informa al Médico no Familiar tratante los resultados obtenidos.</p> <p>295. Informa mensualmente a la Subjefe o Jefe de Trabajo Social sobre las actividades realizadas.</p> <p style="text-align: center;">Paciente programado para cirugía</p> <p>296. Recibe al paciente programado para cirugía, o familiar o persona legalmente responsable, canalizado por la Asistente Médica de Admisión Hospitalaria, y le orienta y sensibiliza sobre la importancia de la donación altruista de sangre y otros programas e inicia el "Procedimiento para la atención de donantes de sangre total, aféresis y donación autóloga de pre-depósito en los bancos de sangre del Instituto Mexicano del Seguro Social" 2430-003-001.</p> <p>297. Proporciona al paciente y al familiar o persona legalmente responsable información precisa y clara sobre el cumplimiento del "Reglamento interno de la Unidad Médica Hospitalaria" 2430-021-072" (anexo 32) y le ratifica el número telefónico al que puede llamar para reportar alguna eventualidad, por lo menos con 24 horas de anticipación, para no asistir a su cita programada. en la fecha asignada para su internamiento para cirugía programada.</p>	<p>2430-021-105 Anexo 31</p> <p>Expediente clínico</p> <p>2430-003-001</p> <p>2430-021-072 Anexo 32</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Trabajadora Social	<p>298. Invita al paciente, familiar o persona legalmente responsable para realizar visita guiada por las áreas (posibles de visitar) de la UMH por donde pasará el primero durante su estancia y le indica lugar, fecha y hora de reunión.</p> <p>299. Recibe al paciente, familiar o persona legalmente responsable en la fecha y hora señalada, realiza la visita guiada por las áreas (posibles de visitar) de la UMH y aclara las dudas que se presenten.</p> <p>300. Resuelve problemas técnico-administrativos en forma inmediata cuando el caso lo amerite.</p> <p>301. Recaba la información telefónica proporcionada por el paciente, familiar o persona legalmente responsable cuando no asistirá en la fecha asignada para su internamiento para cirugía programada y la notifica inmediatamente al Jefe o Responsable del Quirófano.</p> <p style="text-align: center;">Etapa X PACIENTE DE LA CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDADES QUE REQUIERE HOSPITALIZACIÓN DE URGENCIA</p>	
Médico no Familiar tratante	<p>302. Recibe al paciente el día de la consulta e identifica en el proceso de diagnóstico la necesidad de hospitalización urgente del mismo.</p> <p>303. Realiza comunicación telefónica con el Médico no Familiar del Servicio de Admisión Continua o Urgencias, para la presentación y aceptación del caso.</p>	
Médico no Familiar del Servicio de Admisión Continua o Urgencias	<p>304. Recibe la llamada telefónica, comenta el caso y aceptación del paciente para su hospitalización por el servicio.</p>	



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Médico no Familiar tratante	<p>305. Informa al paciente, familiar o persona legalmente responsable sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del primero, así como de la necesidad de la atención médica urgente, de su hospitalización, y explica con claridad los riesgos y eventuales complicaciones.</p> <p>306. Elabora nota médica del Servicio de la Consulta Externa de Especialidades en el formato "Notas médicas y prescripción 4 30 128/72", la cual debe incluir:</p> <ul style="list-style-type: none">• Fecha y hora de envío;• Interrogatorio, hallazgos a la exploración física y signos vitales y somatometría;• Diagnóstico(s);• Motivo de la hospitalización urgente;• Resumen clínico el cual debe incluir:<ul style="list-style-type: none">• Hallazgos clínico,• Resultados de laboratorio y gabinete,• Tratamiento recibido;• Plan de manejo (especifica motivo por el que se hospitaliza de forma urgente el paciente;• Indicaciones médicas;• Pronóstico; y• Nombre, firma y matrícula. <p>307. Registra en las indicaciones médicas contenida en "Notas médicas y prescripción 4-30-128/72", el traslado del paciente al Servicio de Admisión Continua o Urgencias.</p>	<p>4-30-128/72</p> <p>4-30-128/72</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Médico no Familiar tratante	<p>308. Requisita el “Consentimiento para hospitalización” 2430-021-070 (anexo 33) y solicita la firma autógrafa del paciente, familiar o persona legalmente responsable.</p> <p>309. Avisa a la Enfermera asignada al Consultorio que el paciente pasa al Servicio de Admisión Continua o Urgencias, compila todos los documentos generados durante la atención médica y los anexa al “Expediente clínico” y se lo entrega.</p> <p>310. Informa al paciente, familiar o persona legalmente responsable, el diagnóstico, pronóstico y la justificación del traslado al Servicio de Admisión Continua o Urgencias para continuar su atención médica.</p> <p>311. Indica al familiar o persona legalmente responsable que pase con la Asistente Médica del Servicio de Admisión Continua o Urgencias para proporcionar información del paciente, con la “Cartilla nacional de salud” y “Credencial ADIMSS” o “Identificación oficial” que lo acredite como derechohabiente.</p> <p>312. Registra la atención médica proporcionada y las acciones realizadas en el formato “Control e informe de consulta externa 4-30-6/99”.</p>	<p>2430-021-070 Anexo 33</p> <p>Expediente clínico</p> <p>Cartilla nacional de salud Credencial ADIMSS Identificación oficial</p> <p>4-30-6/99</p>
Enfermera asignada al consultorio	<p>313. Recibe del Médico no Familiar tratante la información sobre el traslado del paciente a Admisión Continua o Urgencias y su “Expediente clínico”.</p> <p>314. Informa a la Enfermera Jefe de Piso o Responsable de la Consulta Externa de Especialidades el destino del paciente.</p>	<p>Expediente clínico</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Enfermera asignada al consultorio	315. Comunica a la Asistente Médica del traslado del paciente a Admisión Continua o Urgencias, le entrega el "Expediente clínico" y registra en el espacio correspondiente del "Control e informe de consulta externa 4-30-6/99" el traslado del paciente al Servicio de Admisión Continua o Urgencias.	Expediente clínico 4-30-6/99
Enfermera Jefe de Piso o Responsable de la Consulta Externa de Especialidades	316. Recibe de la Enfermera asignada al consultorio la notificación sobre el destino del paciente al Servicio de Admisión Continua o Urgencias. 317. Informa a la Enfermera Jefe de Piso o Responsable de Admisión Continua o Urgencias sobre el traslado del paciente y solicita la presencia del Auxiliar de Servicios de Intendencia para que traslade al paciente al mismo, de acuerdo a indicaciones médicas.	
Asistente Médica del control de Consulta Externa de Especialidades	318. Recibe de la Enfermera asignada al consultorio la información sobre el traslado del paciente al Servicio de Admisión Continua o Urgencias y el "Expediente clínico", informa a la Asistente Médica de ese Servicio de Admisión Continua o Urgencias, sobre el traslado del paciente. 319. Solicita la presencia del Mensajero del ARIMAC o DIMAC para el traslado del "Expediente clínico" del paciente al Servicio de Admisión Continua o Urgencias, se lo entrega y solicita firme de recibido en el "Control e informe de consulta externa 4-30-6/99", copia.	Expediente clínico Expediente clínico 4-30-6/99
Asistente Médica del Servicio de Admisión Continua o Urgencias	320. Recibe la información de la Asistente Médica del Control de la Consulta Externa de Especialidades sobre el traslado del paciente.	



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Mensajero del ARIMAC o DIMAC	321. Recibe la información del traslado del paciente hacia el Servicio de Admisión Continua o Urgencias y el "Expediente clínico" y firma de recibido en el "Control e informe de consulta externa 4-30-6/99", copia.	Expediente clínico 4-30-6/99
	322. Lleva y entrega el "Expediente clínico", a la Asistente Médica del Servicio de Admisión Continua o Urgencias.	Expediente clínico
Asistente Médica del Servicio de Admisión Continua o Urgencias	323. Recibe del Mensajero del ARIMAC el "Expediente clínico" del paciente, elabora "Vale al archivo clínico 4-30-9" por el mismo y se lo entrega.	Expediente clínico 4-30-9
	324. Entrega a la Enfermera Jefe de Piso o Responsable de Admisión Continua o Urgencias el "Expediente clínico del paciente trasladado del Servicio de Consulta Externa de Especialidades.	Expediente clínico
Mensajero del ARIMAC o DIMAC	325. Recibe de la Asistente Médica del Servicio de Admisión Continua o Urgencias el "Vale al archivo clínico 4-30-9", original, debidamente firmado por el "Expediente clínico" entregado.	4-30-9 Expediente clínico
Enfermera Jefe de Piso o Responsable de Admisión Continua o Urgencias	326. Recibe la información e indica al Personal de Enfermería iniciar los preparativos para recibir al paciente.	
Auxiliar de Servicios de Intendencia	327. Recibe la información sobre el traslado del paciente al Servicio de Admisión Continua o Urgencias, verifica la seguridad de la camilla o silla de ruedas para el traslado del paciente y lo moviliza a la camilla o silla de ruedas. 328. Instala, coloca al paciente en la camilla o en la silla de ruedas en la posición indicada con movimientos rápidos, precisos y seguros y lo tranquiliza de ser posible, traslada al paciente al Servicio de Admisión Continua o Urgencias que lo recibe.	



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Enfermera asignada al consultorio	329. Acompaña al paciente durante el traslado y lo entrega al Personal de enfermería del Servicio de Admisión Continua o Urgencias que lo recibe.	
Auxiliar de Servicios de Intendencia	330. Moviliza al paciente de la camilla o silla a la cama del Servicio de Admisión Continua o Urgencias que lo recibe y lo instala.	
Enfermera Jefe de Piso o Responsable de Admisión Continua o Urgencias	331. Recibe de la Enfermera asignada al consultorio al paciente, corrobora su identidad, entrega al Personal de Enfermería que se hará cargo del paciente y verifica su instalación en la cama asignada.	
	332. Recibe de la Asistente Médica del Servicio de Admisión Continua o Urgencias el "Expediente clínico" del paciente trasladado y se lo entrega al Personal de Enfermería responsable del mismo.	Expediente clínico
<p>Etapas XI PACIENTE QUE REQUIERE HOSPITALIZACIÓN PROGRAMADA</p>		
Médico no Familiar tratante	333. Recibe al paciente el día de la consulta e identifica en la fase de diagnóstico la necesidad de atención hospitalaria electiva.	
	334. Verifica en el "Expediente clínico" la presencia de todos y cada uno de los elementos considerados en las "Guías de práctica clínica" o "Protocolos de diagnóstico y tratamiento" establecidos como requisitos indispensables para programar y someter a manejo hospitalario al paciente, tales como: <ul style="list-style-type: none"> • Estudios de laboratorio y gabinete, • Valoración pre-operatoria según sea el 	Expediente clínico Guías de práctica clínica Protocolos de diagnóstico y tratamiento Estudios de laboratorio y



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Médico no Familiar tratante	<ul style="list-style-type: none"> • caso, • Requerimientos de sangre y sus hemoderivados, <p>y determina, de ser procedente, el riesgo quirúrgico, de acuerdo a la(s) valoración(es) pre- operatoria(s) realizada(s) por Médico no Familiar de otra(s) especialidad(es).</p> <p>335. Informa al paciente, familiar o persona legalmente responsable sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del primero, así como de la necesidad de la atención hospitalaria, y explica con claridad los riesgos y eventuales complicaciones.</p> <p style="text-align: center;">En caso de paciente obstétrica</p> <p>336. Promueve, informa sobre la donación voluntaria de sangre de cordón umbilical, en la paciente embarazada y su familiar, bajo el lema “Donar sangre es un regalo de vida” e inicia el “Procedimiento para la toma y recolección de sangre de cordón umbilical en las unidades médicas hospitalaria del Instituto Mexicano del Seguro Social” 2430-003-004.</p>	gabinete
Médico no Familiar tratante	<p>337. Elabora el “Consentimiento informado para hospitalización” 2430-021-070 (anexo 33), solicita la firma autógrafa del paciente, familiar o persona legalmente responsable y la anexa al “Expediente clínico”.</p> <p>338. Elabora la “Orden de internamiento” 2430-021-071 (anexo 29), aclara dudas y se la entrega al paciente o familiar o</p>	2430-003-004
		2430-021-070 Anexo 33 Expediente clínico
		2430-021-071 Anexo 29



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Médico no Familiar tratante	<p>persona legalmente responsable e indica que la entregue la Asistente Médica de Admisión Hospitalaria.</p> <p>339. Registra en “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72”, la preparación y las acciones específicas a seguir por el personal de enfermería al ingreso del paciente a hospitalización y lo anexa al “Expediente clínico”</p>	<p>4-30-128/72</p> <p>Expediente clínico</p>
Enfermera asignada al consultorio	<p>340. Aclara dudas y orienta al paciente, familiar o persona legalmente responsable para que entregue a Asistente Médica de Admisión Hospitalaria la “Orden de internamiento” 2430-021-071 (anexo 29).</p> <p>341. Lleva al paciente o familiar o persona legalmente responsable con la Asistente Médica de Admisión hospitalaria y le entrega la “Cartilla nacional de salud” y “Orden de internamiento 2430-021-071” (anexo 29) y le avisa que ahí esta el paciente.</p>	<p>2430-021-071</p> <p>Anexo 29</p> <p>Cartilla nacional de salud</p> <p>2430-021-071</p> <p>Anexo 29</p>
Asistente Médica de Admisión Hospitalaria	<p>342. Reafirma la información proporcionada por el Médico no Familiar y la Enfermera asignada al consultorio sobre las indicaciones del internamiento.</p> <p>343. Recibe del paciente o familiar o persona legalmente responsable, derivado de la Consulta de Especialidades, la “Orden de internamiento” 2430-021-071 (anexo 29), y programa su ingreso hospitalario.</p> <p>344. Comenta al paciente, familiar o persona legalmente responsable sobre la importancia de notificar oportunamente cuando no acudirá a su internamiento en la fecha programada, por cualquier situación familiar o presentar alguna otra enfermedad, y le proporciona el número telefónico al que puede comunicarse y el horario de atención.</p>	<p>2430-021-071</p> <p>Anexo 29</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Asistente Médica de Admisión Hospitalaria	<p>345. Orienta al paciente o familiar o persona legalmente responsable para que acuda al Servicio de Trabajo Social para obtener información sobre la donación voluntaria de sangre y la correspondiente a otros programas.</p> <p>346. Realiza el enlace de turno e identifica los trámites pendientes para su continuidad.</p> <p>347. Recibe al paciente o familiar o persona legalmente responsable derivado de la Consulta Externa de Especialidades para la programación de ingreso hospitalario y le solicita con amabilidad y cortesía:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Cartilla nacional de salud” y • “Orden de internamiento” 2430-021-071 (anexo 29), debidamente requisitada por el Médico no Familiar tratante. <p>348. Identifica la fecha de internamiento y procede a realizar los registros en los formatos correspondientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Agenda de citas 4-30-7” ó Agenda electrónica (SICEH): <ul style="list-style-type: none"> ○ Nombre completo del paciente, ○ No. de seguridad social y agregado, ○ Fecha y hora del internamiento, • “Registro de pacientes hospitalizados 4-30-51/72” 2430-021-110 (anexo 34), original y dos copias, una de las copias en tarjeta Bristol de 12 x 20, dejando en blanco los apartados que correspondan a cama y piso, • “Hoja de alta hospitalaria Alta 1/98” 2430-021-111 (anexo 35) original y copia, llena sólo el encabezado. 	<p>Cartilla nacional de salud</p> <p>2430-021-071 Anexo 29</p> <p>4-30-7</p> <p>Agenda electrónica (SICEH)</p> <p>2430-021-110 Anexo 34</p> <p>2430-021-111 Anexo 35</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Asistente Médica de Admisión Hospitalaria	<p>349. Detecta las necesidades de orientación e información y da respuesta al paciente, familiar o persona legalmente responsable con relación al internamiento, en el ámbito de su competencia.</p> <p>350. Envía al paciente, familiar o persona legalmente responsable con la Trabajadora Social para la información y orientación en relación a la donación voluntaria de sangre.</p> <p>351. Archiva temporalmente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Registro de pacientes hospitalizados 4-30-51/72” 2430-021-110 (anexo 34) en original y dos copias, • “Hoja de alta hospitalaria Alta 1/98” 2430-021-111 (anexo 35) en original y copia. <p>352. Elabora con 24 horas de anticipación los “Vale al archivo clínico 4-30-9”, original y copia para solicitar el “Expediente clínico” del paciente y lo firma.</p> <p>353. Entrega al responsable del ARIMAC o DIMAC, los “Vale al archivo clínico 4-30-9”, original y copia, con 24 horas de anticipación, para la localización de los “Expedientes clínicos” de los pacientes programados para internamiento.</p>	<p>2430-021-110 Anexo 34</p> <p>2430-021-111 Anexo 35</p> <p>4-30-9 Expediente clínico</p> <p>4-30-9 Expediente clínico</p>
Responsable del ARIMAC o DIMAC	<p>354. Firma de recibido en los “Vale al archivo clínico 4-30-9” copia, misma que devuelve a la Asistente Médica de Admisión Hospitalaria.</p>	<p>4-30-9</p>
Asistente Médica de Admisión Hospitalaria	<p>355. Recibe los “Vale al archivo clínico 4-30-9”, copia firmada por el Responsable del ARIMAC o DIMAC y la archiva temporalmente como comprobante de la solicitud.</p>	<p>4-30-9</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Asistente Médica de Admisión Hospitalaria	<p>356. Recibe los “Expedientes clínicos” solicitados, coteja que correspondan con la solicitud y verifica que estén debidamente integrados.</p> <p>357. Firma de recibido los “Vale al archivo clínico 4-30-9”, original y entrega al Responsable del ARIMAC o DIMAC.</p> <p style="text-align: center;">Etapa XII FINALIZACIÓN DE LA CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDADES</p>	<p>Expediente clínico</p> <p>4-30-9</p>
Médico no Familiar, Personal de enfermería	<p>358. Identifica, separa y deposita los residuos biológicos-infecciosos o tóxico-peligrosos que se generan durante la atención médica del paciente, en los contenedores específicos y verifica que el envasado sea el adecuado.</p>	
Médico no Familiar tratante	<p>359. Verifica el requisitado completo y correcto del “Control e informe de consulta externa 4-30-6/99”, lo firma y se lo entrega a la Enfermera asignada al consultorio.</p>	<p>4-30-6/99</p>
Enfermera asignada al consultorio	<p>360. Recibe del Médico no Familiar tratante el “Control e informe de consulta externa 4-30-6/99” y verifica que el requisitado sea correcto y además que se encuentre firmado por el Médico no Familiar tratante.</p> <p>361. Recibe después de cada atención médica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Expedientes clínicos”, o en su caso: • “Referencia - Contrarreferencia 4-30-8/98” 2430-021-109 (anexo 5) copias e “Historia clínica” 2430-021-148 (anexo 18), de los pacientes que fueron egresados del servicio, o en su caso: • “Notas médicas y prescripción 4-30- 	<p>4-30-6/99</p> <p>Expediente clínico</p> <p>2430-021-109 Anexo 5</p> <p>2430-021-148 Anexo 18</p> <p>4-30-128/72</p> <p>4-30-6/99</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Enfermera asignada al consultorio	<p>128/72” la cual contiene la “Nota médica de primera vez, y la leyenda “Apertura de de Expediente clínico” junto con “Referencia - Contrarreferencia 4-30-8/98” 2430-021-109 (anexo 5); copia, e “Historia clínica” 2430-021-148 (anexo 18).</p> <p>362. Ordena:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Expedientes clínicos”, • “Referencia - Contrarreferencia 4-30-8/98” 2430-021-109 (anexo 5) copias e “Historia clínica” 2430-021-148 (anexo 18), de los pacientes que fueron egresados del servicio, • “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72” la cual contiene la “Nota médica de primera vez, y la leyenda “Apertura de de Expediente clínico” junto con “Referencia - Contrarreferencia 4-30-8/98” 2430-021-109 (anexo 5); copia, e “Historia clínica” 2430-021-148 (anexo 18); <p>de acuerdo al orden del “Control e informe de consulta externa 4-30-6/99”, verifica que estén completos, y los entrega en esa forma a la Asistente Médica en el control.</p>	<p>Expediente clínico</p> <p>2430-021-109 Anexo 5</p> <p>2430-021-148 Anexo 18</p> <p>4-30-128/72</p> <p>4-30-6/99</p>
Asistente Médica del Control de la Consulta Externa de Especialidades	<p>363. Recibe de la Enfermera asignada al consultorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Expedientes clínicos”, • “Referencia - Contrarreferencia 4-30-8/98” 2430-021-109 (anexo 5) copias e “Historia clínica” 2430-021-148 (anexo 18), de los pacientes que fueron egresados del servicio, 	<p>Expediente clínico</p> <p>2430-021-109 Anexo 5</p> <p>2430-021-148 Anexo 18</p> <p>4-30-128/72</p> <p>4-30-6/99</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Asistente Médica del Control de la Consulta Externa de Especialidades	<ul style="list-style-type: none"> • “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72” la cual contiene la “Nota médica de primera vez, y la leyenda “Apertura de de Expediente clínico” junto con la copia de “Referencia - Contrarreferencia 4-30-8/98” 2430-021-109 (anexo 5) e “Historia clínica” 2430-021-148 (anexo 18); <p>y verifica que correspondan con lo registrado en el “Control e informe de consulta externa 4-30-6/99”.</p> <p style="text-align: center;">No se encuentran completos</p>	
Enfermera asignada al consultorio	<p>364. Informa a la Enfermera asignada al consultorio la falta del “Expediente clínico” y le solicita el “Vale al archivo clínico 4-30-9” debidamente requisitado.</p> <p>365. Requisita “Vale al archivo clínico 4-30-9” ante la falta del “Expediente clínico” y se lo entrega a la Asistente Médica.</p> <p>NOTA: El Médico no Familiar tratante, no podrá quedarse con ningún “Expediente clínico” una vez terminada la consulta, salvo por solicitud escrita del Jefe o Responsable del Servicio de la Consulta Externa de Especialidades.</p>	<p>Expediente clínico 4-30-9</p> <p>4-30-9 Expediente clínico</p>
Asistente Médica del Control de la Consulta Externa de Especialidades	<p>366. Recibe de la Enfermera asignada al consultorio el “Vale al archivo clínico 4-30-9” por el “Expediente clínico” faltante.</p> <p style="text-align: center;">Se encuentran completos</p>	<p>4-30-9 Expediente clínico</p>
Enfermera asignada al consultorio	<p>367. Registra con letra el número de expedientes en la primera copia del “Control e informe de consulta externa 4-30-6/99”, la firma y la devuelve a la Enfermera asignada al consultorio.</p> <p>368. Recibe de la Asistente Médica formato “Control e informe de consulta externa 4-30-6/99”, primera copia con la firma de la</p>	<p>4-30-6/99</p> <p>4-30-6/99</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Enfermera asignada al consultorio	<p>Asistente Médica y archiva temporalmente.</p> <p>369. Procesa material, instrumental y equipo utilizado durante la atención médica, según el caso y solicita la limpieza del área y deja y/o entrega el consultorio limpio y en orden.</p> <p>370. Rectifica o ratifica su productividad y el consumo de insumos en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Registro de la productividad diaria de enfermería 2430-021-122” (anexo 22), • “Registro del consumo de medicamentos de alto costo o de psicotrópicos 2430-021-121” (anexo 20), • “Registro del consumo diario de medicamentos o material de curación y equipo 2430-021-124” (anexo 21). 	<p>2430-021-122 Anexo 22</p> <p>2430-021-121 Anexo 20</p> <p>2430-021-124 Anexo 21</p>
Asistente Médica del Control de la Consulta Externa de Especialidades	<p>371. Solicita al término de la jornada la presencia del Mensajero de ARIMAC o DIMAC para la entrega de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Expedientes clínicos”, • “Referencia - Contrarreferencia 4-30-8/98” 2430-021-109 (anexo 5), copias e “Historia clínica” 2430-021-148 (anexo 18), de los pacientes que fueron egresados del servicio, • “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72” la cual contiene la “Nota médica de primera vez, y la leyenda “Apertura de Expediente clínico” junto con “Referencia - Contrarreferencia 4-30-8/98” 2430-021-109 (anexo 5), copia, e “Historia clínica” 2430-021-148 (anexo 18); 	<p>Expediente clínico</p> <p>2430-021-109 Anexo 5</p> <p>2430-021-148 Anexo 18</p> <p>4-30-128/72</p> <p>4-30-9</p> <p>4-30-6/99</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Asistente Médica del Control de la Consulta Externa de Especialidades	<ul style="list-style-type: none"> • “Vale al archivo clínico 4-30-9”, original debidamente firmado, por cada uno de los “Expedientes clínicos” retenidos, <p>y le solicita firma de recibido en el “Control e informe de consulta externa 4-30-6/99”, segunda copia.</p> <p>NOTA: El Mensajero de ARIMAC o DIMAC acude con la segunda copia del “Control e informe de consulta externa 4-30-6/99”</p>	
Mensajero del ARIMAC o DIMAC	<p>372. Recibe de la Asistente Médica del Control de la Consulta Externa de Especialidades al término de la jornada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Expedientes clínicos”, • “Referencia - Contrarreferencia 4-30-8/98” 2430-021-109 (anexo 5), copias e “Historia clínica” 2430-021-148 (anexo 18), de los pacientes que fueron egresados del servicio, • “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72” la cual contiene la “Nota médica de primera vez y la leyenda “Apertura de Expediente clínico” junto con “Referencia - Contrarreferencia 4-30-8/98” 2430-021-109 (anexo 3), copia e “Historia clínica” 2430-021-148 (anexo 18); • “Vale al archivo clínico 4-30-9” original debidamente firmado, por cada uno de los “Expedientes clínicos” retenidos, <p>coteja uno por uno y le firma de recibido en el “Control e informe de consulta externa 4-30-6/99”, segunda copia y se lo entrega.</p>	<p>Expediente clínico</p> <p>2430-021-109 Anexo 5</p> <p>2430-021-148 Anexo 18</p> <p>4-30-128/72</p> <p>4-30-9</p> <p>4-30-6/99</p>
Asistente Médica del Control de la Consulta Externa de Especialidades	<p>373. Recibe y entrega a la Coordinadora de Asistentes Médicas los formatos “Control e informe de consulta externa 4-30-6/99”, originales, de acuerdo a lo establecido por</p>	<p>4-30-6/99</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Asistente Médica del Control de la Consulta Externa de Especialidades	la unidad médica hospitalaria y la segunda copia la resguarda por periodos mensuales.	
Coordinadora de Asistentes Médicas	<p>374. Recibe de los formatos “Control e informe de consulta externa 4-30-6/99”, original y elabora “Relación de Control e informe de consulta externa 4-30-6/99”, original y copia.</p> <p>375. Entrega a las 9:00 horas del siguiente día hábil al Personal Responsable del ARIMAC:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Relación de Control e informe de consulta externa 4-30-6/99”, original y copia y • “Control e informe de consulta externa 4-30-6/99”, ordenados por especialidad, consultorio y turno, <p>solicita firma de recibido en la copia y la recibe.</p>	<p>4-30-6/99</p> <p>Relación de Control e informe de consulta externa 4-30-6/99</p> <p>Relación de Control e informe de consulta externa</p> <p>4-30-6/99</p> <p>4-30-6/99</p>
Personal responsable del ARIMAC	<p>376. Recibe a las 9:00 horas del siguiente día hábil siguiente a la generación de la información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Relación de Control e informe de consulta externa 4-30-6/99”, original y copia y • “Control e informe de consulta externa 4-30-6/99”, ordenados por especialidad, consultorio y turno, <p>firma de recibido en la copia y se la entrega a la Coordinadora de Asistentes Médicas.</p>	<p>Relación de Control e informe de consulta externa 4-30-6/99</p> <p>4-30-6/99</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
<p>Jefes de Departamento o Servicio Clínico de las especialidades médicas y quirúrgicas, Enfermera Jefe de Piso, Jefe de Trabajo Social y Coordinadora de Asistentes Médicas o Responsables de la Consulta Externa de Especialidades</p>	<p style="text-align: center;">Etapa XIII GESTIÓN Y SUPERVISIÓN DE LA CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDADES</p> <p>377. Realiza visita diaria a los consultorios, controles de consulta externa de especialidades y oficinas en donde están siendo atendidos los pacientes, supervisan y asesoran al personal médico y paramédico en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La atención médica-quirúrgica y paramédica, • Que las actividades asistenciales se desarrollen con oportunidad, eficiencia, cortesía y sentido humanitario, • Que se cuente con los recursos humanos y materiales suficientes, • El funcionamiento del equipo médico e instrumental asignado a la Consulta Externa de Especialidades, • El buen funcionamiento de la Consulta Externa de Especialidades en los aspectos técnicos administrativos. <p>378. Vigila que el personal médico y paramédico a su cargo, inicie puntualmente la consulta externa de especialidades de acuerdo a lo programado en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Agendas de citas 4-30-7” o • “Agenda electrónica (SICEH)” <p>379. Revisa y evalúa periódicamente que los “Expediente clínicos”:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cumplan con las disposiciones de la 	<p>4-30-7</p> <p>Agenda electrónica (SICEH)</p> <p>Expediente clínico</p> <p>Guías de práctica clínica</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
<p>Jefes de Departamento o Servicio Clínico de las especialidades médicas y quirúrgicas, Enfermera Jefe de Piso, Jefe de Trabajo Social y Coordinadora de Asistentes Médicas o Responsables de la Consulta Externa de Especialidades</p>	<p>normatividad institucional y sectorial vigente,</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Congruencia clínico – diagnóstica - terapéutica: Complejidad del padecimiento, ○ Apego y respuesta al tratamiento, ○ Que estén apegadas a las guías de práctica clínica. <ul style="list-style-type: none"> • Solicitud razonable de estudios de laboratorio y gabinete y tiempo de respuesta de los auxiliares de diagnóstico, • Días de incapacidades otorgados. <p>380. Solicita con oportunidad los recursos materiales y técnicos asignados, administra adecuadamente los recursos materiales y técnicos asignados y supervisa el uso y control de los bienes asignados e informa de las incidencias de éste al responsable de inventarios.</p> <p>381. Programa la distribución del personal en las diferentes áreas, descansos, permisos, vacaciones y sustituciones y realizan la evaluación semestral de las actividades del personal, a su cargo, que labora en la Consulta Externa de Especialidades.</p> <p>382. Participa en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La revisión de plantillas del personal y solicita los cambios necesarios. • Las reuniones del Comité de Calidad y de los subcomités, con las características y funciones que se le asignen. <p>383. Informa al personal de la Consulta Externa de Especialidades las indicaciones recibidas y los resultados y recomendaciones de las evaluaciones realizadas por los órganos de control interno o externo.</p>	



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
<p>Jefe de Departamento o Servicio Clínico, Enfermera Jefe de Piso, Jefe de Trabajo Social y Coordinadora de Asistentes Médicas o Responsables de la Consulta Externa de Especialidades</p>	<p>384. Indica e informa al personal operativo a su cargo sobre:</p> <ul style="list-style-type: none">• Las actividades que deberá realizar en forma coordinada con otro servicio y señala qué, con quién y los mecanismos de coordinación.• Los informes de actividades y resultados, en que formatos los deberá elaborar y entregar a la Jefatura. <p>385. Supervisa que el personal operativo a su cargo, de a conocer los derechos y deberes de los pacientes a través de trípticos, pláticas, carteles, etcétera.</p> <p>386. Determina las actividades que deberá efectuar el personal de salud asignado a su cargo, por área o sección del departamento o servicio y supervisan su cumplimiento.</p> <p>387. Proporciona los recursos de apoyo necesarios al personal operativo a su cargo, para el desarrollo de sus actividades en el departamento o servicio.</p> <p>388. Vigila:</p> <ul style="list-style-type: none">• El cumplimiento de las leyes, normas y procedimientos establecidos, tanto institucionales como sectoriales vigentes.• La implantación, el avance y el cumplimiento de metas programadas.• La calidad metodológica y profesional del personal operativo a su cargo, en sus intervenciones durante el proceso de la atención de la consulta externa de especialidades.	



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
<p>Jefe de Departamento o Servicio Clínico, Enfermera Jefe de Piso, Jefe de Trabajo Social y Coordinadora de Asistentes Médicas o Responsables de la Consulta Externa de Especialidades</p>	<p>389. Coordina, dirige y participa con el personal operativo a su cargo en el diseño, elaboración y actualización de:</p> <ul style="list-style-type: none">• “Carpeta gerencial”; además, verifica que la documentación que la integra sea correcta y actualizada y de acuerdo a la normatividad institucional vigente,• “Métodos específicos de trabajo”,• “Formatos de control interno” <p>de la Consulta Externa de Especialidades.</p> <p>390. Establece coordinación con las diversas áreas para la atención integral del paciente, coordina las intervenciones del personal operativo a su cargo y jerarquiza las intervenciones de acuerdo al recurso humano y físico.</p> <p>391. Determina de acuerdo a las necesidades del servicio si cuenta con el recurso humano capacitado para llevar a cabo las tareas encomendadas y define el perfil de puesto del personal médico y paramédico que requiere el departamento o servicio.</p> <p>392. Identifica las necesidades de capacitación del personal a su cargo y propone candidatos para llevar a cabo acciones de formación profesional acordes con los requerimientos.</p> <p>393. Realiza recorridos de supervisión semanalmente a las diferentes áreas de la Consulta Externa de Especialidades en compañía del Personal del Departamento de Conservación y Servicios Generales y Administrativo para identificar necesidades de mantenimiento preventivo y correctivo.</p>	<p>Carpeta gerencial</p> <p>Métodos específicos de trabajo</p> <p>Formatos de control interno</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
<p>Jefe de Departamento o Servicio Clínico, Enfermera Jefe de Piso, Jefe de Trabajo Social y Coordinadora de Asistentes Médicas o Responsables de la Consulta Externa de Especialidades</p>	<p>394. Analiza con el Jefe o Responsable de la Consulta Externa de Especialidades las entradas y salidas del proceso de la atención médica y social y las áreas de oportunidad que intervienen, para determinar estrategias de mejora de la calidad en la Consulta Externa de Especialidades.</p> <p>395. Compara semestralmente los resultados del programa de supervisión de la Jefatura y elabora gráficas de los resultados del personal operativo a su cargo y de las áreas o secciones del departamento o servicio (donde cuente con personal a su cargo), para realizar estrategias para el logro de resultados.</p> <p>396. Establece indicadores y estándares de calidad para medir los resultados de las actividades programadas para el personal de salud a su cargo en la atención médica de la Consulta Externa de Especialidades.</p> <p>397. Selecciona las técnicas de supervisión adecuadas para cada trabajador, área o sección del departamento o servicio o programa, y supervisa al personal operativo a su cargo, a través de indicadores de desempeño y estándares de calidad.</p> <p>398. Aplica de forma aleatoria la "Encuesta de satisfacción para la consulta externa de especialidades" 2430-021-127 (anexo 36), para el personal a su cargo, con la periodicidad que determine la unidad médica hospitalaria e identifica áreas de oportunidad y realiza acciones de mejora.</p> <p>399. Analiza los resultados de la supervisión, realiza comparativos con resultados anteriores, de acuerdo a las metas, programas, actividades técnicas y registra los resultados.</p>	<p>2430-021-127 Anexo 36</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
<p>Jefe de Departamento o Servicio Clínico, Enfermera Jefe de Piso, Jefe de Trabajo Social y Coordinadora de Asistentes Médicas o Responsables de la Consulta Externa de Especialidades</p>	<p>400. Reúne al personal operativo a su cargo, comenta (individual o en grupo) los resultados y estrategias, y establece compromisos para la corrección de desviaciones identificadas en la supervisión.</p> <p>401. Informa al personal de salud a su cargo, sobre los acuerdos concertados con otros Jefes de Departamento o Servicio Clínico, a fin de mejorar el proceso de la atención médica integral.</p> <p>402. Efectúa reuniones con fines de análisis del proceso de la atención médica y social con el personal de salud a su cargo e identifica las áreas de oportunidad para la mejora de este proceso.</p> <p>403. Establece con el personal operativo a su cargo, las acciones para la solución de las desviaciones y tiempo en que deberán ser corregidas.</p> <p>404. Elabora el "Informe de resultados de la supervisión del personal operativo" a su cargo, original y copia, y entrega el original al Jefe inmediato superior del cual dependa.</p> <p>405. Participa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con los integrantes del cuerpo de gobierno, en la elaboración del "Diagnóstico situacional de la UMH" y proporciona la información relacionada con la atención en el proceso de la consulta externa de especialidades. • En la elaboración del "Programa anual de trabajo de la UMH", en relación a: <ul style="list-style-type: none"> ○ Clasificación de la problemática del departamento o servicio. 	<p>Informe de resultados de la supervisión del personal operativo</p> <p>Diagnóstico situacional de la UMH</p> <p>Programa anual de trabajo de la UMH</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
<p>Jefe de Departamento o Servicio Clínico, Enfermera Jefe de Piso, Jefe de Trabajo Social y Coordinadora de Asistentes Médicas o Responsables de la Consulta Externa de Especialidades</p> <p>Jefe de Departamento o Servicio Clínico o Responsable de la Consulta Externa de Especialidades</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Definición y jerarquización de la intervención del personal de salud operativo, de cada una de las categorías a su cargo. ○ Priorización de las actividades de mayor impacto en la atención médica y social del paciente y su familia. ○ Consideración de la plantilla autorizada del personal de salud, de cada una de las categorías a su cargo. <p>406. Evalúa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Requisitado de los formatos “Control e informe de consulta externa 4-30-6/99”, • Índice de subsecuencia, • Altas primeras vez, • Alta subsecuentes, • No. de consultas no otorgadas y • Oportunidad en la consulta. <p>407. Analiza mensualmente la información de las salidas de productividad del departamento o servicio en el “SIMO”, para la toma de decisiones.</p> <p>408. Elabora:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El análisis mensual de los tiempos y movimientos del personal, de acuerdo a sus registros. • El “Programa de supervisión”, para el personal operativo, por área o sección y programa. 	<p>4-30-6/99</p> <p>SIMO</p> <p>Programa de supervisión</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
<p>Jefe de Departamento o Servicio Clínico o Responsable de la Consulta Externa de Especialidades</p>	<p>409. Elabora y entrega el “Programa de trabajo de la Consulta Externa de Especialidades” del próximo año en el mes de octubre del año en curso al Director o Subdirector Médico de la UMH.</p>	<p>Programa de trabajo de la Consulta Externa de Especialidades</p>
<p>Enfermera Jefe de Piso o Responsable de la Consulta Externa de Especialidades</p>	<p>410. Inicia recorrido, identifica durante el mismo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Funcionalidad y disfuncionalidad del equipo, • Que las áreas del servicio (consultorios, etcétera) se reciban limpias y en orden. • Número de consultorios y cubículos en servicio. • Existencia de problemas relevantes en el servicio. <p>y determina si existe cualquier problemática para que se lleve a cabo la Consulta Externa de Especialidades.</p> <p style="text-align: center;">Existe problemática</p> <p>411. Comunica telefónicamente al Departamento de Conservación y Servicios Generales de la UMH la descompostura de equipos electromédicos red fría, plomería, mecánica, aire acondicionado, etcétera, solicita número de folio del reporte y lo registra en la “Bitácora de mantenimiento”.</p> <p>412. Informa al Jefe de Departamento o Servicio o Responsable de Consulta Externa de Especialidades de la descompostura de equipos electromédicos para que elabore “Reporte de descompostura de equipos electromédicos” 2430-021-038 (anexo 8).</p>	<p>Bitácora de mantenimiento</p> <p>2430-021-038 Anexo 8</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Enfermera Jefe de Piso o Responsable de la Consulta Externa de Especialidades	413. Notifica la problemática identificada al Responsable del Servicio o Departamento encargado de resolver la misma, solicita su intervención y da seguimiento hasta la solución.	
	No existe problemática	
	414. Supervisa la recepción por parte del personal de enfermería durante el enlace de turno de: <ul style="list-style-type: none"> • Carro rojo, • Material de curación, instrumental y equipo del inventario, • Medicamentos sustantivos, clave 5000 y psicotrópicos, • Ropa, • Otros 	2430-021-120 Anexo 37
	415. Analiza el “Enlace de turno de la Consulta Externa de Especialidades” 2430-021-120 (anexo 37), identifica faltantes en el recuadro de insumos, verifica la existencia y la dotación de material de curación, ropa, equipo e instrumental en los consultorios.	2430-021-120 Anexo 37
	416. Registra en el “Enlace de turno de la Consulta Externa de Especialidades” 2430-021-120 (anexo 37), el recuadro de categoría y turno con el personal de enfermería que labora.	2430-021-120 Anexo 37
	417. Comunica a la Subjefe de Enfermeras, vía telefónica el nombre del personal con ausentismo no programado y determina si existe falta en los insumos.	
	Faltan insumos	



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Enfermera Jefe de Piso o Responsable de la Consulta Externa de Especialidades	<p>418. Comunica vía telefónica en caso de insuficiencia en la dotación diaria de ropa, a las siguientes personas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jefe del Departamento o Servicio, • Subjefe de Enfermeras y • Jefe de Ropería. <p>419. Notifica la situación en caso de insuficiencia de otros insumos al Jefe de Departamento o Servicio Clínico, Subjefe de Enfermeras y al Departamento de Abastecimientos mediante “Memorándum interno”.</p>	Memorándum interno
Jefe de Departamento o Servicio Clínico o Responsable de la Consulta Externa de Especialidades, Subjefe de Enfermeras y Jefe del Departamento de Abastecimientos	<p>420. Recibe “Memorándum interno” de la Enfermera Jefe de Piso o Responsable, analizan el caso, propone alternativas para su solución, de acuerdo a la normatividad vigente y le da seguimiento hasta su solución.</p> <p style="text-align: center;">No faltan insumos</p>	Memorándum interno
Enfermera Jefe de Piso o Responsable de la Consulta Externa de Especialidades	<p>421. Elabora la “Solicitud de medicamentos para hospitalización y servicios auxiliares CR-27”, original y copia de acuerdo a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dotaciones autorizadas y • Necesidades del servicio, <p>con la periodicidad que el departamento o servicio lo requiera, recolecta la firma del Jefe o Responsable del mismo y la envía al Jefe o Responsable del Departamento de Abastecimiento.</p> <p>NOTA 1: La “Solicitud de medicamentos para hospitalización y servicios auxiliares CR-27” no debe tener ni tachaduras y enmendaduras y los renglones no utilizados deben de ir cancelados.</p>	Solicitud de medicamentos para hospitalización y servicios auxiliares CR-27



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Jefe o Responsable del Departamento de Abastecimiento	Jefe de Piso o Responsable de la Consulta Externa de Especialidades.	CR-27
Enfermera Jefe de Piso o Responsable de la Consulta Externa de Especialidades	<p>427. Recibe la "Solicitud de medicamentos para hospitalización y servicios auxiliares CR-27", original y copia y registra folio(s) en "Libreta de control de folios para medicamentos".</p> <p>428. Entrega al Auxiliar de Servicios de Intendencia la "Solicitud de medicamentos para hospitalización y servicios auxiliares CR-27", original y copia, para su surtimiento en el Servicio de Farmacia y solicita firma de recibido en la "Libreta de control de folios para medicamentos".</p>	<p>Solicitud de medicamentos para hospitalización y servicios auxiliares CR-27</p> <p>Libreta de control de folios para medicamentos</p> <p>Solicitud de medicamentos para hospitalización y servicios auxiliares CR-27</p> <p>Libreta de control de folios para medicamentos</p>
Auxiliar de Servicios de Intendencia	429. Recibe la "Solicitud de medicamentos para hospitalización y servicios auxiliares CR-27", original y copia, firma de recibido en la "Libreta de control de folios de medicamentos" y anota folio(s) en la "Bitácora para la entrega y recepción de la solicitud y suministro de medicamentos Farmacia-Servicio" 2430-021-167 (anexo 38) y la entrega al Administrador o Responsable del Servicio de Farmacia.	<p>Solicitud de medicamentos para hospitalización y servicios auxiliares CR-27</p> <p>Libreta de control de folios para medicamentos</p> <p>2430-021-167 Anexo 38</p>
Administrador o Responsable del Servicio de Farmacia	430. Recibe del Auxiliar de Servicios de Intendencia la "Solicitud de medicamentos para hospitalización y servicios auxiliares CR27", original y copia y verifica que lo solicitado corresponda con las dotaciones autorizadas por servicio.	Solicitud de medicamentos para hospitalización y servicios auxiliares CR-27



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
	<p>No corresponde con las dotaciones autorizadas</p>	
Administrador o Responsable del Servicio de Farmacia	431. Devuelve al Auxiliar de Servicios de Intendencia la “Solicitud de medicamentos para hospitalización y servicios auxiliares CR-27”, original y copia, para su rectificación.	Solicitud de medicamentos para hospitalización y servicios auxiliares CR-27
Auxiliar de Servicios de Intendencia	432. Recibe del Administrador o Responsable del Servicio de Farmacia la “Solicitud de medicamentos para hospitalización y servicios auxiliares CR-27”, original y copia, y se la entrega a la Enfermera Jefe de Piso o Responsable de la Consulta Externa de Especialidades para su rectificación.	Solicitud de medicamentos para hospitalización y servicios auxiliares CR-27
Enfermera Jefe de Piso o Responsable de la Consulta Externa de Especialidades	433. Recibe del Auxiliar de Servicios de Intendencia la “Solicitud de medicamentos para hospitalización y servicios auxiliares CR-27”, original y copia, para su rectificación o ratificación y analiza la situación, si el caso lo requiere junto con el Jefe de Departamento o Servicio o Responsable de la Consulta Externa de Especialidades hasta su solución, según el caso.	Solicitud de medicamentos para hospitalización y servicios auxiliares CR-27
	<p>Si corresponde con las dotaciones autorizadas</p>	
Administrador o Responsable del Servicio de Farmacia	434. Firma de recibido en la “Bitácora para la entrega y recepción de la solicitud y suministro de medicamentos Farmacia-Servicio” 2430-021-167 (anexo 38) y surte lo solicitado.	2430-021-167 Anexo 38
	435. Registra lo surtido en la “Solicitud de medicamentos para hospitalización y servicios auxiliares CR-27”, original y copia, y envía medicamentos y copia en bolsa o paquete sellado a la Enfermera Jefe de Piso o Responsable de la Consulta Externa de Especialidades.	Solicitud de medicamentos para hospitalización y servicios auxiliares CR-27



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Auxiliar de Servicios de Intendencia	436. Recibe medicamentos y la "Solicitud de medicamentos para hospitalización y servicios auxiliares CR-27", copia, en bolsa o paquete sellado y lo entrega a la Enfermera Jefe de Piso o Responsable de la Servicio de la Consulta Externa de Especialidades.	Solicitud de medicamentos para hospitalización y servicios auxiliares CR-27
Enfermera Jefe de Piso o Responsable de la Consulta Externa de Especialidades	437. Recibe medicamentos en bolsa o paquete sellado, lo abre y coteja que lo recibido corresponda con lo solicitado en la "Solicitud de medicamentos para hospitalización y servicios auxiliares CR-27", copia, en presencia del Auxiliar de Servicios de Intendencia. No corresponde lo solicitado contra lo recibido	Solicitud de medicamentos para hospitalización y servicios auxiliares CR-27
Administrador o Responsable del Servicio de Farmacia	438. Realiza las aclaraciones pertinentes con el Administrador o Responsable del Servicio de Farmacia, y las registra en la "Solicitud de medicamentos para hospitalización y servicios auxiliares CR-27", original y copia, para la reposición o cancelación según corresponda. 439. Realiza la reposición o cancelación según corresponda y firma de conformidad en la "Solicitud de medicamentos para hospitalización y servicios auxiliares CR-27", original. Sí corresponde lo solicitado contra lo recibido	Solicitud de medicamentos para hospitalización y servicios auxiliares CR-27
Enfermera Jefe de Piso o Responsable de la Consulta Externa de Especialidades	440. Firma de conformidad lo recibido en "Solicitud de medicamentos para hospitalización y servicios auxiliares CR-27", original y se lo entrega al Auxiliar de Servicios de Intendencia.	Solicitud de medicamentos para hospitalización y servicios auxiliares CR-27
Auxiliar de Servicios de Intendencia	441. Entrega al Administrador o Responsable del Servicio de Farmacia la	Solicitud de medicamentos para



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Enfermera Jefe de Piso o Responsable de la Consulta Externa de Especialidades	<p>cumplimiento.</p> <p>448. Supervisa al personal de enfermería en la realización de los procedimientos durante el proceso de la atención médica.</p> <p>449. Establece el enlace con la Enfermera Jefe de Piso o Responsable de Admisión Continua o Urgencias, cuando el paciente requiere atención urgente o de Hospitalización.</p> <p>450. Recaba y registra productividad realizada durante el turno en “Productividad mensual del personal de enfermería” 2430-021-123 (anexo 39) correspondiente y lo envía mensualmente a la Subjefe de Enfermeras.</p> <p>451. Actualiza los “Procesos de Atención de Enfermería” (PAE), a través de los “Métodos específicos de trabajo”, de los diez principales motivos de demanda de atención de cada especialidad, considerando los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valoración, • Juicio Clínico de enfermería, • Problemas interdependientes, • Intervenciones de colaboración, • Intervenciones independientes, • Respuesta y evolución del paciente, • Plan de alta, <p>con la participación y el consenso del personal operativo de Enfermería.</p> <p>452. Elabora informe del “Consumo mensual de medicamentos y material de curación y equipo” 2430-021-125 (anexo 40) y se lo entrega a la Subjefe de Enfermeras.</p>	<p>mantenimiento preventivo y correctivo</p> <p>2430-021-123 Anexo 39</p> <p>Métodos específicos de trabajo</p> <p>2430-021-125 Anexo 40</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Subjefe de Enfermeras	453. Recibe la información de la Enfermera Jefe de Piso o Responsable de la Consulta Externa de Especialidades, del ausentismo no programado y realiza redistribución de personal de enfermería para cubrir el servicio.	
Subjefe de Enfermeras y Enfermera Jefe de Piso o Responsable de la Consulta Externa de Especialidades	454. Revisa aleatoriamente la congruencia de la existencia física con la dotación autorizada y la vigencia de fecha de caducidad de los medicamentos, lo registra en "Registro del muestro de verificación de vigencia de medicamentos" 2430-021-172 (anexo 41). 455. Analiza la información obtenida en "Registro del muestro de verificación de vigencia de medicamentos" 2430-021-172 (anexo 41), determina causas que generan inconsistencias y aplica acciones de mejora.	2430-021-172 Anexo 41 2430-021-172 Anexo 41
Enfermera Jefe de Piso y/o Jefe de Departamento o Servicio o Responsables de la Consulta Externa de Especialidades	456. Detecta alteración en las características físicas de medicamentos o alteraciones en la calidad de insumos, requisita el "Reporte de productos que presentan defectos de calidad RQME-1" 2070-009-018, original y dos copias e inicia el "Procedimiento para la atención y solución a quejas reportadas sobre la calidad de los insumos para la salud adquiridos por el IMSS" 2070-003-002.	RQME-1 2070-009-018 2070-003-002
Subjefe de Enfermeras	457. Recibe el informe de: • "Productividad mensual del personal de enfermería" 2430-021-123 (anexo 39) y • "Consumo mensual de medicamentos y de material para curación y equipo" 2430-021-125 (anexo 40), de la Enfermera Jefe de Piso o Responsable para su análisis,	2430-021-123 Anexo 39 2430-021-125 Anexo 40



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Subjefe de Enfermeras Jefe de Trabajo Social	identificación de áreas de oportunidad y define acciones de mejora que se requiera, según el caso. 458. Supervisa: <ul data-bbox="511 525 1161 1260" style="list-style-type: none">• La oportunidad y calidad con que la Trabajadora Social atiende a los pacientes y familiares o persona legalmente responsable,• La calidad técnica en la realización de las entrevistas, la conducción de las sesiones educativas con grupos y la redacción de las notas de trabajo social.• Que los “Estudios social-médico” tengan congruencia entre el motivo del estudio, la exploración del caso, el diagnóstico social y el plan de tratamiento social.• El seguimiento del tratamiento social, en el trabajo social de casos.• El correcto registro de las fuentes primarias de información. 459. Establece acuerdo con el Jefe o Responsable de la Consulta Externa de Especialidades para determinar los criterios de envío de pacientes y familiares a Trabajo Social. 460. Supervisa la interrelación adecuada de la Trabajadora Social con los integrantes del equipo de salud de la Consulta Externa de Especialidades y la coordinación con otros procesos de la atención médica. 461. Realiza seguimiento a los acuerdos establecidos conjuntamente con el Jefe o Responsable de la Consulta Externa de Especialidades.	



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Jefe de Trabajo Social	<p>462. Realiza evaluación mensual de:</p> <ul style="list-style-type: none">• Los resultados de las actividades programadas para la Consulta Externa de Especialidades I.• Los resultados de la supervisión de los aspectos técnicos en la Consulta Externa de Especialidades.• Los impactos de las actividades educativas con grupos específicos. <p>463. Indica a la Trabajadora Social que investigue las instituciones gubernamentales y no gubernamentales que otorgan apoyo para el tratamiento social de los pacientes y familiares obteniendo los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Nombre de la institución,• Servicio que presta,• Domicilio (calle, número, código postal, delegación),• Requisitos de admisión. <p>464. Integra en orden alfabético el "Directorio de las instituciones" que otorgan apoyo social y supervisa permanentemente su actualización.</p> <p>465. Elabora "Informe consolidado de actividades del Servicio de Trabajo Social":</p> <ul style="list-style-type: none">• Casos en los que se otorgó consejería, por cada padecimiento.• Actividades educativas por grupo específico.• Entrevistas con pacientes y familiares.• Asistentes a la primera sesión, personas que asistieron a todo el ciclo educativo.• Resultados de la evaluación de las	<p>Directorio de las instituciones</p> <p>Informe consolidado de actividades del Servicio de Trabajo Social</p>



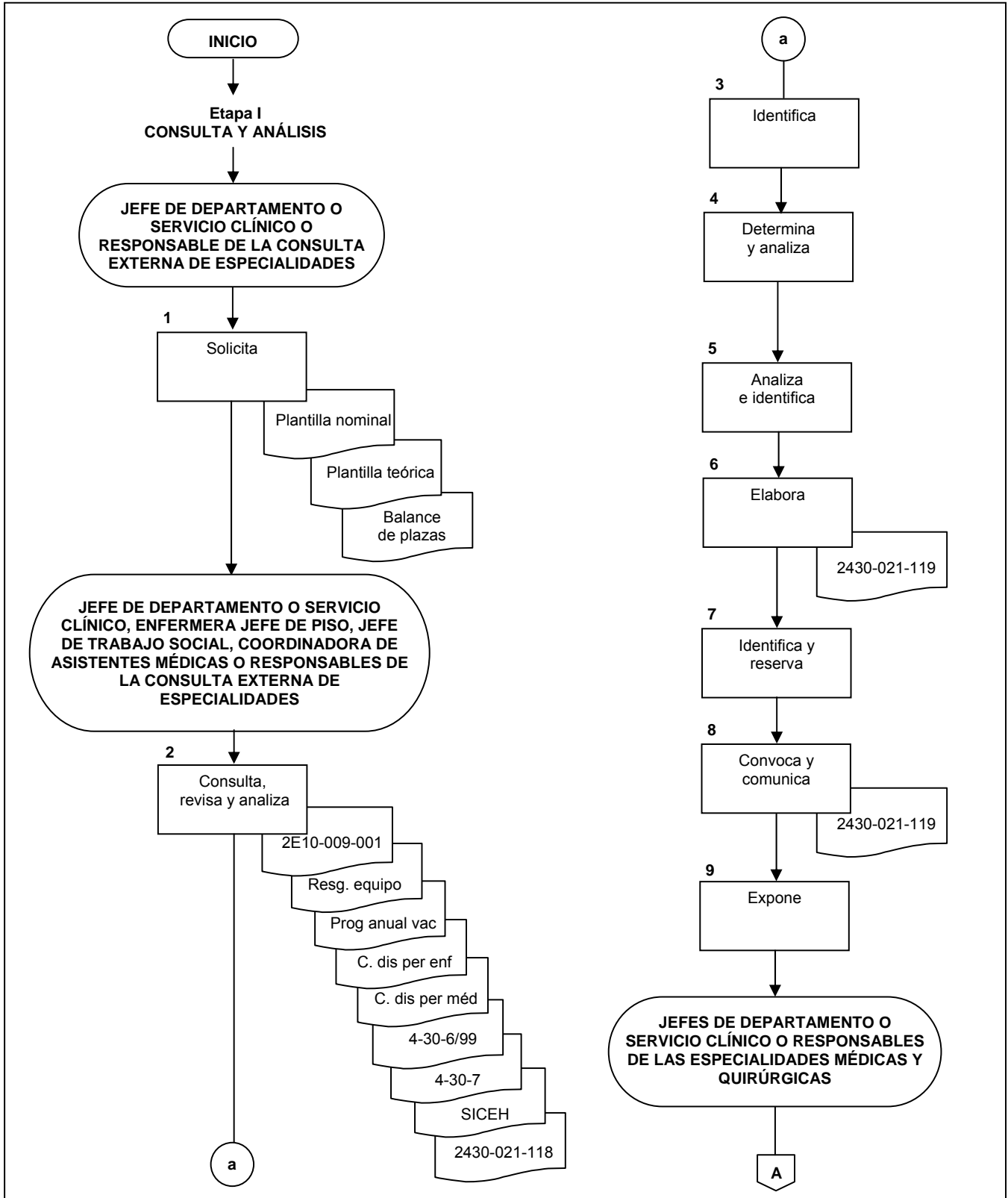
Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Coordinadora de Asistentes Médicas Jefe de la División de Calidad	<p>469. Elabora informes establecidos por las Coordinaciones normativas así como por la unidad médica hospitalaria.</p> <p style="text-align: center;">Al termino del año, cuando reciben las Agendas de citas 4-30-7</p> <p>470. Recibe y señala en las "Agendas de citas 4-30-7" o "Agenda Electrónica (SICEH)", las fechas correctas (días) en las que el Médico no Familiar esté de vacaciones o en otros eventos académicos en lo que no otorgará atención médica.</p> <p>471. Evalúa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que los datos consignados en los formatos que son la fuente de información institucional concuerden con las acciones derivadas de la práctica médica y con apego a los estándares internacionales de registro de enfermedades y procedimientos. • Que las actividades médicas de cada una de las especialidades se apeguen a los contenidos de las "Guías de práctica clínica" aplicables. • Los motivos de queja administrativa derivadas del proceso de atención al derechohabiente en la consulta externa de especialidades, en conjunto con el cuerpo de gobierno determina las acciones procedentes tras el análisis de las mismas e implementa un plan de seguimiento a las propuestas para su corrección; <p>sugiere e instala acciones acciones de mejora de acuerdo a los resultados obtenidos</p>	<p>4-30-7</p> <p>Agenda Electrónica (SICEH)</p> <p>Guías de práctica clínica</p>

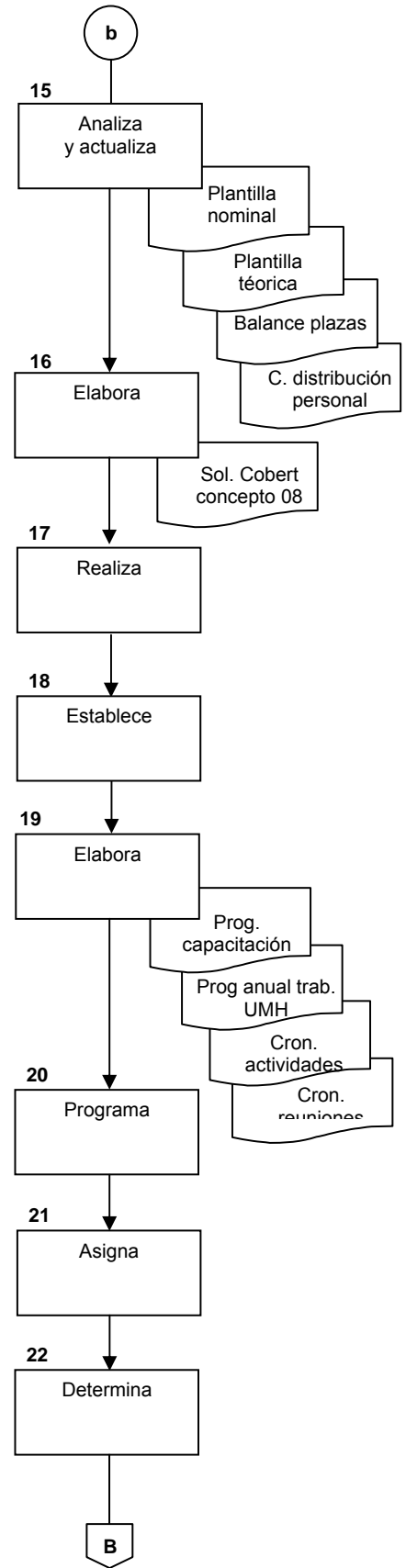
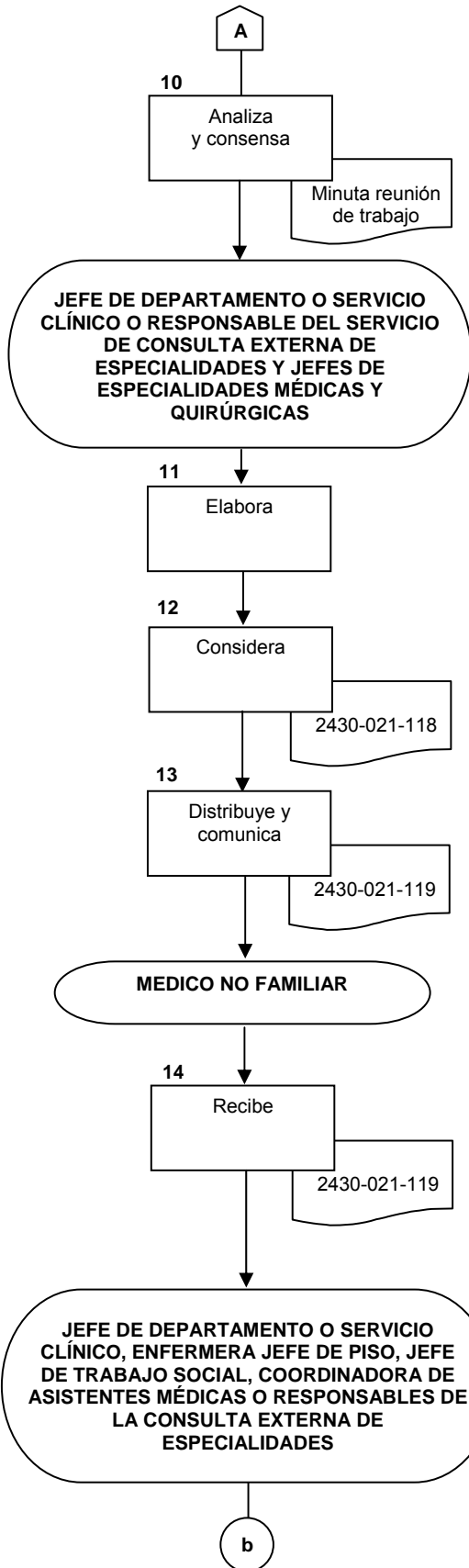


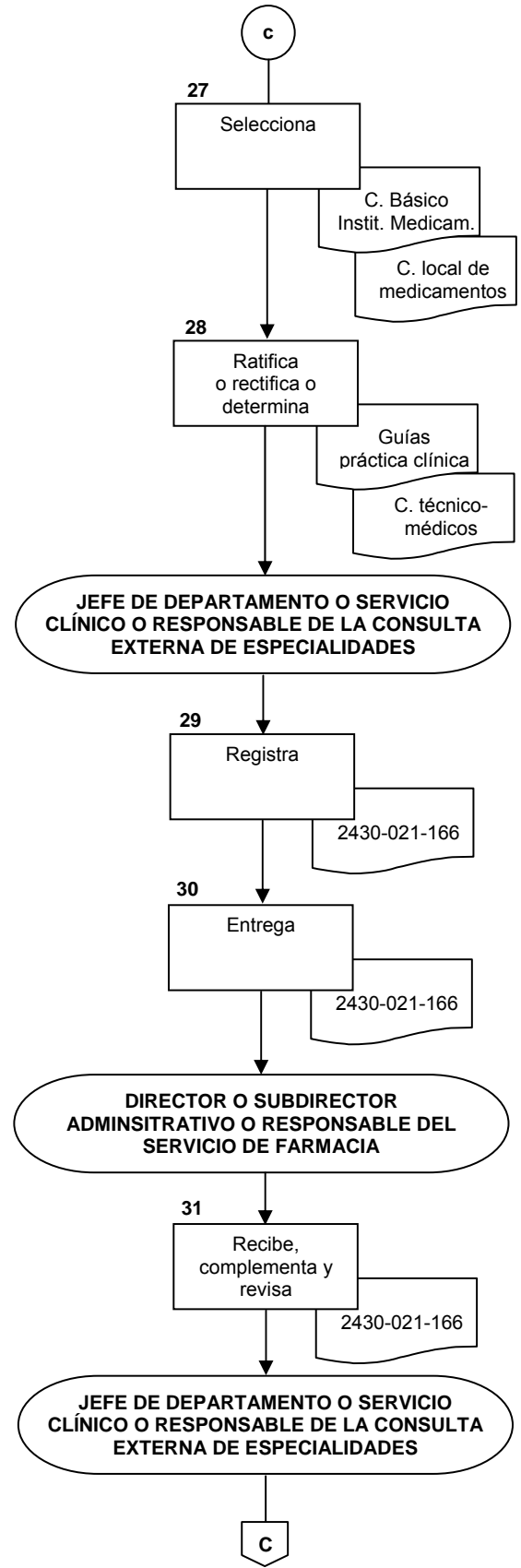
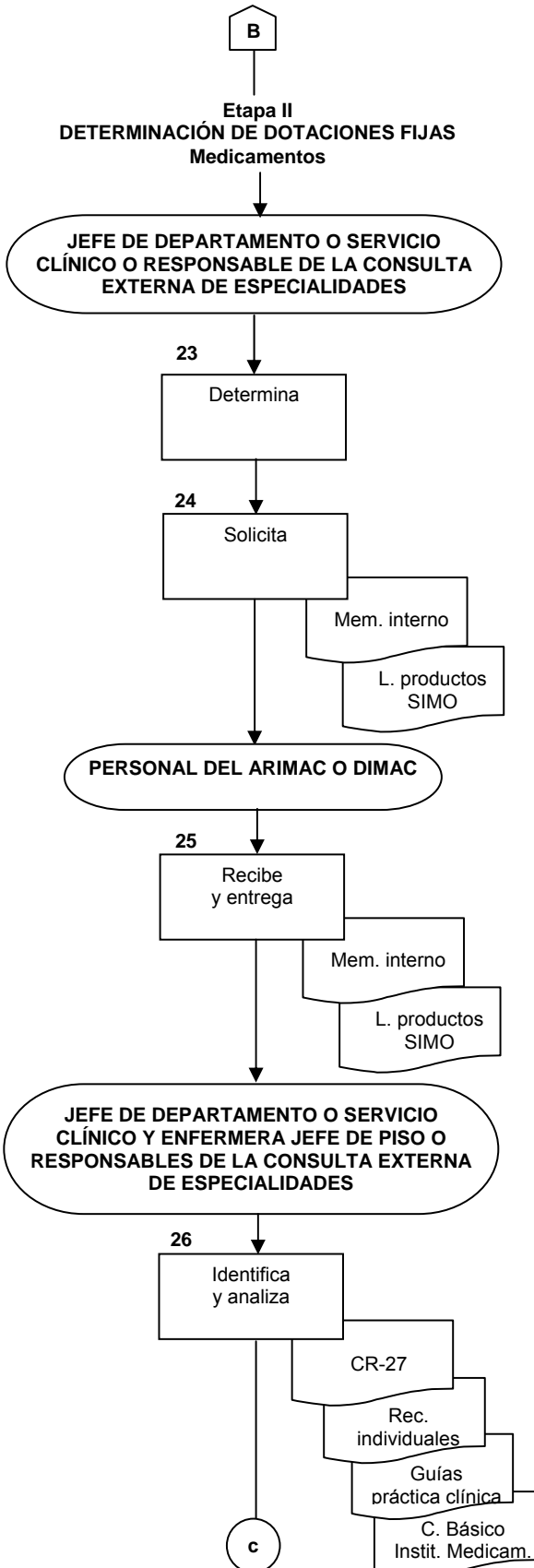
Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Jefe de la División de Calidad	472. Participa en la elaboración del “Calendario de sesiones del Subcomité de Quejas Local”, verifica que se lleven a cabo y da seguimiento al cumplimiento de los compromisos establecidos.	Calendario de sesiones del Subcomité de Quejas Local
Cuerpo de gobierno del hospital	473. Supervisa el requisitado de la Referencia – Contrarreferencia 4-30-8/98 2430-021-109 (anexo 5), así como la Transcripción de Medicamentos. 474. Analiza, identifica las causas de la inoportunidad en las citas de primera vez de las especialidades y determina las acciones a realizar para estar en los valores normados. Fin del procedimiento	2430-021-109 (Anexo 5)

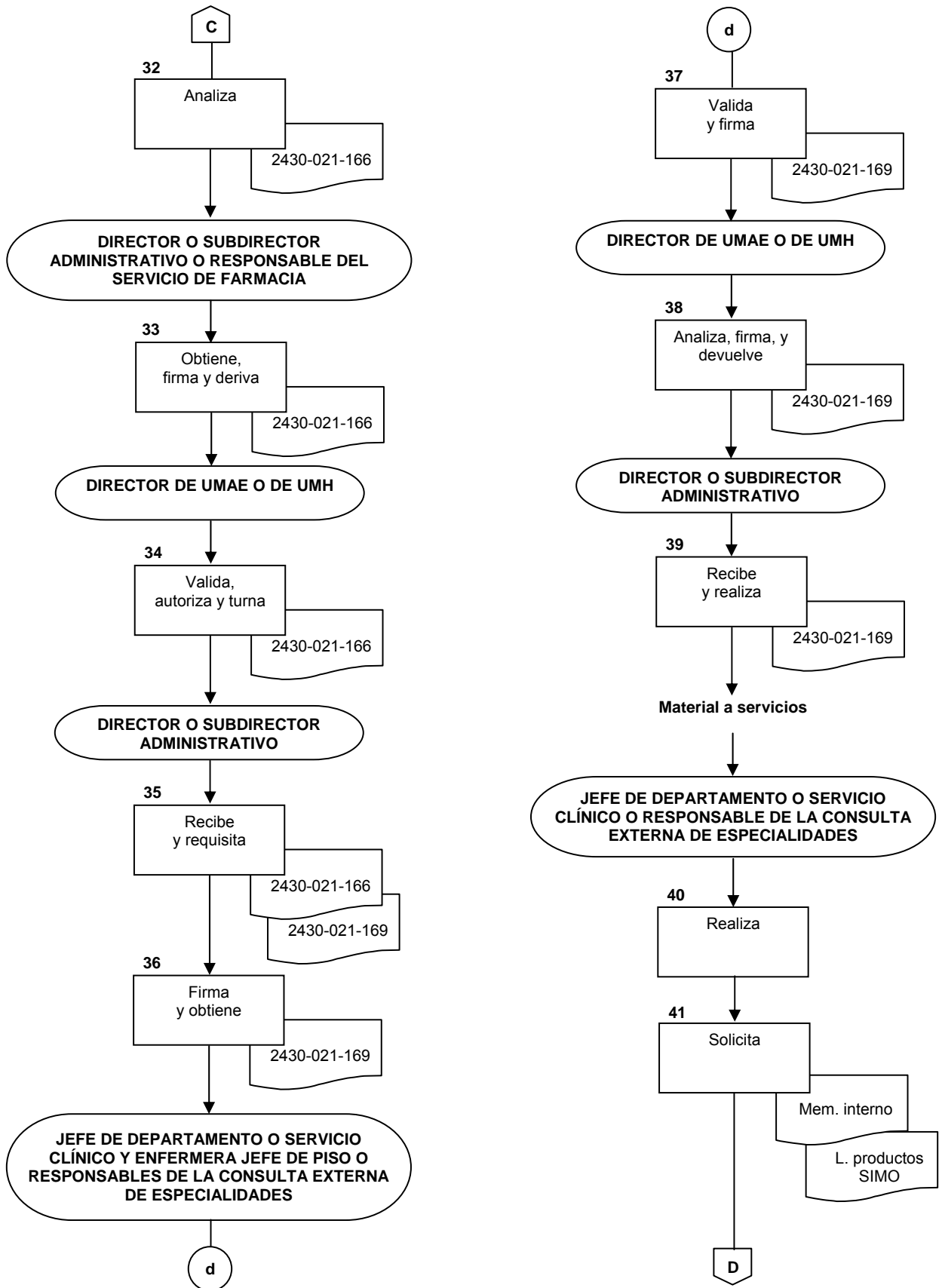


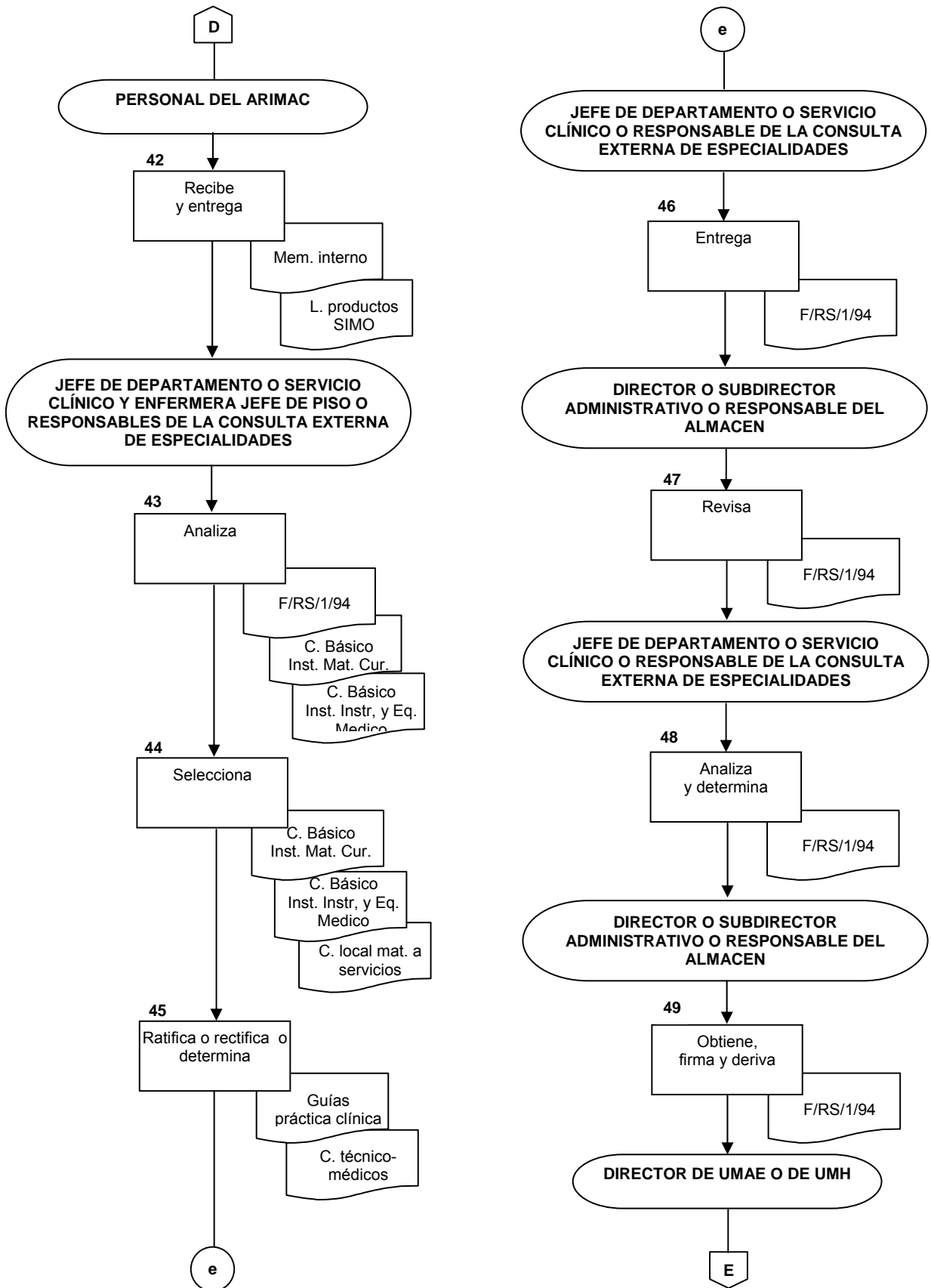
7. Diagrama de flujo del procedimiento para la planeación, recepción, otorgamiento de citas y atención médica en Consulta Externa de Especialidades en las Unidades Médicas Hospitalarias de tercer nivel de atención

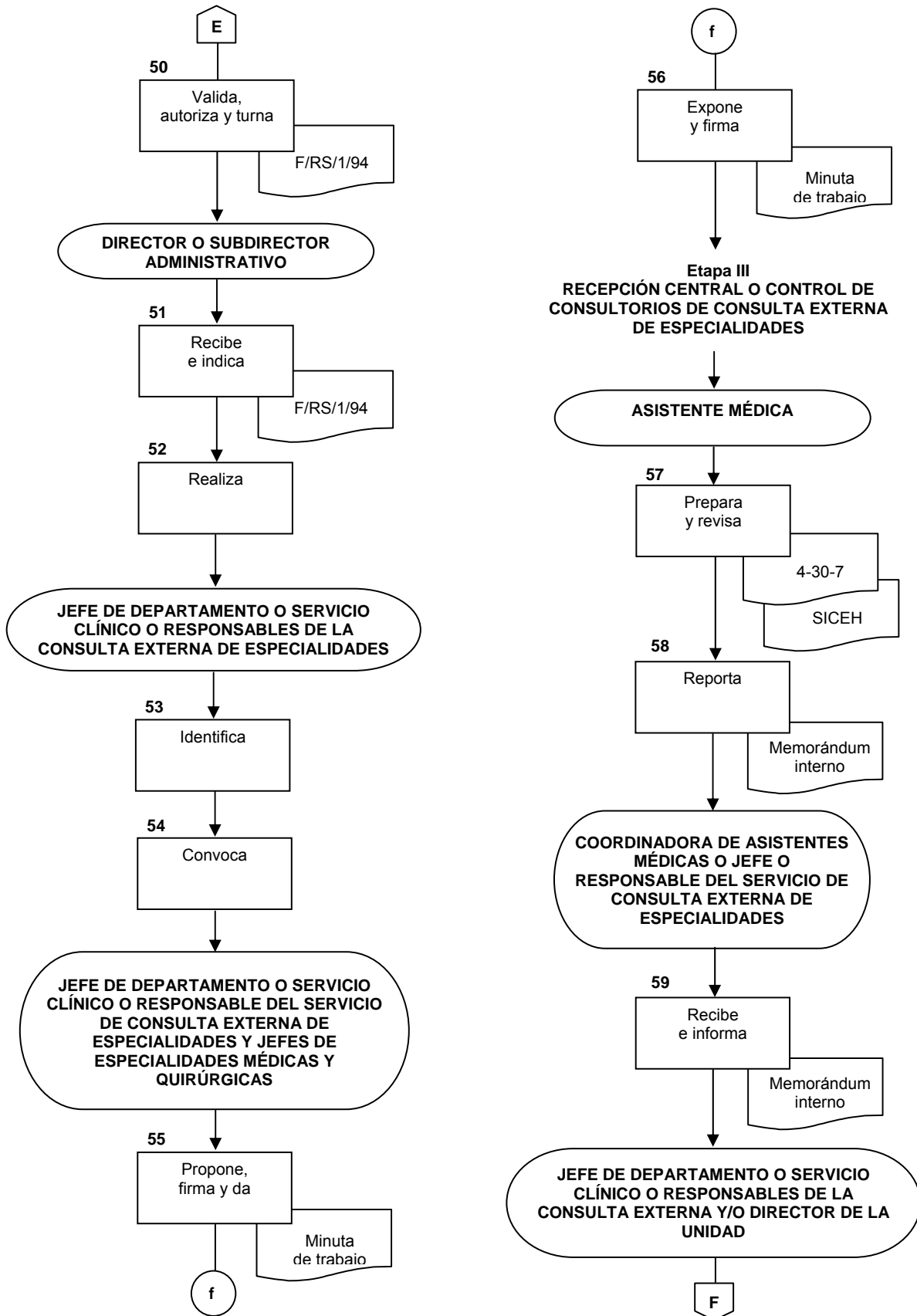


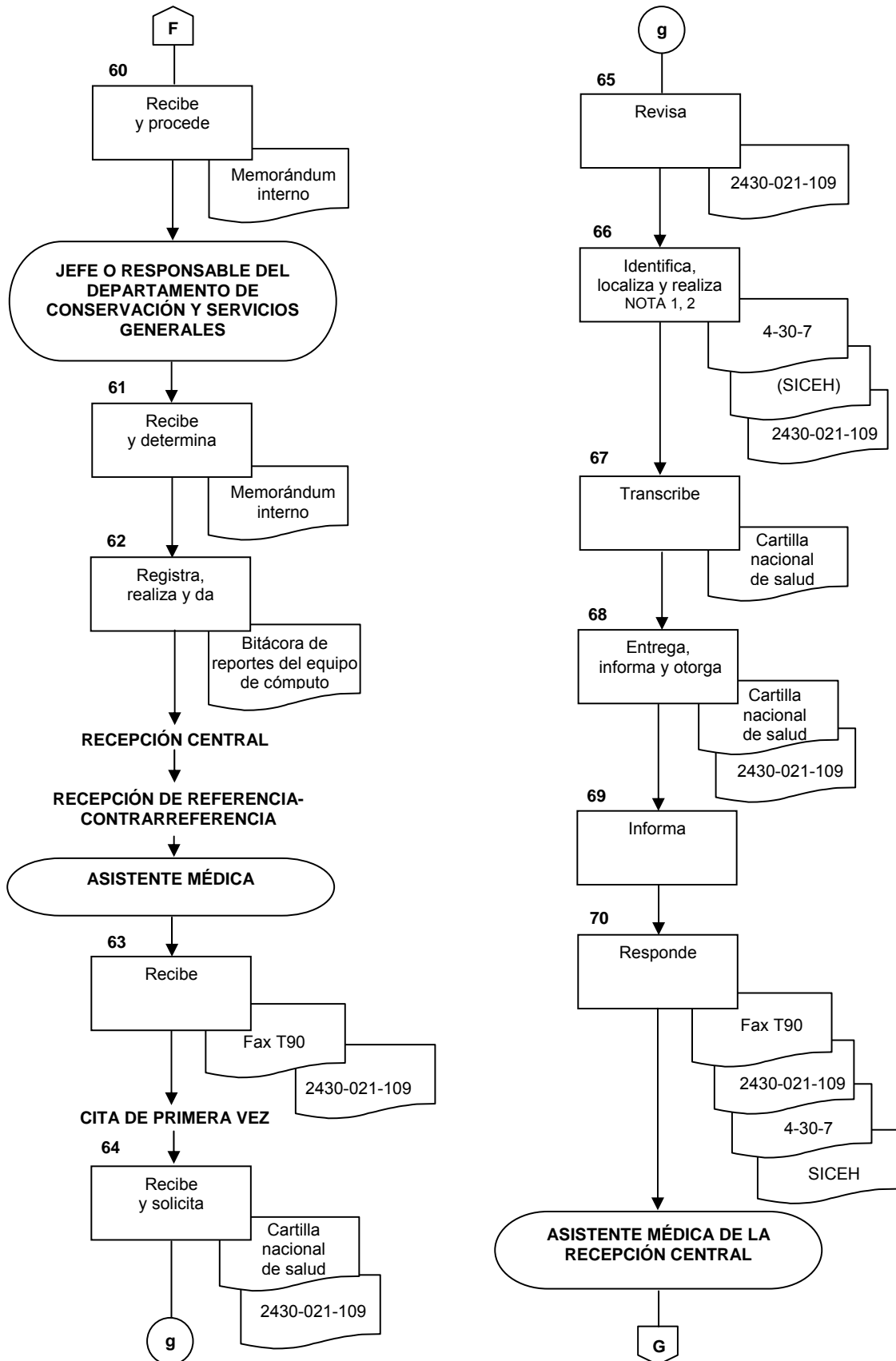


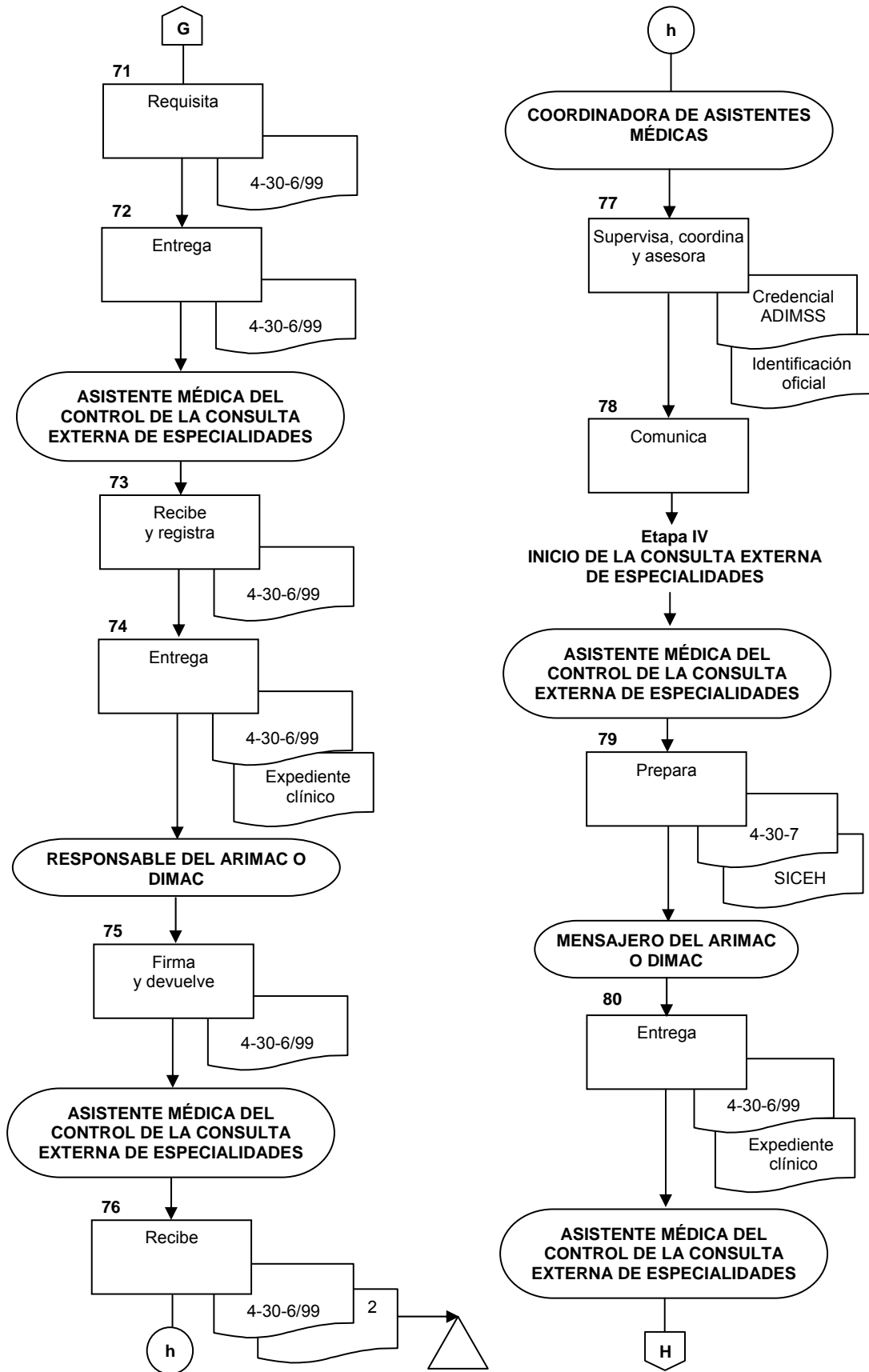


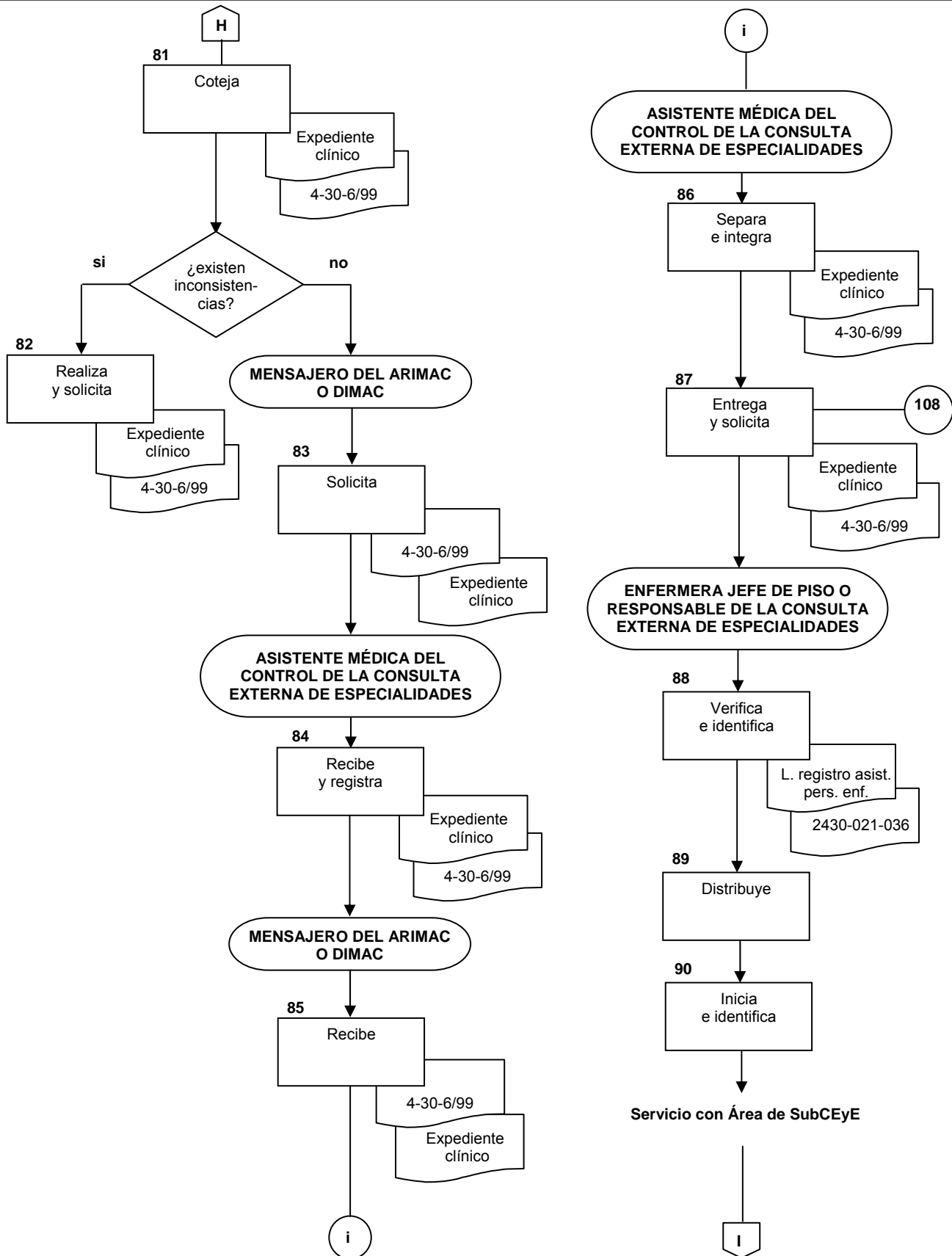


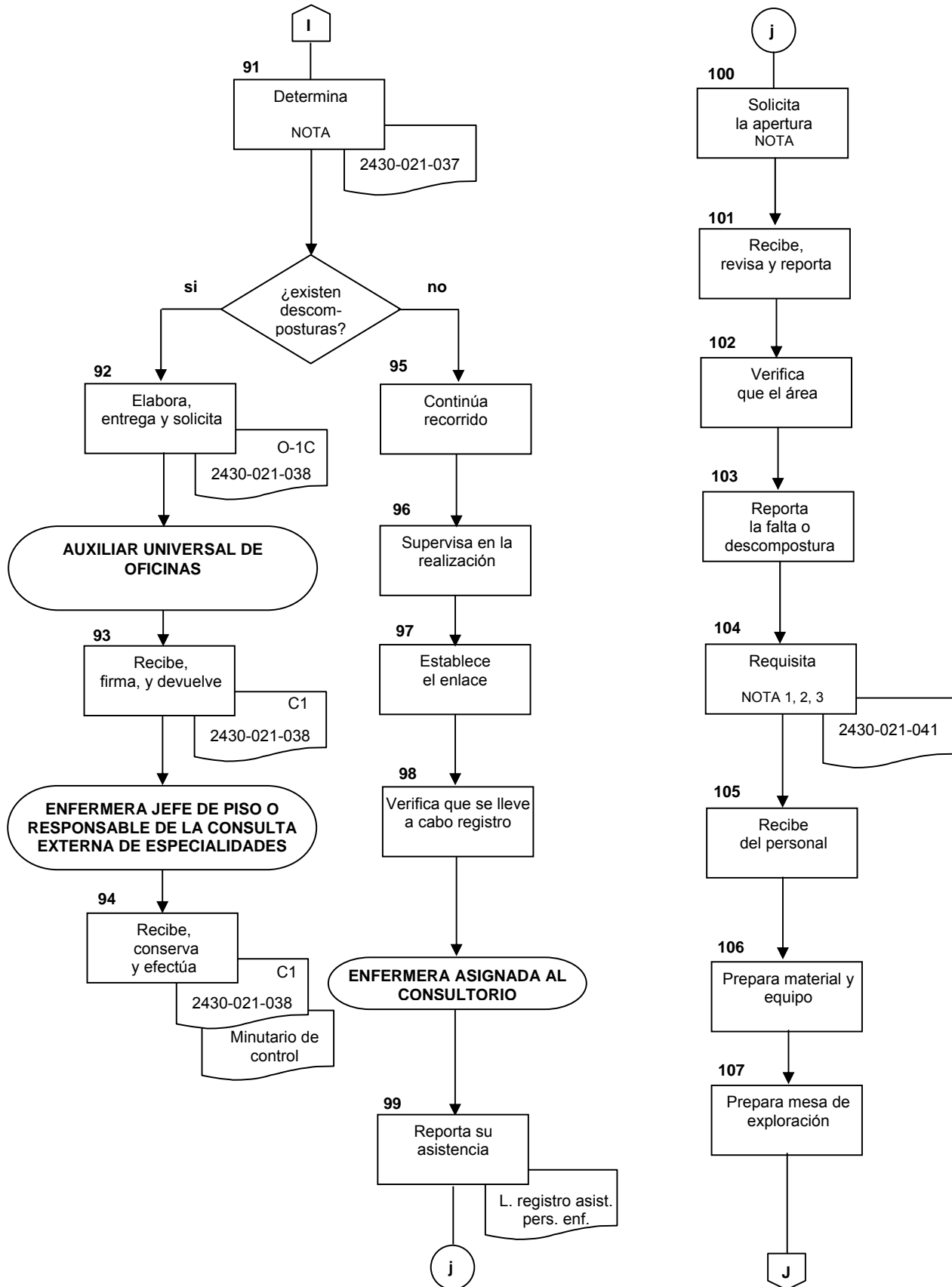


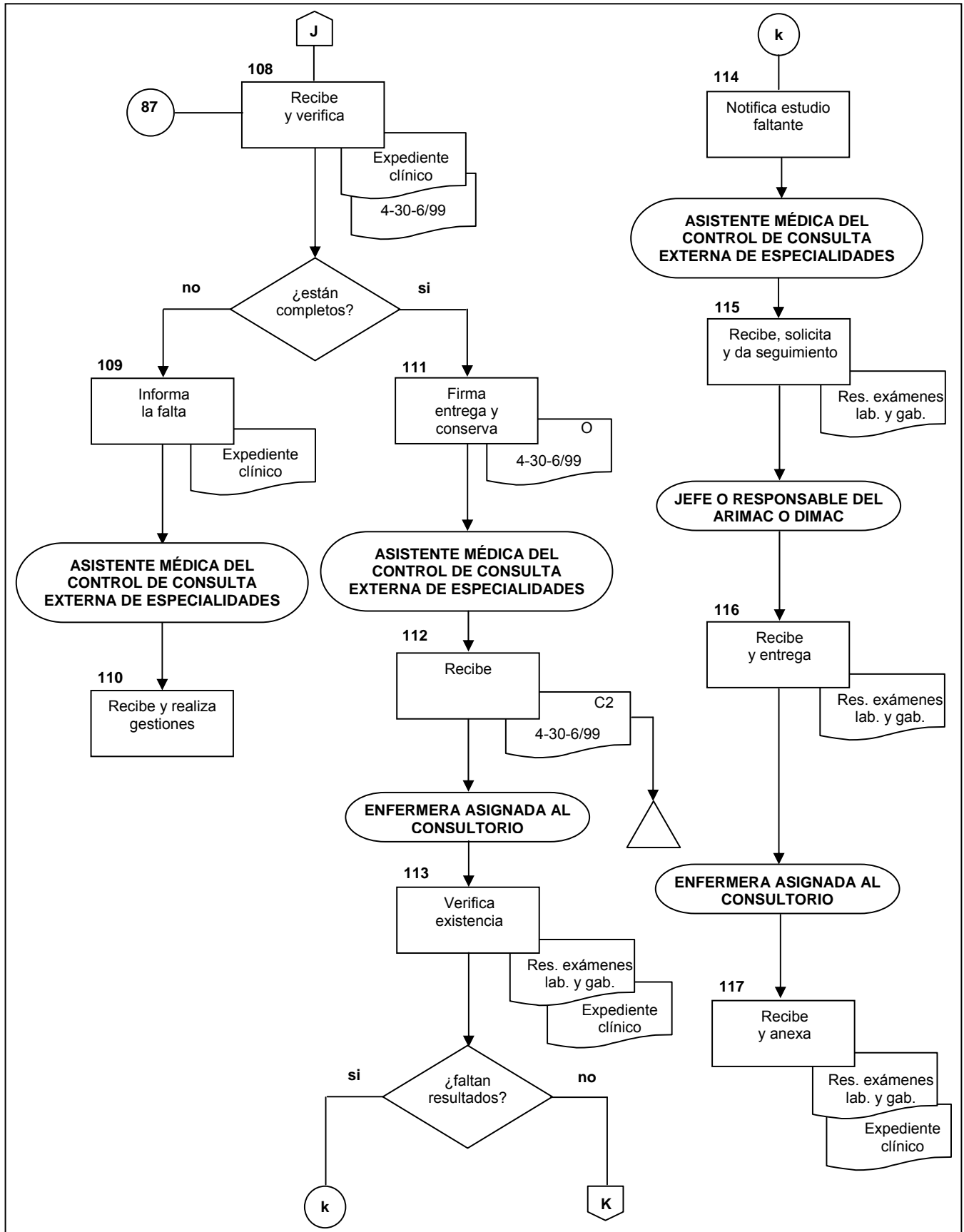


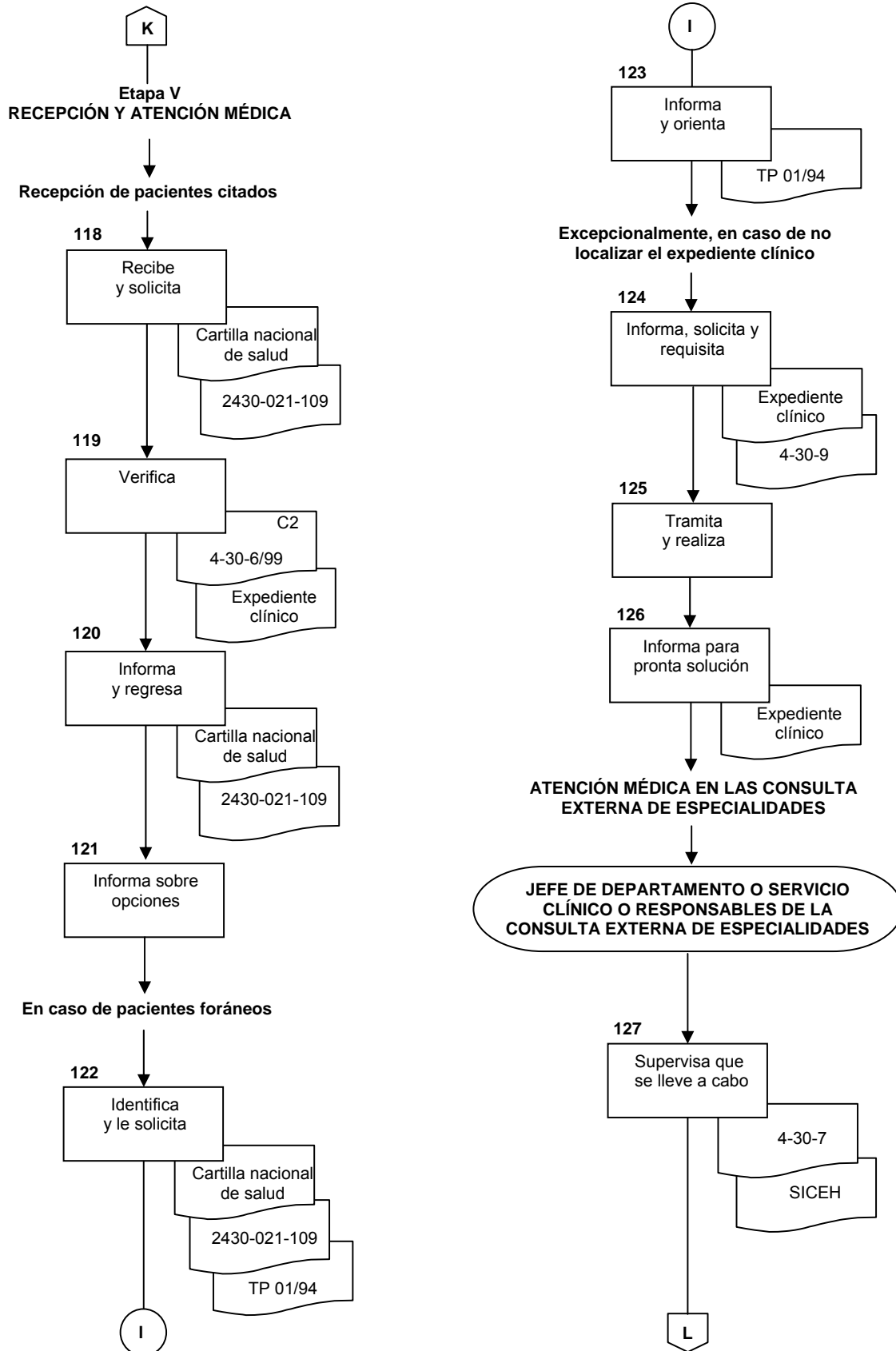


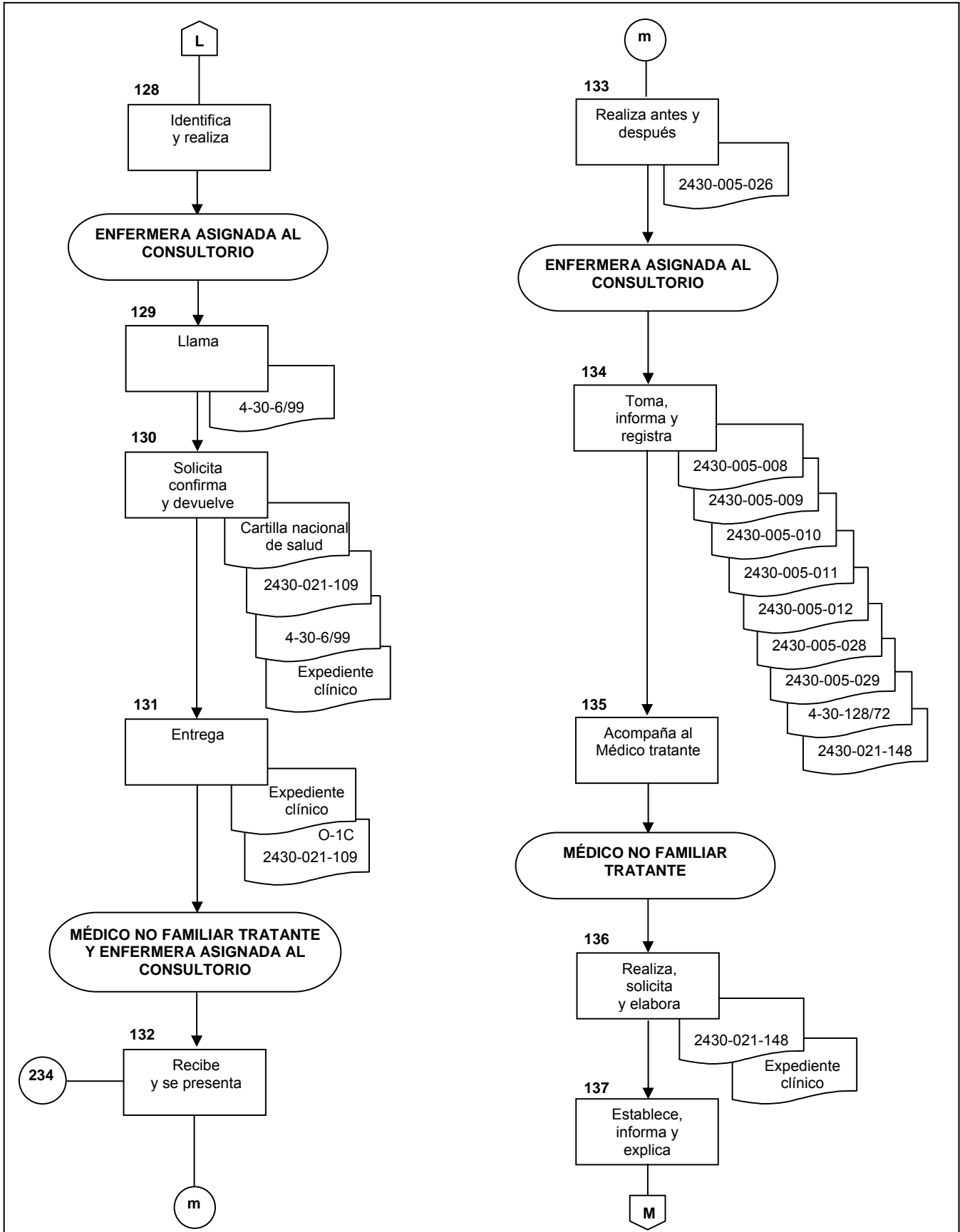


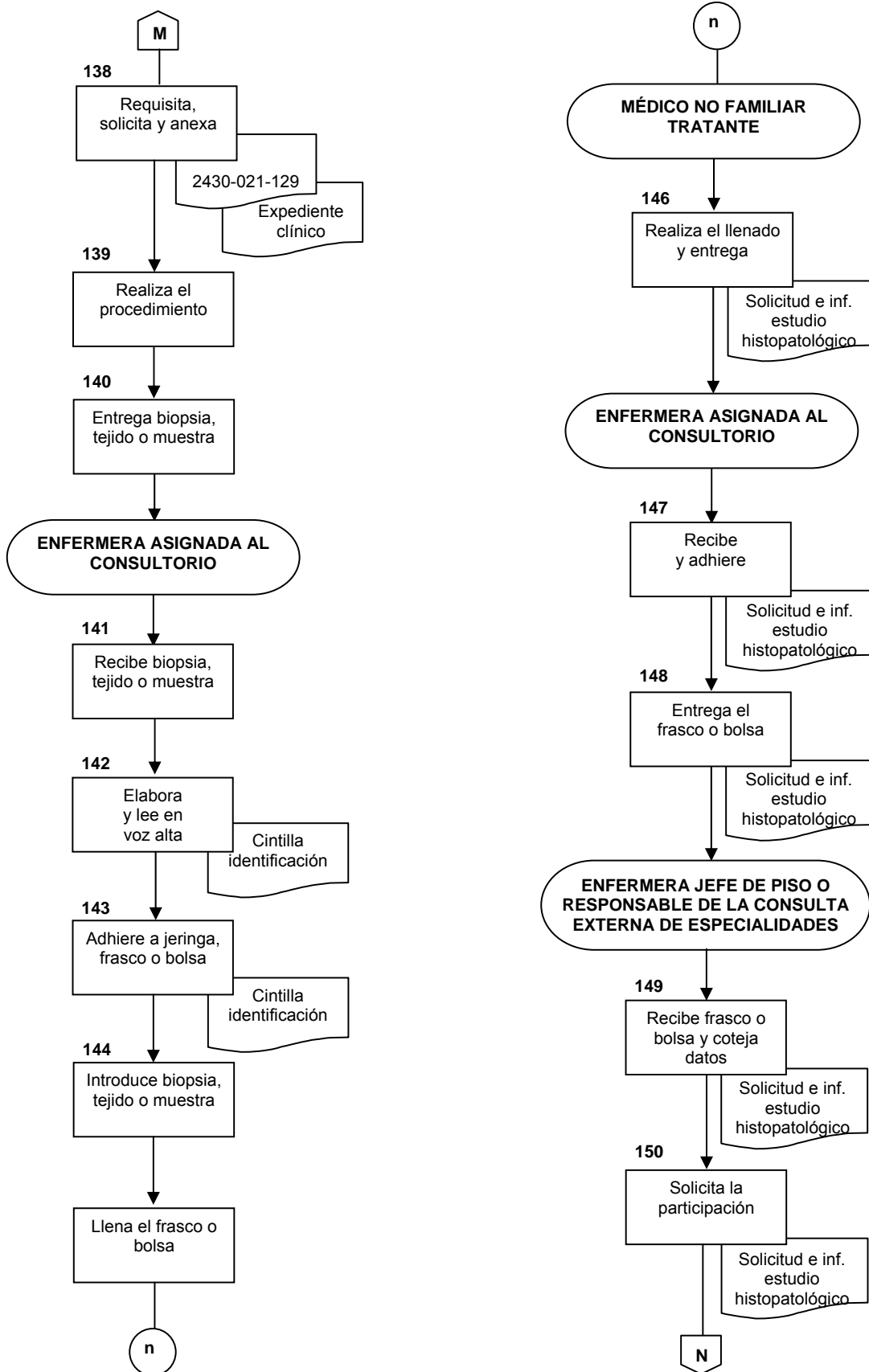


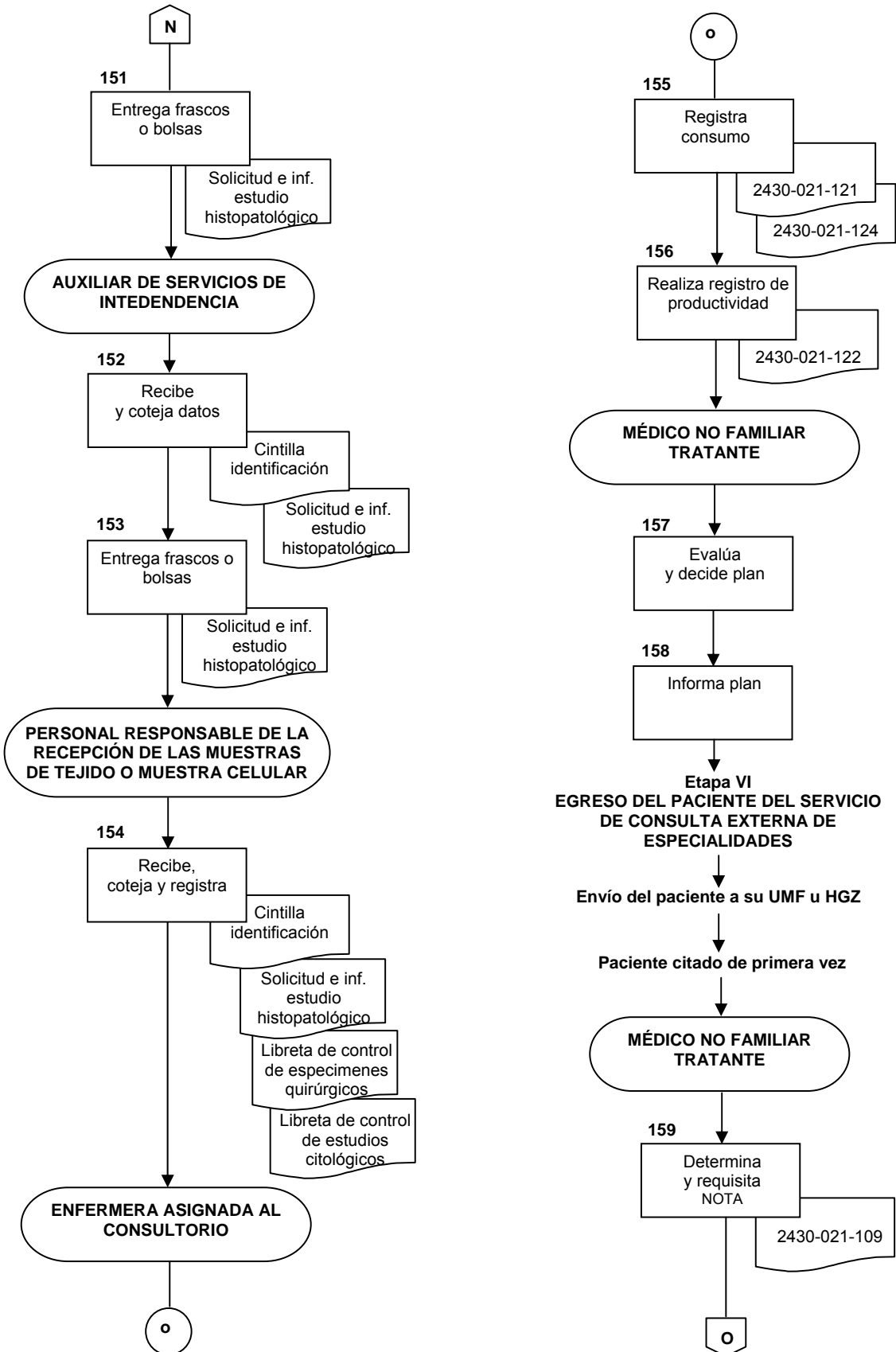


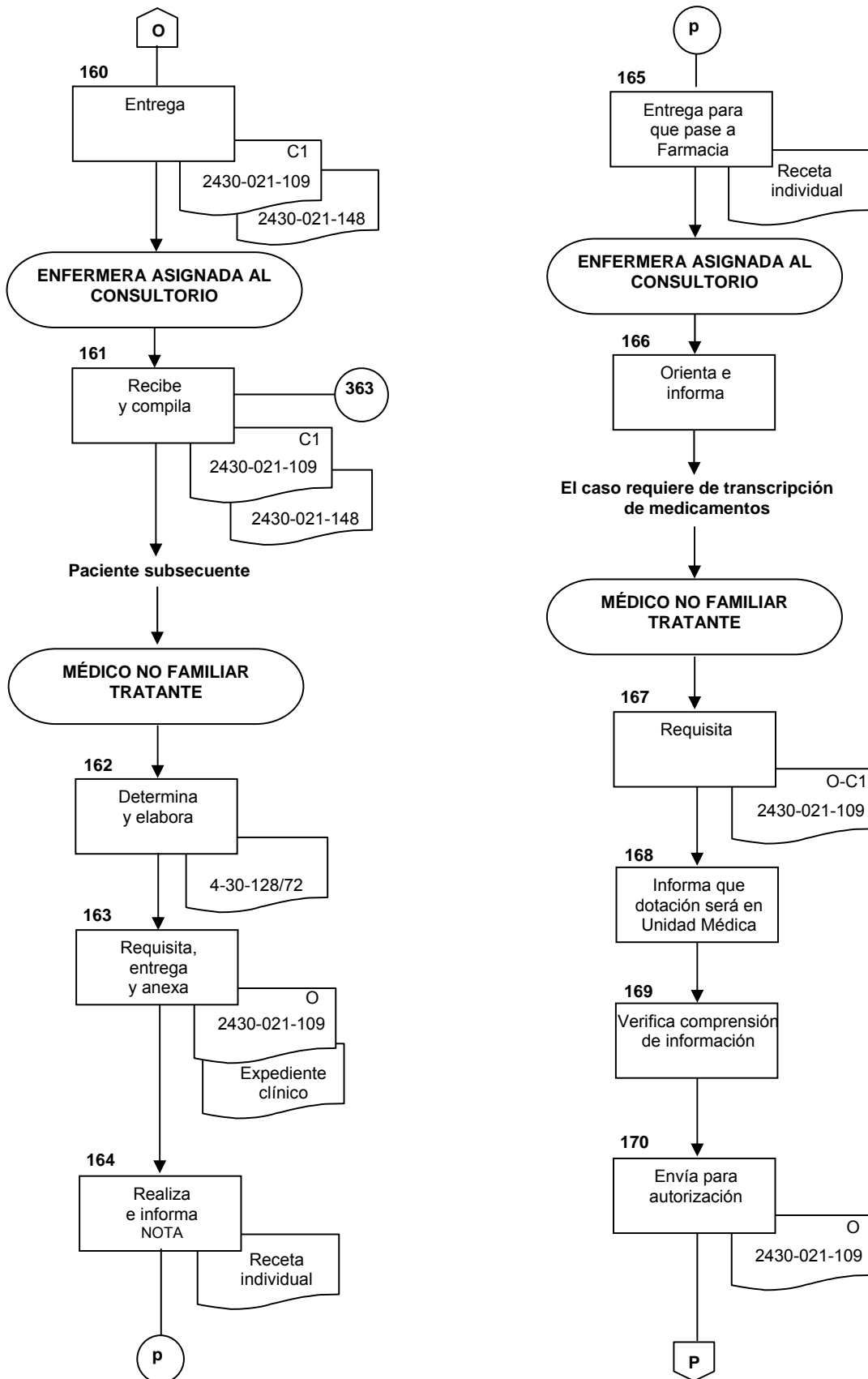


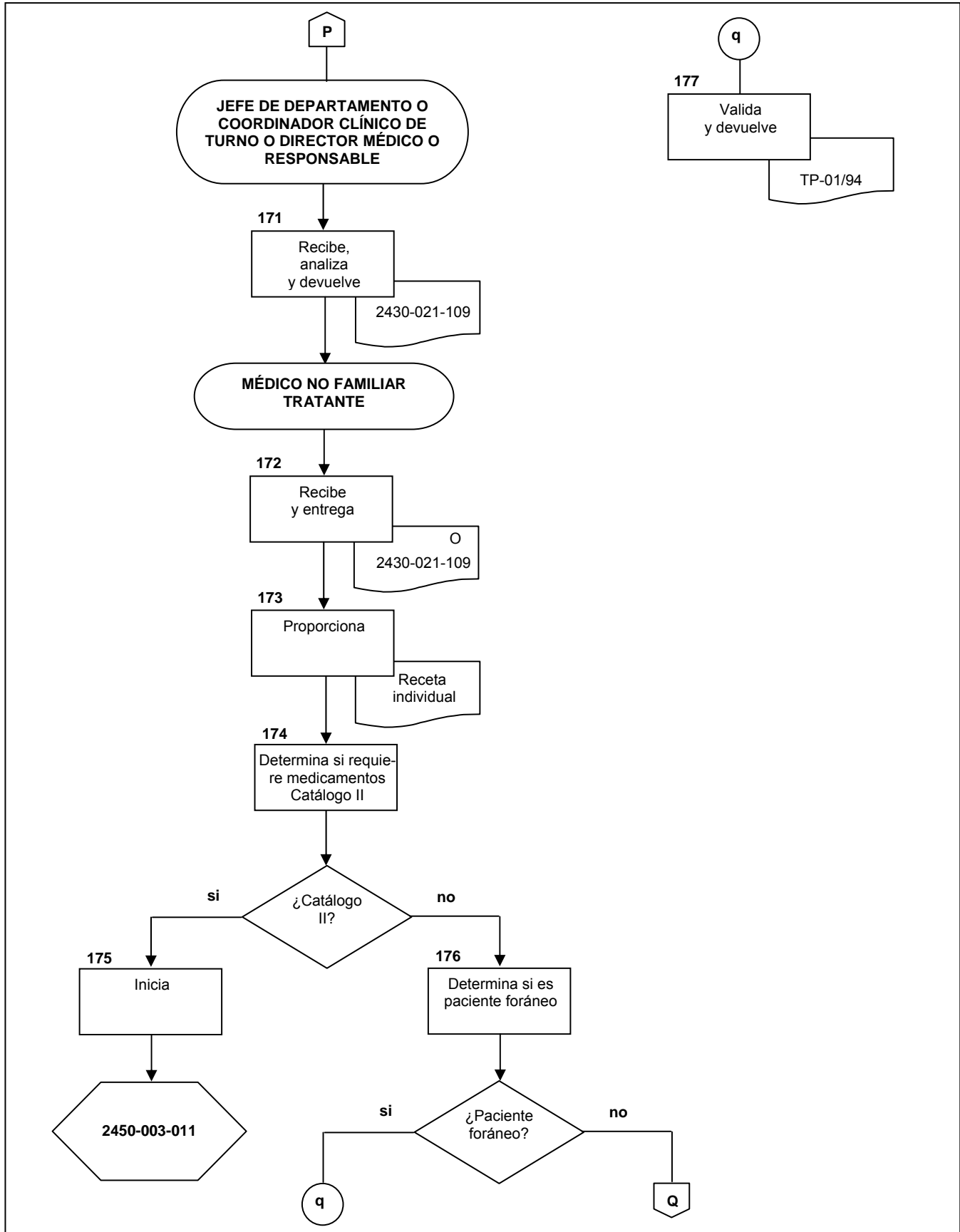


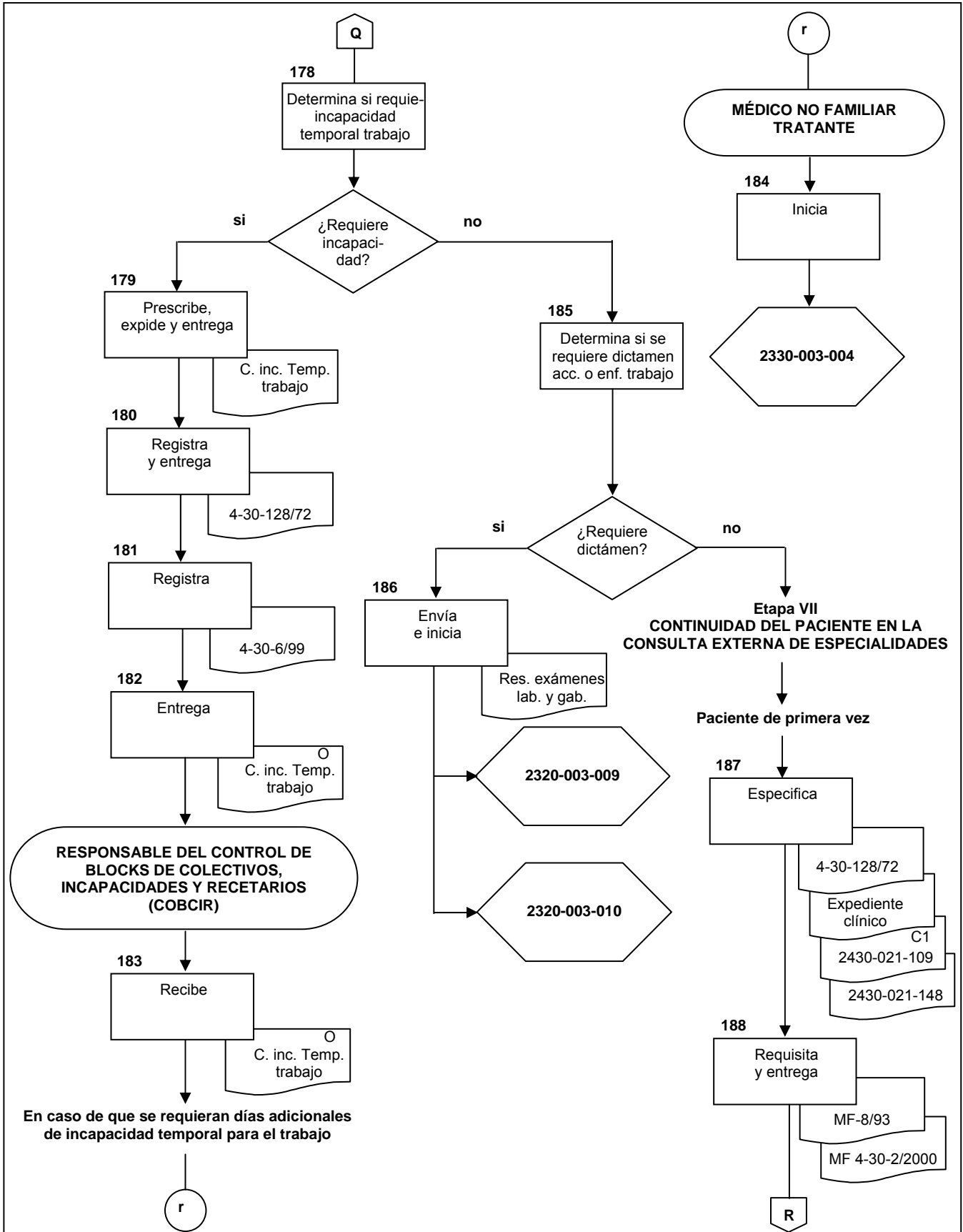


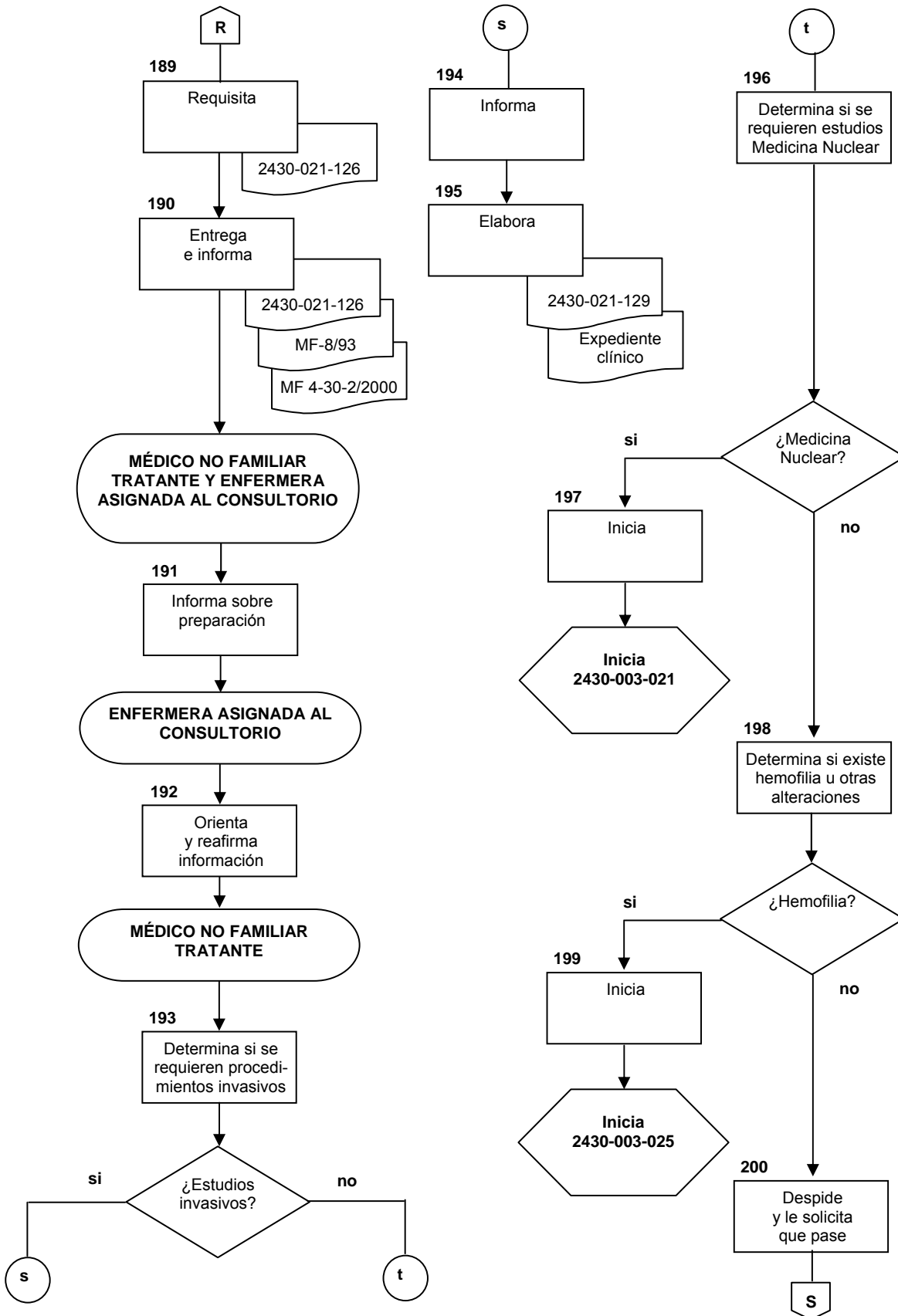


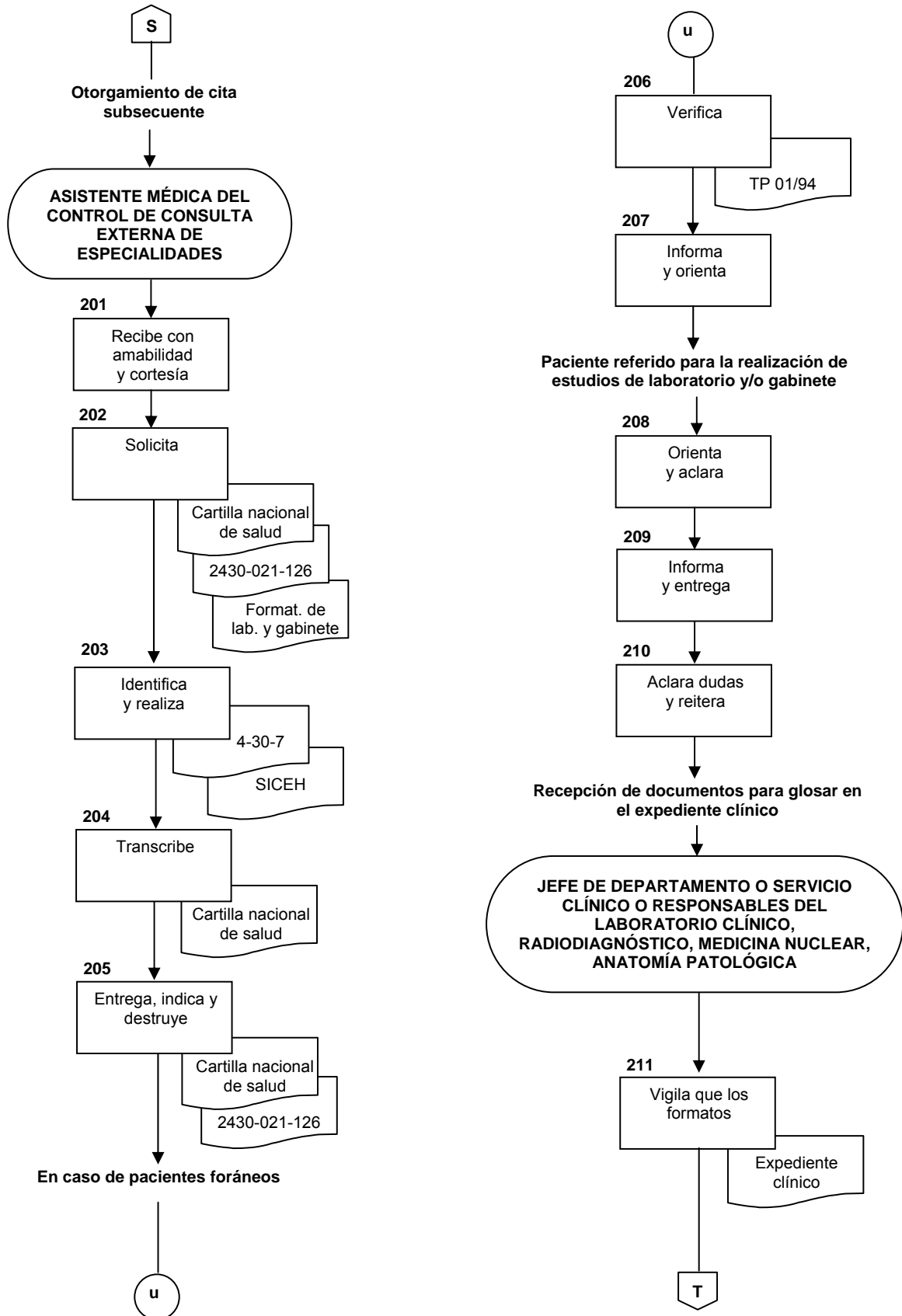


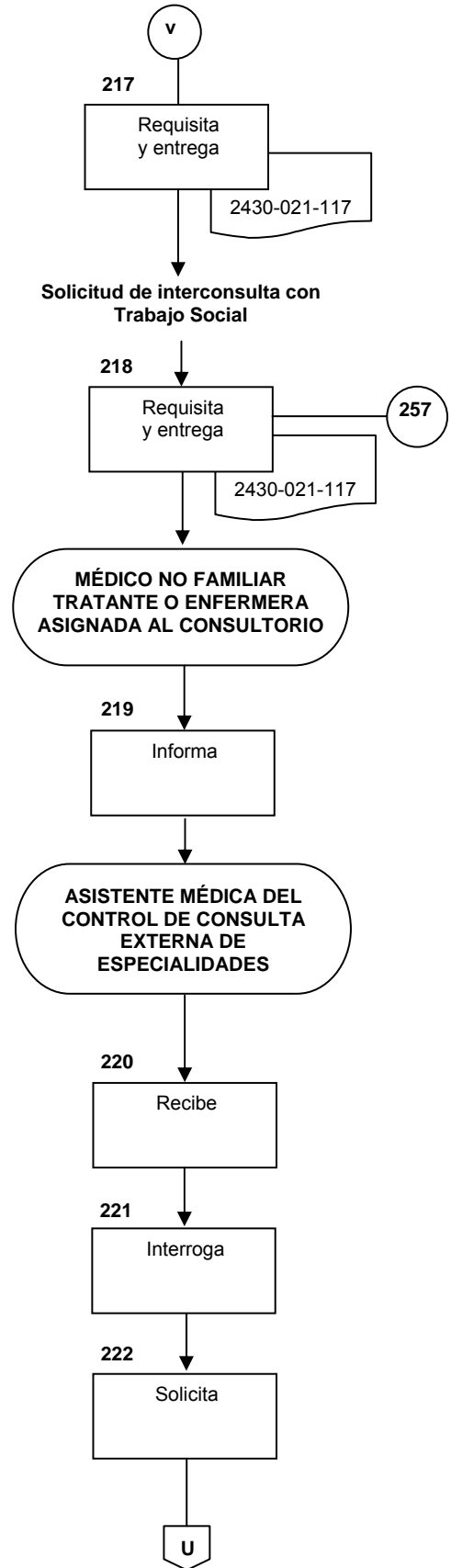
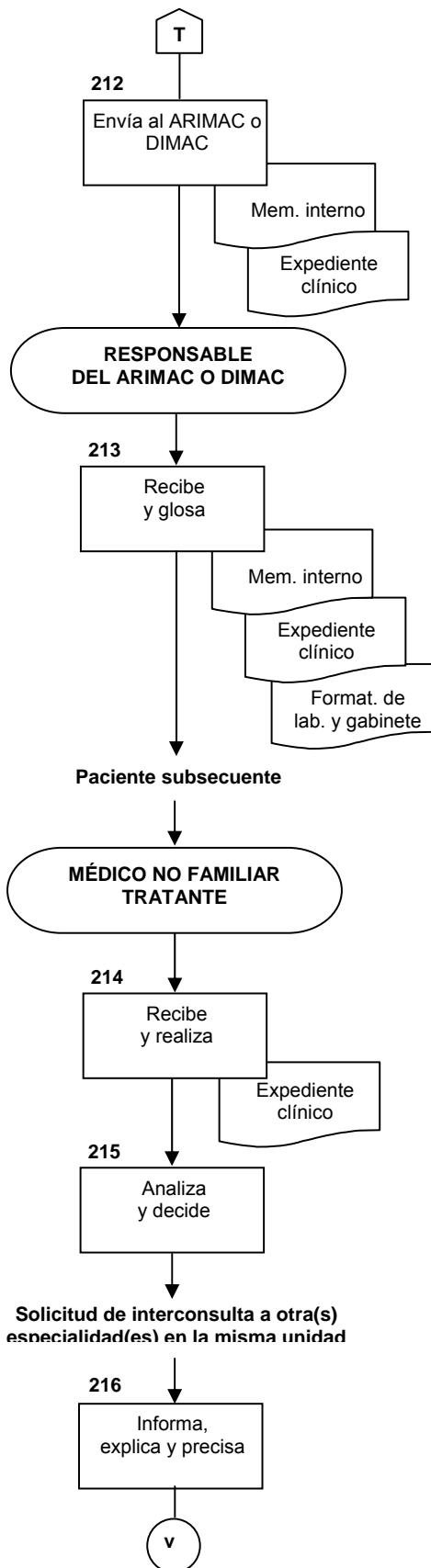


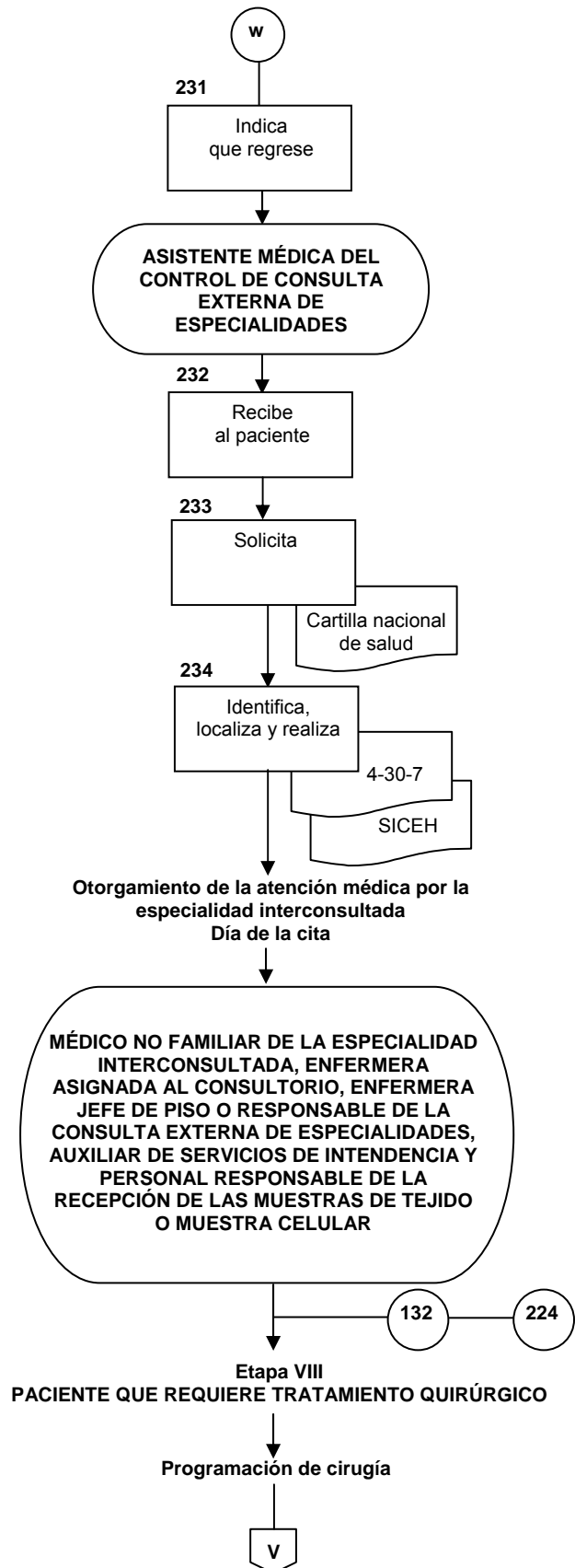
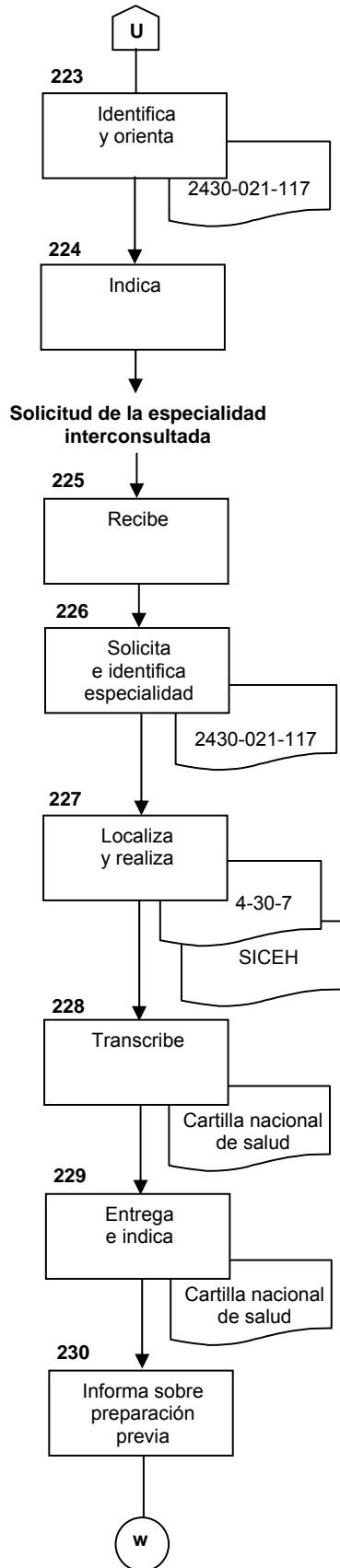


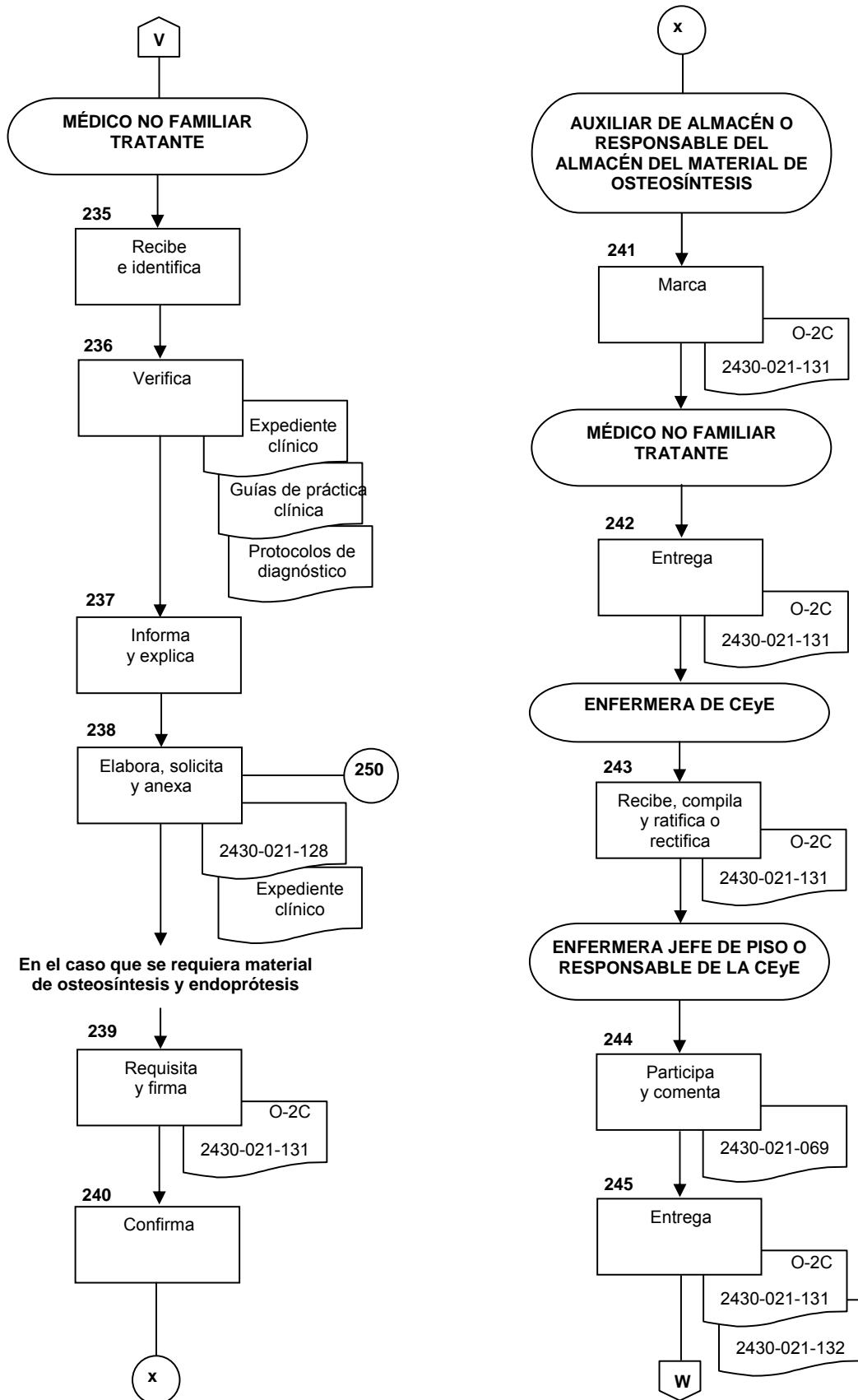


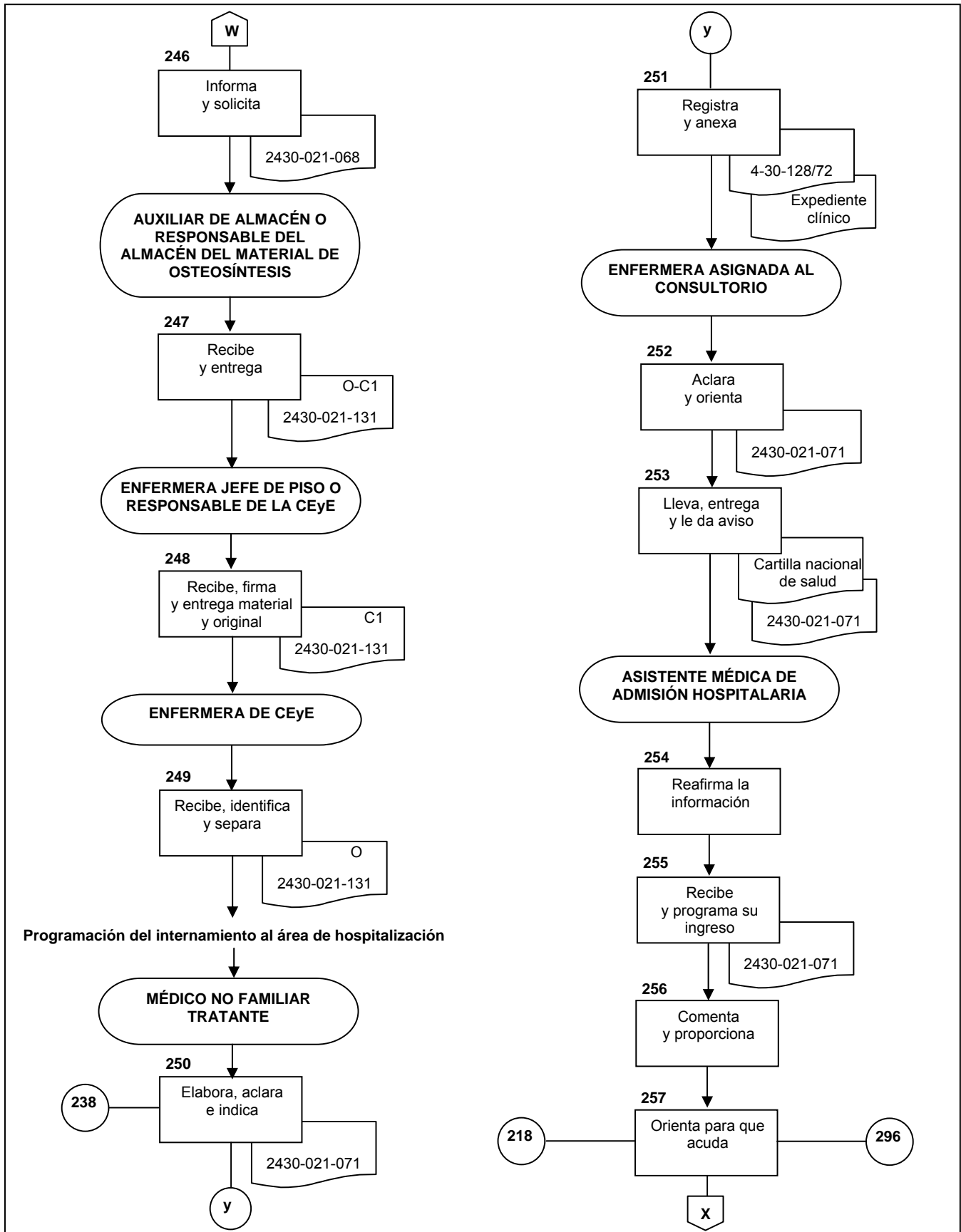


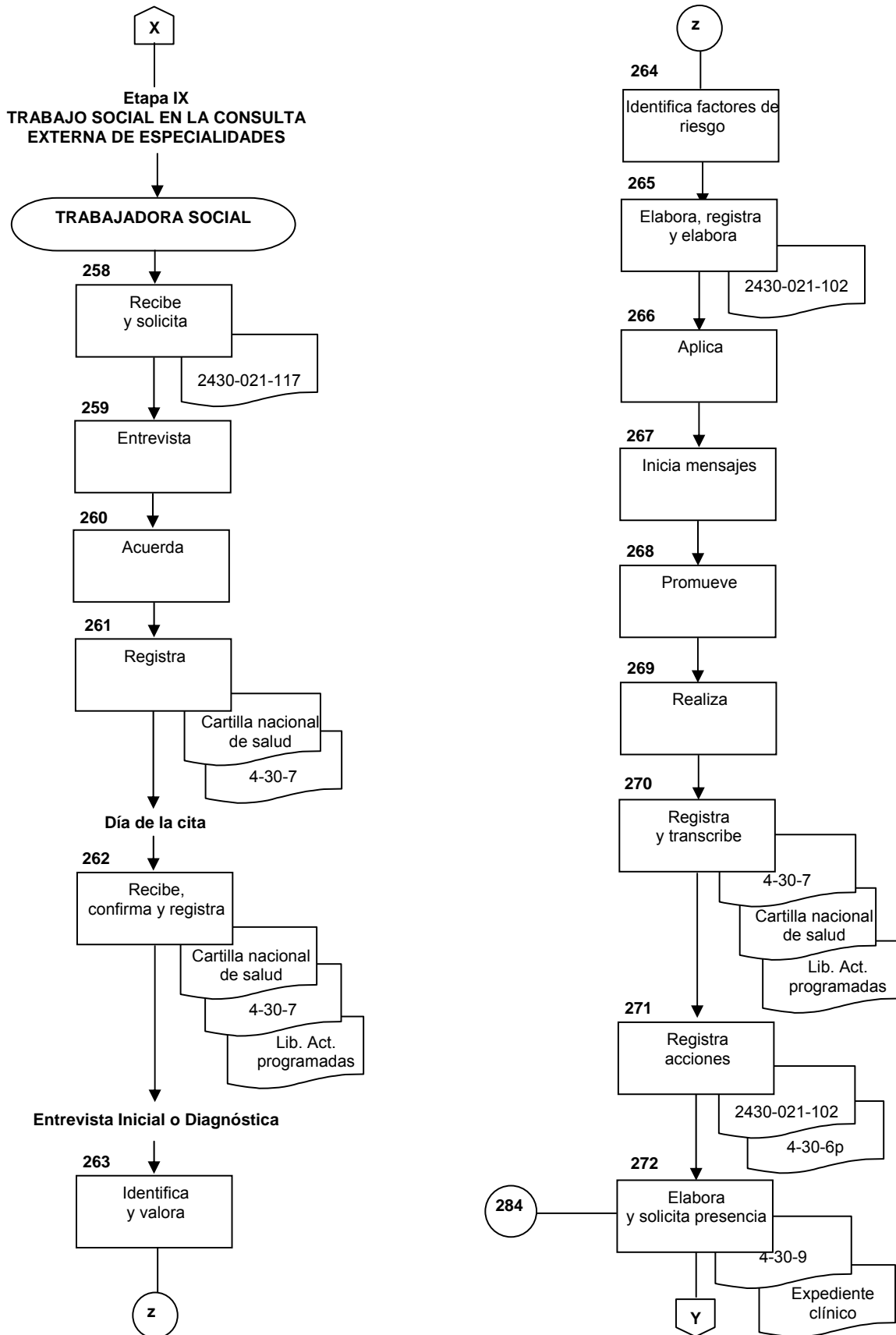


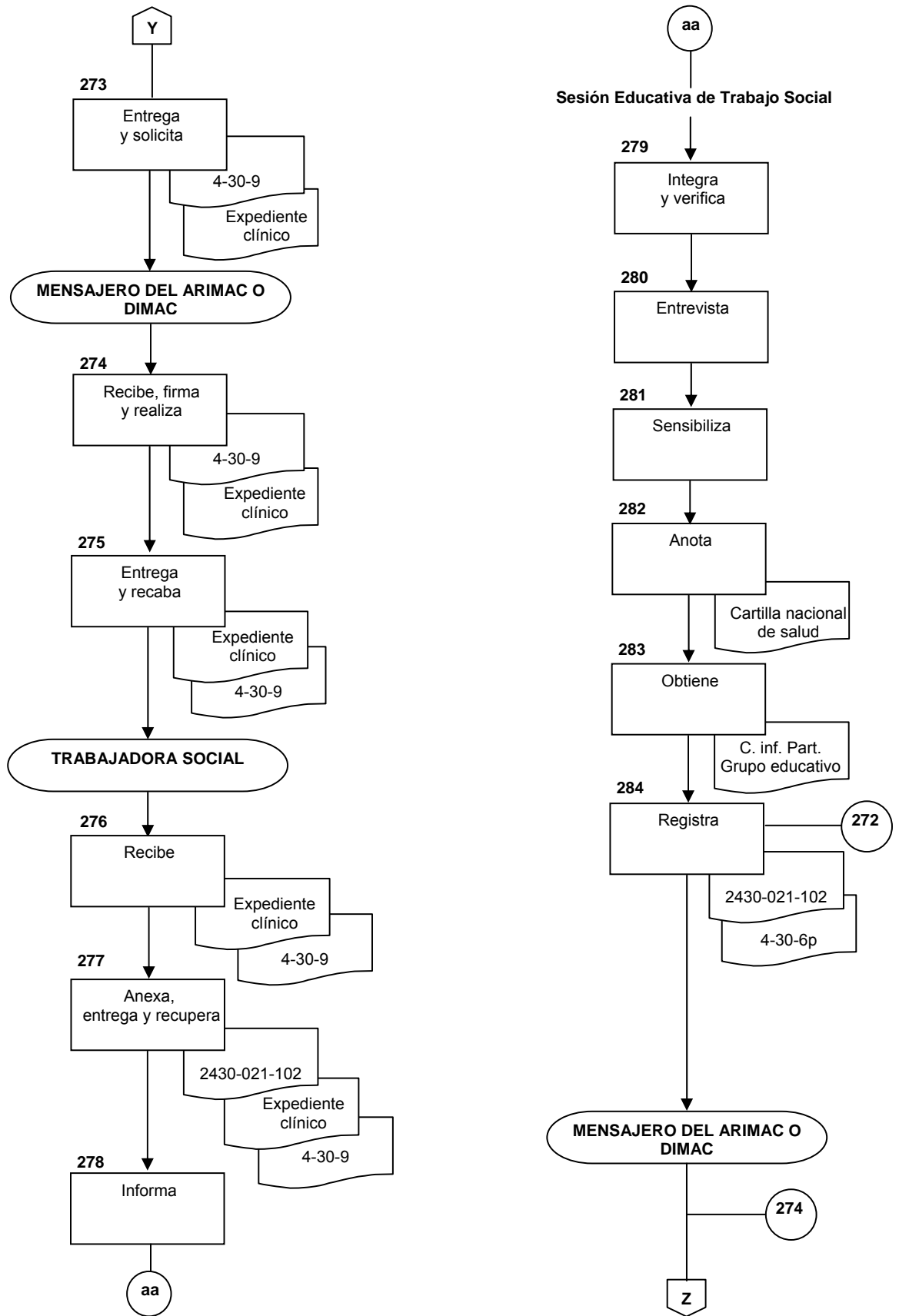


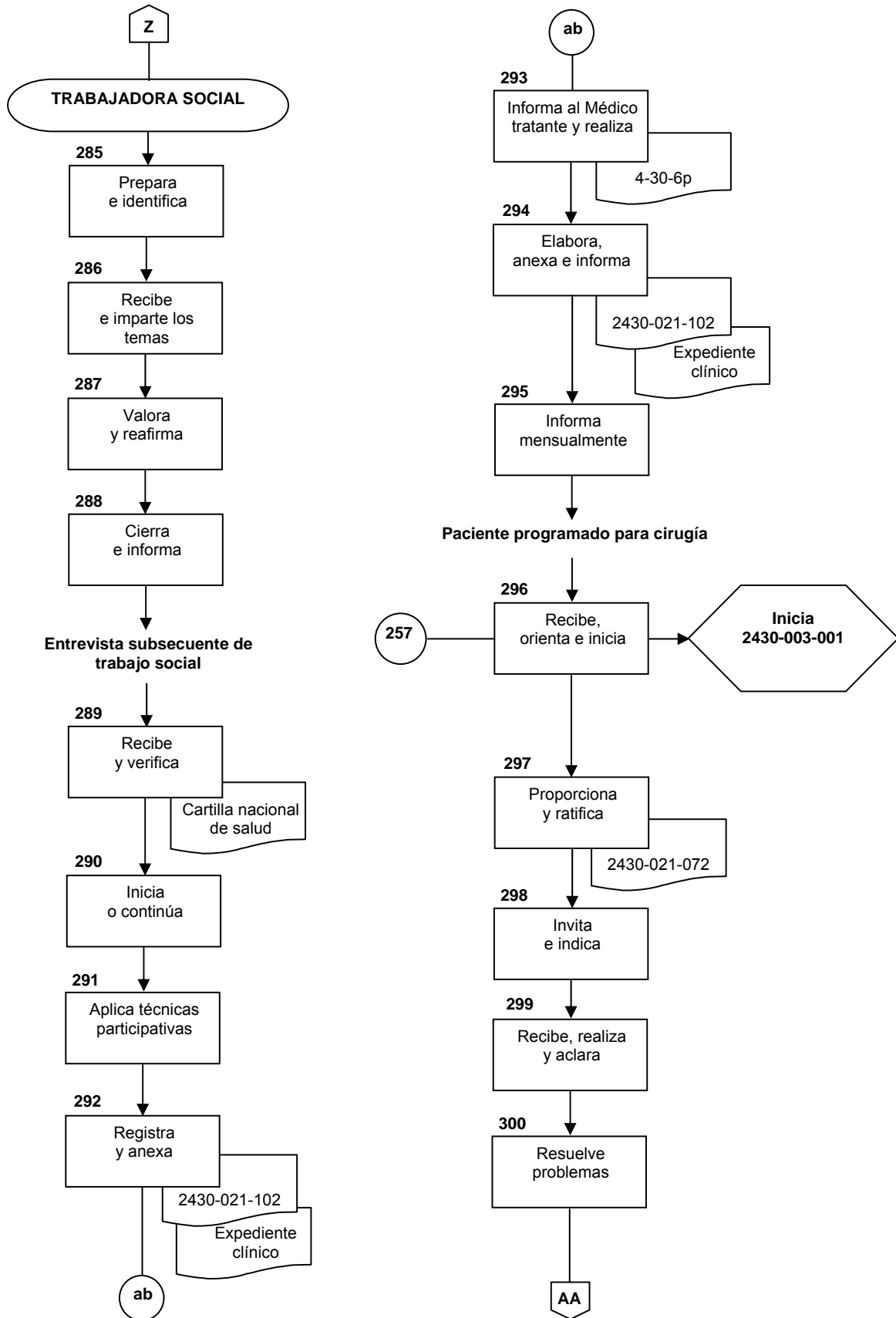


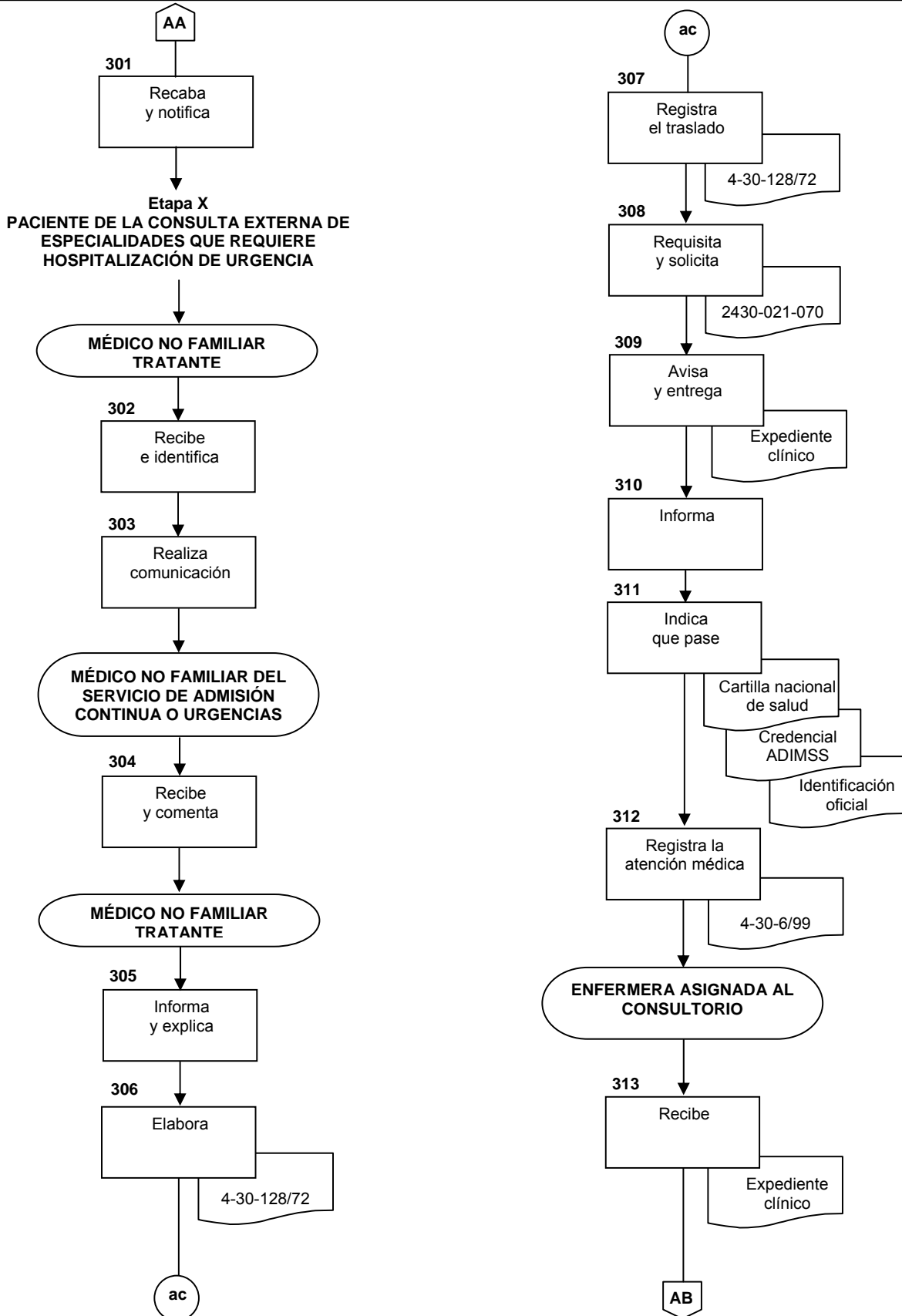


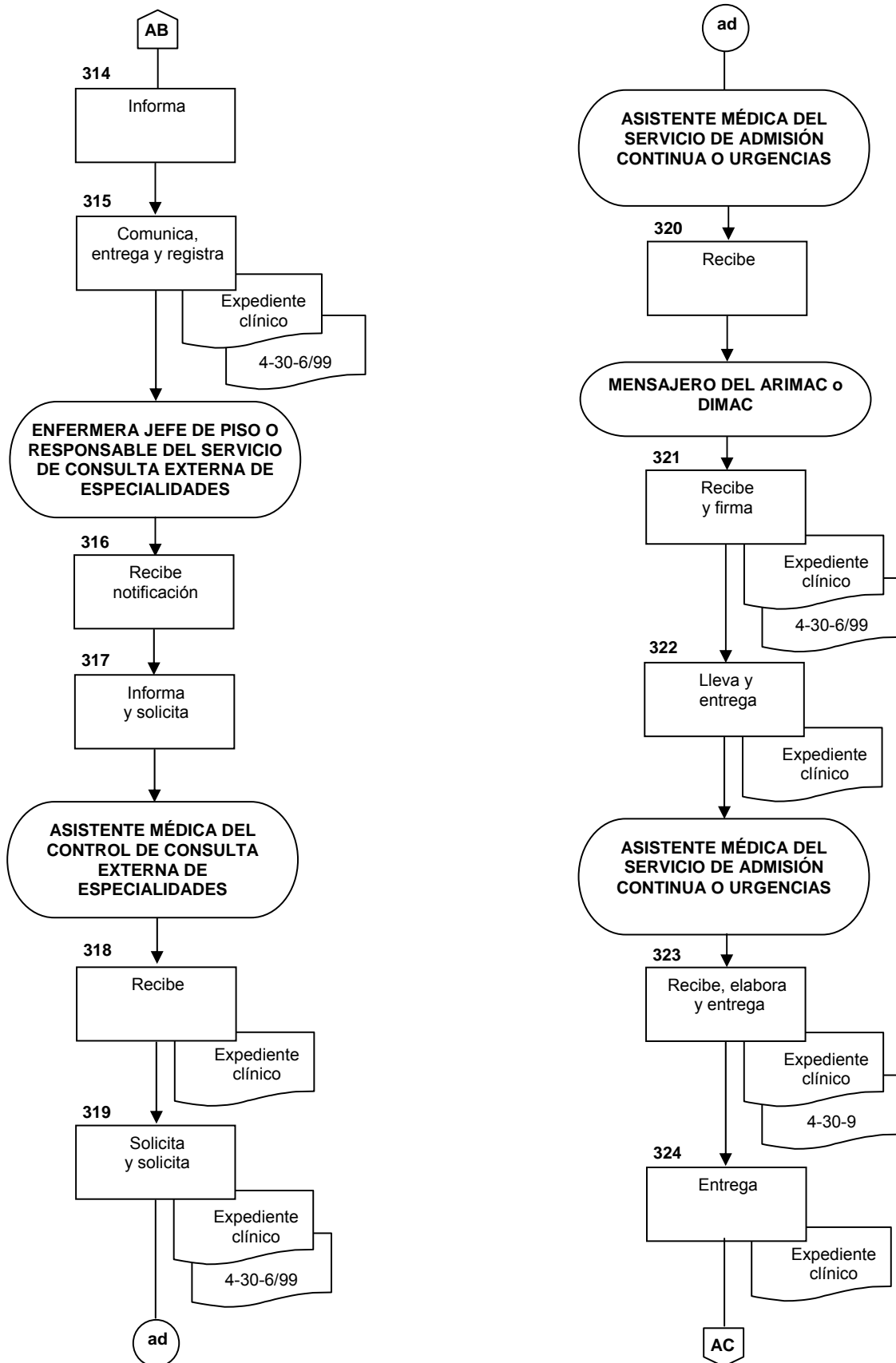


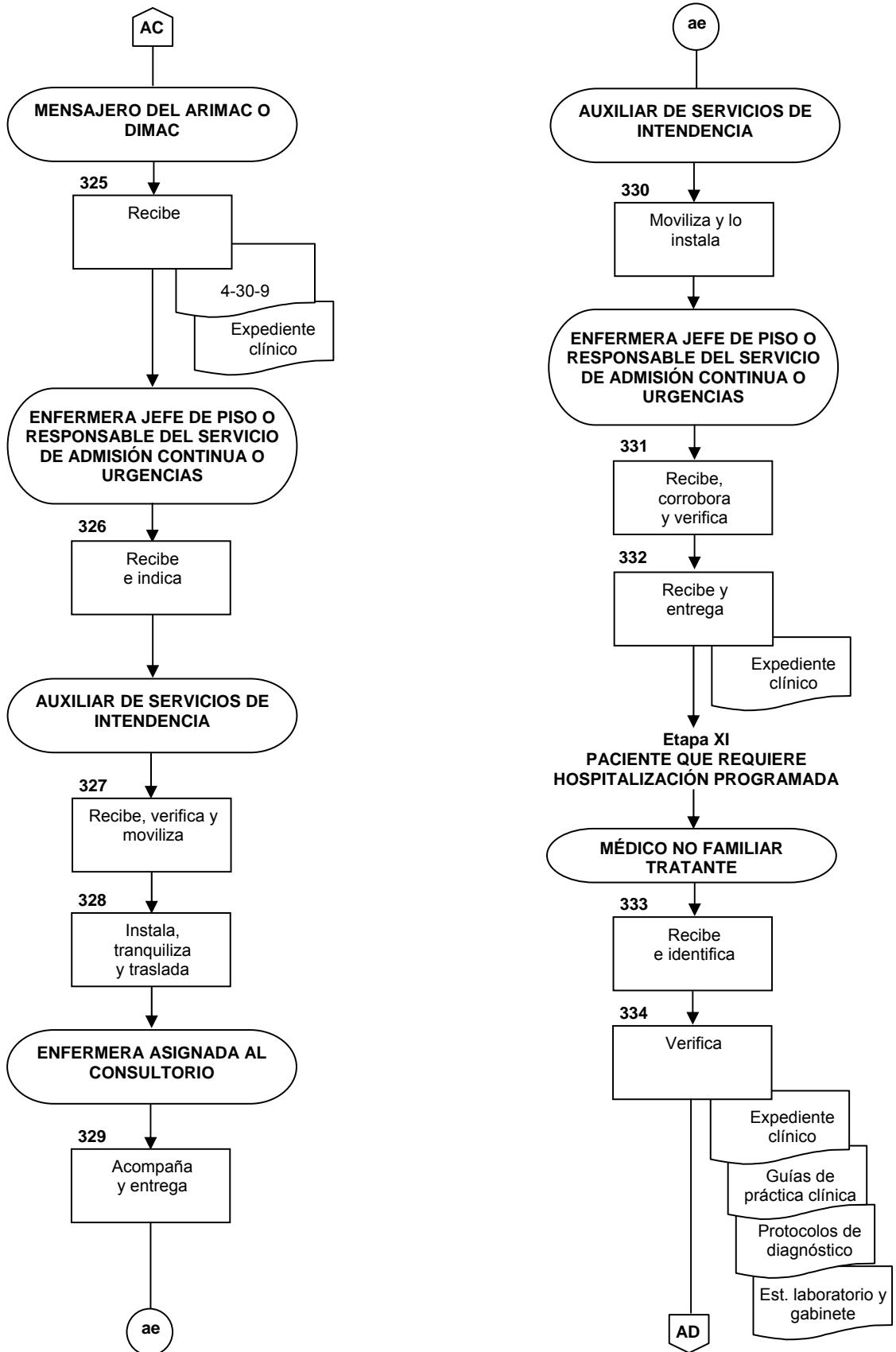


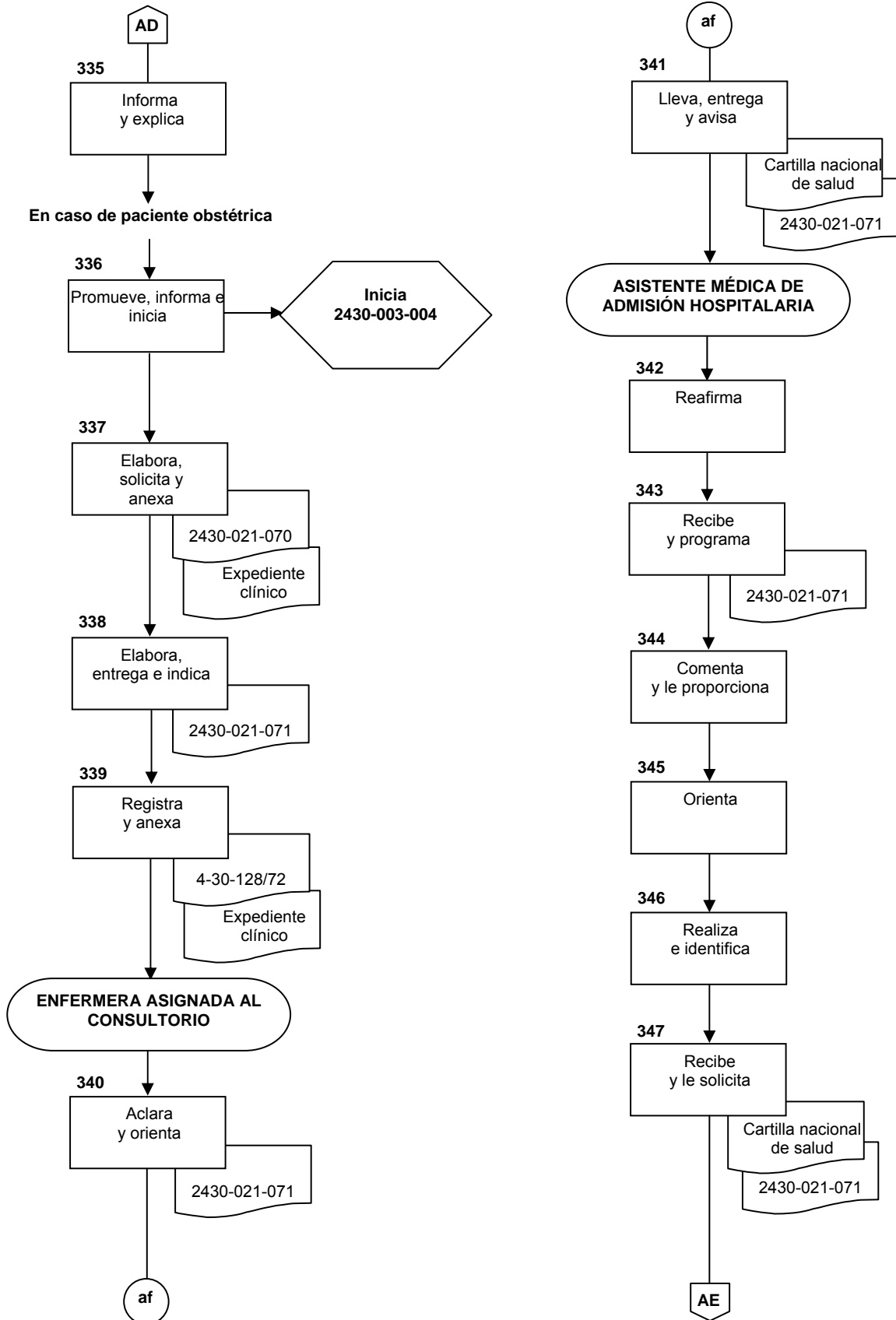


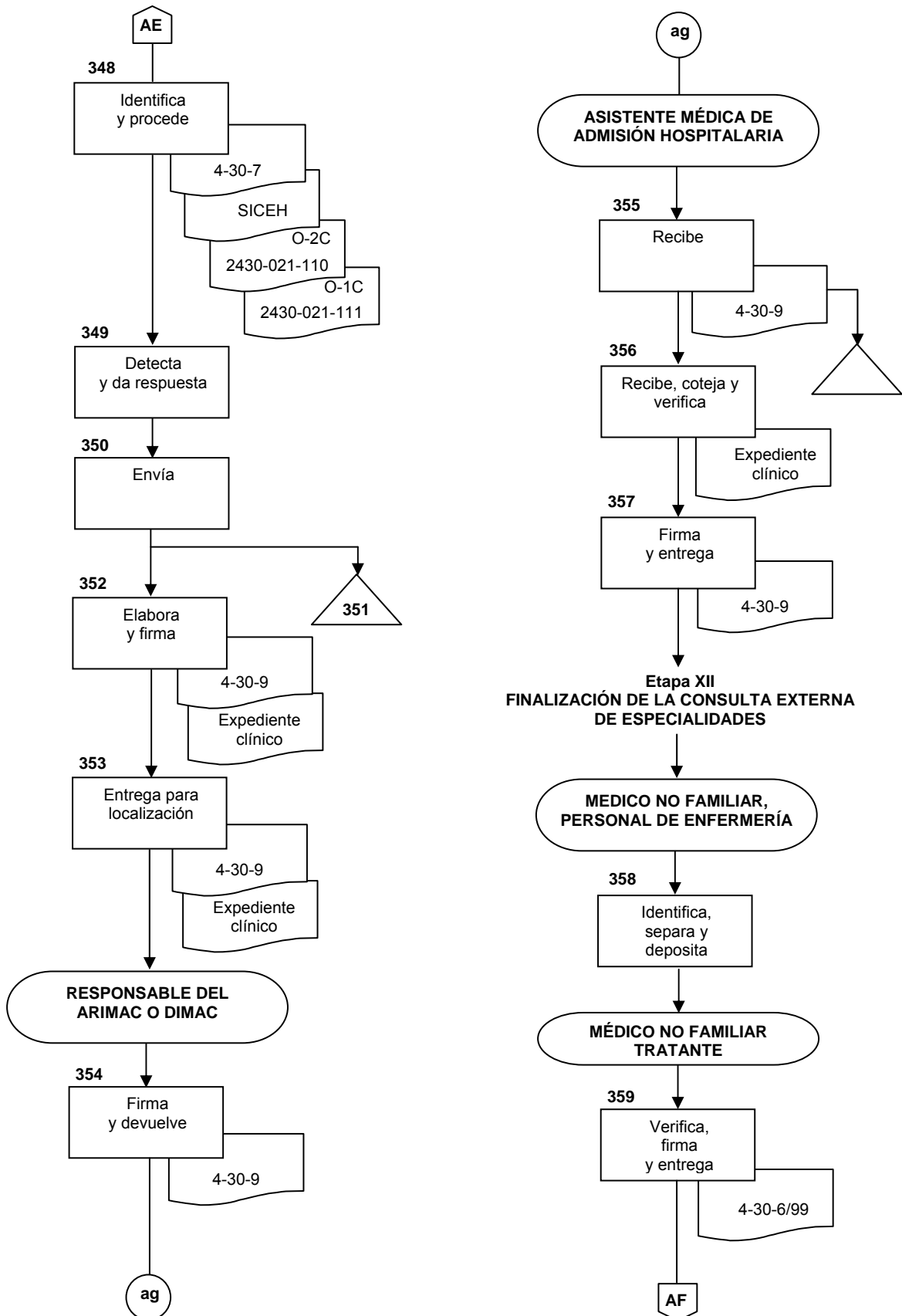


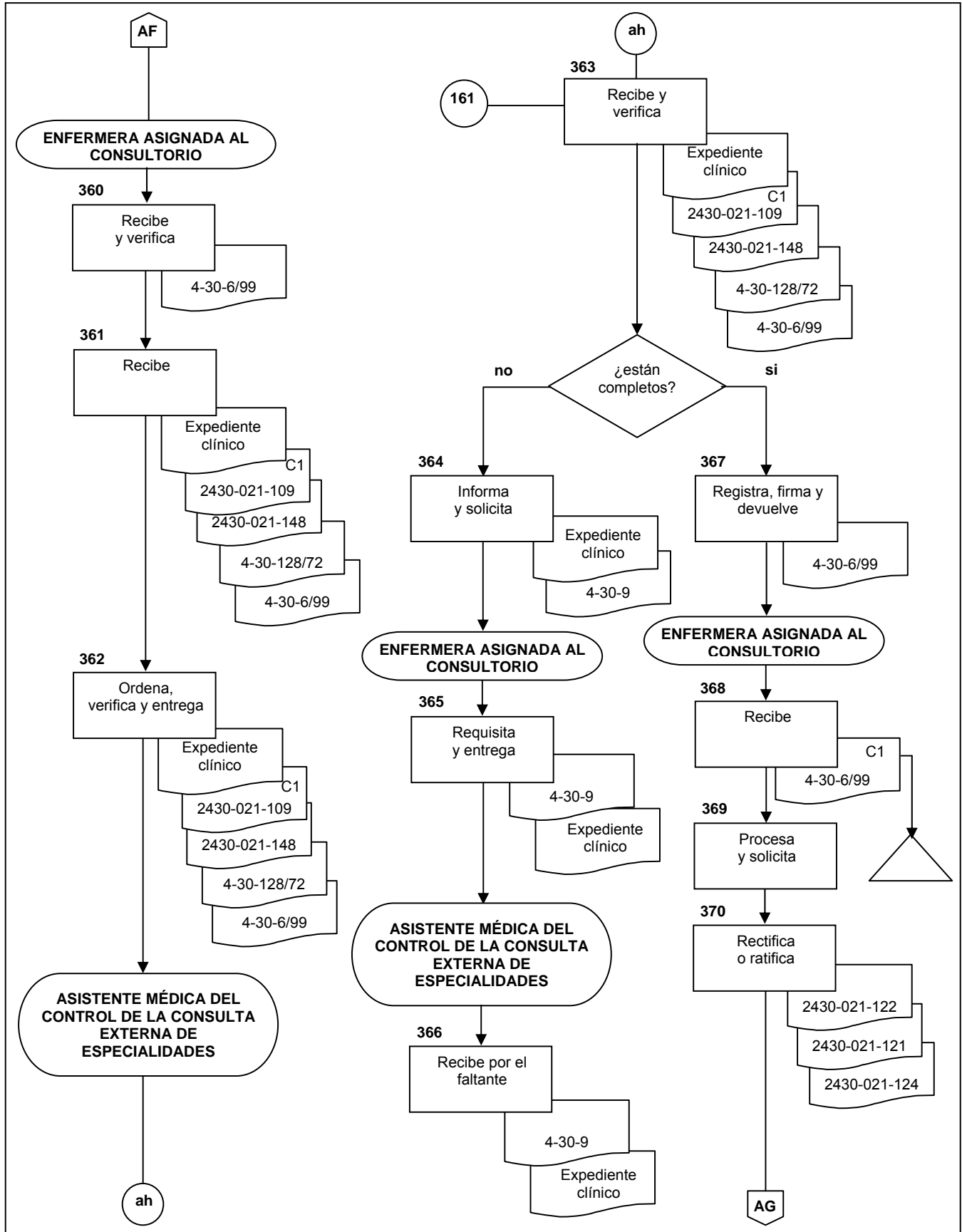


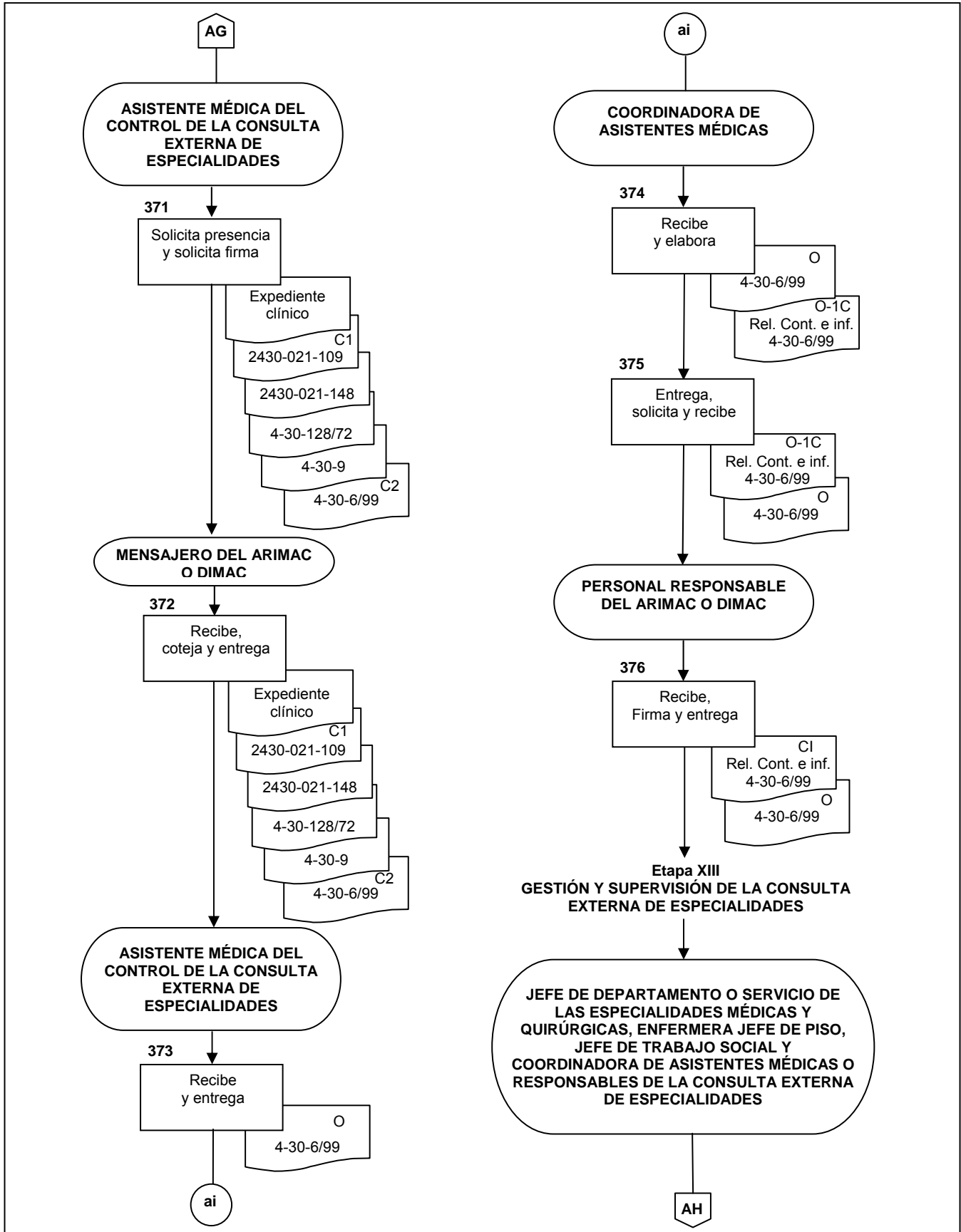














AH

377
Realiza visita diaria

378
Vigile que el personal a su cargo

4-30-7
SICEH

379
Revisa y evalúa

Expediente clínico
Guías práctica clínica

380
Solicita con oportunidad

381
Programa la distribución

382
Participa

383
Informa

384
Indica e informa al personal operativo

385
Supervisa que de a conocer

aj

aj

386
Determina actividades

387
Proporciona recursos de apoyo

388
Vigila

389
Coordina, dirige y participa

Carpeta gerencial
Met. Especificos trabajo
Formatos control interno

390
Establece y jerarquiza

391
Determina y define

392
Identifica necesidades

393
Realiza recorridos

394
Analiza entradas y salidas

ak

ak

395
Compara resultados

396
Establece indicadores y estándares

397
Selecciona técnicas y supervisa

398
Aplica e identifica

2430-021-127

399
Analiza, realiza y registra

400
Reúne, comenta y establece

401
Informa acuerdos

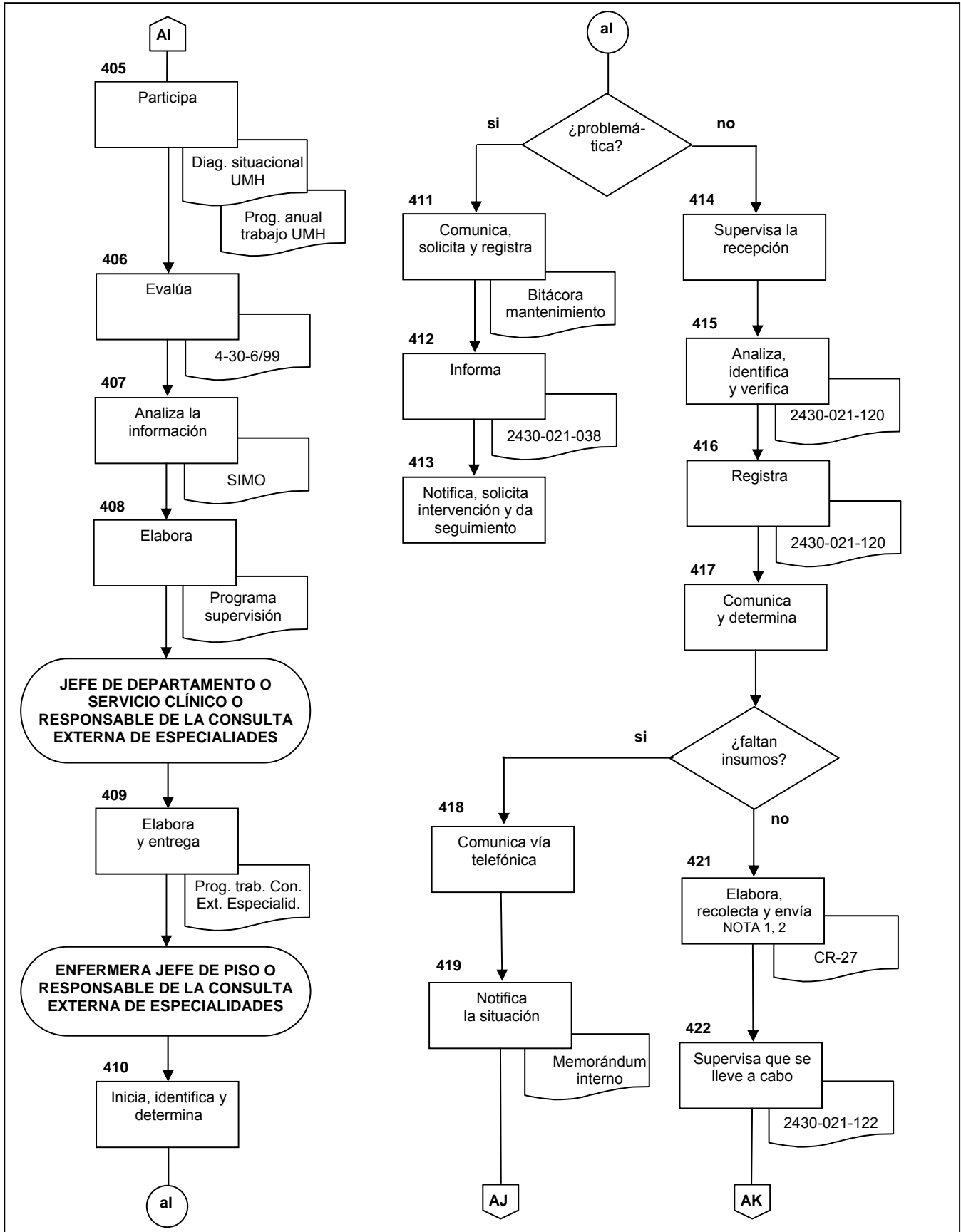
402
Efectúa reuniones e identifica

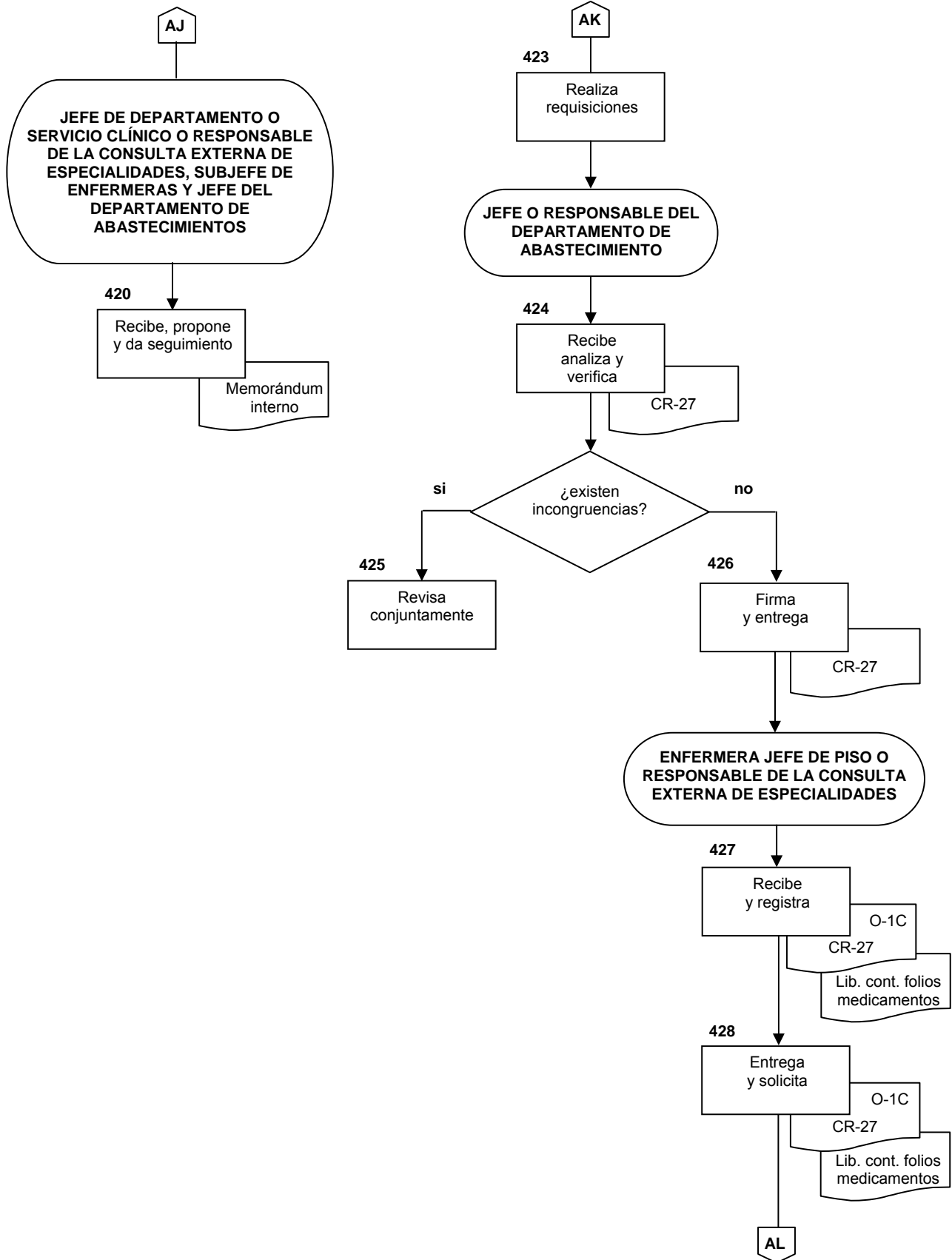
403
Establece acciones

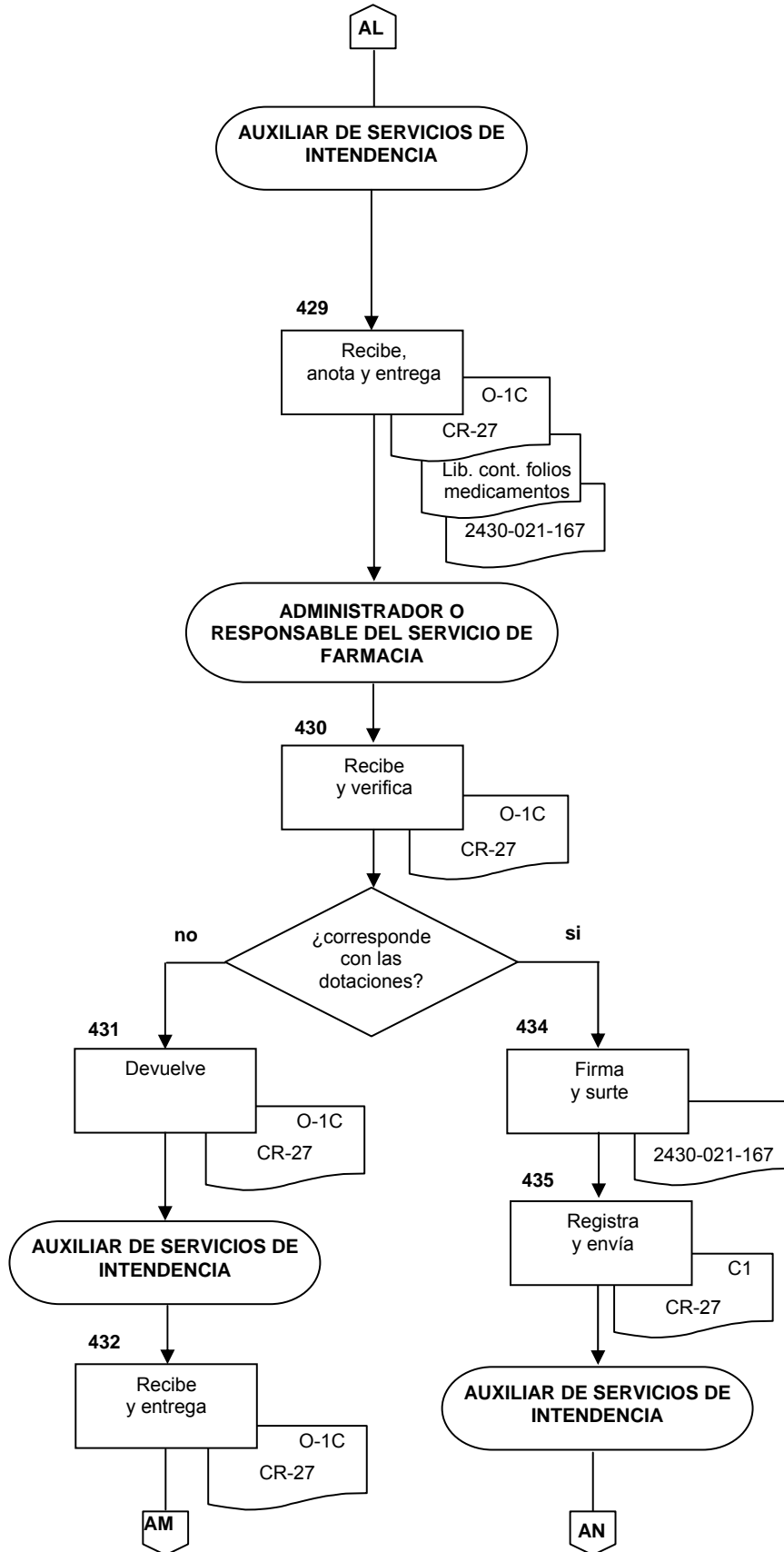
404
Elabora y entrega

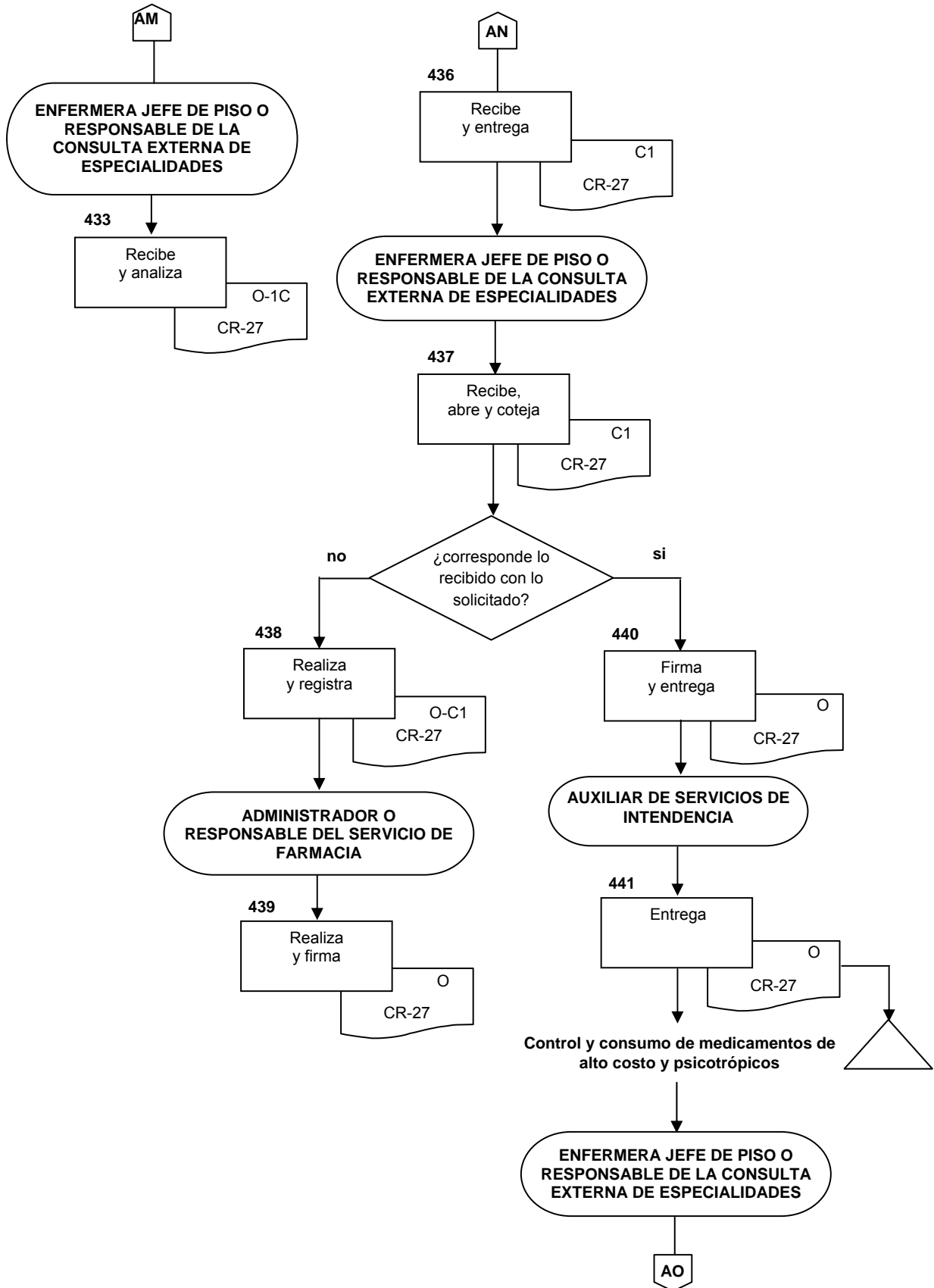
If. result. sup. pers. operativo

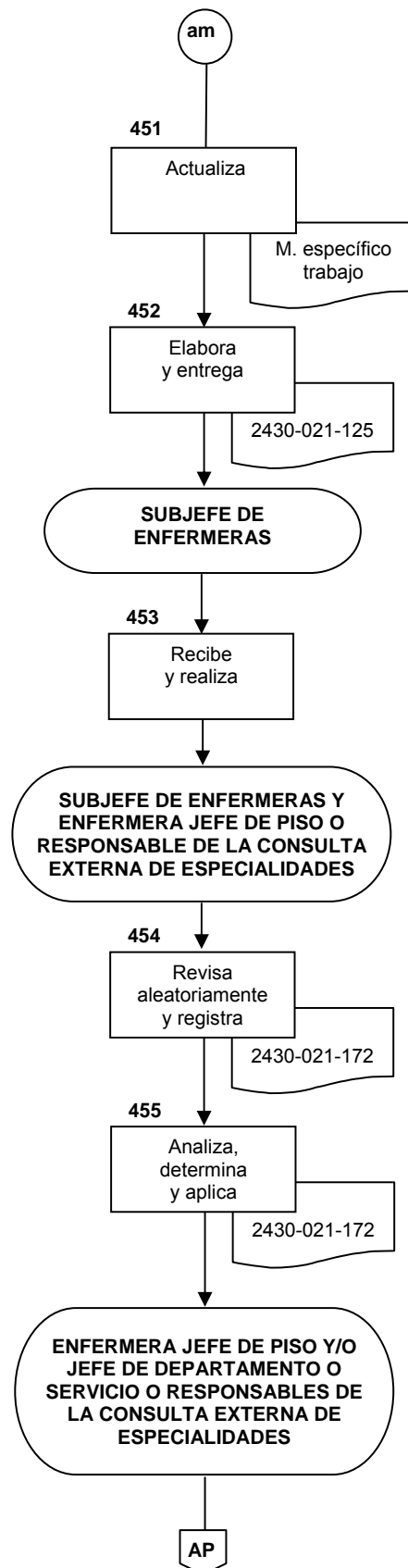
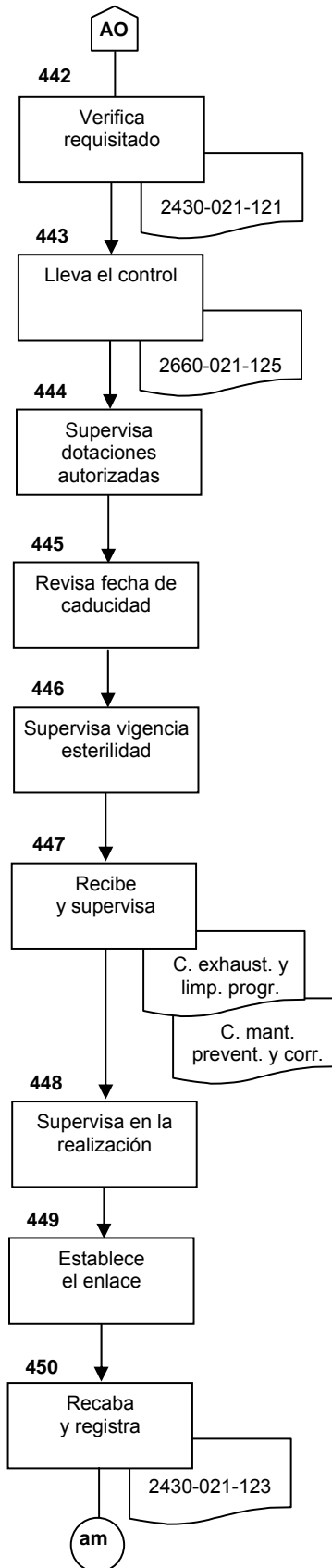
AI

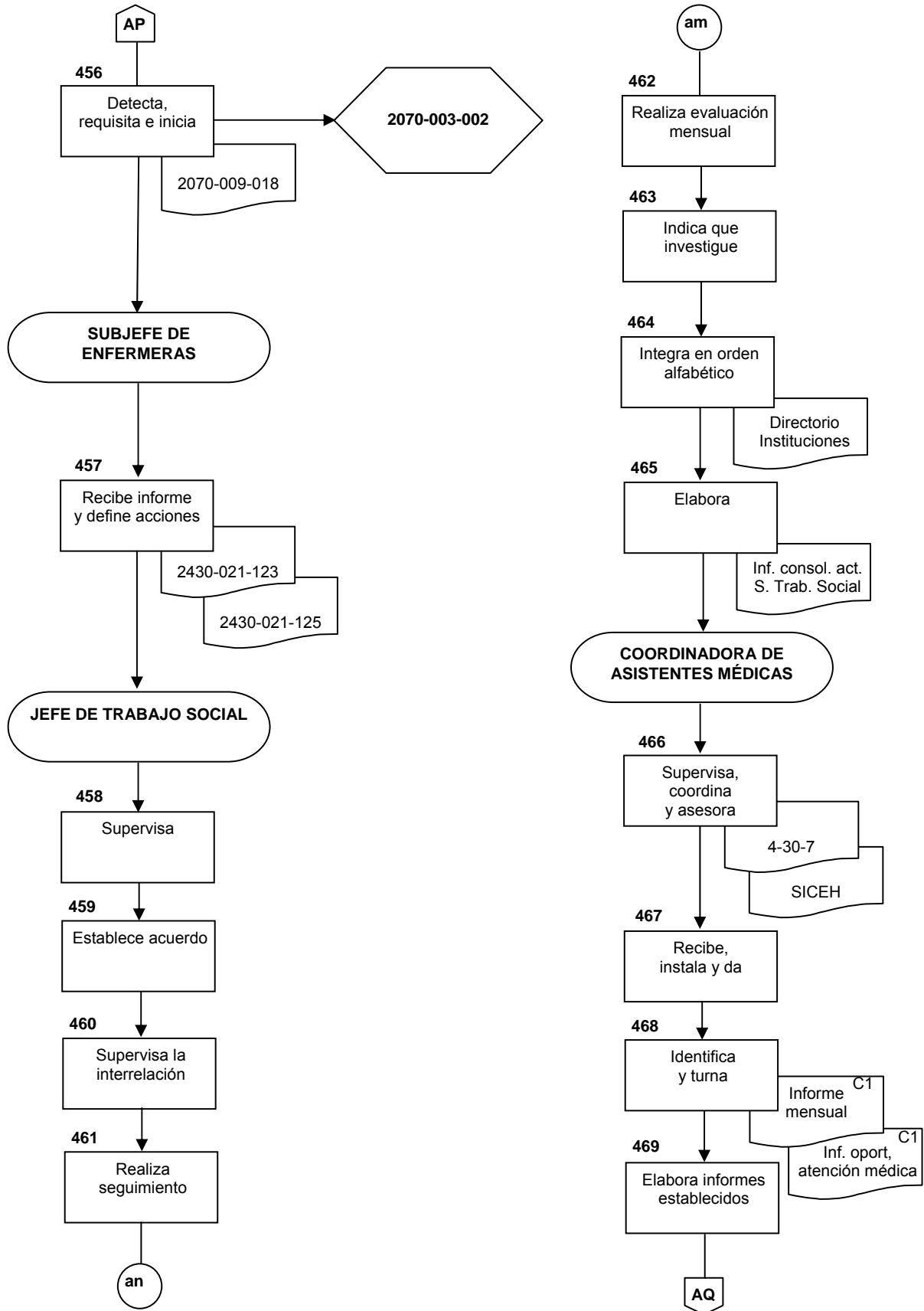


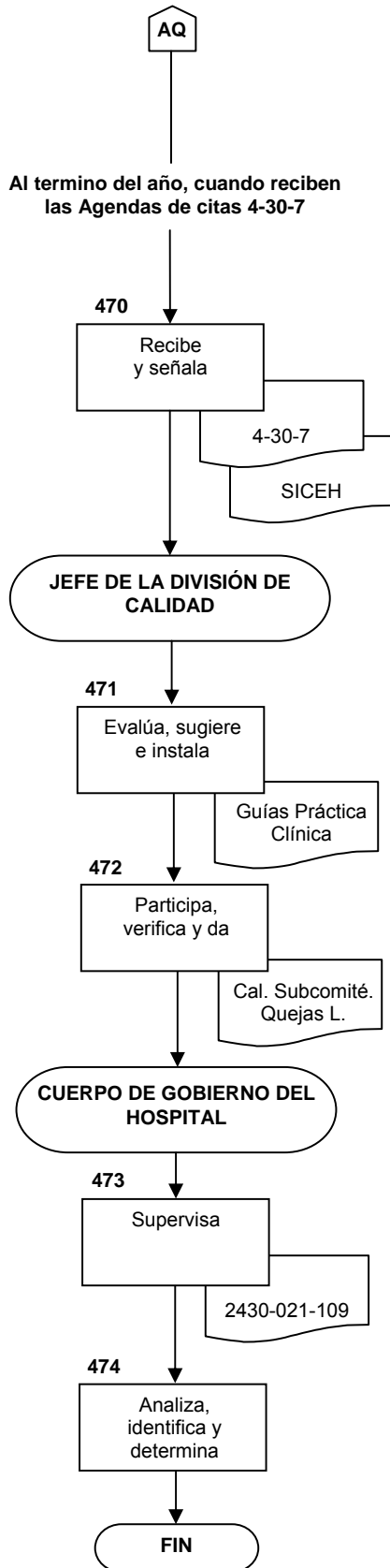














8. Relación de documentos que intervienen en el procedimiento para la planeación, recepción, otorgamiento de citas y atención médica en Consulta Externa de Especialidades en las Unidades Médicas Hospitalarias de tercer nivel de atención

Clave	Título del documento	Observaciones
	Plantilla nominal	
	Plantilla teórica	
	Balance de plazas	
2E10-009-001	Recursos materiales del inventario físico de unidades 4-30-13a/2009-18	
	Resguardos del equipo	
	Programa anual de vacaciones	
	Cuadro de distribución del personal de enfermería, por consultorios	
	Cuadro de distribución del personal médico por especialidad, consultorios	
4 30 6/99	Control e informe de consulta externa	
4-30-7	Agenda de citas	
	Agenda electrónica (SICEH)	
2430-021-118	Lista de espera para consulta externa de especialidades de primera vez	anexo 1
	Minuta de la reunión de trabajo	
2430-021-119	Distribución del tiempo para la consulta externa de especialidades semanal	anexo 2
	Solicitud de cobertura para los conceptos 08	
	Programa de capacitación	



Clave	Título del documento	Observaciones
	Programa anual de trabajo de la UMH	
	Cronograma de actividades	
	Cronograma de reuniones	
	Listado de los productos del SIMO	
	Memorándum interno	
CR-27	Solicitud de medicamentos para hospitalización y servicios auxiliares	
	Recetas individuales	
	Guías de práctica clínica	
	Cuadro Básico Institucional de Medicamentos	
	Catálogo local de medicamentos	
	Criterios técnico-médicos	
2430-021-166	Determinación de dotaciones fijas de medicamentos en el servicio para 24 horas	anexo 3
2430-021-169	Autorización de dotaciones fijas de medicamentos en el servicio, para 24 horas	Anexo 4
F/RS/1/94	Reaprovisionamiento y control de material a servicios en unidades médicas	
	Cuadro Básico Institucional de Material de Curación	
	Cuadro Básico Institucional de Instrumental y Equipo Médico	
	Catálogo local de material a servicios	
	Minuta de trabajo	



Clave	Título del documento	Observaciones
	Bitácora de reportes del equipo de cómputo	
	Fax T90	
2430-021-109	Referencia – Contrarreferencia 4-30-8/98	anexo 5
	Cartilla nacional de salud	
4-30-7	Agenda de citas	
	Expediente clínico	
	Credencial ADIMSS	
	Identificación oficial	
	Libreta de registro de asistencia del personal de enfermería	
2430-021-036	Rol de asistencia del personal de enfermería	anexo 6
2430-021-037	Monitoreo de la esterilización	anexo 7
2430-021-038	Reporte de descompostura de equipos electromédicos	anexo 8
	Minutario de control	
2430-021-041	Vale a la CEyE por material, equipo e instrumental	anexo 9
	Resultado de exámenes de laboratorio y gabinete	
TP 01/94	Traslado de pacientes que generan gastos de pasajes y viático	
4-30-9	Vale al archivo clínico	
2430-005-026	Instrucciones para realizar la higiene de manos del personal de salud	anexo 10



Clave	Título del documento	Observaciones
2430-005-008	Instrucciones para la medición de la temperatura corporal	anexo 11
2430-005-009	Instrucciones para la medición de la tensión arterial	anexo 12
2430-005-010	Instrucciones para la medición de la frecuencia cardiaca	anexo 13
2430-005-011	Instrucciones para la medición del pulso cardiaco	anexo 14
2430-005-012	Instrucciones para la medición de la frecuencia respiratoria	anexo 15
2430-005-028	Instrucciones para determinar el peso	anexo 16
2430-005-029	Instrucciones para determinar la estatura	anexo 17
4-30-128/72	Notas médicas y prescripción	
2430-021-148	Historia clínica	Anexo 18
2430-021-129	Consentimiento informado para la realización de procedimientos invasivos en consultorio	anexo 19
	Cintilla de identificación	
	Solicitud e informe de estudio histopatológico o citológico	
	Libreta de control de especímenes quirúrgicos	
2430-021-121	Registro del consumo de medicamentos de alto costo o de psicotrópicos	anexo 20
2430-021-124	Registro del consumo diario de medicamentos o de material de curación y equipo	anexo 21



Clave	Título del documento	Observaciones
2430-021-122	Registro de la productividad diaria de enfermería	anexo 22
2450-003-011	Procedimiento para la prescripción de medicamentos incluidos en el Catálogo II del Cuadro Básico Institucional de Medicamentos	
	Certificado de incapacidad temporal para el trabajo	
2330-003-004	Procedimiento del comité de evaluación de la prescripción de la incapacidad temporal para el trabajo	
MF-8/93	Solicitud de exámenes básicos de laboratorio	
MF 4-30-2/2000	Solicitud de estudios radiográficos	
2430-003-021	Procedimiento para la realización de estudios de gammagrafía o radioinmunoanálisis o administración de material radioactivo para tratamiento en los servicios de medicina nuclear del Instituto Mexicano del Seguro Social	
2430-003-025	Procedimiento para el diagnóstico y tratamiento del paciente con hemofilia y otras alteraciones hereditarias de la coagulación	
2430-021-126	Volante para solicitar cita en la Consulta Externa de Especialidades	anexo 23
2430-021-117	Solicitud de servicios (interconsulta) 4 30 200	anexo 24
	Protocolos de diagnóstico y tratamiento	
2430-021-129	Consentimiento informado para la realización de procedimientos quirúrgicos	anexo 25



Clave	Título del documento	Observaciones
2430-021-131	Solicitud de material de osteosíntesis	anexo 26
2430-021-068	Programa diario de operaciones 4-30-IQ-1/87	anexo 27
2430-021-132	Autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica 4-30-59/72	anexo 28
2430-021-071	Orden de internamiento	anexo 29
	Libreta de actividades programadas de trabajo social	
2430-021-102	Notas de trabajo social médico 4-30-54/2000	anexo 30
4-30-6p	Informe de servicios paramédicos	
	Consentimiento informado para participar en el grupo educativo	
2430-021-105	Estudio de trabajo social en el área médica 4-30-53/72	anexo 31
2430-021-072	Reglamento interno de la Unidad Médica Hospitalaria	anexo 32
2430-021-070	Consentimiento informado para hospitalización	anexo 33
	Estudios de laboratorio y gabinete	
2430-003-004	Procedimiento para la toma y recolección de sangre de cordón umbilical en las unidades médicas hospitalaria del Instituto Mexicano del Seguro Social	
2430-021-110	Registro de pacientes hospitalizados (4-30-51/72)	anexo 34
2430-021-111	Hoja de alta hospitalaria (Alta 1/98)	anexo 35



Clave	Título del documento	Observaciones
	Relación de Control e informe de consulta externa 4-30-6/99	
	Carpeta gerencial	
	Métodos específicos de trabajo	
	Formatos de control interno	
2430-021-127	Encuesta de satisfacción del usuario en la consulta externa de especialidades	anexo 36
	Informe de resultados de la supervisión del personal operativo	
	Diagnóstico situacional de la UMH	
	Programa anual de trabajo de la UMH	
	Programa de supervisión	
	Programa de trabajo de la Consulta Externa de Especialidades	
	Bitácora de mantenimiento	
2430-021-120	Enlace de turno de la Consulta Externa de Especialidades	anexo 37
	Libreta de control de folios para medicamentos	
2430-021-167	Bitácora para la entrega y recepción de la solicitud y suministro de medicamentos Farmacia-Servicio	anexo 38
	Cronograma de exhaustivos y de limpieza programada	
	Cronograma de mantenimiento preventivo y correctivo	



Clave	Título del documento	Observaciones
2430-021-123	Productividad mensual del personal de enfermería	anexo 39
2430-021-125	Consumo mensual de medicamentos y material de curación y equipo	anexo 40
2430-021-172	Registro del muestro de verificación de vigencia de medicamentos	anexo 41
2070-009-018	Reporte de productos que presentan defectos de calidad RQME-1	
	Directorio de las instituciones	
	Informe consolidado de actividades del Servicio de Trabajo Social	
	Calendario de sesiones del Subcomité de Quejas Local	



Anexo 1

“Lista de espera para consulta externa de especialidades de primera vez”

2430-021-118



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD**

LISTA DE ESPERA PARA CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDADES DE PRIMERA VEZ

UNIDAD MÉDICA HOSPITALARIA 1	FECHA: ___/___/___ DD MMM AAAA
--	---

No.	FECHA DE SOLICITUD	FECHA DE PROGRAMACIÓN	NOMBRE DEL PACIENTE	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	AGREGADO	TELÉFONO	DIAGNÓSTICO PRESUNCIONAL	ESPECIALIDAD	UNIDAD MEDICA QUE ENVIA	CAUSA DE DIFERIMIENTO	OBSERVACIONES
2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	



ANEXO 1
“Lista de espera para consulta externa de especialidades de primera vez”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
1	Unidad Médica	El tipo y número de unidad hospitalaria correspondiente. Ejemplo: Hospital de Pediatría CMN “Siglo XXI”.
2	No.	El número consecutivo de la lista de espera de paciente para consulta con el médico especialista. Ejemplo: 22.
3	Fecha de solicitud	El día, mes y año en que el paciente se presenta para solicitar la consulta del médico especialista. Ejemplo: 29 / 06 / 2011.
4	Fecha de programación	El día, mes y año en el que queda registrado en la Agenda de citas 4 30 7” o “Agenda electrónica (SICEH) su cita con el médico especialista. Ejemplo: 5 / 07 / 2011.
5	Nombre del paciente	El nombre completo del paciente al que se registra para recibir consulta con el médico especialista, iniciando por los apellidos paterno, materno y nombre, el dato deberá transcribirse del expediente clínico o documentación con la que se recibe al paciente. Ejemplo: José Luis Zamora Pérez.
6	Número de seguridad social y agregado	El número de seguridad social del paciente a la que se registra para recibir consulta con el médico especialista, y los dígitos (número y letras) que conforman el agregado al NSS. Este deberá de transcribirse del expediente clínico o documento con que se recibe al paciente. Ejemplo: 1210 55 1670 1F59OR.
7	Teléfono	El número telefónico que el paciente haya dado para poderlo localizar Ejemplo: 57 27 37 17



ANEXO 1
“Lista de espera para consulta externa de especialidades de primera vez”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
8	Diagnóstico presuncional	<p>El motivo (diagnóstico) por el que de acuerdo al criterio clínico solicita consulta con el médico especialista para tratar de establecer un diagnóstico definitivo.</p> <p>Ejemplo: Probable endometriosis.</p>
9	Especialidad	<p>La especialidad a la cual se solicita la atención médica.</p> <p>Ejemplo: Gineco-obstetricia</p>
10	Unidad médica que envía	<p>El tipo y número de unidad médica que envía al paciente a solicitar consulta con el médico especialista.</p> <p>Ejemplo: Hospital General de Zona No. 1A “Los Venados”.</p>
11	Causa del diferimiento	<p>El número correspondiente al motivo por el cual se da el diferimiento para otorgar la consulta de externa de especialidades:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Falta de tiempo en la consulta externa de especialidades,2. Falta de personal,3. Por enfermedad intercurrente del paciente,4. A solicitud del paciente,5. Otras causas (especifique).
12	Observaciones	<p>Algún acontecimiento u observación relevante que se requiera.</p>



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Anexo 2

“Distribución del tiempo para la consulta externa de especialidades, por semana”

2430-021-119



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD**

DISTRIBUCIÓN DEL TIEMPO PARA LA CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDADES, POR SEMANA

UNIDAD MÉDICA HOSPITALARIA:	1	SEMANA	2				TURNO	MATUTINO
-----------------------------	---	--------	---	--	--	--	-------	----------

DÍA	HORARIO	CONSULTORIOS											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
LUNES	08-09												
	09-10												
	10-11	3											
	11-12												
	12-13												
13-14													
MARTES	08-09												
	09-10												
	10-11												
	11-12												
	12-13												
13-14													
MIÉRCOLES	08-09												
	09-10												
	10-11												
	11-12												
	12-13												
13-14													
JUEVES	08-09												
	09-10												
	10-11												
	11-12												
	12-13												
13-14													
VIERNES	08-09												
	09-10												
	10-11												
	11-12												
	12-13												
13-14													

ESPECIALIDADES MEDICO-QUIRÚRGICAS Y SUS ABREVIATURAS

ESPECIALIDAD	ABREV.	TOTAL	ESPECIALIDAD	ABREV.	TOTAL	ESPECIALIDAD	ABREV.	TOTAL
ALERGIA E INMUNOLOGÍA	Ale-Inm		GASTROENTEROLOGÍA	Gastro		ONCOLOGÍA MÉDICA	OM	
ANGIOLOGÍA	Angio		GENÉTICA	Genet		ONCOLOGÍA QUIRÚRGICA	OQ	
CARDIOLOGÍA	Cardio		GINECO-OBSTETRICIA	GO		OTORRINOLARINGOLOGÍA	Otorrino	
CIR. CARDIOVASC. Y TORAC.	CCT		HEMATOLOGÍA	Hemato		PEDIATRÍA MÉDICA	Ped Med	
CIRUGÍA GENERAL	CG		INFECTOLOGÍA	Infecto		PROCTOLOGÍA	Procto	
CIRUGÍA MAXILOFACIAL	Cir Max		MEDICINA INTERNA	MI		PSIQUIATRÍA	Psig	
CIRUGÍA PEDIÁTRICA	Cir Ped		NEFROLOGÍA	Nefro		REUMATOLOGÍA	Reuma	
CIR. PLÁSTIC. Y RECONSTR.	CPR		NEUMOLOGÍA	Neumo		TRAUMATOLOGÍA Y ORTOP.	TO	
DERMATOLOGÍA	Derma		NEUROLOGÍA	Neuro		UROLOGÍA	Uro	
ENDOCRINOLOGÍA	Endoc		NEUROCIRUGÍA	Neurocir				
ENDOSCOPIA	Endos		OFTALMOLOGÍA	Oftal				

JEFE O RESPONSABLE DE LA CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDADES

NOMBRE	MATRÍCULA	FIRMA
--------	-----------	-------

2430-021-119



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD**

DISTRIBUCIÓN DEL TIEMPO PARA LA CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDADES, POR SEMANA

UNIDAD MÉDICA HOSPITALARIA: 1		2 SEMANA						TURNO		VESPERTINO	
DÍA	HORARIO	CONSULTORIOS									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
LUNES	14:30-15:30										
	15:30-16:30										
	16:30-17:30	3									
	17:30-18:30										
	18:30-19:30										
	19:30-20:30										
MARTES	14:30-15:30										
	15:30-16:30										
	16:30-17:30										
	17:30-18:30										
	18:30-19:30										
	19:30-20:30										
MIÉRCOLES	14:30-15:30										
	15:30-16:30										
	16:30-17:30										
	17:30-18:30										
	18:30-19:30										
	19:30-20:30										
JUEVES	14:30-15:30										
	15:30-16:30										
	16:30-17:30										
	17:30-18:30										
	18:30-19:30										
	19:30-20:30										
VIERNES	14:30-15:30										
	15:30-16:30										
	16:30-17:30										
	17:30-18:30										
	18:30-19:30										
	19:30-20:30										

ESPECIALIDADES MEDICO-QUIRÚRGICAS Y SUS ABREVIATURAS

ESPECIALIDAD	ABREV.	TOTAL	ESPECIALIDAD	ABREV.	TOTAL	ESPECIALIDAD	ABREV.	TOTAL
ALERGIA E INMUNOLOGÍA	Ale-Inm		GASTROENTEROLOGÍA	Gastro		ONCOLOGÍA MÉDICA	OM	
ANGIOLOGÍA	Angio		GENÉTICA	Genet		ONCOLOGÍA QUIRÚRGICA	OQ	
CARDIOLOGÍA	Cardio		GINECO-OBSTETRICIA	GO		OTORRINOLARINGOLOGÍA	Otorrino	
CIR. CARDIOVASC. Y TORAC.	CCT		HEMATOLOGÍA	Hemato		PEDIATRÍA MÉDICA	Ped Med	
CIRUGÍA GENERAL	CG		INFECTOLOGÍA	Infecto		PROCTOLOGÍA	Procto	
CIRUGÍA MAXILOFACIAL	Cir Max		MEDICINA INTERNA	MI		PSIQUIATRÍA	Psiq	
CIRUGÍA PEDIÁTRICA	Cir Ped		NEFROLOGÍA	Nefro		REUMATOLOGÍA	Reuma	
CIR. PLÁSTIC. Y RECONSTR.	CPR		NEUMOLOGÍA	Neumo		TRAUMATOLOGÍA Y ORTOP.	TO	
DERMATOLOGÍA	Derma		NEUROLOGÍA	Neuro		UROLOGÍA	Uro	
ENDOCRINOLOGÍA	Endoc		NEUROCIRUGÍA	Neurocir				
ENDOSCOPIA	Endos		OFTALMOLOGÍA	Oftal				

JEFE O RESPONSABLE DE LA CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDADES

_____	_____	_____
NOMBRE	MATRÍCULA	FIRMA

2430-021-119



ANEXO 2

**“Distribución del tiempo para la consulta externa de especialidades, por semana”
INSTRUCTIVO DE LLENADO**

- | No | DATO | ANOTAR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|----------------------------|--|---------|---------|--------------|--|--|--|---|---|---|---|-------|-------------|-------|-----|----|----|-------------|-----|----|----|-------------|-----|----|----|-------------|-------|----|----|----|-------------|-------|----|------|----|-------------|---------|------|----|
| 1 | Unidad Médica Hospitalaria | <p>El tipo y número de Unidad Médica Hospitalaria correspondiente.</p> <p>Ejemplo: Hospital de Pediatría CMN “Siglo XXI”.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Semana | <p>Los días hábiles que tenga la semana en la que se este distribuyendo el tiempo para otorgar la consulta médica de especialidades.</p> <p>Ejemplo: Lunes 23 al viernes 27 de julio del 2011.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Espacio en blanco | <p>La abreviatura de la especialidad médico-quirúrgica, de acuerdo a la tabla que figura en la parte baja del formato, en el día, horario y número de consultorio que se le asigne.</p> <p>Cuando el consultorio se va a ser ocupado por dos especialidades dos horas o más horas, deberá anotarse la abreviatura en el horario del tiempo utilizado, para cada una de las especialidades.</p> <p>Ejemplo:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">DÍA</th> <th rowspan="2">HORARIO</th> <th colspan="4">CONSULTORIOS</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="6">LUNES</td> <td>14:30-15:30</td> <td rowspan="3">Endoc</td> <td>Uro</td> <td>TO</td> <td>CG</td> </tr> <tr> <td>15:30-16:30</td> <td>Uro</td> <td>TO</td> <td>CG</td> </tr> <tr> <td>16:30-17:30</td> <td>Uro</td> <td>TO</td> <td>CG</td> </tr> <tr> <td>17:30-18:30</td> <td>Genét</td> <td>MI</td> <td>TO</td> <td>CG</td> </tr> <tr> <td>18:30-19:30</td> <td rowspan="2">Derma</td> <td>MI</td> <td>PSIQ</td> <td>CG</td> </tr> <tr> <td>19:30-20:30</td> <td>Cir Ped</td> <td>PSIQ</td> <td>CG</td> </tr> </tbody> </table> | DÍA | HORARIO | CONSULTORIOS | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | LUNES | 14:30-15:30 | Endoc | Uro | TO | CG | 15:30-16:30 | Uro | TO | CG | 16:30-17:30 | Uro | TO | CG | 17:30-18:30 | Genét | MI | TO | CG | 18:30-19:30 | Derma | MI | PSIQ | CG | 19:30-20:30 | Cir Ped | PSIQ | CG |
| DÍA | HORARIO | CONSULTORIOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LUNES | 14:30-15:30 | Endoc | Uro | TO | CG | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 15:30-16:30 | | Uro | TO | CG | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 16:30-17:30 | | Uro | TO | CG | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 17:30-18:30 | Genét | MI | TO | CG | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 18:30-19:30 | Derma | MI | PSIQ | CG | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 19:30-20:30 | | Cir Ped | PSIQ | CG | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Nombre matrícula y firma | <p>El nombre (s), apellido paterno y apellido materno, matrícula y firma del Jefe o Responsable del Servicio de Consulta Externa de Especialidades.</p> <p>Ejemplo: Nombre: Bernardo Alva González
Matrícula: 6970698
Firma</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Anexo 3

“Determinación de dotaciones fijas de medicamentos en el servicio”

2430-021-166



DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

DETERMINACION DE DOTACIONES FIJAS DE MEDICAMENTOS EN EL SERVICIO

UNIDAD MÉDICA HOSPITALARIA:	DEPARTAMENTO O SERVICIO CLÍNICO Y/O ESPECIALIDAD / UBICACIÓN	FECHA: ____ / ____ / ____
	①	② DD MM AAAA

CLAVE	MEDICAMENTO	UNIDAD		ANTECEDENTES MENSUALES												PROMEDIO MENSUAL	DOTACIÓN TEÓRICA	DOTACIÓN FIJA	
				ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC				
③	④	⑤	SOLICITUD	⑥													⑨	⑫	⑬
			SUMINISTRO	⑦												⑩			
			CONSUMO	⑧												⑪			
			SOLICITUD																
			SUMINISTRO																
			CONSUMO																
			SOLICITUD																
			SUMINISTRO																
			CONSUMO																
			SOLICITUD																
			SUMINISTRO																
			CONSUMO																
			SOLICITUD																
			SUMINISTRO																
			CONSUMO																

JEFE DE DEPARTAMENTO CLÍNICO ⑭			ENFERMERA JEFE DE PISO ⑮			DIRECTOR ADMINISTRATIVO ⑯			DIRECTOR ⑰		
NOMBRE	MATRÍCULA	FIRMA	NOMBRE	MATRÍCULA	FIRMA	NOMBRE Y FIRMA			NOMBRE Y FIRMA		



ANEXO 3
Determinación de dotaciones fijas de medicamentos en el servicio
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
	Unidad Médica Hospitalaria	El tipo y número de unidad hospitalaria correspondiente. Ejemplo: UMAE HGO No. 4 "Luis Castelazo Ayala".
1	Departamento o Servicio y/o Especialidad / Ubicación	El nombre del departamento o servicio clínico o especialidad, según sea el caso al cual pertenecen los datos, además de su ubicación. Ejemplo: 5o. piso Sur. Complicaciones Hipertensivas del Embarazo
2	Fecha	El día, mes y año correspondientes a la fecha en que se inicia el registro del formato; en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero "0" a la izquierda. Ejemplo: 01 / 10 / 2012.
3	Clave	El número de clave que identifica el medicamento en el Cuadro Básico Institucional de Medicamentos vigente. Ejemplo: 5505.
4	Medicamento	El nombre genérico de los medicamentos de acuerdo al Cuadro Básico Institucional de Medicamentos vigente. Ejemplo: Celecoxib.
5	Unidad	El tipo de presentación del medicamento conforme al Cuadro Básico Institucional de Medicamentos vigente. Ejemplo: Envase con 10 cápsulas (200 mg).
	Antecedentes mensuales: Solicitud, Suministro y Consumo*	*Cada uno de estos rubros se registrará para cada mes.
6	Solicitud	La cantidad de unidades por el departamento o servicio clínico en el mes correspondiente. Ejemplo: 120.



ANEXO 3
Determinación de dotaciones fijas de medicamentos en el servicio
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
7	Suministro	<p>El número de unidades del medicamento surtidas al departamento o servicio clínico por la farmacia en el mes correspondiente.</p> <p>Ejemplo: 105.</p>
8	Consumo	<p>El número de unidades del medicamento utilizadas por el departamento o servicio clínico en el mes correspondiente.</p> <p>Ejemplo: 100.</p>
9	Promedio mensual: Solicitud	<p>El resultado obtenido tras la suma de cada uno de los doce meses que contempla el registro del formato en el apartado de solicitud, dividido entre 12 y redondeado hacia el número entero inmediato superior.</p> <p>Ejemplo: 110.</p>
10	Promedio mensual: Suministro	<p>El resultado obtenido tras la suma de cada uno de los doce meses que contempla el registro del formato en el apartado de suministro, dividido entre 12 y redondeado hacia el número entero inmediato superior.</p> <p>Ejemplo: 95.</p>
11	Promedio mensual: Consumo	<p>El resultado obtenido tras la suma de cada uno de los doce meses que contempla el registro del formato en el apartado de consumo, dividido entre 12 y redondeado hacia el número entero inmediato superior.</p> <p>Ejemplo: 90.</p>
12	Dotación teórica	<p>El valor numérico, resultado que se obtiene tras realizar un análisis de la morbilidad y productividad del departamento o servicio clínico, además de las recomendaciones emitidas en guías de práctica clínica.</p> <p>Ejemplo: 90.</p>



ANEXO 3
Determinación de dotaciones fijas de medicamentos en el servicio
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
13	Dotación fija	El valor numérico que resulta del análisis de los promedios mensuales de lo solicitado, suministrado y consumido con la dotación teórica del departamento o servicio clínico. Ejemplo: 90.
14	Jefe de Departamento o Servicio Clínico	El nombre, la matrícula y la firma del Jefe de Departamento o Servicio Clínico o Responsable. Ejemplo: Lourdes Pérez Gómez. 9952854 Firma
15	Enfermera Jefe de Piso	El nombre, la matrícula y la firma de la Enfermera Jefe de Piso Responsable. Ejemplo: María Patricia Hernández Ruiz 11458565 Firma
16	Director o Subdirector Administrativo	El nombre y la firma del Director o Subdirector Administrativo. Ejemplo: Luis Gómez Gutiérrez Firma
17	Director	El nombre y la firma del Director de la Unidad Médica Hospitalaria. Ejemplo: Fernando López Fernández Firma



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Anexo 4

“Autorización de dotaciones fijas de medicamentos en el servicio, para 24 horas”

2430-021-169



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA**

AUTORIZACIÓN DE DOTACIONES FIJAS DE MEDICAMENTOS EN EL SERVICIO, PARA 24 HORAS

UNIDAD MÉDICA HOSPITALARIA:	FECHA: ____/____/____ <small>DÍA MES AÑO</small>
-----------------------------	---

SERVICIO Y/O ESPECIALIDAD: 1	UBICACIÓN 2
-------------------------------------	--------------------

No.	CLAVE	MEDICAMENTO	UNIDAD	DOTACIÓN FIJA
3	4	5	6	7

ENFERMERA JEFE DE PISO 8			JEFE DE DEPARTAMENTO CLÍNICO 9		
NOMBRE	MATRÍCULA	FIRMA	NOMBRE	MATRÍCULA	FIRMA

DIRECTOR ADMINISTRATIVO 10		DIRECTOR 11	
NOMBRE Y FIRMA		NOMBRE Y FIRMA	



ANEXO 4

Autorización de dotaciones fijas de medicamentos en el servicio, para 24 horas INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
	Unidad Médica Hospitalaria	El nombre y número de la Unidad Médica Hospitalaria en la cual se encuentra el Banco de Sangre. Ejemplo: UMAE HGO No.4 "Luis Castelazo Ayala".
	Fecha	El día, mes y año correspondientes a la fecha en que se inicia el formato, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero "0" a la izquierda. Ejemplo: 20 / 04 / 2011.
1	Servicio y/o especialidad	El nombre del departamento o servicio clínico o especialidad, según sea el caso al cual pertenecen los datos. Ejemplo: Complicaciones Hipertensivas del Embarazo
2	Ubicación	La ubicación del Servicio y/o especialidad dentro de la Unidad Médica Hospitalaria. Ejemplo: 5º. piso SUR.
3	No. (Número)	El número progresivo ascendente que corresponde al orden que ocupa el medicamento dentro del registro en el formato. Ejemplo: 1.
4	Clave	El número de clave que identifica el medicamento en el Cuadro Básico Institucional de Medicamentos vigente. Ejemplo: 5505.
5	Medicamento	El nombre genérico de los medicamentos de acuerdo al Cuadro Básico Institucional de Medicamentos vigente. Ejemplo: Celecoxib.



ANEXO 4

**Autorización de dotaciones fijas de medicamentos en el servicio, para 24 horas
INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No	DATO	ANOTAR
6	Unidad	El tipo de presentación del medicamento conforme al Cuadro Básico Institucional de Medicamentos vigente. Ejemplo: Envase con 10 cápsulas (200 mg).
7	Dotación fija	El valor numérico que resulta del análisis de los promedios mensuales de lo solicitado, suministrado y consumido con la dotación teórica del departamento o servicio clínico. Ejemplo: 90.
8	Enfermera Jefe de Piso	El nombre, la matrícula y la firma de la Enfermera Jefe de Piso Responsable. Ejemplo: María Patricia Hernández Ruiz 11458565 Firma
9	Jefe de Departamento Clínico	El nombre, la matrícula y la firma del jefe de departamento o servicio clínico. Ejemplo: Lourdes Pérez Gómez. 9952854 Firma
10	Director Administrativo	El nombre y la firma del Director Administrativo. Ejemplo: Luis Gómez Gutiérrez. Firma
11	Director	El nombre y la firma del Director de la Unidad Médica de Alta Especialidad. Ejemplo: Daniela López Fernández. Firma



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Anexo 5

“Referencia – Contrarreferencia 4-30-8/98”

2430-021-109



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

REFERENCIA – CONTRARREFERENCIA 4 30 8/98

REFERENCIA: **Ordinario** **Urgente** **1**

Fecha de solicitud: ____/____/____ DD MMMM AAAA	Fecha de la cita de primera vez y hora: ____/____/____ ____/____ dd mmm aaaa Hora Minutos
Envió a la especialidad de: 2 _____	Nombre del paciente: 3 _____ (Apellido paterno materno y nombre(s))
Unidad a la que se envía 4 Delegación	No. de Seguridad Social y Agregado: 5 ____/____/____/____
Unidad que envía 6 Delegación	CURP: _____ 7
Diagnóstico(s) de envío: 8 _____	

RESUMEN CLÍNICO **9**

Anotar un resumen de los principales datos del interrogatorio y exploración física, estudios auxiliares de diagnóstico, terapéutica previa y resultados obtenidos.

MOTIVO DE ENVÍO **10**

1.- Falta de respuesta favorable al tratamiento <input type="checkbox"/>	5.- Complementación diagnóstica <input type="checkbox"/>
2.- Presencia de complicaciones <input type="checkbox"/>	6.- Tratamiento especializado <input type="checkbox"/>
3.- Requiere estudios auxiliares de diagnóstico especiales <input type="checkbox"/>	7.- Otros: _____
4.- Riesgo de secuelas <input type="checkbox"/>	8.- Protección anticonceptiva <input type="checkbox"/>
	Método anticonceptivo: _____
	_____ Firma de aceptación del(a) paciente

INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO **11**

Número de folio: _____ por _____ días	Ramo de seguro:				
Fecha de inicio: ____/____/____ DD MMMM AAAA	Enfermedad general <input type="checkbox"/>				
	Riesgo de trabajo <input type="checkbox"/>				
	Maternidad <input type="checkbox"/>				
Inicial <input type="checkbox"/> Subsecuente:..... <input type="checkbox"/>	Número de días acumulados: _____				
Médico tratante					
Médico directivo que autoriza					
Nombre	Matrícula	Firma	Nombre	Matrícula	Firma

2430-021-109



DEBE SER LLENADO POR EL MÉDICO NO FAMILIAR QUE DA EL EGRESO (TEMPORAL O DEFINITIVO)

CONTRARREFERENCIA (12)

Unidad a la que se envía _____

Delegación: _____

Fecha de la primera consulta: ____/____/____ DD MMMM AAAA	Fecha de egreso del servicio: ____/____/____ DD MMM AA
Diagnóstico(s) inicial(es): _____ _____ _____	Diagnóstico(s) final(es): _____ _____ _____
Total de consultas otorgadas: _____	Código CIE ____/____/____/____
Diagnóstico(s) de envío: _____ _____	

RESUMEN CLÍNICO (13)

PRONÓSTICO: (14) _____

TRANSCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS (15)

La información es fundamental para el suministro de los medicamentos al paciente en la unidad médica de origen.

INDICACIONES DE USO DEL(OS) MEDICAMENTO(S)

Nombre genérico	Dosis	Tiempo de administración	Requerimiento mensual

Otras medidas terapéuticas o de control: _____

INCAPACIDAD (16)

No amerita incapacidad <input type="checkbox"/>			
Debe continuar con incapacidad: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Tiempo probable: _____		
Requiere de nueva valoración: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	En cuánto tiempo: _____		
Última incapacidad otorgada: ____/____/____ DD MMMM AAAA	Número de días que ampara: _____		
Ramo de seguro: _____	Maternidad: _____		
Enfermedad General <input type="checkbox"/>	Riesgo de trabajo <input type="checkbox"/>	Enlace <input type="checkbox"/>	Post-natal <input type="checkbox"/>

Médico no Familiar tratante:			Médico directivo que autoriza: Cargo: _____		
_____ Nombre	_____ Matrícula	_____ Firma	_____ Nombre	_____ Matrícula	_____ Firma

2430-021-109



ANEXO 5
“Referencia – Contrarreferencia 4-30-8/98”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
1	Referencia	<p>Una “X”, de acuerdo al tipo de solicitud con que se requiere otorgar la interconsulta con la especialidad solicitada:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ordinaria: aquella solicitud de valoración médica que requiera el paciente, cuya patología no implique deterioro mayor de la función o involucre la vida a corto plazo.• Urgente: aquella solicitud de valoración médica que requiera el paciente, cuya patología implica un mayor deterioro para la función o ponga en riesgo la vida.
	Fecha de solicitud	<p>El día, mes y año correspondientes a la fecha en que se solicita el servicio de interconsulta, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda.</p> <p>Ejemplo 15 / 09 / 2010</p>
	Fecha de la cita de primera vez y la hora	<p>El día, mes y año, así como la hora y minutos correspondientes a la fecha y hora en que la Unidad Médica Hospitalaria otorgará la cita de primera vez con el médico especialista interconsultante, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda.</p> <p>Ejemplo 18 / Nov / 2010 a las 10:15 horas</p>
2	Envío a la especialidad de	<p>El nombre de la especialidad médica a la que se solicita la interconsulta.</p> <p>Ejemplo: Gastroenterología</p>
3	Nombre del paciente	<p>El nombre completo del paciente al que se le va a otorgar la atención, iniciando por el apellido paterno, materno y el(os) nombre(s), el dato deberá transcribirse del expediente clínico o documentación con la que se recibe al paciente.</p> <p>Ejemplo: Octavio Lara Mariscurrena</p>



ANEXO 5
“Referencia – Contrarreferencia 4-30-8/98”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
4	Unidad a la que se envía Delegación	<p>El tipo y número de Unidad Médica Hospitalaria a la que se envía.</p> <p>Ejemplo: Hospital de Especialidades CMN “La Raza”, D. F. Norte.</p>
5	Número de seguridad social y agregado	<p>El número de seguridad social del derechohabiente que se interna, tomado de la carpeta de contención del expediente clínico. Este número está conformado por diez dígitos, los cuales deberán conservar invariablemente la siguiente distribución de bloques: Cuatro dígitos iniciales, después dos y por último otros cuatro, separados por un guión. El agregado, conformado como tradicionalmente se ha elaborado de acuerdo a la siguiente estructura:</p> <ul style="list-style-type: none">• Carácter del derechohabiente• Sexo• Año de nacimiento• Régimen de aseguramiento <p>El dato deberá tomarse del expediente clínico o documentación del paciente.</p> <p>Ejemplo: 0168-46-4435 IM46OR</p>
6	Unidad que envía Delegación	<p>El tipo y número de Unidad Médica Hospitalaria que envía.</p> <p>Ejemplo: Hospital General Regional No. 220, Edo de Mex Pte.</p>
7	CURP	<p>La Clave Única de Registro de Población, este dato deberá tomarse de la Credencial de acreditación como derechohabiente del IMSS (ADIMSS) o de la Cartilla de salud y citas médicas</p> <p>Ejemplo: JCAR700603HDFRLL01</p>
8	Diagnóstico(s) de envío	<p>El motivo principal por el que se está solicitando la especialidad interconsultada.</p> <p>Ejemplo: Probable Hepatitis “C”.</p>



ANEXO 5
“Referencia – Contrarreferencia 4-30-8/98”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
9	Resumen clínico	Un resumen de los antecedentes más importantes y del padecimiento actual, así como los resultados de los exámenes de laboratorio y gabinete relevantes el diagnóstico(s), la terapéutica empleada, sus resultados y el pronóstico.
10	Motivo de envío	Cuál es(on) el(os) motivo(s) por el que se solicita la interconsulta.
11	Incapacidad temporal para el trabajo	En caso de que al paciente se encuentre con incapacidad temporal para el trabajo al momento en que se solicita la interconsulta.
	Número de folio	El número de folio del Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo que se le expidió y por cuantos días.
	Fecha de inicio	La fecha (días mes y año) en se expió el Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo, en números arábigo. Una “X” en el recuadro correspondiente, sí la incapacidad es inicial o es subsecuente, según el caso.
	Ramo de seguro	Una “X” en el recuadro correspondiente (enfermedad general, riesgo de trabajo o maternidad), dependiendo del ramo de seguro de que se trate.
		Ejemplo 1 Enfermedad general..... <input type="checkbox"/>
		Ejemplo 2 Riesgo de trabajo..... <input type="checkbox"/>
		Ejemplo 3 Maternidad..... <input type="checkbox"/>
	Número de días acumulado	El número de días acumulados de incapacidad hasta el momento, en números arábigos.
		Ejemplo: 35 días
	Médico tratante	El nombre (s), apellido paterno y apellido materno, matrícula y firma del Médico tratante que solicita la interconsulta a la especialidad.
		Ejemplo: Nombre: Bernardo Alva González
		Matrícula: 6970698
		Firma



ANEXO 5
“Referencia – Contrarreferencia 4-30-8/98”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
	Médico directivo que autoriza	El nombre (s), apellido paterno y apellido materno, matrícula y firma del Médico directivo que autoriza la interconsulta a la especialidad. Ejemplo: Nombre: Luis Jiménez Méndez Matrícula: 8869706 Firma Jefe de Servicio
12	Contrarreferencia	
	Unidad a la que se envía Delegación	El tipo y número de Unidad Médica Hospitalaria que envía. Ejemplo: Hospital General Regional No. 220, Edo. de Mex. Pte.
	Fecha de la primera consulta	El día, mes y año, en que se otorgó la primera consulta en el servicio o especialidad interconsultada, en números arábigo. Ejemplo 21 / 05 / 2010
	Fecha de egreso del servicio	El día, mes y año, en que egresa del servicio o especialidad interconsultante, en números arábigo. Ejemplo 18 / 10 / 2010
	Diagnóstico(s) inicial(es)	El motivo principal, que de acuerdo al criterio médico se establece para la atención de un padecimiento en el servicio o especialidad. Ejemplo: Probable Insuficiencia Hepática
	Diagnóstico(s) final(es)	El motivo principal, que de acuerdo a interrogatorio, exploración física, auxiliares de diagnóstico y/o procedimiento quirúrgico se estableció en el servicio o especialidad. Ejemplo: Insuficiencia Hepática, secundaria a Hepatitis “C”.



ANEXO 5
“Referencia – Contrarreferencia 4-30-8/98”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
	Total de consultas otorgadas	El total de consultas otorgadas en el servicio o especialidad al paciente, en números arábigo.
13	Resumen clínico	Los principales antecedentes personales patológicos, descripción breve del padecimiento actual (síntoma, signos y hallazgos positivos de la exploración física) y de los hallazgos positivos de los exámenes de laboratorio y gabinete, así como de los procedimientos quirúrgicos realizados.
14	Pronóstico	La estimación de la probabilidad del desenlace en términos de funcionalidad y/o sobre vida del paciente.
15	Transcripción de medicamentos	La información es fundamental para el suministro de los medicamentos al paciente en la unidad médica de origen.
	Indicaciones de uso del(os) medicamento(s)	
	Nombre genérico	El nombre genérico de cada uno de los medicamento(s) que se prescriben al paciente.
	Dosis	La dosis de cada uno de los medicamentos prescritos al paciente.

NOTA: La dosis se registrará en números arábigos y abreviaturas convencionales internacionalmente de la unidad de medida.

MEDIDAS	
Medida	Abreviatura
Gramo	gr
Kilogramo	Kg
Litro	l
Miliequivalente	mEq
Miligramo	mg
Mililitro	ml
Onza	oz

Ejemplo 1: Dicloxacilina amp. 500mg IV C/6hrs.

Ejemplo 2: Ketorolaco tab.10 mg VO C/8hrs.



ANEXO 5
“Referencia – Contrarreferencia 4-30-8/98”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR																		
	Tiempo de administración	El tiempo (en días) que durará con el tratamiento. Ejemplo: Por 21 días																		
	Requerimiento mensual	El número de unidades (de acuerdo al tipo de presentación del medicamento que se prescribe) que requerirá mensualmente el paciente para su tratamiento.																		
		<table border="1"> <thead> <tr> <th align="center" colspan="2">TIPO DE PRESENTACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS</th> </tr> <tr> <th align="center">Presentación</th> <th align="center">Abreviatura</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td align="center">Ampolleta</td> <td align="center">amp</td> </tr> <tr> <td align="center">Cápsulas</td> <td align="center">cáps</td> </tr> <tr> <td align="center">Comprimidos</td> <td align="center">comps</td> </tr> <tr> <td align="center">Frasco</td> <td align="center">fco</td> </tr> <tr> <td align="center">Pastilla</td> <td align="center">past</td> </tr> <tr> <td align="center">Píldora</td> <td align="center">píl</td> </tr> <tr> <td align="center">Supositorios</td> <td align="center">suo.</td> </tr> </tbody> </table>	TIPO DE PRESENTACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS		Presentación	Abreviatura	Ampolleta	amp	Cápsulas	cáps	Comprimidos	comps	Frasco	fco	Pastilla	past	Píldora	píl	Supositorios	suo.
TIPO DE PRESENTACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS																				
Presentación	Abreviatura																			
Ampolleta	amp																			
Cápsulas	cáps																			
Comprimidos	comps																			
Frasco	fco																			
Pastilla	past																			
Píldora	píl																			
Supositorios	suo.																			
	Otras medidas terapéuticas o de control	Las indicaciones o recomendaciones que se le indiquen al paciente, como parte de su tratamiento o rehabilitación.																		
16	INCAPACIDAD																			
	No amerita incapacidad	Una “X” en recuadro si el paciente no requiere de incapacidad temporal para el trabajo.																		
	Debe continuar con incapacidad	Una “X” en recuadro correspondiente si el paciente debe o no continuar con incapacidad temporal para el trabajo y cuál sería el tiempo probable para continuar con ella.																		
	Requiere de nueva valoración	Una “X” en recuadro correspondiente si el paciente requiere de otra valoración por el médico no familiar especialista o no. En caso afirmativo, en cuánto tiempo sería la cita.																		
	Última incapacidad otorgada	El día, mes y año, en que se expidió la ultima incapacidad temporal para el trabajo y especificar por cuantos días ampara la misma, en números arábigos. Ejemplo 21 / May / 2010 por 10 días.																		



ANEXO 5
“Referencia – Contrarreferencia 4-30-8/98”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
	Ramo de seguro:	Una “X” en el recuadro correspondiente (enfermedad general, riesgo de trabajo o maternidad), dependiendo del ramo de seguro de que se trate. Ejemplo 1: Enfermedad general..... <input type="checkbox"/> Ejemplo 2: Riesgo de trabajo..... <input type="checkbox"/> Ejemplo 3: Maternidad Ejemplo a: Enlace..... <input type="checkbox"/> Ejemplo b: Post-natal..... <input type="checkbox"/>
	Médico tratante	El nombre (s), apellido paterno y apellido materno, matrícula y firma del Médico tratante de la especialidad que realiza la contrarreferencia del paciente. Ejemplo: Nombre: Alberto Arellano Montemayor Matrícula: 9987698 Firma
	Médico directivo que autoriza	El nombre (s), apellido paterno y apellido materno, matrícula y firma del Médico directivo autoriza la contrarreferencia del paciente. Ejemplo: Nombre: Manuel Ruiz García Matrícula: 9888697 Firma Jefe de Departamento Clínico



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Anexo 6

“Rol de asistencia del personal de enfermería”

2430-021-109



**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD**

ROL DE ASISTENCIA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

5

UNIDAD MÉDICA HOSPITALARIA 1	SERVICIO 2	PISO 3	TURNO 4	SEMESTRE: _____ / _____ MES MES AÑO
-------------------------------------	-------------------	---------------	----------------	--

CAT 6	PV 7	NOMBRE 8	MESES	1ª SEMANA 13							2ª SEMANA							3ª SEMANA							4ª SEMANA						
				D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S
9	10	11	12																												

No. PLAZA	MAT.	TARJ.																													

DIRECTORA DE ENFERMERÍA O JEFE DE ENFERMERAS			SUBJEFE DE ENFERMERAS RESPONSABLE DEL RECURSO HUMANO		
Nombre completo	Matrícula	Firma	Nombre completo	Matrícula	Firma



ANEXO 6
“Rol de asistencia del personal de enfermería”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
1	Unidad Médica Hospitalaria	El tipo y número de Unidad Médica Hospitalaria correspondiente. Ejemplo: Hospital de Especialidades del CMN “La Raza”.
2	Servicio	El nombre del servicio correspondiente. Ejemplo: CEyE
3	Piso	El piso correspondiente. Ejemplo: Planta Baja
4	Turno	El turno a que corresponda: <ul style="list-style-type: none">• Matutino• Vespertino• Nocturno Ejemplo: Vespertino
5	SEMESTRE	Los meses que correspondan al periodo semestral. Ejemplo: Enero-junio del 2009
6	Categoría	La categoría correspondiente al personal de enfermería. <ul style="list-style-type: none">• Enfermera Jefe de Piso = EJP• Enfermera General = EG• Auxiliar de Enfermería General =AEG
7	Periodos vacacionales v	El número de periodo vacacional programado para disfrutar en el semestre. Ejemplo: 9
8	Nombre	El nombre (s), apellido paterno y apellido materno de la Enfermera correspondiente. Ejemplo: María González Camacho



ANEXO 6
“Rol de asistencia del personal de enfermería”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
9	No. de plaza	El número de plaza correspondiente al personal de enfermería, con base a la plantilla nominal. Ejemplo: 5405
10	Matrícula	El número de matrícula correspondiente al personal de enfermería. Ejemplo: 7864685
11	No. de tarjeta	El número de tarjeta correspondiente al personal de enfermería Ejemplo: 266
12	Meses	Los meses correspondientes al semestre en curso: Ejemplo: Ene, Feb, Mar, Abr, May, Jun.
13	Semanas del mes	El número de semana correspondiente al mes en curso, los días de la semana con letras y el número de día correspondiente al mes. Ejemplo: 2da. Semana Ejemplo: L M M J V S D Ejemplo: 1 2 3 4 5 6
14	Directora de enfermería o Jefa de Enfermeras	El nombre (s), apellido paterno y apellido materno y la firma del(a) Director(a) de Enfermería o Responsable. Ejemplo: Martha González Carrera
15	Subjefe de Enfermeras responsable del recurso humano	El nombre (s), apellido paterno y apellido materno y la firma del(a) Subjefe de Enfermeras responsable del recurso humano En el renglón y cuadro que corresponda al mes, semana y día de cada uno del personal de enfermería, el símbolo según sea el caso:



ANEXO 6
“Rol de asistencia del personal de enfermería”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No

DATO

ANOTAR

Simbología:

- Asistencia: (.)
- Falta: F
- Pase de entrada: PE
- Pase de salida: PS
- Retardo: R
- Incapacidad por enfermedad general: iluminar de color amarillo.
- Incapacidad por maternidad: Iluminar de color morado.
- Licencia: iluminar de color rosa.
- Beca: iluminar de color naranja.
- Día festivo disfrutado: Iluminar de color café.
- Comisión: Iluminar de color gris.

NOTA 1: Elaborar un rol por turno.

NOTA 2 Iluminar con el color del turno correspondiente los días de descanso asignados por la Dirección de Enfermería.

NOTA 3: En el tercer turno (nocturno) anotar el número 3
En el día cuadro que le corresponde laborar.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Anexo 7

“Monitoreo de la esterilización”

2430-021-037



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD
MONITOREO DE LA ESTERILIZACIÓN**

FECHA: ____ / ____ / ____ DIA MES AAAA	1	TIPO Y No. DE ESTERILIZACIÓN	2	SERVICIO	3
---	---	------------------------------	---	----------	---

No. DE CARGA	HORA DEL CICLO		No. DE BULTOS	CONTENIDO	ENFERMERO(A) RESPONSABLE (Nombre y firma)
	INICIO	TERMINO			
1	4		5	6	7
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

PERSONAL DE CONSERVACIÓN			ENFERMERA JEFE DE PISO O RESPONSABLE		
OBSERVACIONES			OBSERVACIONES		
_____ NOMBRE	_____ MATRÍCULA	_____ FIRMA	_____ NOMBRE	_____ MATRÍCULA	_____ FIRMA



ANEXO 7
“Monitoreo de la esterilización”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
1	Fecha	El día, mes y año en que se elabora el formato de monitoreo de la esterilización. Ejemplo: 29 / Jun / 2009.
2	Tipo y No. de esterilizador	El tipo y número de esterilizador de que se trate: <ul style="list-style-type: none">• de vapor,• de gas o• de plasma Ejemplo: Esterilizador de plasma 1
3	Servicio	El nombre del servicio. Ejemplo: SubCEyE del Servicio de Consulta Externa
4	Hora del ciclo	La hora de inicio y la de término del ciclo de esterilización en el rubro correspondiente: Ejemplo: Inicio Término 8:20 9:30
5	No. de bultos	El número de bultos, que se introducen a la cámara del esterilizador. Ejemplo: 3
6	Contenido	El contenido de la carga (ropa, material de curación, instrumental, etcétera). Ejemplo: 5 bultos generales, 10 batas quirúrgicas, 5 sabanas de pubis, etcétera.
7	Enfermero(a) responsable (nombre y firma)	El nombre y la firma del(a) Enfermero(a) responsable de realizar el procedimiento de esterilización.
8	Personal de conservación	Las observaciones del funcionamiento del esterilizador. El nombre, matrícula y firma del personal de conservación que hizo el recorrido de mantenimiento.



ANEXO 7
“Monitoreo de la esterilización”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
9	Enfermera Jefe de Piso o Responsable	Las observaciones del funcionamiento del esterilizador. Así como el nombre completo, matrícula y firma. NOTA: Dar continuidad al llenado del formato en los siguientes turnos con el color de tinta correspondiente. <ul style="list-style-type: none">• Azul: para el turno matutino• Verde: para el turno vespertino• Rojo: para el turno nocturno



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Anexo 8

“Reporte de descompostura de equipos electromédicos”

2430-021-038



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD
REPORTE DE DESCOMPOSTURA DE EQUIPOS ELECTROMÉDICOS**

UNIDAD MÉDICA HOSPITALARIA _____ (1) _____	FECHA Y HORA EN QUE SE REPORTA _____/_____/_____ DIA MES AAAA (2) ____/____ DRA / MIN	No. DE REPORTE: _____ (3) _____
---	--	------------------------------------

SERVICIO QUE REPORTA: (4) _____	NOMBRE Y MATRÍCULA DE LA ENFERMERA QUE REPORTA: _____ (5) _____
------------------------------------	--

DATOS DEL EQUIPO ELECTROMÉDICO (6)

EQUIPO: _____	MODELO: _____	No. DE SERIE: _____	No. DE INVENTARIO: _____
---------------	---------------	---------------------	--------------------------

DESCRIPCIÓN DE LA DESCOMPOSTURA: (7) _____

OBSERVACIONES DEL PERSONAL DE CONSERVACIÓN: (8) _____

FECHA Y HORA EN QUE SE RECIBE EL REPORTE DE REPARACIÓN DEL EQUIPO ELECTROMÉDICO _____/_____/_____ DIA MES AAAA HORA / MINUTOS (9)	NOMBRE Y MATRÍCULA DE LA PERSONA QUE RECIBE _____ (10) _____
---	---

FECHA Y HORA DE REPARACIÓN DEL EQUIPO ELECTROMÉDICO _____/_____/_____ DIA MES AAAA HORA / MINUTOS (11)	NOMBRE Y MATRÍCULA DEL OFICIAL QUE LA REALIZA: (12) _____
--	--

NOMBRE Y MATRÍCULA DE LA PERSONA DE CONSERVACIÓN QUE VERIFICA LA REPARACIÓN DEL EQUIPO ELECTROMÉDICO:
 _____ (13) _____



ANEXO 8
“Reporte de descompostura de equipos electromédicos”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
1	Unidad Médica Hospitalaria	El tipo y número de Unidad Médica Hospitalaria correspondiente. Ejemplo: Hospital de Especialidades del CMN “La Raza”.
2	Fecha y hora en que se reporta	El día, mes, año, hora y minutos, en que se solicita la reparación del equipo electromédico. Ejemplo: 22/01/09/12/30
3	No. de reporte	El número progresivo que asigna el servicio Conservación. Ejemplo: 22
4	Servicio que reporta	El nombre y ubicación del servicio que solicita la reparación. Ejemplo: CEyE planta baja
5	Nombre y matrícula de la enfermera que reporta	El nombre(s), apellido paterno y apellido materno y matrícula de la enfermera que solicita y elabora el reporte de descompostura del equipo electromédico. Ejemplo: Juana López Sánchez 6872922
6	Datos del equipo electromédico	
	Equipo	El nombre del aparato electromédico descompuesto y su ubicación. Ejemplo: Electrocardiógrafo, planta baja
	Modelo	El modelo asignado por el proveedor y que esta en la ficha técnica adherida al aparato electromédico. Ejemplo: HPCOMPACT BUSINESS DESKTOP d530 SMALL FORM FACTOR
	No. de serie	El número asignado por el proveedor y que esta en la ficha técnica adherida al aparato electromédico.



ANEXO 8
“Reporte de descompostura de equipos electromédicos”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
	No. de inventario	Ejemplo: MXJ428010P El número asignado por el IMSS para control y ubicación de los aparatos electromédicos y que se encuentra registrado en la parte posterior del aparato electromédico.
7	Descripción de la descompostura	Ejemplo: 200480028501 Las fallas o disfunciones que presenta el aparato electromédico motivo del reporte. Ejemplo: Permanece encendido y emite zumbido.
8	Observaciones del personal de conservación	Las fallas o disfunciones que encontró en el equipo electromédico descritas a detalle y el resultado de la reparación cuando esta concluya. Ejemplo: Sensor dañado, no interrumpe el suministro de energía eléctrica, se realiza sustitución de la pieza.
9	Fecha y hora en que se recibe el reporte de reparación del equipo electromédico	El día, mes, año, hora y minutos en la que se recibe el reporte de reparación del equipo electromédico. Ejemplo: 22/01/09/12/30
10	Nombre y matrícula de la persona que recibe	El nombre(s), apellido paterno y apellido materno y matrícula del personal del Servicio de Conservación que recibe el reporte de descompostura del equipo electromédico. Ejemplo: Olivia Flores Flores 5239672
11	Fecha y hora de reparación del equipo electromédico	El día, mes, año y la hora en la que se reparó el equipo electromédico. Ejemplo: 22/01/09/14/30
12	Nombre y matrícula del oficial que la realiza	El nombre(s), apellido paterno y apellido materno y matrícula del oficial del Servicio de Conservación que realiza la reparación del equipo electromédico reportado.



ANEXO 8
“Reporte de descompostura de equipos electromédicos”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
13	Nombre y matrícula de la persona de conservación que verifica la reparación del equipo electromédico	Ejemplo: Pedro Rojas Rocha 1002522 El nombre(s), apellido paterno y apellido materno y matrícula del personal del Servicio de Conservación que verifica la reparación del equipo electromédico. Ejemplo: Virgilio Cervantes Miranda 6682422



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Anexo 9

“Vale a la CEyE por material, equipo o instrumental”

2430-021-041



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD**

VALE A LA CEYE POR MATERIAL, EQUIPOS E INSTRUMENTAL

UNIDAD MÉDICA HOSPITALARIA ① _____	FECHA EN QUE SE ELABORA ② ____ / ____ / ____
SERVICIO SOLICITANTE: ③ _____	NOMBRE Y MATRÍCULA DE LA ENFERMERA QUE ELABORA: ④ _____
MATERIAL: ⑤ _____ _____ _____	
EQUIPO: ⑥ _____ _____ _____	
INSTRUMENTAL ⑦	
1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____ 9. _____ 10. _____	11. _____ 12. _____ 13. _____ 14. _____ 15. _____ 16. _____ 17. _____ 18. _____ 19. _____ 20. _____

NOMBRE, FIRMA Y MATRÍCULA DE LA ENFERMERA JEFE DE PISO O RESPONSABLE DEL SERVICIO SOLICITANTE ⑧			NOMBRE FIRMA Y MATRÍCULA DE LA ENFERMERA RESPONSABLE DE LA VENTANILLA DE RECEPCIÓN Y ENTREGA DEL MATERIAL, EQUIPO E INSTRUMENTAL ⑨		
_____ NOMBRE	_____ FIRMA	_____ MATRÍCULA	_____ NOMBRE	_____ FIRMA	_____ MATRÍCULA

2430-021-041



ANEXO 9
“Vale a la CEyE por material, equipo o instrumental”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
1	Unidad Médica Hospitalaria	El tipo y número de Unidad Médica Hospitalaria correspondiente. Ejemplo: Hospital de Especialidades del CMN “La Raza”.
2	Fecha en que elabora	El día, mes y año en que se elabora el vale a la CEyE. Ejemplo: 29 / Jun / 2009.
3	Servicio solicitante	El nombre del servicio solicitante. Ejemplo: Quirófano sala de operaciones 2
4	Nombre y matrícula de la enfermera que elabora	El nombre (s), apellido paterno y apellido materno de la Enfermera que elabora el vale a la CEyE. Ejemplo: Carmen Zamora Pérez 5222735
5	Material	El nombre y características del material que se requiere para la realización del(os) procedimiento(s) quirúrgico(s). Ejemplo: Tubo látex
6	Equipo	El nombre y características del equipo que se requiere para la realización del(os) procedimiento(s) quirúrgico(s). Ejemplo: Craneotomo
7	Instrumental	El nombre y características del instrumental que se requiere para la realización del(os) procedimiento(s) quirúrgico(s). Ejemplo: paquete de instrumental para craneotomía
8	Nombre, firma y matrícula de la Enfermera Jefe de Piso o Responsable	El nombre (s), apellido paterno y apellido materno, la firma y el número de matrícula del(a) Enfermera(o) Jefe de Piso o Responsable. Ejemplo: María de la Luz Aguiñaga López 8070875



ANEXO 9
“Vale a la CEyE por material, equipo o instrumental”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
9	El nombre firma y matrícula de la enfermera responsable de la ventanilla de recepción y entrega del material, equipo e instrumental	El nombre (s), apellido paterno y apellido materno, la firma y el número de matrícula del(a) Enfermera(o) responsable de la ventanilla de recepción y entrega del material, equipo e instrumental. Ejemplo: Sandra Aguirre Estrella 8079876



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Anexo 10

“Instrucciones para realizar la higiene de manos del personal de salud”

2430-005-026



INSTRUCCIONES PARA REALIZAR LA HIGIENE DE MANOS DEL PERSONAL DE SALUD

CONCEPTO

La higiene de manos es el procedimiento más importante y eficaz para la prevención y control de las infecciones. La higiene de las manos es una acción muy simple y se puede realizar mediante el lavado de manos con agua y jabón o con una solución hidroalcohólica.

La flora normal de la piel puede ser:

- Flora transitoria: Constituida por microorganismos que colonizan la capa superficial de la piel, a la que se adhieren tras el contacto con pacientes o superficies contaminadas.
- Flora resistente: Constituida por microorganismos que sobreviven y multiplican en las capas más profundas de la piel y, aunque están menos relacionadas con las infecciones, son más difíciles de eliminar con un lavado de manos.

El personal de salud debe efectuar la higiene de sus manos por medio de fricción y arrastre mecánico, mediante el uso de agua y jabón y el uso toallas de papel desechable para secarlas con el propósito de reducir en ellas la flora microbiana transitoria y residente.

OBJETIVOS

Reducir las infecciones asociadas a la atención a la salud.

Reducir la flora microbiana transitoria y residente en las manos, para evitar la transmisión de agentes infecciosos de enfermo a enfermo, de trabajador a enfermo y de enfermo a trabajador.

Reducir la transmisión de microorganismos patógenos nocivos, tanto en brotes como en situaciones endémicas.

PRINCIPIO

En el cuidado de personas enfermas, las manos del personal de salud son el vehículo más frecuente de transmisión de microorganismos de un paciente a otro, de una zona del cuerpo del paciente a otra y de un ambiente contaminado a los pacientes, ya sea por contacto directo de persona a persona, o indirecto a través de objetos contaminados previamente, que posteriormente pueden contaminar al paciente.



Durante la asistencia al paciente, las manos del personal de salud se colonizan progresivamente con flora comensal así como con posibles microorganismos patógenos. Si no se aplican medidas de higiene de las manos, cuanto mayor sea la duración de la atención, mayor será el grado de contaminación de las manos.

Las infecciones asociadas a la atención de la salud, también denominadas infecciones nosocomiales u hospitalarias, se definen como una infección que afecta a un paciente durante el proceso de atención en un hospital u otra instalación de atención de la salud que no estuviera presente o incubándose en el momento del ingreso del paciente. También se incluyen las infecciones que se adquieren en el hospital pero que aparecen después del egreso del paciente y las infecciones ocupacionales entre el personal del hospital.

De lo anterior, se deduce que la aparición de estas infecciones se relaciona con la prestación de atención de la salud, lo que representa un importante problema de seguridad del paciente.

CONSIDERACIONES ESPECIALES

La higiene de las manos es un elemento fundamental de las precauciones ordinarias y es, indiscutiblemente, la medida más eficaz de control de las infecciones. Las precauciones ordinarias proporcionan esencialmente un entorno limpio y promueven la seguridad del paciente a un nivel básico.

Las indicaciones para la higiene de las manos están justificadas por el riesgo de transmisión. Conciernen a todo el personal de salud durante las diversas actividades de la atención de la salud.

Existe riesgo de transmisión porque hay contacto entre diferentes superficies, en particular aquellas en las que intervienen las manos del personal de salud.

No usar uñas artificiales o extensiones de uñas cuando se tenga contacto directo con pacientes.

Mantener las uñas cortas (puntas menores 0.5 cm de largo).

Fomentar la higiene de las manos en la atención médica y vigilar la adherencia del personal de la salud a las prácticas recomendadas de la higiene de manos.

Principales indicaciones para la higiene de las manos del personal de salud:

1. Antes del contacto con el paciente

Esta indicación se aplica cuando el personal de salud entre en el entorno del paciente para hacer contacto con él.



Ejemplos de contacto con el paciente:

- Gestos de cortesía y de consuelo: dar la mano, acariciar el brazo.
- Contacto directo: ayudar al paciente a moverse, a lavarse, darle un masaje.
- Examen físico: tomar el pulso, la tensión arterial, auscultación cardiaca, palpación abdominal.

Esta indicación está justificada por el riesgo de transmisión de microorganismos del medio asistencial al paciente.

2. Antes de realizar una tarea aséptica, aunque se utilicen guantes

Esta indicación se aplica antes de llevar a cabo cualquier tarea que implique el contacto directo o indirecto con mucosas, piel lesionada, un dispositivo médico invasivo o con equipo y productos de atención para la salud.

Ejemplos de las tareas asépticas:

- Aspiración de secreciones.
- Contacto con un dispositivo médico invasivo: inserción de catéteres, apertura de un sistema de accesos vascular o de un sistema de drenaje.
- Contacto indirecto: preparación de alimentos, medicación, material para curación

Esta indicación está justificada por el riesgo de transmisión de microorganismos al paciente mediante inoculación. Estos microorganismos pueden provenir del medio asistencial o del propio paciente.

3. Después del riesgo de exposición a humores orgánicos

Esta indicación se aplica después de cualquier tarea que implique una exposición real o potencial de las manos a humores orgánicos.

Ejemplos de riesgos de exposición a humores orgánicos:

- Contacto con mucosas: atención bucal o dental, administración de colirio, aspiración de secreciones.
- Contacto con piel que no esté indemne: atención de lesiones cutáneas, curaciones de heridas, aplicación de inyecciones subcutáneas.
- Contacto con un dispositivo médico invasivo o muestras biológicas: extracción y manipulación de cualquier muestra líquida, apertura de un sistema de drenaje, inserción y extracción de una sonda endotraqueal.
- Tareas de eliminación y limpieza: eliminación de orina, heces fecales, vómitos, desechos (vendas, compresas para la incontinencia), limpieza de material, o zonas (lavabos, instrumentos médicos) que estén contaminados y visiblemente sucios.

Esta indicación está justificada por el riesgo de transmisión de microorganismos del paciente al personal de salud y de su difusión en el medio asistencial.



4. Después del contacto con el paciente

Esta indicación se aplica cuando el personal de salud deja el entorno del paciente después de haber estado en contacto con él.

Ejemplo del contacto con el paciente

- Gestos de cortesía y de consuelo: dar la mano, acariciar el brazo.
- Contacto directo: ayudar al paciente a moverse, a lavarse, darle un masaje.
- Examen físico: tomar el pulso, la tensión arterial, auscultación cardíaca, palpación abdominal.

5. Después del contacto con el entorno del paciente

Esta indicación se aplica cuando el personal de salud sale del entorno del paciente después de haber tocado el equipo, los muebles, los dispositivos médicos, las pertenencias personales u otras superficies inanimadas, sin haber entrado en contacto con el paciente.

Ejemplo de contacto con el entorno del paciente

- Cambio de ropa de cama, ajuste de la velocidad de perfusión, control de una alarma, sostener la barandilla de la cama, ordenar la mesita de noche.

La indicación esta justificada por los riesgos de transmisión de microorganismos la personal de salud y de difusión en el medio asistencial.

El personal de salud debe realizar la higiene de su manos en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Al llegar el personal de salud al servicio donde desempeña sus actividades.
- Antes y después de realizar en el paciente cualquier procedimiento invasivo o no invasivo, de utilizar guantes, de proporcionar o aplicar medicamentos al paciente y de la toma de muestras biológicas del paciente para su envío al laboratorio.
- Antes y después de ingerir alimentos y de usar el sanitario.
- Después del contacto con sangre, líquidos corporales, secreciones y excretas y del manejo de ropa hospitalaria.
- Al finalizar su jornada laboral.

Soluciones hidroalcohólicas:

Están constituidas por una mezcla de alcohol y compuestos tensoactivos y emolientes. Su mecanismo de acción se basa en que en presencia de agua desnaturalizan las proteínas de los microorganismo y eliminan las capas lipídicas de la cubierta que protege a los mismos, facilitando la acción de otros desinfectantes.

El lavado con soluciones hidroalcohólicas se utiliza como alternativa al lavado con agua y jabón, ya que presentan una serie de ventajas en determinadas circunstancias. Indicaciones de higiene de las manos con solución hidroalcohólica:



- Antes del contacto con un paciente,
- Antes de administrar un medicamento,
- Al tomar los signos vitales,
- Al movilizar al paciente,
- Antes de insertar un catéter o procedimientos que no requieran lavado quirúrgico,
- En el mismo paciente cuando se pase de una zona a otra,
- Después de manipular objetos de un paciente,
- Al entrar y salir de una habitación de un paciente con medidas de aislamiento,
- Antes y después de usar guantes.

Higiene de manos y uso de guantes




Los guantes actúan de barrera protectora, pero no sustituyen al lavado o higiene de manos, estas deben lavarse siempre y después de ponerse los guantes.

Los guantes deben usarse siempre que exista riesgo de contacto directo con sangre u otros materiales potencialmente infecciosos, mucosas y piel no intacta o cuando haya una exposición indirecta por manipulación de instrumental u objetos contaminados visiblemente con secreciones o fluidos del paciente. Sin embargo, no deben utilizarse guantes cuando no exista contacto potencial con sangre o fluidos corporales en situaciones como la toma de signos vitales, vestido y aseo del paciente, manipulación de objetos del paciente, manejo del expediente clínico, al darle la comida, colocar oxígeno, etcétera.

Una vez realizado el lavado o higiene de manos con agua-jabón o solución hidroalcohólica deberán dejarse secar por completo las manos antes de ponerse los guantes. Se debe cambiar de guantes cuando se pase de una zona contaminada a otra limpia de un mismo paciente y cada vez que se cambie de pacientes. Deben quitarse los guantes después de atender a un paciente.






ANEXO 10
“Instrucciones para realizar la higiene de manos del personal de salud”

ARTICULO	INSTRUCCIÓN	ILUSTRACIÓN
	<p>Equipo y material que se requiere para la higiene de las manos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Lavabo• Agua• Barra de jabón o• Dispensador con jabón líquido, preferentemente• Contenedor para toallas de papel desechable• Toallas de papel desechable• Contenedor para basura municipal.	
	<p>1. Retire las joyas o artículos de piel, tela o plástico de los dedos y de las muñecas de sus manos, sin olvidar el reloj de pulsera.</p>	
	<p>2. Abra la llave y regule el flujo del agua.</p>	





ANEXO 10
“Instrucciones para realizar la higiene de manos del personal de salud”

ARTICULO	INSTRUCCIÓN	ILUSTRACIÓN
	3. Moje sus manos hasta las muñecas.	
	Si dispone de barra de jabón	
	4. Frote entre las palmas de las manos la barra de jabón, hasta obtener espuma abundante o	
	Si dispone de dispensador con jabón líquido	
	5. Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón líquido o desinfectante alcohólico suficiente para cubrir todas las superficies a tratar.	
	Frótese:	






ANEXO 10
“Instrucciones para realizar la higiene de manos del personal de salud”

ARTICULO	INSTRUCCIÓN	ILUSTRACIÓN
	<p>6. Las palmas de las manos entre sí, mediante una acción mecánica y vigorosa, cubriéndolas con espuma durante un mínimo de 10 segundos.</p>	
	<p>7. La palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda, hasta la altura de las muñecas con movimientos de rotación, haciendo hincapié en los espacios interdigitales, entrelazando los dedos.</p>	






ANEXO 10
“Instrucciones para realizar la higiene de manos del personal de salud”

ARTICULO	INSTRUCCIÓN	ILUSTRACIÓN
	8. El dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.	
	9. Con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo y la muñeca rodeándolos con la palma de la mano derecha y viceversa.	
	10. La punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.	



ANEXO 10
“Instrucciones para realizar la higiene de manos del personal de salud”

ARTICULO	INSTRUCCIÓN	ILUSTRACIÓN
	11. Además los nudillos.	
	12. Enjuague en el chorro de agua sus manos, frote en el mismo orden en que se las lavó hasta eliminar completamente el jabón.	
	13. Tome una toalla de papel desechable y cierre la llave del agua y depositela en el contenedor de basura municipal.	

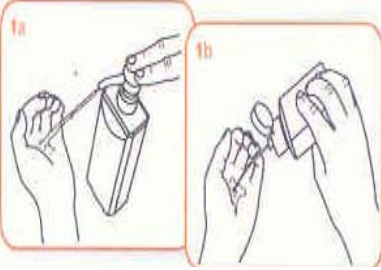





ANEXO 10
“Instrucciones para realizar la higiene de manos del personal de salud”

ARTICULO	INSTRUCCIÓN	ILUSTRACIÓN
	14. Tome dos toallas de papel desechable, seque una de sus manos, doble las toallas del lado opuesto al que utilizó y que se encuentra seco y seque su otra mano.	
	15. Deposite las toallas de papel desechable en el contenedor de basura municipal.	


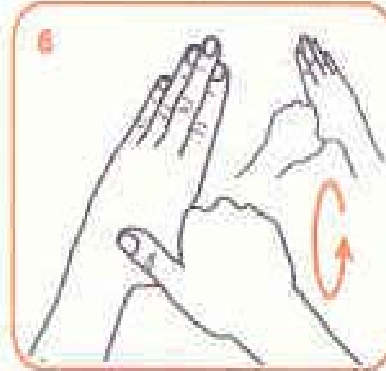
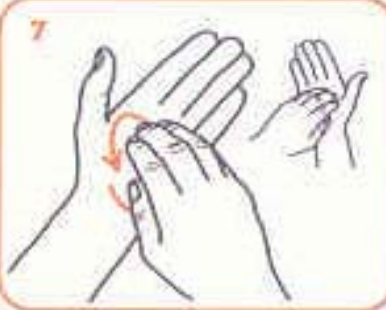


ANEXO 10
“Instrucciones para realizar la higiene de manos del personal de salud”

ARTICULO	INSTRUCCIÓN	ILUSTRACIÓN
	Higiene de manos con solución hidroalcohólica	
	16. Deposite en la palma de la mano una cantidad de solución hidroalcohólica suficiente para cubrir todas las superficies a tratar, aproximadamente de 3 a 5 ml.	
	Frótese:	
	17. Las palmas de las manos entre sí.	
	18. La palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda, entrelazando los dedos y viceversa.	
	19. Las palmas de las manos entre sí con los dedos entrelazados, frotando bien los espacios interdigitales.	




ANEXO 10
“Instrucciones para realizar la higiene de manos del personal de salud”

ARTICULO	INSTRUCCIÓN	ILUSTRACIÓN
	20. El dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.	
	21. Con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo y la muñeca rodeándolos con la palma de la mano derecha y viceversa.	
	22. La punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa y los nudillos.	



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

ANEXO 10
“Instrucciones para realizar la higiene de manos del personal de salud”

ARTICULO	INSTRUCCIÓN	ILUSTRACIÓN
	23. Dejar secar, una vez secas, sus manos son seguras.	
	Fin de las instrucciones	



Anexo 11

“Instrucciones para la medición de la temperatura corporal”

2430-005-008



MEDICIÓN DE LA TEMPERATURA CORPORAL

CONCEPTO

Procedimiento que se realiza para medir el grado de calor del organismo humano, en las cavidades bucal o rectal, región axilar o inguinal.

Toma de temperatura axilar o inguinal. Es la medición de la temperatura corporal en el área axilar o inguinal obteniendo una temperatura media representativa de los tejidos orgánicos centrales.

OBJETIVOS

Valorar el estado de salud o enfermedad.

Coadyuvar a establecer un diagnóstico de salud.

Detectar cambio en la temperatura superficial corporal.

Obtener el grado temperatura corporal de forma segura y no invasiva.

PRINCIPIO

La temperatura corporal es el equilibrio entre la producción y las pérdidas de calor; el calor se pierde por radiación, conducción y evaporación de agua a través de las vías respiratorias.

Los termo-receptor se encuentran por debajo de la superficie cutánea, la glándula sudorípara de la axila, ingle y regiones subyacentes están influidas por el estado emocional del individuo actividad muscular y procesos patológicos.

En la superficie de la piel, el valor normal de la temperatura varía entre 36.2°C y 37.2°C. Conocer la cifra de calor corporal es de vital importancia sobre todo en los niños por las variaciones que estos presentan por su lividez y evitar lo extremos de ésta, para asegurarnos de mantener una perfusión tisular adecuada.

La temperatura es el resultado del metabolismo basal regulado por el hipotálamo.




CONSIDERACIONES ESPECIALES

- La temperatura axilar es la mas segura para los recién nacidos. En un lactante o un niño pequeño puede ser necesario mantener el brazo contra el costado del mismo, mientras se mide la temperatura axilar.
- Utilizar termómetro individual si se trata de un paciente con un padecimiento transmisible.

2430-005-008








ANEXO 11
“Instrucciones para la medición de la temperatura”

ARTICULO	INSTRUCCIÓN	ILUSTRACIÓN
	1. Identifique al paciente por su nombre, preséntese y explíquelo de manera clara y sencilla el procedimiento de la medición de la temperatura axilar o inguinal que se le va a realizar, en los casos de pacientes menores de edad, explíquelo al familiar o persona legalmente responsable.	
	2. Lave sus manos de acuerdo a las “Instrucciones para la higiene de las manos del personal de salud 2420-003-007”, y reúna todo el material para efectuar el procedimiento.	
	3. Integre el material y equipo necesario: <ul style="list-style-type: none">• Termómetros,• Dos porta termómetros:<ul style="list-style-type: none">a. Uno con membrete de “limpios”b. El otro con el membrete de “sucios”• Torundas secas y con alcohol al 70%;• Formato “Registros clínicos, tratamientos y observaciones de enfermería 4-30-61/86” 2660 009 054 y• Bolígrafo. <p>NOTA: Los termómetros son artículos no críticos por tal motivo no requieren estar en solución antiséptica, solo se requiere lavar y desinfectar con alcohol.</p>	




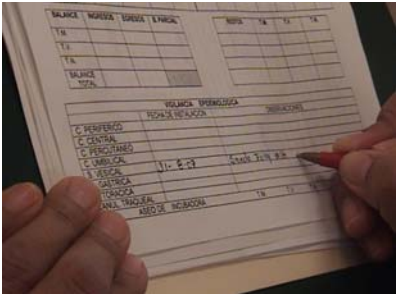



ANEXO 11
“Instrucciones para la medición de la temperatura”

ARTICULO	INSTRUCCIÓN	ILUSTRACIÓN
	4. Prepare y traslade el equipo a lugar donde se encuentre el paciente.	
	5. Confirme que el paciente no haya ingerido alimentos o practicado ejercicio en los últimos 30 minutos.	
	6. Informe al paciente o al familiar o persona legalmente responsable sobre el procedimiento y colóquelo en decúbito y posición sedente.	
	7. . Extraiga el termómetro del porta termómetros limpios y desinfecte con una torunda alcoholada y verifique que el mercurio se encuentre por debajo de 34°C, en caso contrario, hacer descender la columna de mercurio mediante un ligero sacudimiento.	
	8. Seque la axila o ingle con torunda seca y coloque el bulbo del termómetro en el centro de la axila o en la ingle.	





ANEXO 11
“Instrucciones para la medición de la temperatura”

ARTICULO	INSTRUCCIÓN	ILUSTRACIÓN
	9. Coloque el brazo y antebrazo del paciente sobre el tórax, con el fin de mantener el termómetro en su lugar.	
	10. Deje el termómetro de 3 a 5 minutos en la axila o en la ingle y retire.	
	11. Haga la lectura del termómetro y sacuda el termómetro para bajar la escala de mercurio e introdúzcalo en el porta termómetro membretado con “sucios”.	
	12. Regístrela en el formato “Registros clínicos, tratamientos y observaciones de enfermería (4-30-61/86)” 2660 009 054.	
	13. Deje cómodo al paciente y arregle el equipo de termometría para su próximo uso.	



ANEXO 11
“Instrucciones para la medición de la temperatura”

ARTICULO	INSTRUCCIÓN	ILUSTRACIÓN
	14. Lave posteriormente los termómetros con agua y jabón, colóquelos en el porta termómetro membretado con “limpios”.	
	15. Lave sus manos de acuerdo a las “Instrucciones para la higiene de las manos del personal de salud 2420-003-007”.	
	Fin de las instrucciones	



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Anexo 12

“Instrucciones para la medición de la tensión arterial”

2430-005-009



MEDICIÓN DE LA TENSIÓN ARTERIAL

CONCEPTO

Es la medición de la resistencia que ofrecen las paredes de las arterias con relación a la intensidad del flujo sanguíneo, determinada por la aplicación de una técnica de evaluación de la tensión arterial sistólica y diastólica mediante el uso de esfigmomanómetro y estetoscopio, para valorar el estado clínico del paciente.

Está controlada por la fuerza de contracción del corazón, la cantidad de sangre bombeada en cada latido y la facilidad con la que la sangre fluye a través de los vasos sanguíneos. El periodo de contracción muscular cardíaca se llama sístole y el de relajación diástole.

Zonas indicadas para la medición de la tensión arterial

- Arteria radial
- Arteria cubital
- Arteria poplítea.
- Arteria tibial posterior.

OBJETIVOS

- Conocer el estado de salud del paciente a través de la medición de la tensión arterial, con énfasis en su condición hemodinámica.
- Detectar con oportunidad alteraciones que puedan poner en riesgo la vida del paciente como hemorragia, deshidratación, efectos adversos a medicamentos, hipertensión, estado de choque, entre otros.
- Evaluar el resultado de algunos tratamientos.

PRINCIPIOS

La tensión arterial es uno de los signos vitales que permiten evaluar el estado de salud de una persona y puede ser afectada por diversos factores como: dolor, hemorragia, estrés, posición corporal.

La tensión arterial mide tanto la tensión sistólica como la diastólica. La primera es la más elevada y representa la cantidad de fuerza que se lleva para bombear la sangre hacia fuera del corazón y dentro la circulación arterial. La segunda es la más baja y refleja de la presión en arterias cuando el músculo cardíaco se relaja.

La transmisión de microorganismos nosocomiales puede llevarse a cabo si no se efectúan las medidas adecuadas para mantener limpio el equipo y las manos del personal descontaminadas, ya sea mediante el lavado de manos o su descontaminación con productos como alcohol-gel.

2430-005-009



MEDIDAS DE SEGURIDAD Y PRETECCION

- Usar instrumentos limpios y con las manos limpias.
- Usar un brazalete de tamaño adecuado al paciente (cubrir las dos terceras partes del brazo).
- Revisar que el brazalete y manguito no tenga roturas, fugas o acodamientos.
- Preferentemente realizar la medición en los miembros superiores y solo cuando no sea posible realizarlo en los miembros inferiores.
- Identificar el pulso antes de colocar el estetoscopio.
- Repetir el procedimiento cuando exista duda en las cifras identificadas.
- Retirar el brazalete del paciente una vez terminado el procedimiento, aún cuando la medición sea frecuente.

CONSIDERACIONES ESPECIALES





1.- Las lecturas sistólicas en el área poplítea por lo general se encuentran 10 a 40 mm Hg. por encima de las lecturas braquiales.

2.- Comunicar de inmediato al médico responsable del paciente cuando las lecturas reflejan un cambio de 20 mm Hg en la diastólica, de acuerdo a los límites normales, tomando en consideración el sexo y en la sistólica cuando la cifra sea menor a 60mm Hg.

3.- Si la tensión arterial era previamente audible y desaparece la audición y sólo se palpa, comunicar de inmediato al médico y vigilar estrechamente los signos vitales del paciente (tensión arterial, pulso y respiraciones cada 5 a 10 minutos).








ANEXO 12
“Instrucciones para la medición de la tensión arterial”

ARTICULO	INSTRUCCIÓN	ILUSTRACIÓN
	1. Preséntese con el paciente o familiar o persona legalmente responsable y explique de manera clara y sencilla el procedimiento de la medición de la tensión arterial que se le va a realizar y su propósito.	
	2. Integre el material y equipo necesario: <ul style="list-style-type: none">• Esfigmomanómetro de mercurio, aneroide o electrónico con brazalete de acuerdo al tipo de paciente (neonato, lactante, preescolar o adulto);• Estetoscopio (neonatal, pediátrico o adulto);• Torundas con alcohol al 70%;• Formato Registros clínicos, tratamientos y observaciones de enfermería, según corresponda,• Bolígrafo.	
	3. Asegúrese de que la medición de la tensión arterial se lleve a cabo en un ambiente tranquilo y de confianza para el paciente.	
	4. Lave sus manos de acuerdo a las “Instrucciones para la higiene de las manos del personal de salud 2420-003-007”, y reúna todo el material para efectuar el procedimiento.	







ANEXO 12
“Instrucciones para la medición de la tensión arterial”

ARTICULO	INSTRUCCIÓN	ILUSTRACIÓN
	5. Prepare y traslade el equipo al lugar donde se encuentre el paciente y coloque la caja del esfigmomanómetro en una mesa cercana, de tal forma que la escala sea visible por la persona que toma la tensión arterial.	
	6. De tiempo al paciente para que se recupere de cualquier tipo de ejercicio o emoción.	
	7. Indíquele o coloque al paciente en una posición cómoda, ya sea acostado o sentado y coloque el brazo apoyándolo en la cama o mesa.	
	8. Instale el brazalete alrededor del brazo del paciente, con el borde inferior a 2.5 por encima de la articulación del codo, sin apretar.	
	9. Colóquese el estetoscopio en los conductos auditivos externos, con las olivas hacia adelante.	

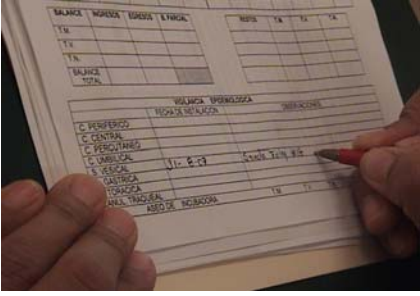
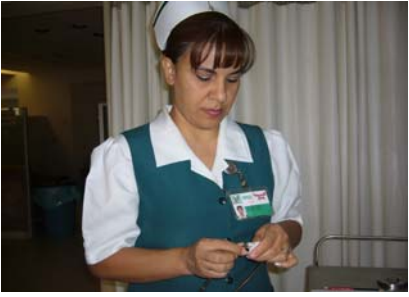




ANEXO 12
“Instrucciones para la medición de la tensión arterial”

ARTICULO	INSTRUCCIÓN	ILUSTRACIÓN
	<p>10. Localice con las puntas de los dedos medio e índice la pulsación más fuerte por debajo del borde inferior del brazalete, coloque la campana del estetoscopio en ese lugar, abarcando totalmente con la membrana la piel sin presionar, procure que no quede por debajo del brazalete, sostenga la perilla de caucho con la mano contraria y cierre la válvula del tornillo.</p>	
	<p>11. Insufle el brazalete hasta que el mercurio se eleve de 20 a 30 mm. Hg. por arriba del nivel en que la pulsación de la arteria no se escuche.</p>	
	<p>12. Afloje cuidadosamente el tornillo de la perilla y permita que el aire escape lentamente, manteniendo fija la vista en la columna de mercurio; escuche el primer latido claro y rítmico, que marca la tensión sistólica, cuando escuche que el sonido agudo cambia por un golpe amortiguado hasta desaparecer, indica la tensión diastólica.</p>	
	<p>13. Abra completamente la válvula, y permita que escape todo el aire del brazalete y retírelo.</p>	



ANEXO 12
“Instrucciones para la medición de la tensión arterial”

ARTICULO	INSTRUCCIÓN	ILUSTRACIÓN
	14. Registre las cifras en el formato “Registros clínicos, tratamientos y observaciones de enfermería, según corresponda y analice el comportamiento en relación con registros previos.	
	15. Limpie los auriculares y la membrana de la campana del estetoscopio con una torunda alcoholada. descontamine el equipo utilizado, asegurando que las olivas y la membrana del estetoscopio queden limpias.	
	16. Asegúrese que el paciente se encuentre cómodo y en un ambiente tranquilo al terminar la medición de la tensión arterial.	
	17. Lave sus manos de acuerdo a las “Instrucciones para la higiene de las manos del personal de salud 2420-003-007”.	
	Fin de las instrucciones	



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Anexo 13

“Instrucciones para la medición de la frecuencia cardiaca”

2430-005-010



MEDICIÓN DE LA FRECUENCIA CARDIACA

CONCEPTO

Es el procedimiento para medir en un minuto la contracción del ventrículo izquierdo en cada latido cardiaco, transmitido a través de las arterias, producido por el aumento del volumen de sangre impulsado hacia ella. La frecuencia cardiaca varía según la edad del paciente.

OBJETIVO

Identificar las variaciones dentro de la normalidad corporal de la frecuencia cardiaca.
Describir el sistema de la frecuencia cardiaca dentro de los parámetros normales.

PRINCIPIOS





La función cardiaca, se considera un signo vital y se mide por sistema para valorar la salud general. En el se aprecian la frecuencia cardiaca (número de latidos por minuto), el ritmo (patrón regulador de los latidos) y volumen (cantidad de sangre bombeada en cada latido).

CONSIDERACIONES ESPECIALES

- El personal asistencial de los pacientes que toman determinadas medicaciones cardiotónicas o antiarrítmicas debe aprender a valorar las frecuencias de pulso apical para detectar los efectos secundarios de las medicaciones.
- El punto de máximo impulso de un lactante suele localizarse entre el tercer y cuarto espacio intercostal junto al borde esternal izquierdo.







ANEXO 13
“Instrucciones para la medición de la frecuencia cardiaca”

ARTICULO	INSTRUCCIÓN	ILUSTRACIÓN
	1. Identifique al paciente por su nombre, preséntese y explíquelo de manera clara y sencilla el procedimiento de la medición de la frecuencia cardiaca que se le va a realizar, en los casos de pacientes menores de edad, explíquelo al familiar o persona legalmente responsable.	
	2. Lave sus manos de acuerdo a las “Instrucciones para la higiene de las manos del personal de salud 2420-003-007”, y reúna todo el material para efectuar el procedimiento.	
	3. Integre el material y equipo necesario: <ul style="list-style-type: none">• Reloj de muñeca con segundero o pantalla digital segundero,• Estetoscopio,• Torundas con alcohol,• Formato “Registros clínicos, tratamientos y observaciones de enfermería 4-30-61/86” 2660 009 054• Bolígrafo.	
	4. Prepare y traslade el equipo al lugar donde se encuentre el paciente.	







ANEXO 13
“Instrucciones para la medición de la frecuencia cardiaca”

ARTICULO	INSTRUCCIÓN	ILUSTRACIÓN
	5. De tiempo al paciente para que se recupere de cualquier tipo de ejercicio o emoción.	
	6. Indíquele al paciente que descanse, ya sea acostado o sentado.	
	7. Coloque al paciente en una posición cómoda, de preferencia en decúbito dorsal, desplace a un lado la ropa de cama y la bata y exponga la región esternal y el lado del tórax.	
	8. Informe al paciente o al familiar o persona legalmente responsable sobre el procedimiento.	



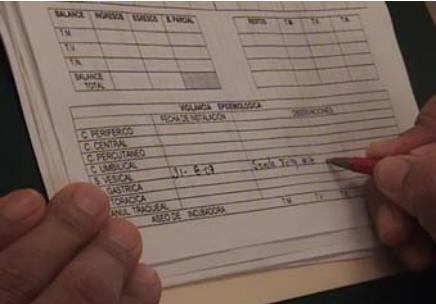



ANEXO 13
“Instrucciones para la medición de la frecuencia cardiaca”

ARTICULO	INSTRUCCIÓN	ILUSTRACIÓN
	9. Coloque la campana del estetoscopio, con la membrana sobre la palma de la mano durante 5 a 10 segundos, y colóquese el estetoscopio en los conductos auditivos externos, con las olivas hacia delante.	
	10. Coloque la membrana del estetoscopio entre 3er y 4to espacio intercostal izquierdo del paciente.	
	11. Cuento la frecuencia cardiaca durante 60 segundos, utilizando reloj con segundero, estudie al mismo tiempo ritmo e intensidad de los ruidos cardíacos.	
	12. Retire el estetoscopio.	




ANEXO 13
“Instrucciones para la medición de la frecuencia cardiaca”

ARTICULO	INSTRUCCIÓN	ILUSTRACIÓN
	13. Vuelva a colocarle la bata al paciente y la ropa de cama o ayúdele a vestirse según sea el caso.	
	14. Limpie los auriculares y la membrana de la campana del estetoscopio con una torunda con alcohol en los casos necesarios.	
	15. Registre la cifra en el formato “Registros clínicos, tratamientos y observaciones de enfermería 4-30-61/86” 2660 009 054.	
	16. Deje cómodo al paciente y arregle el equipo para su próximo uso.	



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

ANEXO 13
“Instrucciones para la medición de la frecuencia cardiaca”

ARTICULO	INSTRUCCIÓN	ILUSTRACIÓN
	17. Lave sus manos de acuerdo a las “Instrucciones para la higiene de las manos del personal de salud 2420-003-007”.	
	Fin de las instrucciones	



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Anexo 14

“Instrucciones para la medición del pulso cardiaco”

2430-005-011



MEDICIÓN DEL PULSO CARDIACO

CONCEPTO

El pulso es la sensación táctil que aporta el flujo sanguíneo o durante su recorrido por cualquier arteria y se mide contando los números de latidos o pulsaciones por minuto.

Los sitios para tomar el pulso son los correspondientes a las arterias temporal, facial, carótida, subclavia, braquial, radial, cubital, femoral, popítea y pedía.

OBJETIVO

Determinar si la frecuencia del pulso esta dentro de los limites normales y sigue el ritmo regular.

PRINCIPIO

Los latidos se perciben al tacto en el momento en que la sangre es impulsada a través de los vasos sanguíneos por las contracciones cardiacas.

La contracción o expansión de la arteria hacen que la sangre se mueva en forma de ondas en su trayecto hacia los capilares. La rama ascendente de la onda del pulso corresponde a la sístole o fase de trabajo del corazón: la rama descendente pertenece a la diástole o fase de reposo cardiaco.





CONSIDERACIONES ESPECIALES

- Frecuencia. Es el número de pulsaciones percibidas durante una unidad de tiempo.
- Ritmo. Es la uniformidad del pulso y abarca la igualdad entre la onda de regularidad y su frecuencia.
- Amplitud. Es la dilatación percibida en la arteria al paso de la onda sanguínea.
- Volumen. Esta determinado por la amplitud de la onda del pulso, la fuerza del latido cardiaco y del estado de las paredes arteriales. Si el volumen es normal el pulso será amplio y si el volumen disminuye el pulso será débil, filiforme y vacilante.
- Tensión: es la resistencia ofrecida por la pared arterial al paso de la onda sanguínea.
- Los cambios de la tensión del pulso indican modificaciones en esta.

2430-005-011







ANEXO 14
“Instrucciones para la medición del pulso cardiaco”

ARTICULO	INSTRUCCIÓN	ILUSTRACIÓN
	1. Identifique al paciente por su nombre, preséntese y explíquelo de manera clara y sencilla el procedimiento de la medición del pulso que se le va a realizar, en los casos de pacientes menores de edad, explíquelo al familiar o persona legalmente responsable.	
	2. Lave sus manos de acuerdo a las “Instrucciones para la higiene de las manos del personal de salud 2420-003-007”, y reúna todo el material para efectuar el procedimiento.	
	3. Integre el material y equipo necesario: <ul style="list-style-type: none">• Reloj de muñeca con segundero o pantalla digital segundero,• Formato Registros clínicos, tratamientos y observaciones de enfermería (4-30-61/86) 2660 009 054,• Bolígrafo.	
	4. Prepare y traslade el equipo a lugar donde se encuentre el paciente.	



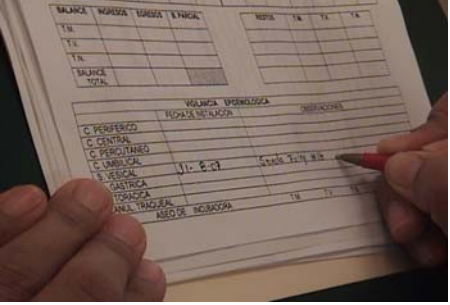



ANEXO 14
“Instrucciones para la medición del pulso cardiaco”

ARTICULO	INSTRUCCIÓN	ILUSTRACIÓN
	5. De tiempo al paciente para que se recupere de cualquier tipo de ejercicio o emoción.	
	6. Coloque al paciente en una posición cómoda, de preferencia en decúbito dorsal.	
	7. Indique al paciente que descanse, ya sea acostado o sentado.	
	8. Informe al paciente o al familiar o persona legalmente responsable sobre el procedimiento y colóquele el brazo apoyado en la cama o mesa, esponga el brazo entero y después acomódelo a la altura de corazón del paciente.	



ANEXO 14
“Instrucciones para la medición del pulso cardiaco”

ARTICULO	INSTRUCCIÓN	ILUSTRACIÓN
	9. Localice con la punta de los dedos índice, medio y anular la pulsación de la arteria elegida, y oprima con suficiente fuerza para percibir fácilmente el pulso.	
	10. Perciba los latidos del pulso y cuéntelos durante un minuto, utilizando reloj con segundero.	
	11. Registre la cifra en el formato “Registros clínicos, tratamientos y observaciones de enfermería (4-30-61/86)” 2660 009 054.	
	12. Lave sus manos de acuerdo a las “Instrucciones para la higiene de las manos del personal de salud 2420-003-007”, y reúna todo el material para efectuar el procedimiento.	
	Fin de las instrucciones	



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Anexo 15

“Instrucciones para la medición de la frecuencia respiratoria”

2430-005-012



MEDICIÓN DE LA FRECUENCIA RESPIRATORIA

CONCEPTO

Es el procedimiento que se realiza para conocer el traslado del oxígeno a los tejidos corporales y el egreso de bióxido de carbono, constituida por dos fases inspiración y expiración.

OBJETIVOS

Identificar alteraciones respiratorias.
Valorar tipo, patrón y profundidad de la respiración.
Ayudar a establecer un diagnóstico de salud.

PRINCIPIO





El centro respiratorio del bulbo raquídeo encefálico y los valores de bióxido de carbono en la sangre, controlan la frecuencia y profundidad de la respiración.

CONSIDERACIONES ESPECIALES

- Es importante ver discretamente las respiraciones del paciente.
- Si la persona se da cuenta que se le está observando su respiración, será difícil que conserve su patrón respiratorio normal.
- Observar los movimientos del tórax y escuchar los ruidos respiratorios.
- Establecer valores basales de frecuencia, ritmo y profundidad de las respiraciones.
- Si se observa alguna anomalía en la respiración del paciente será necesario comunicárselo al médico de inmediato.







ANEXO 15
“Instrucciones para la medición de la frecuencia respiratoria”

ARTICULO	INSTRUCCIÓN	ILUSTRACIÓN
	1. Identifique al paciente por su nombre, preséntese y explíquelo de manera clara y sencilla el procedimiento de la medición de la frecuencia respiratoria que se le va a realizar, en los casos de pacientes menores de edad, explíquelo al familiar o persona legalmente responsable.	
	2. Lave sus manos de acuerdo a las “Instrucciones para la higiene de las manos del personal de salud 2420-003-007”, y reúna todo el material para efectuar el procedimiento.	
	3. Integre el material y equipo necesario: <ul style="list-style-type: none">• Reloj de muñeca con segundero o pantalla digital segundero,• Formato Registros clínicos, tratamientos y observaciones de enfermería (4-30-61/86) 2660 009 054,• Bolígrafo	
	4. Prepare y traslade el equipo a lugar donde se encuentre el paciente.	







ANEXO 15
“Instrucciones para la medición de la frecuencia respiratoria”

ARTICULO	INSTRUCCIÓN	ILUSTRACIÓN
	5. De tiempo al paciente para que se recupere de cualquier tipo de ejercicio o emoción.	
	6. Indíquelo que descanse, ya sea acostado o sentado.	
	7. Coloque al paciente en una posición cómoda, de preferencia en decúbito dorsal, en lo posible la respiración debe ser contada sin que él se percate de ello.	
	8. Tome un brazo del paciente y colóquelo sobre el tórax, ponga un dedo en la muñeca de su mano, como si estuviera tomando el pulso.	




ANEXO 15
“Instrucciones para la medición de la frecuencia respiratoria”

ARTICULO	INSTRUCCIÓN	ILUSTRACIÓN
	9. Observe los movimientos respiratorios del paciente y examine el tórax o el abdomen cuando se eleva y se deprime.	 A nurse in a white uniform and cap is examining the chest of a male patient lying in a hospital bed. The patient is wearing a light blue hospital gown. The room number 507 is visible on the wall.
	10. Cunte las respiraciones durante un minuto.	 A nurse in a white uniform and cap is standing by the side of a hospital bed, counting the breaths of a male patient lying in bed. The patient is wearing a light blue hospital gown.
	11. Registre la cifra en el formato “Registros clínicos, tratamientos y observaciones de enfermería (4-30-61/86)” 2660 009 054.	 A nurse in a white uniform and cap is sitting at the side of a hospital bed, writing in a notebook. A male patient is lying in bed, wearing a light blue hospital gown.
	12. Deje cómodo al paciente y arregle el equipo para su próximo uso.	 A male patient is lying in a hospital bed, wearing a light blue hospital gown. An IV drip is visible next to the bed. The room has a window and a wall-mounted device.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

ANEXO 15
“Instrucciones para la medición de la frecuencia respiratoria”

ARTICULO	INSTRUCCIÓN	ILUSTRACIÓN
	13.Lave sus manos de acuerdo a las “Instrucciones para la higiene de las manos del personal de salud 2420-003-007”.	
	Fin de las instrucciones	



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Anexo 16

“Instrucciones para determinar el peso”

2430-005-028



DETERMINACIÓN DEL PESO

CONCEPTO

La antropometría es la técnica que se ocupa de medir las variaciones en las dimensiones físicas y en la composición global del cuerpo. Dos de las medidas utilizadas con mayor frecuencia son el peso y la estatura. Aunque ambas mediciones son consideradas técnicas sencillas, económicas y de fácil aplicación; en la práctica cotidiana, tanto la exactitud, como la precisión pueden no resultar completamente satisfactorias, ya que se asume que son relativamente fáciles de realizar y por ende, es posible que existan descuidos en la correcta aplicación de las técnicas utilizadas para obtener ambas mediciones.

El peso de una persona se define como la medida de la masa corporal expresada en kilogramos.

OBJETIVOS

- Establecer una valoración completa del estado de salud del paciente.
- Cálculo del Índice de masa corporal (Índice de Quetelet) para determinar si existe sobrepeso y obesidad.
- Determinar el estado nutricional de una población determinada.
- Identificar niños que pudieran tener anomalías en el crecimiento.
- Determinar patrones de crecimiento en grupos de niños y adolescentes.

PRINCIPIO

El peso corporal de un individuo es el resultado del equilibrio existente entre el aporte de nutrientes, su utilización por los diversos aparatos y sistemas del organismo, la eliminación adecuada de los productos de desecho y la actividad física de cada persona. Para adultos, cuando se relaciona con la talla, permite el cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC), identificando si existe un Bajo Peso, un Peso Normal, Sobrepeso u Obesidad. Su cálculo se realiza a partir de la siguiente fórmula:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (expresado en kilogramos)}}{\text{Talla}^2 \text{ (expresada en metros)}}$$

El IMC obtenido se interpreta de la siguiente forma:

- a. Cifras menores de 18 indican Bajo Peso.
- b. Cifras entre 18 y 24.9 indican Peso Normal.
- c. Cifras entre 25 y 26.9 indican Sobrepeso.
- d. Cifras entre 27 y 40 indican diferentes grados de Obesidad.






En poblaciones de niños y adolescentes, la medición del peso corporal es un indicador del estado nutricional; permite identificar a subgrupos con riesgo en el estado nutricional, así como evaluar el impacto de acciones alimentarias destinadas a tratar la desnutrición.

CONSIDERACIONES ESPECIALES

- Donde sea posible, todas las mediciones físicas se tendrían que realizar en una zona apartada considerando la intimidad del paciente. En algunos sitios, se puede instalar todo el material necesario en una habitación separada; si es imposible, conviene delimitar una zona apartada con biombos. Permita a los pacientes elegir el grado de privacidad; algunos pueden sentirse incómodos al estar aislados o lejos de los demás con un desconocido.
- Se recomienda que la preparación del equipo se haga con un día de anticipación, esta acción permitirá identificar posibles anomalías en el funcionamiento de los instrumentos con la factibilidad de ser corregidas. Se prefieren las básculas de palanca y plataforma sobre las básculas de baño o similares, ya que en estas últimas el resorte pierde flexibilidad con el uso.
- Antes de realizar la medición del peso, es importante identificar cualquier discapacidad física o deformidad en el paciente, dicha acción permite prevenir errores. La cuantificación del peso corporal de personas con discapacidad física requiere la aplicación de otras técnicas no descritas en las presentes instrucciones.
- En el caso de la medición del peso en niños, si muestran resistencia no deben de pesarse. Si es estrictamente necesario hacer la medición, se deberá hacer una observación anexa al registro.
- Se recomienda realizar la medición del peso después de haber evacuado y vaciado la vejiga y de preferencia en ayuno.
- Si se usa una báscula de piso, se toma la lectura cuando el indicador se encuentra completamente fijo. En caso de emplear báscula electrónica, se tomará la lectura del número que se encuentre parpadeando.






ANEXO 16
“Instrucciones para determinar el peso”

ARTICULO	INSTRUCCIÓN	ILUSTRACIÓN
	<p>1. Instale la báscula sobre una superficie plana, horizontal y firme, no colocarla sobre alfombra ni tapetes. Identifique las diversas partes de la báscula que va a utilizar y verifique su correcto funcionamiento.</p>	
	<p>2. Calibre la báscula de palanca y plataforma colocando las vigas en posición de cero, es necesario en este momento retirar cualquier objeto que pudiera encontrarse sobre la plataforma de la báscula. En el caso de medición de peso en niños, si será medido sobre un tapete, primero se coloca y después se ajusta a posición a cero. Utilice el tornillo de ajuste en caso de que se encuentre en el equipo y el ajustador a cero hasta que la flecha de la báscula marque cero.</p>	
	<p>3. Identifique al paciente por su nombre, preséntese y explíquelo de manera clara y sencilla el procedimiento de la medición del peso corporal que se le va a realizar, en los casos de pacientes menores de edad, explíquelo al familiar o persona legalmente responsable.</p>	






ANEXO 16
“Instrucciones para determinar el peso”

ARTICULO	INSTRUCCIÓN	ILUSTRACIÓN
	<p>4. Lave sus manos de acuerdo a las “Instrucciones para la higiene de las manos del personal de salud 2420-003-007”, y reúna todo el material para efectuar el procedimiento.</p>	
	<p>5. Integre el material y equipo necesario:</p> <ul style="list-style-type: none">• Báscula portátil, electrónica ó de plataforma con capacidad mínima de 150 kg y precisión de 100 a 200 g• Formato “Registros clínicos, esquemas terapéuticos e intervenciones de enfermería 2430-021-107 y• Bolígrafo.	
	<p>6. Traslade al paciente a lugar donde se encuentre la báscula. Verifique que el paciente no traiga exceso de ropa o cosas pesadas en los bolsillos que pudieran sobreestimar el peso. Solicite que tome asiento para que se retire sus zapatos.</p>	


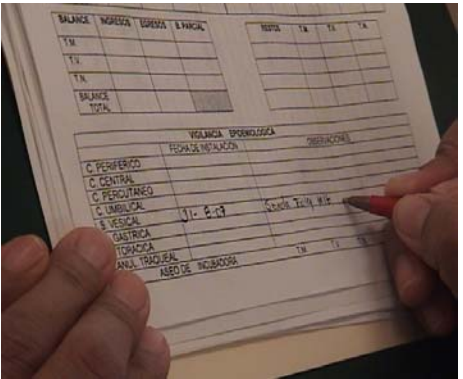



ANEXO 16
“Instrucciones para determinar el peso”

ARTICULO	INSTRUCCIÓN	ILUSTRACIÓN
	<p>7. Verifique que ambas vigas de la palanca se encuentren en cero, en caso de utilizar una báscula de plataforma. Coloque al paciente en el centro de la plataforma. El paciente debe pararse erguido con hombros abajo, con los brazos cayendo naturalmente a los lados y con los talones juntos y las puntas separadas.</p>	
	<p>8. Verifique que la cabeza del paciente esté firme y que mantenga la vista al frente en un punto fijo. Solicite que se mantenga inmóvil para evitar oscilaciones.</p>	
	<p>9. Deslice la viga de abajo (graduaciones de 20 kg) hacia la derecha aproximando el peso del paciente; si la flecha de la palanca se va hacia abajo, avance la viga al número inmediato inferior.</p> <p>Nota: Esta acción es para básculas de plataforma.</p>	



ANEXO 16
“Instrucciones para determinar el peso”

ARTICULO	INSTRUCCIÓN	ILUSTRACIÓN
	<p>10. Deslice la viga de arriba (graduaciones en kilogramos y 100 gramos) hacia la derecha hasta que la flecha de la palanca quede en cero y no esté oscilando.</p> <p>Nota: Esta acción es para básculas de plataforma. A veces es necesario realizar varios movimientos hasta lograr que la flecha alcance una posición fija en cero.</p>	
	<p>11. Observe la lectura de la medición en kilogramos y gramos. Registre el dato inmediatamente en el formato “Registros clínicos, esquemas terapéuticos e intervenciones de enfermería 2430-021-107 y en voz alta.</p> <p>Nota: Esta acción es para básculas de plataforma. Otra opción es solicitar al paciente que baje de la báscula para realizar la lectura.</p>	
	<p>12. Comunique al paciente que ha finalizado el procedimiento. Indique que puede calzarse, colocarse la ropa que se retiró previamente y que no olvide aquellos objetos que retiró de sus bolsillos.</p>	
	<p>Fin de las instrucciones</p>	



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Anexo 17

“Instrucciones para determinar la estatura”



DETERMINACIÓN DE LA ESTATURA

CONCEPTO

La antropometría es la técnica que se ocupa de medir las variaciones en las dimensiones físicas y en la composición global del cuerpo. Dos de las medidas utilizadas con mayor frecuencia son el peso y la estatura. Aunque ambas mediciones son consideradas técnicas sencillas, económicas y de fácil aplicación; en la práctica cotidiana, tanto la exactitud, como la precisión pueden no resultar completamente satisfactorias, ya que se asume que son relativamente fáciles de realizar y por ende, es posible que existan descuidos en la correcta aplicación de las técnicas utilizadas para obtener ambas mediciones. La estatura se define como la altura que tiene una persona en posición vertical desde el punto más alto de la cabeza hasta los talones en posición de “firmes”, se mide en centímetros.

OBJETIVOS

- Establecer una valoración completa del estado de salud del paciente.
- Cálculo del Índice de masa corporal (Índice de Quetelet) para determinar si existe sobrepeso y obesidad.
- Determinar el estado nutricional de una población determinada.
- Identificar niños que pudieran tener anomalías en el crecimiento.
- Determinar patrones de crecimiento en grupos de niños y adolescentes.

PRINCIPIO

La talla de un individuo es el resultado de la interacción entre la información genética heredada por sus progenitores con el medio ambiente que le rodea. Para adultos, cuando se relaciona con el peso corporal, permite el cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC), identificando si existe un Bajo Peso, un Peso Normal, Sobrepeso u Obesidad. Su cálculo se realiza a partir de la siguiente fórmula:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (expresado en kilogramos)}}{\text{Talla}^2 \text{ (expresada en metros)}}$$

El IMC obtenido se interpreta de la siguiente forma:

- e. Cifras menores de 18 indican Bajo Peso.
- f. Cifras entre 18 y 24.9 indican Peso Normal.
- g. Cifras entre 25 y 26.9 indican Sobrepeso.
- h. Cifras entre 27 y 40 indican diferentes grados de obesidad.



En población de niños y adolescentes, la medición de la altura es un indicador del estado nutricional, y permite identificar a subgrupos con riesgo nutricional; además, de evaluar el impacto de acciones alimentarias destinadas a tratar la desnutrición. En algunas situaciones en las cuales la estatura no corresponde con la edad cronológica, podría ser el indicador de diversos padecimientos, entre ellos los de origen músculo esquelético.

CONSIDERACIONES ESPECIALES

- Donde sea posible, todas las mediciones físicas se tendrían que realizar en una zona apartada considerando la intimidad del paciente. En algunos sitios, se puede instalar todo el material necesario en una habitación separada; si es imposible, conviene delimitar una zona apartada con biombos. Permita a los pacientes elegir el grado de privacidad; algunos pueden sentirse incómodos al estar aislados o lejos de los demás con un desconocido.
- Se recomienda que la preparación del equipo se haga con un día de anticipación, esta acción permitirá identificar posibles anomalías en el funcionamiento de los instrumentos con la factibilidad de ser corregidas. Actualmente, la mayoría de las básculas de plataforma utilizadas en la práctica clínica cuentan con un estadímetro incluido y ya calibrado para efectuar la medición de la estatura justo después de determinar el peso. En caso de no encontrarse incluido en la báscula, será necesaria la instalación de un estadímetro portátil. Para colocarlo es necesario identificar una superficie firme y plana perpendicular al piso (puerta o pared), el estadímetro portátil se coloca sobre el piso, con la ventanilla hacia adelante, justo en el ángulo que forman la pared y el piso, es necesario identificar en este momento que la primera línea de la cinta (punto que corresponde a cero centímetros) coincida con la marca de la ventanilla. Sosteniendo el estadímetro en el piso en la posición ya mencionada, se solicita a una segunda persona ayuda para jalar la cinta hacia arriba hasta una altura de dos metros. En este punto se fija firmemente la cinta métrica a la pared mediante cinta o tela adhesiva y se desliza la escuadra del estadímetro hacia arriba verificando que la cinta métrica se encuentre recta. Después de esta maniobra el estadímetro se encuentra preparado para la medición de la altura.
- La altura suele ser uno de los aspectos antropométricos que más puede dificultarse en su medición debido a los cambios de la estructura del aparato locomotor asociados con la edad. Se calcula que existe una disminución entre 1 a 2 cm cada década a partir de los 50 años debido a la osteoporosis, la compresión del conjunto de los discos intervertebrales y la curvatura de las extremidades inferiores. Por estos motivos existen métodos alternativos para determinar la estatura como: altura de la rodilla y la media brazada.
- Para la medición de la altura de la rodilla se solicita al paciente que se siente y que las extremidades inferiores formen un ángulo de 90° entre el muslo y la pierna. Se mide la distancia existente entre el talón y la parte más alta de la rodilla de alguna de las dos piernas mediante el uso de un estadímetro portátil con flexómetro o una cinta métrica de fibra de vidrio. Para calcular la altura de una persona si no tuviera la alteración estructural o postural, el resultado obtenido de la medición se emplea en las siguientes fórmulas:






- Hombre: $64.19 - (0.04 \times \text{edad}) + (2.02 \times \text{altura de la rodilla})$
- Mujer: $84.88 - (0.24 \times \text{edad}) + (1.83 \times \text{altura de la rodilla})$

El resultado obtenido representa la altura si no tuviera la alteración estructural o postural.

La medición de la media brazada es una alternativa a la de la altura de la rodilla principalmente en aquellos casos en que existió una insuficiente o deficiente alimentación en la infancia. Para la obtención de la media brazada con el individuo sentado y mirando al frente, se le solicita que extienda alguno de los brazos con la palma de la mano en posición hacia adelante. Con la cinta métrica se mide desde la punta del dedo medio hasta la parte central de la escotadura del esternón, justo a la altura de la tráquea. El valor obtenido se multiplica por dos, el resultado tiene una correlación del 0.75 con la altura de la persona.






ANEXO 17
“Instrucciones para determinar la estatura”

ARTICULO	INSTRUCCIÓN	ILUSTRACIÓN
	<p>1. Instale la báscula de plataforma que cuente con el estadímetro incluido sobre una superficie plana, horizontal y firme, no colocarla sobre alfombra ni tapetes. Identifique las diversas partes del equipo que va a utilizar y verifique su correcto funcionamiento.</p> <p>Nota: En caso de estadímetro portátil proceda a su instalación de acuerdo a las instrucciones mencionadas en consideraciones especiales de este instructivo.</p>	
	<p>2. Identifique al paciente por su nombre, preséntese y explíquelo de manera clara y sencilla el procedimiento para la medición de la estatura que se le va a realizar, en los casos de pacientes menores de edad, explíquelo al familiar o persona legalmente responsable.</p>	
	<p>3. Lave sus manos de acuerdo a las “Instrucciones para la higiene de las manos del personal de salud 2420-003-007”, y reúna todo el material para efectuar el procedimiento.</p>	






ANEXO 17
“Instrucciones para determinar la estatura”

ARTICULO	INSTRUCCIÓN	ILUSTRACIÓN
	<p>4. Integre el material y equipo necesario:</p> <ul style="list-style-type: none">• Báscula de plataforma con estadímetro incluido o estadímetro portátil.• Formato “Registros clínicos, esquemas terapéuticos e intervenciones de enfermería 2430-021-107 y• Bolígrafo.	
	<p>5. Traslade al paciente a lugar donde se encuentre el estadímetro. Pida que se retire gorras, sombreros y adornos de la cabeza y que se suelte el cabello. Solicite que tome asiento para que se retire sus zapatos</p>	
	<p>6. Coloque al paciente debajo del estadímetro, de espalda a la pared con la mirada al frente El paciente debe pararse de frente al medidor, erguido con hombros abajo, con los brazos cayendo naturalmente a los lados y con los talones juntos y las puntas separadas. En esta posición el estadímetro queda colocado sobre una línea imaginaria vertical que divide el cuerpo del paciente en dos hemisferios simétricos (derecho e izquierdo).</p>	






ANEXO 17
“Instrucciones para determinar la estatura”

ARTICULO	INSTRUCCIÓN	ILUSTRACIÓN
	7. Verifique que la cabeza del paciente esté firme y que mantenga la vista al frente en un punto fijo. Asegúrese que la cabeza, espalda, pantorrillas, talones y glúteos estén en contacto con el estadímetro. Corrobore la posición correcta de los pies.	
	8. Acomode la cabeza del paciente, en posición recta, coloque la palma de la mano sobre el mentón y suavemente cierre los dedos.	
	9. Deslice hacia arriba el soporte del estadímetro por encima de la cabeza del paciente, una vez que rebasó el límite superior, extienda el estadímetro 90 grados, para quedar en una posición paralela con el piso. Descienda suavemente el estadímetro hasta tocar la cabeza del paciente.	

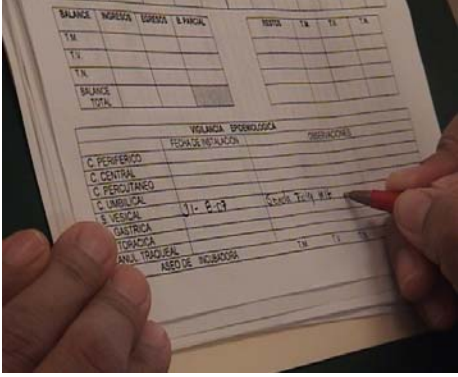



ANEXO 17
“Instrucciones para determinar la estatura”

ARTICULO	INSTRUCCIÓN	ILUSTRACIÓN
	10. Trace una línea imaginaria desde el orificio externo del conducto auditivo hasta la base de la órbita (Plano de Frankfort). Esta línea debe de ser paralela a la palanca del estadímetro y formar un ángulo recto con la pared.	
	11. Proceda a dar lectura de la estatura, según la posición que marca el estadímetro. Si la medición se encuentra entre un centímetro y otro, anote el valor que se encuentre más próximo hacia abajo o arriba. Si se encuentra exactamente a la mitad, registre el del centímetro inferior.	
	12. Deslice cuidadosamente el estadímetro hacia arriba, una vez que la altura excede sobradamente la cabeza del paciente flexiónelo hacia su soporte hasta alcanzar la posición articulada. En esta posición deslice hacia abajo hasta lograr la posición con la que inicio del procedimiento.	



ANEXO 17
“Instrucciones para determinar la estatura”

ARTICULO	INSTRUCCIÓN	ILUSTRACIÓN
	13. Registre la lectura de la estatura en metros y centímetros. Registre el dato inmediatamente en el Formato “Registros clínicos, esquemas terapéuticos e intervenciones de enfermería 2430-021-107 y en voz alta.	
	14. Comunique al paciente que ha finalizado el procedimiento. Indique que puede calzarse, colocarse la ropa que se retiró previamente y que no olvide aquellos objetos que retiró de sus bolsillos.	
	Fin de las instrucciones	



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Anexo 18
“Historia clínica”
2430-021-148



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
HISTORIA CLÍNICA

UNIDAD MÉDICA HOSPITALARIA:	SERVICIO TRATANTE:	FECHA: ____ / ____ / ____ DÍA MES AÑO
-----------------------------	--------------------	--

NOMBRE: _____ (Apellido paterno, materno y nombre(s))	NSS Y AGREGADO: _____	FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____ DD MM AAAA
---	--------------------------	--

INTERROGATORIO: DIRECTO <input type="checkbox"/> INDIRECTO <input type="checkbox"/>	FECHA ACTUALIZACIÓN 1:	FECHA ACTUALIZACIÓN 2:
--	------------------------	------------------------

1 I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

PRIMERA VEZ			ACTUALIZACIÓN 1	ACTUALIZACIÓN 2
LUGAR DE NACIMIENTO:	Grupo étnico:			
Sexo:	Edad: (días/meses/años)	Edo. civil:		
Escolaridad:	Ocupación:	Religión:		
Domicilio (calle, número(s) y colonia):				
Código Postal:	Estado:	Teléfono:		

2 II. ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES

ACTUALIZACIÓN 1	ACTUALIZACIÓN 2

3 III. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

ACTUALIZACIÓN 1	ACTUALIZACIÓN 2

4 IV. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS (incluirlr abuso y dependencia alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas)

ACTUALIZACIÓN 1	ACTUALIZACIÓN 2

2430-021-148



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

5 V. ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

ACTUALIZACIÓN 1	ACTUALIZACIÓN 2

6 VI. PADECIMIENTO ACTUAL

ACTUALIZACIÓN 1	ACTUALIZACIÓN 2

VII. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

ACTUALIZACIÓN 1	ACTUALIZACIÓN 2

VIII. SÍNTOMAS GENERALES

ACTUALIZACIÓN 1	ACTUALIZACIÓN 2

9 IX. RESULTADOS DE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO PREVIOS

ACTUALIZACIÓN 1	ACTUALIZACIÓN 2

10 X. TERAPÉUTICA PREVIA Y RESULTADOS OBTENIDOS

ACTUALIZACIÓN 1	ACTUALIZACIÓN 2



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

HISTORIA CLÍNICA

11 XI. DIAGNÓSTICOS PREVIOS

ACTUALIZACIÓN 1	ACTUALIZACIÓN 2

12 XII. SIGNOS VITALES Y SOMATOMETRIA

EXPLORACIÓN FÍSICA				
Frec. cardíaca:	Frec. Respiratoria:	Temperatura:	TA:	Pulso:
Peso actual:	Estatura:	Índice de Masa Corporal:	Peso ideal:	

13 XIII. INSPECCIÓN GENERAL

ACTUALIZACIÓN 1	ACTUALIZACIÓN 2

14 XIV. CABEZA

ACTUALIZACIÓN 1	ACTUALIZACIÓN 2

15 XV. CUELLO

ACTUALIZACIÓN 1	ACTUALIZACIÓN 2

16 XVI. TÓRAX

ACTUALIZACIÓN 1	ACTUALIZACIÓN 2



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

17 XVII. ABDOMEN

ACTUALIZACIÓN 1	ACTUALIZACIÓN 2

18 XVIII. GENITALES EXTERNOS, EXPLORACIÓN VAGINAL Y/O RECTAL

ACTUALIZACIÓN 1	ACTUALIZACIÓN 2

19 XIX. EXTREMIDADES

ACTUALIZACIÓN 1	ACTUALIZACIÓN 2

20 XX. COLUMNA VERTEBRAL

ACTUALIZACIÓN 1	ACTUALIZACIÓN 2

DIAGNÓSTICO(S):

21

ACTUALIZACIÓN 1

ACTUALIZACIÓN 2

PRONÓSTICO:

22

FACTORES PSICOLÓGICOS, SOCIALES Y/O ECONÓMICOS QUE PUEDEN INTERVENIR EN LA RESPUESTA A ENFERMEDAD Y/O TRATAMIENTO:

23

REQUIERE VALORACIÓN POR OTRO PERSONAL DE SALUD: (Psicología, Trabajo Social, Nutrición y Dietética, etcétera)

24

MÉDICO RESPONSABLE DE ELABORACIÓN PRIMERA VEZ

Nombre completo	Matrícula	Firma
-----------------	-----------	-------

La historia clínica deberá realizarse dentro de las primeras 24 horas posteriores al ingreso hospitalario del paciente. Si la historia clínica tiene más de 30 días de haberse elaborado, a su ingreso hospitalario deberá de actualizarse.

MÉDICO RESPONSABLE ACTUALIZACIÓN 1

MÉDICO RESPONSABLE ACTUALIZACIÓN 2

Nombre completo	Matrícula	Firma	Nombre completo	Matrícula	Firma
-----------------	-----------	-------	-----------------	-----------	-------

2430-021-148



ANEXO 18
“Historia clínica”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
	Unidad Médica Hospitalaria	<p>El nombre y número de la Unidad Médica Hospitalaria en la cual se inicia el formato.</p> <p>Ejemplo: UMAE HGO No.4 “Luis Castelazo Ayala”.</p>
	Servicio tratante	<p>El nombre de la especialidad o servicio departamento clínico tratante del paciente y responsable del registro del formato.</p> <p>Ejemplo: Ginecología</p>
	Fecha	<p>El día, mes, año y hora correspondientes a la fecha en que se inicia el formato; en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda.</p> <p>Ejemplo: 20 / 04 / 2010</p>
	Nombre	<p>El nombre completo del(a) paciente; iniciando por los apellidos paterno, materno y nombre, el dato deberá transcribirse de la identificación con la que se presenta.</p> <p>Ejemplo: Lugo González María del Rosario.</p>
	NSS y agregado	<p>El número de seguridad social del paciente, además de los dígitos (número y letras) que conforman el agregado. Este deberá de transcribirse del Expediente clínico u otro documento con el que se recibe al paciente.</p> <p>Ejemplo: 4208 84 1670 2F65OR</p>
	Fecha de nacimiento	<p>El día, mes, año y hora correspondientes a la fecha de nacimiento del(a) paciente; en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda.</p> <p>Ejemplo: 18 / 03 / 1968.</p>



ANEXO 18
“Historia clínica”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
Interrogatorio Directo Indirecto	Una “X” en el recuadro correspondiente a la forma en la cual se obtuvo la información del paciente: directo si es aportada por el propio paciente; indirecto si es obtenida a través de familiar o personal legalmente responsable.	Ejemplo: DIRECTO <input checked="" type="checkbox"/> INDIRECTO <input type="checkbox"/>
Fecha de actualización 1	El día, mes y año correspondientes a la fecha de la actualización primera actualización (de ser necesario); en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda.	Ejemplo: 20 / 03 / 2011
Fecha de actualización 2	El día, mes y año correspondientes a la fecha de la actualización segunda actualización (de ser necesario); en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda.	Ejemplo: 21 / 05 / 2011
1 I. Ficha de Identificación*	* Nota: Cada sección del formato cuenta con tres apartados primera vez, actualización 1 y 2; registre en la sección correspondiente el momento de que se trate: primera vez, primera o segunda actualización.	



ANEXO 18
“Historia clínica”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
	Lugar de nacimiento	El lugar de nacimiento del paciente, registrando la ciudad y el estado. Ejemplo: San Cristóbal de las Casas, Chiapas.
	Grupo étnico	Si el paciente corresponde a un grupo étnico (conjunto de personas que responden a determinadas características, que pueden ser morfológicas, sociológicas, color de piel, etcétera.). Ejemplo: Tzotzil.
	Sexo	El género de la paciente (hombre o mujer). Ejemplo: Mujer.
	Edad	Los días, meses o años cumplidos del paciente, en el momento de realizar la historia clínica (subraya días, meses o años, según el caso). Ejemplo: 43 (días, meses, <u>años</u>).
	Edo. Civil	El estado civil del paciente en el momento de realizar la historia clínica (soltero, unión libre, casado, viudo). Ejemplo: Casada.
	Escolaridad	El grado máximo de estudios del paciente en el momento de realizar la historia clínica. Ejemplo: Secundaria completa.
	Ocupación	La ocupación del paciente en el momento de realizar la historia clínica. Ejemplo: Hogar.
	Religión	La religión de del paciente en el momento de realizar la historia clínica. Ejemplo: Católica.



ANEXO 18
“Historia clínica”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
	Domicilio (calle, número(s) y colonia)	<p>El nombre de la calle, el número oficial, tanto exterior como interior, así como la Colonia y la Delegación o Municipio en donde habita el paciente. El dato deberá transcribirse de los documentos con los que se presenta.</p> <p>Ejemplo: Sinaloa 89 Depto. 5 Colonia Roma, Delegación Cuauhtémoc</p>
	Código Postal	<p>El número que corresponde al Código Postal asignado al domicilio del paciente. El dato deberá transcribirse de los documentos con los que se presenta.</p> <p>Ejemplo: 06700</p>
	Estado	<p>La entidad Federativa en la que se encuentra ubicado el domicilio del paciente. El dato deberá transcribirse de los documentos con los que se presenta.</p> <p>Ejemplo: Distrito Federal.</p>
	Teléfono	<p>El número telefónico del paciente fijo o celular o móvil, en caso de no contar con el, solicitar el número de teléfono fijo de familiar o amistad para su localización.</p> <p>Ejemplo: 53604537</p>
2	II. Antecedentes hereditarios y familiares* *consultar nota de sección número 1	<p>Los antecedentes hereditarios y familiares identificados tras realizar el interrogatorio que pueden potencialmente tener repercusiones en el estado de salud del paciente. Incluye padecimientos oncológicos, hereditarios, genéticos, diabetes mellitus, hipertensión arterial, cardiopatías, etc.</p> <p>Ejemplo: Madre con cáncer de ovario, se desconoce tipo; diagnóstico a los 60 años de edad; tratada con Cirugía y Quimioterapia. Finada por metástasis a los 62 años.</p>



ANEXO 18
“Historia clínica”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
3	III. Antecedentes personales no patológicos* *consultar nota de sección número 1	<p>La respuesta del paciente, familiar o persona legalmente responsable tras interrogar los antecedentes personales no patológicos. Incluye: vivienda y sus servicios, hábitos alimenticios, de higiene y actividades físicas, convivencia con mascotas, inmunizaciones, etc.</p> <p>Ejemplo: Vivienda tipo urbano, cuenta con todos los servicios intra y extra domiciliarios; dieta abundante en carbohidratos y grasas, hábitos higiénicos personales irregulares, vida sedentaria; Convive con animales (perro y gato), sedentaria; vacuna hepatitis B e influenza en Diciembre de 2010.</p>
4	IV. Antecedentes personales patológicos (incluir abuso y dependencia de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas)* *consultar nota de sección número 1	<p>La respuesta del paciente, familiar o persona legalmente responsable tras interrogar los antecedentes personales patológicos. Incluye: antecedentes de enfermedades (infancia y recientes), cirugías, internamientos hospitalarios, tratamientos recibidos, abuso de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas, respuesta a tratamientos recibidos, etc.</p> <p>Ejemplo: Cuadros de faringoamigdalitis de repetición en edad preescolar manejados en la gran mayoría de las ocasiones con penicilina procaínica inyectada, varicela a los 4 años, sarampión a los 5 años, parotiditis a los 7 años; sin complicaciones aparentes. Se realizó diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II, hipertensión arterial y depresión a los 39 años de edad; manejo irregular de los tres padecimientos. La hipertensión arterial se maneja con captopril 25 mg VO cada 12 horas. Sin manejo actual para la depresión. El control para la Diabetes Mellitus tipo II con dieta de 1500 calorías al día, se indicó metformina, pero no la ha iniciado aún el medicamento. Presentó a los 42 años de edad Litiasis Vesicular que ameritó colecistectomía abierta de urgencia sin aparentes complicaciones. Tabaquismo de 10 cigarrillos diarios desde los 25 años de edad. El interrogatorio a la dependencia de alcohol y otras sustancias psicoactivas es negativo.</p>



ANEXO 18
“Historia clínica”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
5	V. Antecedentes Gineco-Obstétricos* *consultar nota de sección número 1	<p>La respuesta de la paciente o familiar o persona legalmente responsable después de interrogar los antecedentes gineco-obstétricos.</p> <p>Incluye: Menarquia, telarquia pubarquia, ritmo menstrual (duración, periodicidad y cantidad de flujo menstrual), fecha de última menstruación, embarazos, partos, cesáreas, abortos, embarazos ectópicos, embarazos molares; resultados perinatales, de proceder: fecha probable de parto, historia del control prenatal en evaluación, métodos de planificación familiar utilizados, datos de síndrome climatérico, menopausia, patología mamaria, etcétera.</p> <p>Ejemplo: Menarca, telarca y pubarca a los 10-13 años. Ritmo menstrual 30 X 4-6 días, utilizando 5 toallas sanitarias en el día de mayor sangrado. Nuligesta. Refiere síntomas vasomotores caracterizados por bochorno y sequedad vaginal desde hace dos años sin recibir manejo hasta el momento. No utilizó métodos de planificación familiar. La interrogación de patología mamaria es negativa. Fecha de última menstruación: 20 de abril de 2011.</p>
6	VI. Padecimiento actual *consultar nota de sección número 1	<p>El motivo por el cual demanda atención médica el paciente, describiendo con la mayor exactitud posible los síntomas y signos, tiempo de evolución, manejo recibido hasta el momento, respuesta al tratamiento, etc.</p> <p>Ejemplo: Paciente que se presentó el día de hoy a la consulta externa, refiriendo cefalea global pulsátil intensa que inició el día de hoy inmediatamente después de despertarse, además de la presencia de acufenos y fosfenos. Manejada con captopril 25 mg VO cada 12 horas, sin tomarlo desde hace dos semanas debido a que no lo considera necesario. Ha notado edema de ambas extremidades inferiores desde hace dos semanas por lo que ha tenido que cambiar de número de calzado; además de palpitaciones desde hace tres días que ceden al reposo. No ha recibido ningún tipo de tratamiento hasta el momento de la valoración.</p>



ANEXO 18
“Historia clínica”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
7	VII. Interrogatorio por aparatos y sistemas* *consultar nota de sección número 1	<p>La respuesta del paciente, familiar o persona legalmente responsable tras interrogar la presencia de signos y síntomas de acuerdo a aparatos y sistemas.</p> <p>Ejemplo:</p> <p>Aparato respiratorio: Disnea de medianos esfuerzos, tos matutina sin expectoración. Aparato digestivo: Polifagia y constipación crónica. Aparato cardiovascular: Acúfenos y fosfenos, palpitaciones, edema ambas extremidades inferiores. Aparato genitourinario: Polidipsia, poliuria, prurito genital, nictúmero: 3 x 3. Sistema nervioso: Parestesias en extremidades inferiores, somnolencia diurna. Sistema músculo esquelético: Dolor en rodillas y plantar. Sistema endocrino: Polidipsia, polifagia, bochornos ocasionales. Sistema hematopoyético y linfático: Rubicundéz y edema de extremidades inferiores. Piel y anexos: Sensación de piel seca, pérdida moderada de cabello.</p>
8	VIII. Síntomas generales* *consultar nota de sección número 1	<p>Los síntomas generales que refirió el paciente, familiar o persona legalmente responsable tras interrogar el motivo de la consulta.</p> <p>Ejemplo: Cefalea, acufenos, fosfenos y edema.</p>
9	IX. Resultados de estudios auxiliares de diagnóstico previos* *consultar nota de sección número 1	<p>Los resultados obtenidos tras haber realizado estudios de laboratorio y/o gabinete con anterioridad.</p> <p>Ejemplo: Biometría hemática: Hemoglobina: 17.3 g/dl, leucocitos: 8700; diferencial normal, plaquetas 350 000 por mm³. Química sanguínea: Glucosa: 160 mg/dl, urea 28 mg/do, creatinina 1.2 mg/dl, ácido úrico 8.4 mg /dl. Sin estudios de gabinete hasta el momento.</p>



ANEXO 18
“Historia clínica”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
10	X. Terapéutica previa y resultados obtenidos* *consultar nota de sección número 1	La respuesta del paciente, familiar o persona legalmente responsable tras interrogar el manejo recibido con anterioridad, así como el resultado obtenido a éste. Ejemplo: Manejada con Metformina y dieta para la Diabetes Mellitus tipo II con inadecuado control glucémico. El manejo de la hipertensión arterial es con Captopril con ingesta irregular del medicamento y control subóptimo de la hipertensión arterial.
11	XI. Diagnósticos previos* *consultar nota de sección número 1	El o los diagnóstico(s) al(os) que se haya llegado con anterioridad en la historia médica del paciente. Ejemplo: Diabetes Mellitus tipo II Hipertensión Arterial crónica esencial Depresión.
	Exploración física*	
		*Nota: Cada sección del formato cuenta con tres apartados primera vez, actualización 1 y 2; registre en la sección correspondiente el momento de que se trate: primera vez, primera o segunda actualización.
12	XII. Signos vitales y somatometría	
	Frec. cardíaca	El número de latidos cardíacos auscultados durante un minuto de exploración. Ejemplo: 95
	Frec. Respiratoria	El número de ventilaciones observadas durante un minuto. Ejemplo: 20
	Temperatura	El grado de calor del paciente evaluado con un termómetro y medido en grados Celsius.



ANEXO 18
“Historia clínica”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
		Ejemplo: 36.8°C
TA		La tensión arterial sistólica y diastólica del paciente evaluada con el uso de esfigmomanómetro y estetoscopio, y medida en milímetros de mercurio mm/Hg. Expresar en el siguiente orden: presión arterial sistólica / presión arterial diastólica Ejemplo: 160 / 110
Pulso		El número de pulsaciones contabilizadas en el transcurso de un minuto tras la percepción táctil que aporta el flujo sanguíneo durante su recorrido por cualquier arteria. Ejemplo: 95.
Peso actual		El peso del paciente medido con una báscula y expresado en kilogramos y sus fracciones en gramos. Ejemplo: 76.615
Estatura		La estatura del paciente expresada en metro con su fracción en centímetros. Ejemplo: 1.52
Índice de Masa Corporal		El resultado obtenido tras realizar una relación del peso con la talla. Se calcula a partir de la división del peso expresado en kilogramos entre la estatura expresada en metros y elevada al cuadrado. Ejemplo: 33.2
Peso ideal		El valor observado tras evaluar características propias del individuo (edad, género y talla) en curvas de referencia similares a la de la población a la que pertenece el paciente, Ejemplo: 56 kg.



ANEXO 18
“Historia clínica”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
13	XIII. Habitus exterior* *consultar nota de sección número 1	Los hallazgos encontrados después realizar la exploración del habitus exterior del paciente. Ejemplo: Conciente, reactiva, orienta en las tres esferas, irritable, hábito pícnico, actitud libremente escogida, ligeramente deshidratada.
14	XIV. Cabeza* *consultar nota de sección número 1	Los hallazgos encontrados tras realizar la exploración de la cabeza del paciente. Ejemplo: Normocéfala sin endostosis ni exostosis, tendencia a la braquicefalia, cabello delgado con implantación de acuerdo a edad y sexo, pabellones auriculares normoimplantados, con conductos auditivos externos permeables. Pares craneales dentro de la normalidad. Pupilas isocóricas, simétricas y normorefléxicas. Ambos fondos de ojo con proliferación de nuevos vasos sanguíneos. Prótesis dental frontal y superior. Mucosa oral ligeramente deshidratada.
15	XV. Cuello* *consultar nota de sección número 1	Los hallazgos encontrados después realizar la exploración del cuello del paciente. Ejemplo: Corto, aumentado de volumen a expensas de panículo adiposo, tráquea central movable, no se palpan adenomegalias; pulso carotídeo homócroto y sincrónico con pulso radial.
16	XVI. Tórax* *consultar nota de sección número 1	Los hallazgos encontrados tras realizar la exploración del tórax del paciente. Ejemplo: Cilíndrico, piel de aspecto de acuerdo al resto del cuerpo, glándulas mamarias a la izquierda con ligera ptosis, tamaño aumentado, pezones forma y tamaño normal. Sin palpar tumor. Movimientos de amplexión y amplexación ligeramente disminuidos, con hipoventilación en ambos campos pulmonares, vibraciones vocales disminuidas en ambas bases pulmonares. Precordio con desplazamiento del ápex a la izquierda, ruidos cardiacos rítmicos de intensidad aumentada, con reforzamiento del segundo ruido en foco pulmonar y aórtico.



ANEXO 18
“Historia clínica”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
17	XVII. Abdomen* *consultar nota de sección número 1	<p>Los hallazgos encontrados después realizar la exploración del abdomen del paciente.</p> <p>Ejemplo: Blando, depresible, globoso a expensas de abundante panículo adiposo, con cicatriz media supraumbilical, sin hiperestesia ni hiperbaralgesia, marco cólico ligeramente doloroso a la palpación profunda hacia el lado izquierdo, hígado a 1 x 1 x 1 cm sobre líneas convencionales, bazo no palpable, timpanismo generalizado, puntos ureterales superiores y Giordano no presentes, movimientos peristálticos sin fenómenos agregados. Sin adenomegalias.</p>
18	XVIII. Genitales externos, exploración vaginal y/o rectal* *consultar nota de sección número 1	<p>Los hallazgos encontrados tras realizar la exploración de genitales externos, exploración vaginal y/o rectal del paciente.</p> <p>Ejemplo: De acuerdo a edad y sexo, vello púbico escaso, hiperemia vulvo-perineal leve a moderada con zonas de descamación y huellas sugestivas de rascado; al tacto vaginal, la vagina con paredes elásticas, cérvix lateralizado a la derecha, el útero en retroversoflexión de 8 X & X 4 cm, los anexos no son palpables, existe e flujo transvaginal de color blanco grumoso. A la exploración con espejo vaginal, el cérvix es hiperémico, no se observó pérdida de continuidad en mucosa. A la exploración rectal: esfínter normotónico, con abundante materia fecal en ámpula.</p>
19	XIX. Extremidades* *consultar nota de sección número 1	<p>Los hallazgos encontrados después realizar la exploración de las extremidades del paciente.</p> <p>Ejemplo: Extremidades superiores con piel reseca, aumentadas de volumen a expensas de acumulación de panículo adiposo con reflejos osteotendinosos presentes y normales. Las inferiores aumentadas de volumen a expensas de edema de predominio distal, con abundantes trayectos varicosos en ambas piernas, edema distal con signo de godete positivo, existe disminución de la sensibilidad a nivel de la región plantar.</p>



ANEXO 18
“Historia clínica”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
20	XX. Columna vertebral* *consultar nota de sección número 1	<p>Los hallazgos encontrados tras realizar la exploración de la columna vertebral del paciente.</p> <p>Ejemplo: Central, con lordosis cervical y lumbar fisiológicas, discreta escoliosis izquierda, los cuerpos vertebrales claramente visibles a nivel cervical, aunque no son visibles en tórax, abdomen y pelvis debido a abundante panículo adiposo. Se palpan las apófisis espinosas en todos los segmentos, siendo de características dentro de la normalidad. No se aprecia dolor a la palpación.</p>
21	Diagnóstico(s)* *consultar nota de sección número 1	<p>El diagnóstico de presunción tras la elaboración de la Historia clínica, tomando en consideración: interrogatorio, exploración física y resultado de estudios de auxiliares de diagnóstico previos.</p> <p>Ejemplo: Crisis hipertensiva Hipertensión arterial crónica esencial Diabetes Mellitus tipo II Obesidad Depresión.</p>
22	Pronóstico* *consultar nota de sección número 1	<p>El pronóstico esperado de acuerdo a la evaluación y al diagnóstico de presunción realizado.</p> <p>Ejemplo: Bueno para la vida. Malo para la función.</p>
23	Factores psicológicos, sociales y/o económicos que pueden intervenir en la respuesta a enfermedad y/o tratamiento	<p>Todos aquellos factores psicológicos, sociales y/o económicos que potencialmente influyen en el estado de salud del paciente que deben ser atendidos por el personal de salud de la Unidad Médica y que se relacionan o no con el motivo de demanda de atención médica del paciente.</p> <p>Ejemplo: Paciente con poco apego al manejo médico sugerido hasta el momento y que no suele asistir a los controles indicados. Presenta datos que sugieren un trastorno depresivo crónico que no ha recibido manejo específico.</p>



ANEXO 18
“Historia clínica”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
24	Requiere valoración por otro personal de salud (Psicología, Trabajo Social, Nutrición y Dietética, etc.)	Las disciplinas que pueden contribuir a mejorar el entorno físico, psicológico y social del paciente para ofrecer un manejo integral. Pueden o no encontrarse directamente relacionadas con el padecimiento actual. Ejemplo: Dietología: Obesidad. Trabajo Social: Involucrar a familia en proceso de atención médica para acudir regularmente a control médico. Psicología: Manejo de Depresión crónica.
	Médico Responsable de la elaboración primera vez	El nombre completo, la matrícula y la firma del Médico Responsable de realizar la Historia clínica por primera vez al paciente en la Unidad Médica. Ejemplo: Luis Gómez Hernández 11465678 Firma
	Médico Responsable actualización 1	El nombre completo, la matrícula y la firma del Médico Responsable de realizar la primera actualización a la Historia clínica en la Unidad Médica. Ejemplo: Sergio Ruiz Sánchez 90658748 Firma
	Médico Responsable actualización 2	El nombre completo, la matrícula y la firma del Médico Responsable de realizar la primera actualización a la Historia clínica en la Unidad Médica. Ejemplo: Lourdes Escalante Pichardo 6525894 Firma



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Anexo 19

“Consentimiento informado para la realización de procedimientos invasivos en consultorio”

2430-021-129



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS EN CONSULTORIO

Yo _____ (1) _____ (2)
Nombre completo del paciente Número de Seguridad Social y agregado

Reconozco que el/la Dr. (a). _____ (3) me ha proporcionado información amplia, clara y precisa sobre el(los) procedimiento invasivo:

1.- _____ (4)
Nombre del procedimiento

En que consiste y los objetivos del mismo.

Sobre el por qué y para qué está indicado el que se me haga este procedimiento invasivo en mi caso; los beneficios esperados después del mismo, así como los riesgos y las complicaciones más frecuentes que pueden presentarse propios de mi condición actual de salud como: _____.

El Doctor me informó de la existencia de otros procedimientos invasivos alternativos al que me está proponiendo, que no se realizan en el IMSS. De las molestias que puedo tener o sentir después del(os) procedimiento(s) quirúrgico(s) que se me va(n) a realizar.

Reconozco que me informó sobre los efectos y consecuencias esperados si no acepto el procedimiento invasivo y declaró que en todo momento existió su disposición para aclarar mis dudas o ampliar la información. Fui informado(a) que tengo el derecho de cambiar mi decisión en cualquier momento y manifestarla previo al(os) procedimiento invasivo.

Con el fin de facilitar mi recuperación, me comprometo a acudir a revisión médica cuando se me indique; o en el caso de presentar alguna molestia o duda.

Acorde a lo anterior, declaro lo siguiente: es mi decisión libre, consciente e informada aceptar el procedimiento invasivo arriba mencionado, con el fin de complementar mi diagnóstico _____ (5) con el fin de restablecer mi salud o mejorar mi estado actual, el cual se efectuará en: _____
Nombre de la Unidad Médica Hospitalaria

Fecha: ____/____/____/____.
Día Mes Año

Médico tratante			Paciente, familiar o persona legalmente responsable	
_____ NOMBRE	(6) _____ MATRÍCULA	_____ FIRMA	(7) _____ NOMBRE	_____ FIRMA
Testigo 1		Testigo 2		
_____ NOMBRE	(8) _____ FIRMA	(8) _____ NOMBRE	_____ FIRMA	

2430-021-129



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

DENEGACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS EN CONSULTORIO

Yo _____ (1) _____ / ____ / ____ / ____ / ____ (2)
Nombre completo del paciente Número de Seguridad Social y agregado

Reconozco que el/la Dr. (a). _____ (3) _____ me ha proporcionado información amplia, clara y precisa sobre el(os) procedimiento(s) intervencionista(s):
1.- _____ (4) _____
2.- _____
3.- _____
Nombre del(os) procedimiento(s) intervencionista(s)

En que consiste(n) y los objetivos del(os) mismo(o).

Sobre el por qué y para qué está indicado el que se me haga este(os) procedimiento(s) intervencionista(s) en mi caso; los beneficios esperados después del mismo, así como los riesgos y las complicaciones más frecuentes que pueden presentarse propios de mi condición actual de salud como:

Reconozco que me informó sobre los efectos y consecuencias esperados si no acepto el(os) procedimiento(s) intervencionista(s). Fui informado(a) que tengo el derecho de cambiar mi decisión en cualquier momento y manifestarla.

He comprendido las explicaciones que se me han dado en lenguaje claro y sencillo y declaro que en todo momento existió disposición por parte del médico para aclarar dudas o ampliar información. También se me informó que puedo continuar recibiendo atención médica en el Instituto.

Por lo que entiendo y declaro lo siguiente: Estoy satisfecho por la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos de NO SOMETERME al(os) procedimiento(s) intervencionista(s) indicado(s) por el médico tratante y en tales circunstancias NO CONSIENTO someterme a el(os) procedimiento(s) invasivo(s) arriba mencionado(s) en: _____ (5) _____

Fecha: ____ / ____ / ____ / ____
Día Mes Año

Nombre de la Unidad Médica Hospitalaria

Médico tratante			Paciente, familiar o persona legalmente responsable		
_____ NOMBRE	(6) _____ MATRÍCULA	_____ FIRMA	_____ NOMBRE	(7) _____ FIRMA	_____ FIRMA

Testigo 1		Testigo 2	
_____ NOMBRE	(8) _____ FIRMA	_____ NOMBRE	(8) _____ FIRMA

2430-021-129



Anexo 19
“Consentimiento informado para la realización de procedimientos invasivos en consultorio”

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
1	Yo: _____	<p>El nombre completo del paciente al que se le va a efectuar el procedimiento invasivo, iniciando por los apellidos paterno, materno y nombre, el dato deberá transcribirse del expediente clínico o documentación con la que se recibe al paciente.</p> <p>Ejemplo: Gómez Córdova Miguel.</p>
2	Número de seguridad social	<p>El número de seguridad social y los dígitos (número y letras) que conforman el agregado al número de seguridad social del paciente al que se le va a efectuar el procedimiento invasivo. Este deberá de transcribirse del expediente clínico o documento con que se recibe al paciente.</p> <p>Ejemplo: 1210-55-1670-1M59OR</p>
3	Dr.(a)	<p>El nombre completo del médico tratante, iniciando por los apellidos paterno, materno y nombre, el dato deberá transcribirse del expediente clínico o documentación con la que se recibe al paciente.</p> <p>Ejemplo: López Velázquez José Luis.</p>
4	Nombre del procedimiento	<p>El nombre del procedimiento invasivo que se le va a realizar al paciente.</p> <p>Ejemplo: Biopsia de cérvix</p>
5	Se efectuará en: _____ Nombre de la Unidad Médica Hospitalaria	<p>El tipo y número de unidad médica hospitalaria en donde se realizará el procedimiento invasivo.</p> <p>Ejemplo: Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4.</p>
5	Fecha	<p>El día, mes y año correspondientes a la fecha en que se realiza el consentimiento informado, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda.</p> <p>Ejemplo: 20 / 09 / 2011.</p>



Anexo 19
“Consentimiento informado para la realización de procedimientos invasivos en consultorio”

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
6	Médico tratante	<p>El nombre (s), apellido paterno y apellido materno, el número de matrícula y la firma autógrafa del Médico no Familiar tratante del servicio que solicita.</p> <p>Ejemplo: José Luis López Velázquez Matrícula 6970698 Firma</p>
7	Paciente, familiar o persona legalmente responsable	<p>El nombre completo del paciente al que se efectúa el procedimiento invasivo o del familiar o persona legalmente responsable, iniciando por el nombre, los apellidos paterno y materno y firma.</p> <p>Ejemplo: María Mariscurrena de Lara. Firma</p>
8	Testigo 1 Testigo 2	<p>El nombre completo de los testigos por parte del paciente al que se efectuará el procedimiento invasivo, iniciando por el nombre, los apellidos paterno y materno y firma.</p> <p>Ejemplo: José Manuel Lara Zavala. Firma</p>



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Anexo 20

“Registro del consumo de medicamentos de alto costo o de psicotrópicos”

2430-021-121



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD
REGISTRO DEL CONSUMO DE MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO O DE PSICOTRÓPICOS**

UNIDAD MÉDICA HOSPITALARIA 1	SERVICIO 2	NUMERO DE FOLIO 3
--	--	---

<input type="checkbox"/> 4 MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO	<input type="checkbox"/> 9 PSICOTRÓPICOS
--	---

No. 5	FECHA	HORA	PACIENTE 6		DIAGNÓSTICO	MEDICAMENTO 7			MÉDICO RESPONSABLE 8	ENFERMERA RESPONSABLE 9
			NOMBRE	NSS		NOMBRE	PRESENTACIÓN	SERIE Y No. DE FOLIO		

ENFERMERA JEFE DE PISO			SUBJEFE DE ENFERMERAS		
_____	_____	_____	_____	_____	_____
NOMBRE	MATRÍCULA	FIRMA	NOMBRE	MATRÍCULA	FIRMA

2430-021-121



ANEXO 20
“Registro del consumo de medicamentos de alto costo o de psicotrópicos”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR	
1	Unidad Médica Hospitalaria	El tipo y número de unidad hospitalaria correspondiente. Ejemplo: Hospital de Pediatría CMN “Siglo XXI”.	
2	Servicio	El nombre del Departamento o Servicio o Especialidad a la que se le entrega el medicamento y responsable del paciente al que se le administra. Ejemplo: Endocrinología	
3	No. de folio	El número ordinal ascendente que ocupa el formato en el registro histórico del servicio. Ejemplo: 16	
4	Medicamento de alto costo/ Psicotrópicos	Una “X” en el recuadro correspondiente si el formato se utiliza para el registro de medicamentos de alto costo o para medicamentos psicotrópicos. Ejemplo: <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td style="text-align: center;">X</td></tr></table> MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO	X
X			
5	No.	El número progresivo en orden ascendente que ocupa el registro en el formato. Ejemplo: 2.	
	Fecha	El día, mes y año correspondientes a la fecha en que se entrega el medicamento, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda. Ejemplo: 20 / 12 / 2010.	
	Hora	La hora en que se entrega el medicamento, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda. Ejemplo: 09: 45 hr	



ANEXO 20
“Registro del consumo de medicamentos de alto costo o de psicotrópicos”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
6	Paciente	
	Nombre	El nombre completo del paciente al que se le administra el medicamento, iniciando por los apellidos paterno y materno, seguido del nombre o nombres, el dato deberá transcribirse del expediente clínico o documentación con la que se recibe al paciente. Ejemplo: Fuentes Cervantes Manuel.
	NSS	El número de seguridad social y los dígitos (número y letras) que conforman el agregado al número de seguridad social del paciente. Este dato deberá transcribirse de: expediente clínico, cartilla de salud y citas médicas u otro documento con la que se recibe al paciente. Ejemplo: 1210-55-1670-1M59OR
	Diagnóstico	El diagnóstico de la enfermedad que padece el paciente. Este dato deberá de consultarse en el Expediente clínico. Ejemplo: Hiperprolactinemia.
7	Medicamento	
	Nombre	El nombre genérico del medicamento que se consume, así como su clave del Cuadro Básico. Ejemplo: Cabergolina 1094
	Presentación	El tipo de presentación del medicamento, describiendo la forma farmacéutica y dosificación.

Presentación	Abreviatura
Ampolleta	amp
Caja	cja
Capa entérica	c.e
Cápsulas	cáps
Comprimidos	comps
Elíxir	elíx
Emulsión	emul



ANEXO 20

**“Registro del consumo de medicamentos de alto costo o de psicotrópicos”
INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No	DATO	ANOTAR
	Enfermera Jefe de Piso	El nombre, la matrícula y la firma de la Enfermera Jefe de Piso Responsable. Ejemplo: María Patricia Hernández Ruiz 11458565 Firma
	Subjefe de Enfermeras	El nombre, la matrícula y la firma de la Enfermera Jefe de Piso Responsable. Ejemplo: María Patricia Hernández Ruiz 11458565 Firma



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Anexo 21

“Registro del consumo diario de medicamentos, material de curación y equipo”

2430-021-124



DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD

REGISTRO DEL CONSUMO DIARIO DE MEDICAMENTOS O MATERIAL DE CURACIÓN Y EQUIPO

3

4

UNIDAD MÉDICA HOSPITALARIA:

1

No. DE CONSULTORIO O PISO Y ESPECIALIDAD:

2

FECHA: ___/___/___
DD MMM AAAA

FECHA: ___/___/___
DD MMM AAAA

MEDICAMENTOS

MATERIAL DE CURACIÓN Y EQUIPO

5

7

No.	MEDICAMENTOS O MATERIAL DE CURACIÓN Y EQUIPO		DÍA																							TOTAL									
	CLAVE	DESCRIPCIÓN	26	27	28	29	30	31	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17		18	19	20	21	22	23	24	25	
1																																			
2		6																																	8
3																																			
4																																			
5																																			
6																																			
7																																			
8																																			
9																																			
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			

ENFERMERA			ENFERMERA JEFE DE PISO			SUBJEFE DE ENFERMERAS		
NOMBRE	MATRÍCULA	FIRMA	NOMBRE	MATRÍCULA	FIRMA	NOMBRE	MATRÍCULA	FIRMA
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

2430-021-124



ANEXO 21

“Registro del consumo diario de medicamentos, material de curación y equipo” INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
1	Unidad Médica	El tipo y número de unidad hospitalaria correspondiente. Ejemplo: Hospital de Pediatría CMN “Siglo XXI”.
2	No. de consultorio o piso y especialidad	El número del consultorio o el piso del cual se registra el material de curación, así como la especialidad. Ejemplo: Consultorio 25 Pediatría.
3	Fecha	El día, mes y año correspondientes a la fecha en que se inicia el periodo de registro que comprende el formato; en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda. Se iniciará en el día 26 de cada mes Ejemplo: 26 / 12 / 2010.
4	Fecha	El día, mes y año correspondientes a la fecha en que finaliza el periodo de registro que comprende el formato; en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda. Se finalizará en el día 25 de cada mes Ejemplo: 25 / 01 / 2011.
5	Medicamento / Material de curación y equipo	Una “X” en el recuadro correspondiente a Medicamento o en el de Material de curación y equipo según corresponda de acuerdo a los datos que se registrarán en el formato.
6	Medicamento o Material de curación y equipo	
	Clave	La clave asignada de acuerdo al cuadro básico institucional al material de curación o equipo que se registra. Ejemplo: 060.088.0827



ANEXO 21

**“Registro del consumo diario de medicamentos, material de curación y equipo”
INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No	DATO	ANOTAR									
	Descripción	El nombre del material de curación o equipo junto con la descripción que se considere pertinente. Ejemplo: Apósitos con barrera antimicrobiana. Estéril y desechable.10 cm X 10 cm a 20 cm.									
6	Día	El número total del material consumido durante el turno. Ejemplo:									
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>No.</th> <th>MATERIAL</th> <th>Día</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <th>№</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Apósitos con barrera antimicrobiana. Estéril y desechable.10 cm X 10 cm a 20 cm.</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	No.	MATERIAL	Día			№	1	Apósitos con barrera antimicrobiana. Estéril y desechable.10 cm X 10 cm a 20 cm.	3
No.	MATERIAL	Día									
		№									
1	Apósitos con barrera antimicrobiana. Estéril y desechable.10 cm X 10 cm a 20 cm.	3									
7	Total	El número total de material consumido durante el mes. El número a registrar se obtiene a partir de la sumatorias de las filas en forma horizontal de cada uno de los días que incluye el registro. Ejemplo:									
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>No.</th> <th>MATERIAL</th> <th>TOTAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Apósitos con barrera antimicrobiana. Estéril y desechable.10 cm X 10 cm a 20 cm.</td> <td>62</td> </tr> </tbody> </table>	No.	MATERIAL	TOTAL	1	Apósitos con barrera antimicrobiana. Estéril y desechable.10 cm X 10 cm a 20 cm.	62			
No.	MATERIAL	TOTAL									
1	Apósitos con barrera antimicrobiana. Estéril y desechable.10 cm X 10 cm a 20 cm.	62									
	Enfermera	El nombre, matrícula y firma de la Enfermera responsable. Ejemplo: Luz María Rodríguez Peña 97657698 Firma									
	Enfermera Jefe de Piso	El nombre, la matrícula y la firma de la Enfermera Jefe de Piso Responsable. Ejemplo: María Patricia Hernández Ruiz 11458565 Firma									



ANEXO 21

**“Registro del consumo diario de medicamentos, material de curación y equipo”
INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No	DATO	ANOTAR
	Subjefe de Enfermeras	El nombre, la matrícula y la firma de la Enfermera Jefe de Piso Responsable. Ejemplo: María Patricia Hernández Ruiz 11458565 Firma



Anexo 22

“Registro de la productividad diaria de enfermería”

2430-021-122



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD

REGISTRO DE PRODUCTIVIDAD DIARIA DE ENFERMERÍA

3

4

UNIDAD MÉDICA HOSPITALARIA: 1	No. DE CONSULTORIO, SERVICIO Y/O ESPECIALIDAD 2	FECHA: ____/____/____ DD MMM AAAA	FECHA: ____/____/____ DD MMM AAAA
--------------------------------------	--	--------------------------------------	--------------------------------------

No.	PROCEDIMIENTO 5	6 DÍA																									7 TOTAL							
		26	27	28	29	30	31	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19		20	21	22	23	24	25	
1																																		
2																																		
3																																		
4																																		
5																																		
6																																		
7																																		
8																																		
9																																		
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		

TOTAL DE PROCEDIMIENTOS 8																																	
----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TOTAL DE PACIENTES 9																																
-----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ENFERMERA			ENFERMERA JEFE DE PISO			SUBJEFE DE ENFERMERAS		
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
NOMBRE	MATRÍCULA	FIRMA	NOMBRE	MATRÍCULA	FIRMA	NOMBRE	MATRÍCULA	FIRMA

2430-021-122



ANEXO 22
“Registro de la productividad diaria de enfermería”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
1	Unidad Médica Hospitalaria	El tipo y número de unidad hospitalaria correspondiente. Ejemplo: Hospital de Pediatría CMN “Siglo XXI”.
2	No. de consultorio o piso y especialidad	El número del consultorio o nombre del servicio o especialidad, según sea el caso, al cual pertenecen los datos. Ejemplo: Consultorio 22 Perinatología
3	Fecha	El día, mes y año correspondientes a la fecha en que se inicia el periodo de registro que comprende el formato; en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda. Se iniciará en el día 26 de cada mes Ejemplo: 26 / 12 / 2010.
4	Fecha	El día, mes y año correspondientes a la fecha en que finaliza el periodo de registro que comprende el formato; en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda. Se finalizará en el día 25 de cada mes Ejemplo: 25 / 01 / 2011.
5	Procedimiento	El nombre del procedimiento realizado por el personal de enfermería en el consultorio o piso. Ejemplo: Colocación de sonda Foley.
6	Día	En el recuadro correspondiente que corresponda con el día en que se realizó el procedimiento, la cantidad total de procedimientos de ése tipo que se hayan efectuado. Ejemplo:

Procedimiento	25
Colocación de Sonda Foley	3



ANEXO 22
“Registro de la productividad diaria de enfermería”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
7	Total	En el recuadro correspondiente el resultado obtenido de la sumatoria de los registros de cada día en sentido horizontal. Ejemplo: 65.
8	Total de procedimientos	En el recuadro correspondiente el resultado de la sumatoria de todos los procedimientos realizados en el día. La suma se realiza en sentido vertical. Ejemplo: 14.
9	Total de pacientes	En el recuadro correspondiente el número total de pacientes atendidos en el día. Ejemplo: 22.
	Enfermera	El nombre, matrícula y firma de la Enfermera responsable. Ejemplo: Luz María Rodríguez Peña 97657698 Firma
	Enfermera Jefe de Piso	El nombre, la matrícula y la firma de la Enfermera Jefe de Piso Responsable. Ejemplo: María Patricia Hernández Ruiz 11458565 Firma
	Subjefe de Enfermeras	El nombre, la matrícula y la firma de la Enfermera Jefe de Piso Responsable. Ejemplo: María Patricia Hernández Ruiz 11458565 Firma



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Anexo 23

“Volante para solicitar cita en consulta externa de especialidades”

2430-021-126



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

VOLANTE PARA SOLICITAR CITA EN CONSULTA EXTERNA DE
ESPECIALIDADES

PRÓXIMA CITA EN

CLAVE O RÚBRICA
DEL MÉDICO

2430-021-126



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

VOLANTE PARA SOLICITAR CITA EN CONSULTA EXTERNA DE
ESPECIALIDADES

PRÓXIMA CITA

CLAVE O RÚBRICA
DEL MÉDICO

2430-021-126



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

VOLANTE PARA SOLICITAR CITA EN CONSULTA EXTERNA DE
ESPECIALIDADES

PRÓXIMA CITA EN

CLAVE O RÚBRICA
DEL MÉDICO

2430-021-126



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

VOLANTE PARA SOLICITAR CITA EN CONSULTA EXTERNA DE
ESPECIALIDADES

PRÓXIMA CITA EN

CLAVE O RÚBRICA
DEL MÉDICO

2430-021-126



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

VOLANTE PARA SOLICITAR CITA EN CONSULTA EXTERNA DE
ESPECIALIDADES

PRÓXIMA CITA EN

CLAVE O RÚBRICA
DEL MÉDICO

2430-021-126



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

VOLANTE PARA SOLICITAR CITA EN CONSULTA EXTERNA DE
ESPECIALIDADES

PRÓXIMA CITA EN

CLAVE O RÚBRICA
DEL MÉDICO

2430-021-126



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Anexo 24

“Solicitud de servicios (interconsulta) 4 30 200”

2430-021-117



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

SOLICITUD DE SERVICIOS (INTERCONSULTA) 4 30 200

UNIDAD MÉDICA HOSPITALARIA: 1		2	URGENTE	ORDINARIO
FECHA DE ELABORACIÓN: ____/____/____ dd mmm aaa	FECHA EN QUE PRESENTA EL PACIENTE ____/____/____ dd mmm aaa	FECHA EN LA QUE SE PROGRAMÓ LA CITA ____/____/____ : ____ : ____ dd mmm aaa hora min		
DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE 3				
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)		N.S.S. Y AGREGADO:		
SERVICIO QUE ENVÍA: 4		SERVICIO SOLICITADO: 5		
DIAGNÓSTICO PRESUNCIONAL: 6				
MEDICO NO FAMILIAR SOLICITANTE 7				
APELLIDO PATERNO MATERNO Y NOMBRE	MATRÍCULA	FIRMA		

2430-021-117



ANEXO 24
“Solicitud de servicios (interconsulta) 4 30 200”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
1	Unidad Médica Hospitalaria	El tipo y número de unidad hospitalaria correspondiente. Ejemplo: Hospital de Especialidades del CMN “La Raza”.
2	Urgente – Ordinario	Una “X” en el recuadro correspondiente a si se requiere la interconsulta en forma urgente u ordinaria. Ejemplo: Urgente <input checked="" type="checkbox"/>
3	Datos de identificación del paciente	
	Nombre	El nombre completo del paciente al que se le solicita la interconsulta, iniciando por los apellidos paterno, materno y nombre, el dato deberá transcribirse del expediente clínico. Ejemplo: Gómez Córdova Miguel.
	N. S. S. y agregado	El número de seguridad social del paciente, además los dígitos (número y letras) que conforman el agregado. Este deberá de transcribirse del Expediente clínico u otro documento con el que se recibe al paciente. Ejemplo: 1210 55 1670 1M59OR
4	Servicio que envía	El nombre del servicio o especialidad que solicita la interconsulta para el paciente. Ejemplo: Medicina Interna
5	Servicio que solicita	El nombre del servicio o especialidad al que se solicita la interconsulta para el paciente. Ejemplo: Cardiología
6	Diagnóstico presuncional	El probable diagnóstico o de certeza o en su caso el motivo de la solicitud de la interconsulta. Ejemplo: Probable coartación aórtica



ANEXO 24
“Solicitud de servicios (interconsulta) 4 30 200”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
7	Médico no Familiar solicitante	El nombre (s), apellido paterno y apellido materno, matrícula y firma autógrafa del Médico no Familiar tratante que solicita la interconsulta. Ejemplo: Bernardo Alva González 6978100 Firma



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Anexo 25

“Consentimiento informado para la realización de procedimientos quirúrgicos”

2430-021-128



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

Yo _____ (1) _____ / _____ / _____ / _____ (2)
Nombre completo del paciente Número de Seguridad Social y agregado

Reconozco que el/la Dr. (a). _____ (3) _____ me ha proporcionado información amplia, clara y precisa sobre el(los) procedimiento(s) quirúrgico(s):

- 1.- _____
 - 2.- _____ (4) _____
 - 3.- _____
- Nombre del (los) procedimiento(s) quirúrgico(s)

En qué consiste(n) y los objetivos del(os) mismo(s).

Sobre el por qué y para qué está(n) indicado(s) el que se me haga este(os) procedimiento(s) en mi caso; los beneficios esperados después del tratamiento quirúrgico, así como los riesgos y las complicaciones más frecuentes que pueden presentarse propios de mi condición actual de salud.

El Doctor me informó de la existencia de otros procedimientos quirúrgicos alternativos al que me está(n) proponiendo y que este es el más indicado para mi caso; además me explicó, que durante o después del(os) procedimiento(s) puedo requerir la utilización de algún componente sanguíneo. De las molestias que puedo tener o sentir después del(os) procedimientos(s) quirúrgico(s) que se me va(n) a realizar.

Reconozco que me informó sobre los efectos y consecuencias esperados si no acepto el tratamiento quirúrgico propuesto y declaró que en todo momento existió su disposición para aclarar mis dudas o ampliar la información. Fui informado(a) que tengo el derecho de cambiar mi decisión en cualquier momento y manifestarla previo al(os) procedimiento(s) quirúrgico(s).

Con el fin de facilitar mi recuperación, me comprometo a acudir a revisión médica cuando se me indique; o en el caso de presentar alguna molestia o duda.

Acorde a lo anterior, declaro lo siguiente: es mi decisión libre, consciente e informada aceptar el tratamiento quirúrgico arriba mencionado, y los procedimientos complementarios que sean necesarios durante la realización de este(os) a juicio del equipo médico, con el fin de restablecer mi salud o mejorar mi estado actual, el(os) cual(es) se efectuará(n) en: _____ (5) _____. Fecha: ____/____/____/____.
Nombre de la Unidad Médica Hospitalaria Día Mes Año

MEDICO TRATANTE			PACIENTE, FAMILIAR O PERSONA LEGALMENTE RESPONSABLE	
Nombre	(6) _____ Matrícula	Firma	Nombre	(7) _____ Firma
TESTIGO 1			TESTIGO 2	
Nombre	(8) _____ Firma	Nombre	(8) _____ Firma	

2430-021-128



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA**

DENEGACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

Yo _____ (1) _____ / ____ / ____ / ____ (2) _____
Nombre completo del paciente Número de Seguridad Social y agregado

Reconozco que el/la Dr. (a). _____ (3) _____ me ha proporcionado información amplia, clara y precisa sobre el(los) procedimiento quirúrgico(s):

- 1.- _____
 - 2.- _____ (4) _____
 - 3.- _____
- Nombre del(os) procedimiento(s) quirúrgico(s)

En qué consiste(n) y los objetivos del(os) mismo(o).

Sobre el por qué y para qué está indicado el que se me haga este(os) procedimiento(s) quirúrgico(s) en mi caso; los beneficios esperados después del mismo, así como los riesgos y las complicaciones más frecuentes que pueden presentarse propios de mi condición actual de salud como:

Reconozco que me informó sobre los efectos y consecuencias esperados si no acepto el(os) procedimiento(s) quirúrgico(s). Fui informado(a) que tengo el derecho de cambiar mi decisión en cualquier momento y manifestarla.

He comprendido las explicaciones que se me han dado en lenguaje claro y sencillo y declaro que en todo momento existió disposición por parte del médico para aclarar dudas o ampliar información. También se me informó que puedo continuar recibiendo atención médica en el Instituto.

Por lo que entiendo y declaro lo siguiente: Estoy satisfecho por la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos de NO SOMETERME al(os) procedimiento(s) quirúrgico(s) indicado(s) por el médico tratante y en tales circunstancias NO CONSIENTO someterme a el(os) procedimiento(s) quirúrgico(s) arriba mencionado(s) en: _____ (5) _____

Fecha: ____ / ____ / ____ / ____ (6) _____
Día Mes Año Nombre de la Unidad Médica Hospitalaria

Médico tratante			Paciente, familiar o persona legalmente responsable	
_____ NOMBRE	(7) _____ MATRÍCULA	_____ FIRMA	_____ NOMBRE	(8) _____ FIRMA
Testigo 1			Testigo 2	
_____ NOMBRE	(9) _____ FIRMA	_____ FIRMA	_____ NOMBRE	(9) _____ FIRMA

2430-021-128



ANEXO 25

“Consentimiento informado para la realización de procedimientos quirúrgicos” INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
1	Yo: _____	<p>El nombre completo del paciente al que se le va a efectuar el procedimiento quirúrgico, iniciando por los apellidos paterno, materno y nombre, el dato deberá transcribirse del expediente clínico o documentación con la que se recibe al paciente.</p> <p>Ejemplo: María Mariscurrena de Lara.</p>
2	Número de seguridad social	<p>El número de seguridad social y los dígitos (número y letras) que conforman el agregado al número de seguridad social del paciente al que se le va a efectuar el procedimiento quirúrgico. Este deberá de transcribirse del expediente clínico o documento con que se recibe al paciente.</p> <p>Ejemplo: 1210-55-1670-1M59OR</p>
3	Dr.(a)	<p>El nombre completo del médico tratante, iniciando por los apellidos paterno, materno y nombre, el dato deberá transcribirse del expediente clínico o documentación con la que se recibe al paciente.</p> <p>Ejemplo: López Velázquez José Luis.</p>
4	Nombre del procedimiento	<p>El nombre del(os) procedimiento(s) quirúrgico(s) que se le va a realizar al paciente.</p> <p>Ejemplo: Histerectomía total vaginal</p>
5	Se efectuará en: <u>Nombre de la Unidad Médica Hospitalaria</u>	<p>El tipo y número de unidad médica hospitalaria en donde se realizará el procedimiento quirúrgico.</p> <p>Ejemplo: Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4.</p>
5	Fecha	<p>El día, mes y año correspondientes a la fecha en que se realiza el consentimiento informado, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda.</p> <p>Ejemplo: 20 / 09 / 2011.</p>



ANEXO 25

**“Consentimiento informado para la realización de procedimientos quirúrgicos”
INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No	DATO	ANOTAR
6	Médico tratante	<p>El nombre (s), apellido paterno y apellido materno, el número de matrícula y la firma autógrafa del Médico no Familiar tratante del servicio que solicita.</p> <p>Ejemplo: López Velázquez José Luis Matrícula 6970698 Firma</p>
7	Paciente, familiar o persona legalmente responsable	<p>El nombre completo del paciente al que se efectúa el procedimiento quirúrgico o del familiar o persona legalmente responsable, iniciando por el nombre, los apellidos paterno y materno y firma.</p> <p>Ejemplo: María Mariscurrena de Lara. Firma</p>
8	Testigo 1 Testigo 2	<p>El nombre completo de los testigos por parte del paciente al que se efectuará el procedimiento quirúrgico, iniciando por el nombre, los apellidos paterno y materno y firma.</p> <p>Ejemplo: José Manuel Lara Segura. Firma</p>



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Anexo 26

“Solicitud de material de osteosíntesis y endoprótesis”

2430-021-131



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
SOLICITUD DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS Y ENDOPROTESIS**

UNIDAD MÉDICA HOSPITALARIA	VALE No. 1
----------------------------	--

SERVICIO	FECHA Y HORA DE SOLICITUD 2
----------	---

3 DATOS DEL PACIENTE		
NOMBRE	NSS Y AGREGADO	
_____	____ / ____ / ____	
Apellido paterno, materno y nombre(s)		
DIAGNÓSTICO	NÚMERO DE CAMA	FECHA Y HORA DE CIRUGIA
_____	_____	_____

4 MÉDICO QUE SOLICITA		
Apellido paterno, materno y nombre(s)	Matrícula	Firma
_____	_____	_____

5 PERSONAL DEL ALMACEN QUE RECIBE		
Apellido paterno, materno y nombre(s)	Matrícula	Firma
_____	_____	_____

PERSONAL DE SubCEyE QUE RECIBE		
Apellido paterno, materno y nombre(s) 6	Matrícula	Firma
_____	_____	_____

MATERIAL SOLICITADO (Marcar "E" para Existente, "X" para No Existente) 7			
1	()	13	()
2	()	14	()
3	()	15	()
4	()	16	()
5	()	17	()
6	()	18	()
7	()	19	()
8	()	20	()
9	()	21	()
10	()	22	()
11	()	23	()
12	()	24	()

MATERIAL ALTERNATIVO (Marcar "E" para Existente, "X" para No Existente) 8			
1	()	6	()
2	()	7	()
3	()	8	()
4	()	9	()
5	()	10	()

2430-021-131



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA**

SOLICITUD Y CONSUMO DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS Y ENDOPRÓTESIS

DATOS DEL PACIENTE 9		
NOMBRE		NSS Y AGREGADO
_____		_____/_____/_____
Apellido paterno, materno y nombre(s)		
DIAGNÓSTICO	NÚMERO DE CAMA	FECHA Y HORA DE CIRUGIA
_____	_____	_____

PERSONAL DE QUIRÓFANO QUE RECIBE 10		
_____	_____	_____
Apellido paterno, materno y nombre(s)	Matrícula	Firma

INSTRUMENTISTA 11		
_____	_____	_____
Apellido paterno, materno y nombre(s)	Matrícula	Firma

CIRUJANO 12		
_____	_____	_____
Apellido paterno, materno y nombre(s)	Matrícula	Firma

MATERIAL UTILIZADO 13			
1		21	
2		22	
3		23	
4		24	
5		25	
6		26	
7		27	
8		28	
9		29	
10		30	
11		31	
12		32	
13		33	
14		34	
15		35	
16		36	
17		37	
18		38	
19		39	
20		40	

2430-021-131



ANEXO 26
“Solicitud de material de osteosíntesis y endoprótesis”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
	Unidad Médica Hospitalaria	El nombre y número de la Unidad Médica Hospitalaria en la cual se encuentra el Banco de Sangre. Ejemplo: Hospital de Traumatología “Magdalena de las Salinas”
1	Vale No.	El número arábigo progresivo ascendente correspondiente al lugar que ocupa el formato en el archivo histórico del servicio. Ejemplo: 143.
	Servicio	El nombre del servicio médico tratante del paciente. Ejemplo: Ortopedia.
2	Fecha y hora de la solicitud	El día, mes y año, así como la hora, correspondientes al momento horario en que se inicia el formato; en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda. Ejemplo: 20 / 04 / 2010. 08:30 hr
3	Datos del paciente*	*Los mismos datos son requeridos en el número 9 de este instructivo de llenado.
	Nombre	El nombre completo del paciente al que se le programa la intervención quirúrgica, iniciando por los apellidos paterno, materno y nombre, el dato deberá transcribirse del expediente clínico o documentación con la que se recibe al paciente. Ejemplo: Lugo González Jorge.
	NSS y agregado	El número de seguridad social y los dígitos (número y letras) que conforman el agregado al número de seguridad social del paciente. Este dato deberá transcribirse de: expediente clínico, cartilla de salud y citas médicas u otro documento con la que se recibe al paciente. Ejemplo: 1210-55-1670-1M59OR



ANEXO 26
“Solicitud de material de osteosíntesis y endoprótesis”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
	Diagnóstico	<p>El motivo principal de la solicitud de material de osteosíntesis o endoprótesis para el paciente que de acuerdo al criterio médico se establece para la atención de un proceso patológico, para la realización de procedimientos específicos o para la aplicación de un tratamiento determinado.</p> <p>Ejemplo: Fractura de fémur.</p>
	Número de cama	<p>El número de la cama asignada al paciente en el Área de Hospitalización.</p> <p>Ejemplo: 415.</p>
	Fecha y hora de cirugía	<p>El día, mes y año correspondientes al momento en el cual se programa la cirugía al paciente, así como la hora; en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda.</p> <p>Ejemplo: 28 / 04 / 2010. 08:00 hr</p>
4	Médico que solicita (Nombre, matrícula y firma)	<p>El nombre (s), apellido paterno y apellido materno, el número de matrícula y la firma autógrafa del Médico no Familiar tratante del paciente.</p> <p>Ejemplo: Nombre: Luis Antonio Caballero Gómez Matrícula 6971691 Firma</p>
5	Personal del almacén que recibe (Nombre, matrícula y firma)	<p>El nombre (s), apellido paterno y apellido materno, el número de matrícula y la firma autógrafa del Personal del almacén que recibe la solicitud.</p> <p>Ejemplo: Nombre: Angélica Rodríguez Pérez Matrícula 99586237 Firma</p>



ANEXO 26
“Solicitud de material de osteosíntesis y endoprótesis”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
6	Personal de SubCEyE que recibe (Nombre, matrícula y firma)	<p>El nombre (s), apellido paterno y apellido materno, el número de matrícula y la firma autógrafa del Personal de SubCEyE que recibe la solicitud.</p> <p>Ejemplo: Nombre: Luisa Esparza Domínguez Matrícula 99541265 Firma</p>
7	Material solicitado	<p>El nombre del material solicitado en cada fila por parte del Médico que programa la cirugía; así como dentro del paréntesis una “E” en caso de encontrarse en existencia o “X” en caso de no encontrarse por parte del Personal del Almacén que recibe la solicitud.</p> <p>Ejemplo: Tornillo número 4 (X)</p>
8	Material alternativo	<p>El nombre del material alternativo para el procedimiento quirúrgico programado en cada fila por parte del Médico; así como dentro del paréntesis una “E” en caso de encontrarse en existencia o “X” en caso de no encontrarse por parte del Personal del Almacén que recibe la solicitud.</p> <p>Ejemplo: Tornillo número 5 (E)</p>
9	Datos del paciente	<p>*El instructivo para esta sección se encuentra detallado en el número 3 de este instructivo de llenado.</p>
10	Personal de quirófano que recibe (Nombre, matrícula y firma)	<p>El nombre (s), apellido paterno y apellido materno, el número de matrícula y la firma autógrafa del Personal de quirófano que recibe el material.</p> <p>Ejemplo: Nombre: Jorge Ruiz López Matrícula 11046585 Firma</p>
11	Instrumentista (Nombre, matrícula y firma)	<p>El nombre (s), apellido paterno y apellido materno, el número de matrícula y la firma autógrafa del Instrumentista que asistió el procedimiento quirúrgico.</p> <p>Ejemplo: Nombre: Elizabeth García Bonilla</p>



ANEXO 26
“Solicitud de material de osteosíntesis y endoprótesis”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
11	Instrumentista (Nombre, matrícula y firma) (continuación)	Matrícula 11589874 Firma
12	Cirujano (Nombre, matrícula y firma)	El nombre (s), apellido paterno y apellido materno, el número de matrícula y la firma autógrafa del Médico que realizó el procedimiento quirúrgico. Ejemplo: Nombre: Alfonso Herrerías López Matrícula 11058559 Firma
13	Material utilizado	En cada fila el nombre del material utilizado en el procedimiento quirúrgico realizado.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Anexo 27

“Programa diario de operaciones 4-30-IQ-1/87”

2430-021-068



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA**

PROGRAMA DIARIO DE OPERACIONES 4-30-IQ-1/87

UNIDAD MÉDICA HOSPITALARIA: 1	FECHA: ____/____/____ DD MMM AAAA
---	--------------------------------------

No. DE SALA	HORA	No. DE CAMA	NOMBRE	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	AGREGADO	EDAD	DIAGNÓSTICO PRE-OPERATORIO	OPERACIÓN PROYECTADA	MÉDICO NO FAMILIAR		TIPO DE ANESTESIA	ENFERMERA ESPECIALISTA QUIRÚRGICA
									CIRUJANO	ANESTESIÓLOGO		
2	3	4	5	6		7	8	9	10	11	12	13

JEFE O RESPONSABLE DEL SERVICIO DE QUIRÓFANO NOMBRE, FIRMA Y MATRÍCULA _____	JEFE O RESPONSABLE DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA NOMBRE, FIRMA Y MATRÍCULA _____	ENFERMERA JEFE DE PISO O RESPONSABLE DEL QUIRÓFANO NOMBRE, FIRMA Y MATRÍCULA _____
--	---	--

2430-021-068



ANEXO 27
“Programa diario de operaciones 4-30-IQ-1/87”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
1	Unidad Médica Hospitalaria	El tipo y número de unidad hospitalaria correspondiente. Ejemplo: Hospital de Pediatría CMN “Siglo XXI”
2	No. de sala	El número económico con el que se identifica la sala de operaciones. Ejemplo: 5
3	Hora	Hora en que se programa el procedimiento quirúrgico. Ejemplo 1: 08:00 Ejemplo 2: 14:30
4	No. de cama	El número de la cama que ocupa o tiene asignada al paciente que se interviene. Cuando se trate de un procedimiento del Programa de Cirugía Ambulatoria, se anotarán las siglas CMA (cirugía mayor ambulatoria), además el número de cama asignada. Ejemplo 1: Cama 205 Ejemplo 2: CMA-Cama 3
5	Nombre	El nombre completo del paciente al que se efectúa el procedimiento quirúrgico, iniciando por los apellidos paterno, materno y nombre, el dato deberá transcribirse del expediente clínico o documentación con la que se recibe al paciente. Ejemplo: Fuentes Cervantes Manuel.
6	Número de Seguridad Social (NSS) y agregado	El número de seguridad social del paciente que será intervenido quirúrgicamente y los dígitos (número y letras) que conforman el agregado al NSS. Este deberá de transcribirse del expediente clínico o documento con que se recibe al paciente. Ejemplo: 1210 55 1670 1M59OR
7	Edad	Los años o meses o días correspondientes a la edad del paciente.



ANEXO 27
“Programa diario de operaciones 4-30-IQ-1/87”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
		Ejemplo 1: 25 años Ejemplo 2: 3 meses Ejemplo 3: 20 días de nacido
8	Diagnóstico pre-operatorio	Causa principal del motivo del procedimiento quirúrgico, que de acuerdo al criterio médico se establece para la atención de un padecimiento, para la realización de un procedimiento quirúrgico específico o para la aplicación de un tratamiento determinado. Ejemplo: Apendicitis aguda
9	Operación proyectada	El nombre del(os) procedimiento(s) quirúrgico(s) que se va(n) a realizar en una sala de operaciones. Si en la intervención quirúrgica se efectuó más de un procedimiento, estos se deberán registrar en renglones inferiores en orden secuencial, en correlación con la columna anterior (procedimiento quirúrgico número). Ejemplo: Apendicetomía
10	Médico no Familiar Cirujano	Nombre, firma y matrícula del Médico no Familiar Cirujano responsable del procedimiento quirúrgico.
11	Médico no Familiar Anestesiólogo	Nombre, firma y matrícula del Médico no Familiar Anestesiólogo responsable del procedimiento anestésico.
12	Tipo de anestesia	Tipo de anestesia que se emplea en el procedimiento quirúrgico.
13	Enfermera Especialista Quirúrgica	Nombre, firma y matrícula de la Enfermera Especialista Quirúrgica responsable de la instrumentación durante el procedimiento quirúrgico.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Anexo 28

“Autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica 4-30-59/72”

2430-021-132



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD

AUTORIZACIÓN, SOLICITUD Y REGISTRO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA 4-30-59/72

DATOS GENERALES Y AUTORIZACIÓN

Unidad Médica Hospitalaria: **1**

Nombre: _____
(Apellido paterno, materno y nombre(s))

No. de Seguridad Social

_____/_____/_____/_____

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

Autorizo a los médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social para que efectúen las intervenciones quirúrgicas que sean necesarias para el alivio o curación de mi padecimiento, en la inteligencia de que no desconozco los riesgos a que quedo sujeto por el procedimiento quirúrgico y anestésico

Paciente, familiar o persona legalmente responsable

Nombre y Firma

SOLICITUD DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Fecha de solicitud: ____/____/_____
DD MMMM AAAA

Fecha y hora solicitada: ____/____/_____ ____/_____
DD MMM AA Hora Minutos

Diagnóstico preoperatorio: **2** _____

Operación proyectada: **3** _____

Tipo de cirugía: **4** Electiva () Urgencia () Reintervención ()

Sangre: Tipo **5** Rh₀ (D) **6** En Quirófano **7** ml. **8** En reserva **9** ml. **8**

Anestesia sugerida **10** Local () Regional () General () Tiempo estimado para la intervención quirúrgica: ____/____
Horas Minutos

Equipo o material especial que se va a requerir para la intervención quirúrgica:

11 _____

Médico no Familiar cirujano

Nombre; matrícula y firma

PROGRAMACIÓN DEL QUIRÓFANO

Día: **12**

Hora: **12**

Sala: **13**

Jefe de Servicio

Nombre; matrícula y firma

REGISTRO DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Anestesia administrada: **14** _____

Cirugía efectuada: **15** _____

2430-021-132



Descripción de la técnica:

16

Examen histopatológico transoperatorio solicitado e informe:

17

Hallazgos operatorios:

18

Clasificación de la herida 19 Limpia () Limpia con implante () Limpia contaminada () Contaminada () Sucia ()

Implante 20 Si () No () Tipo 21

Manejo de la herida 22 Cerrada: () Abierta: () Abierta piel y tejidos subcutáneos:() Abierta fascias ()

Ostomías 23 Si () No () Tipo: 24 Localización: 25

Colocación de drenaje 26 Si () No () Abierto () Cerrado ()

Antibiótico 27 Si () No () Profiláctico () Terapéutico () Fecha y hora de inicio: ____ / ____ / ____ / ____ / ____
.....DD MMM AA Hora Minutos

Médicos no Familiares

Cuenta de gasas, compresas e instrumental
Completas y correctos Si () No ()

Cirujano:

Anestesiólogo

Enfermera Especialista

Enfermera General

Nombre, Matrícula y Firma

Nombre, Matrícula y Firma

Nombre, Matrícula y Firma

Nombre, Matrícula y Firma

Nombre de los Ayudantes 28

1°

2°

3°

4°

Complicaciones transoperatorias 29 Si () No ()

Diagnóstico postoperatorio:

30



ANEXO 28
“Autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica 4-30-59/72”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
1	Unidad Médica Hospitalaria	El tipo y número de unidad hospitalaria correspondiente. Ejemplo: Hospital de Pediatría CMN “Siglo XXI”.
2	Diagnóstico preoperatorio	La causa principal del motivo del procedimiento quirúrgico, que de acuerdo al criterio médico se establece para la atención de un padecimiento, para la realización de un procedimiento quirúrgico específico o para la aplicación de un tratamiento determinado. Ejemplo: Apendicitis aguda
3	Operación proyectada	El nombre del(os) procedimiento(s) quirúrgico(s) que se va(n) a realizar en la sala de operaciones. Ejemplo: Apendicectomía
4	Tipo de cirugía	Una “X” en el paréntesis que corresponda electiva, urgencia o reintervención. Ejemplo. Electiva (X)
5	Sangre tipo	El grupo de sangre que tenga el paciente que se va a intervenir quirúrgicamente: Ejemplo 1: “A” Ejemplo 2: “B” Ejemplo 3: “O”
6	Rh ₀ (D)	El factor Rh que tenga el paciente que se va a intervenir quirúrgicamente. Ejemplo 1: Rh negativo Ejemplo 2: Rh positivo
7	En quirófano	El componente sanguíneo (concentrado eritrocitario, plasma fresco, concentrado plaquetario) que se requiera para transfundir durante el procedimiento transoperatorio.



ANEXO 28
“Autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica 4-30-59/72”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
8	ml.	La cantidad en mililitros de algún componente sanguíneo (concentrado eritrocitario, plasma fresco, concentrado plaquetario) que se requiere tener cruzada.
9	En reserva	El componente sanguíneo que se requiera tener cruzado en reserva para transfundirse en cualquier momento del proceso de cirugía.
10	Anestesia sugerida	Una “X” en el paréntesis que corresponda (local, regional o general)
11	Equipo o material que se va a requerir para la intervención quirúrgica	La descripción del equipo o material específico que se va a requerir para este procedimiento quirúrgico.
PROGRAMACIÓN DEL QUIRÓFANO		
12	Día, hora	El día y la hora en que se programa el procedimiento quirúrgico. Ejemplo 1: 14/08/2007 a las 08:00 Ejemplo 2: 20 /ago/2007 a las 14:30
13	Sala	El número de sala de operaciones en donde se llevará a cabo el procedimiento quirúrgico.
REGISTRO DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA		
14	Anestesia administrada	El tipo de anestesia que se emplea durante el procedimiento quirúrgico, de acuerdo al siguiente criterio y los medicamentos anestésicos administrados: 1.- General 2.- Bloqueo peridural 3.- Local 4.- Regional
15	Cirugía efectuada	El nombre del(los) procedimiento(s) quirúrgico(s) efectuado(s). Si en la intervención quirúrgica se efectuó más de un procedimiento, estos se deberán registrar en renglones inferiores en orden secuencial.



ANEXO 28
“Autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica 4-30-59/72”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
		Ejemplo 1: Laparotomía exploradora Ejemplo 2: Cesárea Kerr Salpingoclasia bilateral
16	Descripción de la técnica	En forma detallada el procedimiento quirúrgico realizado, registrando vías de abordaje, procedimiento específico, tipo de cierre y cobertura de herida.
17	Examen histopatológico transoperatorio solicitado e informe	El nombre del examen histopatológico solicitado y el informe del mismo, según el caso.
18	Hallazgos operatorios	En su caso los hallazgos operatorios en función del diagnóstico.
19	Clasificación de la herida	Una “X” en el paréntesis que corresponda limpia, limpia con implante, limpia contaminada, contaminada o sucia.
20	Implante	Una “X” en el paréntesis que corresponda si o no.
21	Tipo	Los tipos de implantes: 1) Ortopédicos (cadera, rodilla, hombro, etc.) 2) Prótesis valvulares de corazón: -Válvulas médicas -Desfibrilador interno -Marcapaso -Dispositivo de asistencia ventricular izquierda -Corazón artificial total 3) Neuroquirúrgico 4) De mama 5) De pene 6) Fijadores de hueso 7) Vasculares: Líneas vasculares, puerto; catéter venoso permanente, venoso central, arterial, circuitos arterio-venosos.



ANEXO 28
“Autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica 4-30-59/72”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
		8) Catéteres para diálisis peritoneal: Tenckhoff, peritoneal rígido 9) Catéteres urológicos: del tracto urinario y suprapúbico. 10)Otros: _____ Especificar
22	Manejo de la herida	Una “X” en el paréntesis que corresponda cerrada, abierta, abierta piel y tejidos subcutáneos, abierta fascias.
23	Ostomías	Una “X” en el paréntesis que corresponda si o no.
24	Tipo	Los tipos de Ostomías: 1. Tubo Digestivo: a) Esofagostomía b) Gastrostomía c) Ileostomía d) Colostomía 2. Vías Respiratorias: a) Traqueostomía b) Pleurotomía 3. Vías Urinarias: a) Nefrostomía b) Cistostomía 4. Sistema Nervioso Central: a) ventriculostomía b) derivación externa del espacio subdural 5. Otros: _____ Especificar
25	Localización	El sitio anatómico en el que se coloca la ostomía.
26	Colocación de drenaje	Una “X” en el paréntesis que corresponda si o no y en abierto o cerrado, según corresponda



ANEXO 28
“Autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica 4-30-59/72”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
27	Antibiótico	Una “X” en el paréntesis que corresponda si o no y en profiláctico o terapéutico, según corresponda. Ejemplo: Antibiótico Sí (X) Profiláctico (X)
28	Nombre de los ayudantes	El nombre (s), apellido paterno y apellido materno de cada uno de los ayudantes que participan en la cirugía. Ejemplo. Juan Robles Medina
29	Complicaciones transoperatorias	Una “X” en el paréntesis que corresponda si o no y la descripción de cada una de ellas.
30	Diagnóstico postoperatorio	El diagnóstico post-operatorio que se estableció después de efectuada el procedimiento quirúrgico. Ejemplo 1: Apendicitis aguda. Ejemplo 2: Sufrimiento fetal agudo. Ejemplo 3: Litiasis vesicular,



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Anexo 29
“Orden de internamiento”
2430-021-071



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
ORDEN DE INTERNAMIENTO

UNIDAD MÉDICA HOSPITALARIA 1	FECHA DE SOLICITUD ____/____/____ DD MMM AAAA
---	---

NOMBRE: _____ 2 (Apellido paterno, materno y nombre(s))	No. DE SEGURIDAD SOCIAL Y AGREGADO ____/____/____ 3
---	---

FECHA Y HORA DE INTERNAMIENTO: ____/____/____ DD MMMM AAAA	4 ____ : ____ Hora Minutos
---	---

PRESENTARSE EN: _____ 5 (Nombre del Servicio)

FECHA Y HORA PARA LA CIRUGÍA: ____/____/____ DD MMMM AAAA	6 ____ : ____ Hora Minutos
--	---

INDICACIONES PARA EL PACIENTE, FAMILIAR O PERSONA LEGALMENTE RESPONSABLE 7	
PASE CON LA ASISTENTE MÉDICA DEL Control No. En el piso No. Del consultorio No. para recibir información relacionada con su internamiento.	PASE A LA OFICINA DE TRABAJO SOCIAL En el piso No.

MÉDICO NO FAMILIAR TRATANTE 8		
_____ Nombre	_____ Matrícula	_____ Firma
9 ASISTENTE MÉDICA	TRABAJADORA SOCIAL 10	
_____ Nombre	_____ Matrícula	_____ Firma
_____ Nombre	_____ Matrícula	_____ Firma

2430-021-071



ANEXO 29
“Orden de internamiento”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
1	Unidad Médica Hospitalaria	<p>El tipo y número de Unidad Médica Hospitalaria a la que se envía.</p> <p>Ejemplo: Hospital de Especialidades CMN “Siglo XXI”.</p>
	Fecha	<p>El día, mes y año correspondientes a la fecha en que se inicia el formato, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda.</p> <p>Ejemplo: 09 / 11 / 2010.</p>
2	Nombre del paciente	<p>El nombre completo del paciente al que se le va a otorgar la atención, iniciando por el apellido paterno, materno y el(os) nombre(s), el dato deberá transcribirse del expediente clínico o documentación con la que se recibe al paciente.</p> <p>Ejemplo: Daniel Oros Gómez</p>
3	Número de seguridad social y agregado	<p>El número de seguridad social del derechohabiente que se interna, tomado de la carpeta de contención del expediente clínico. Este número está conformado por diez dígitos, los cuales deberán conservar invariablemente la siguiente distribución de bloques: Cuatro dígitos iniciales, después dos y por último otros cuatro, separados por un guión. El agregado, conformado como tradicionalmente se ha elaborado de acuerdo a la siguiente estructura:</p> <ul style="list-style-type: none">• Carácter del derechohabiente• Sexo• Año de nacimiento• Régimen de aseguramiento <p>El dato deberá tomarse del expediente clínico o documentación del paciente.</p> <p>Ejemplo: 0168-46-4435 IM46OR</p>



ANEXO 29
“Orden de internamiento”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
4	Fecha y hora de internamiento	<p>El día, mes y año, así como la hora y minutos correspondientes a la fecha y hora en que se programa el internamiento hospitalario, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda.</p> <p>Ejemplo 18 / Nov / 2011 a las 06:15 horas</p>
5	Presentarse en	<p>Nombre del servicio correspondiente al sitio en que el se presentará derechohabiente para llevar a cabo el internamiento hospitalario.</p> <p>Ejemplo: Admisión Hospitalaria</p>
6	Fecha y hora para la cirugía	<p>El día, mes y año, así como la hora y minutos correspondientes a la fecha y hora en que se programa la cirugía, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda.</p> <p>Ejemplo 18 / Nov / 2011 a las 10:00 horas</p>
7	Indicaciones para el paciente, familiar o persona legalmente responsable	
	Pase con la Asistente Médica del	Número del control o del piso o del consultorio en el que se encuentra la asistente médica responsable del internamiento hospitalario, en números arábigos.
	Pase a la oficina de Trabajo Social	Número de piso en el cual se encuentra la oficina de trabajo social responsable del internamiento hospitalario, en números arábigos.
8	Médico no Familiar tratante	<p>El nombre (s), apellido paterno y apellido materno, matrícula y firma del Médico tratante que indica el internamiento hospitalario.</p> <p>Ejemplo: Nombre: Juan Manuel Berriozabal Ramos Matrícula: 11052476 Firma</p>



ANEXO 29
“Orden de internamiento”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
9	Asistente Médica	<p>El nombre (s), apellido paterno y apellido materno, matrícula y firma de la asistente médica responsable de proporcionar información relacionada con el internamiento hospitalario.</p> <p>Ejemplo: Nombre: María Lourdes Bonilla Ramírez Matrícula: 6541868 Firma</p>
10	Trabajadora Social	<p>El nombre (s), apellido paterno y apellido materno, matrícula y firma de la trabajadora social responsable de proporcionar información relacionada con el internamiento hospitalario.</p> <p>Ejemplo: Nombre: Monserrat Gutiérrez López Matrícula: 99116263 Firma</p>



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Anexo 30

“Notas de trabajo social médico 4-30-54/2000”

2430-021-159



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD**

NOTAS DE TRABAJO SOCIAL MÉDICO 4-30-54/2000

NOMBRE:

1

(Apellido paterno, materno y nombre(s) del paciente)

No. DE SEGURIDAD SOCIAL Y AGREDADO

____/____/____/____

UNIDAD MÉDICA HOSPITALARIA:

2

TURNO:

No. DE CONSULTORIO:

3

FECHA Y HORA

No. de hoja: _____

4

5



ANEXO 30
“Notas de trabajo social médico 4-30-54/2000”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
1	Nombre	El nombre completo del paciente, iniciando por los apellidos paterno, materno y nombre. Este dato deberá transcribirse de: expediente clínico, cartilla nacional de salud u otro documento con la que se recibe al paciente. Ejemplo: Fuentes Cienfuegos Marcelo.
	Número de seguridad social y agregado	El número de seguridad social y los dígitos (número y letras) que conforman el agregado al número de seguridad social del paciente. Este dato deberá transcribirse de: expediente clínico, cartilla nacional de salud u otro documento con la que se recibe al paciente. Ejemplo: 1210-55-1670-1M59OR
2	Unidad Médica Hospitalaria	El nombre de la Unidad Médica en la cual se otorga la atención de Trabajo Social. Ejemplo: UMAE HGO No. 4 “Luis Castelazo Ayala”.
	Turno	El turno de la jornada laboral en el cual se otorga la atención. Ejemplo: Vespertino.
	No. de consultorio	El número de consultorio en el cual se otorga la atención médica, si es que se realiza en la Consulta Externa de Especialidades. Ejemplo: 5.
3	No. de hoja	El número arábigo consecutivo ascendente correspondiente al lugar que ocupa la hoja de acuerdo al orden de las hojas de registro de las Notas de trabajo social médico anexadas al Expediente clínico. En caso de ser la primera llevará el número 1. Ejemplo: 1.
4	Fecha y hora	El día, mes y año correspondientes a la fecha en que se realiza la nota de trabajo social médico; así como la hora,



ANEXO 30
“Notas de trabajo social médico 4-30-54/2000”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
4	Fecha y hora	expresada en formato de 24 horas, con horas y minutos, con números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda. Ejemplo: 25/11/2012 13.15 hr
5		Espacio destinado al desarrollo de la Nota de trabajo social médico, registrando el resumen de la entrevista inicial o subsecuente, según sea el caso, realizada al paciente o familiar o persona legalmente responsable; o a fuentes colaterales. Incluir resultados obtenidos y el plan de tratamiento social. Registrar nombre, matrícula y firma al final de cada desarrollo de la nota.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Anexo 31

“Estudio de trabajo social en el área médica 4-30-53/72”

2430-021-105



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD**

ESTUDIO DE TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA MÉDICA 4-30-53/72

No. de Hoja: _____

①

DATOS DE IDENTIFICACIÓN GENERAL

NOMBRE: _____ (Apellido paterno, materno y nombre(s))		No. DE SEGURIDAD SOCIAL Y AGREDADO _____/_____/_____/_____
Domicilio:	Teléfono:	T. celular:
Nombre y domicilio de la empresa donde trabaja:	Teléfono:	Correo E.:
UMF de adscripción:	Turno:	No. de consultorio:
Nombre de la Trabajadora Social:	Matrícula:	Fecha del estudio:
Unidad Médica Hospitalaria:	Especialidad:	No. de cama:

②

DATOS DEL FAMILIAR O PERSONA LEGALMENTE RESPONSABLE

Nombre:	Teléfono	T. celular
Domicilio:	Correo E.:	

③

DATOS DE LOCALIZACIÓN DE RED(ES) DE APOYO

Nombre:	Teléfono	T. celular
Domicilio:	Correo E.:	

④

ANTECEDENTES MÉDICOS

Diagnóstico médico:	
Tiempo de evolución:	
Pronóstico:	

⑤

METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN

Inicio o seguimiento:	
Tipo de entrevista:	
Técnicas de intervención:	
Técnicas de apoyo:	

⑥

Valoración individual (paciente):



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD

FECHA Y HORA

ESTUDIO DE TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA MÉDICA 4-30-53/72

Conocimiento y actitud ante su(s) padecimiento(s): 7

Estilo de vida: 8

Comunicación verbal y no verbal durante la entrevista: 9

Valoración familiar: 10

Actitud de la familia ante la enfermedad: 11



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD**

FECHA Y HORA

ESTUDIO DE TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA MÉDICA 4-30-53/72

Valoración de redes de apoyo: (12)

Valoración de datos económicos (13)

Paciente: _____

Familia: _____

Valoración de las condiciones de la vivienda: (14)

Diagnóstico o evaluación social y/o educativo (15)

Individual (paciente): _____



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
 UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
 COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD**

FECHA Y HORA

ESTUDIO DE TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA MÉDICA 4-30-53/72

Familiar: _____

Redes de apoyo: **16**

Visita domiciliaria: **17**

Plan de intervención: **18**



ANEXO 31
“Estudio de trabajo social en el área médica 4-30-53/72”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
1	DATOS DE IDENTIFICACIÓN GENERAL	
	Nombre	<p>El nombre completo del paciente, iniciando por los apellidos paterno, materno y nombre. Este dato deberá transcribirse de: expediente clínico, cartilla nacional de salud u otro documento con la que se recibe al paciente.</p> <p>Ejemplo: Fuentes Cienfuegos Marcelo.</p>
	Número de seguridad social y agregado	<p>El número de seguridad social y los dígitos (número y letras) que conforman el agregado al número de seguridad social del paciente. Este dato deberá transcribirse de: expediente clínico, cartilla nacional de salud u otro documento con la que se recibe al paciente.</p> <p>Ejemplo: 1210-55-1670-1M59OR</p>
	Domicilio	<p>El nombre de la calle, el número oficial, tanto exterior como interior, así como la Colonia y la Delegación o Municipio a la que pertenece.</p> <p>Ejemplo: Sinaloa 89 Depto. 5 Colonia Roma, Delegación Cuauhtémoc México DF.</p>
	Teléfono	<p>El número telefónico del domicilio o donde se puede localizar al paciente.</p> <p>Ejemplo: 56-18-20-45</p>
	T. celular	<p>El número telefónico del celular del paciente u otro donde se le pueda localizar.</p> <p>Ejemplo: 01-55-15-81-02-54</p>
	Nombre y domicilio de la empresa donde trabaja	<p>Los nombres de la empresa y de la calle, el número oficial tanto exterior como interior, así como la colonia y la Delegación o Municipio a la que pertenece.</p> <p>Ejemplo: “La Esperanza” Durango 289 4 Piso. Colonia Roma, Delegación Cuauhtémoc México DF.</p>



ANEXO 31
“Estudio de trabajo social en el área médica 4-30-53/72”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
	Teléfono	El número telefónico y la extensión de la empresa donde trabaja el paciente. Ejemplo: 57-81-25-75
	Correo E.	La clave del correo electrónico de la empresa donde trabaja el paciente. Ejemplo: imagen@yahoo.com
	UMF de adscripción	El tipo de unidad a la que está adscrito el paciente que acude al Servicio de Admisión Continua o Urgencias. Ejemplo 1: UMF 10 Ejemplo 2: HGZ/MF 8
	Turno	El turno (matutino, vespertino o nocturno) que tiene asignado el paciente para recibir atención médica en su UMF. Ejemplo: Vespertino
	No. de consultorio	El número del consultorio donde se le da atención médica en su UMF. Ejemplo: 5
	Nombre de la Trabajadora Social	El nombre completo de la Trabajadora Social que realiza el estudio de trabajo social en el área médica. Ejemplo: Patricia Palomino Garibay
	Matrícula	El número de matrícula de la Trabajadora Social que realiza el estudio de trabajo social en el área médica. Ejemplo: 6879009
	Fecha del estudio	El día, mes y año correspondientes a la fecha en que se realiza el estudio de trabajo social en el área médica, con números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la



ANEXO 31
“Estudio de trabajo social en el área médica 4-30-53/72”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
		izquierda. Ejemplo: 01 / 12 / 2009.
	Unidad Médica Hospitalaria	El tipo y número de unidad hospitalaria correspondiente. Ejemplo: Hospital de Oncología CMN Siglo XXI.
	Especialidad	El nombre de la especialidad o servicio o área donde se encuentre el paciente. Ejemplo 1: Observación Urgencias. Ejemplo 2: Medicina Interna
	No. de cama	El número de cama, camilla, cuna o incubadora en la que se encuentre el paciente internado. Ejemplo: 5
2	DATOS DEL FAMILIAR O PERSONA LEGALMENTE RESPONSABLE	
	Nombre	El nombre completo del familiar o persona, iniciando por los apellidos paterno, materno y nombre. Este dato deberá transcribirse de un documento oficial preferentemente. Ejemplo: Caballero Leal Luis Antonio.
	Domicilio	El nombre de la calle, el número oficial, tanto exterior como interior, así como la Colonia y la Delegación o Municipio a la que pertenece. Ejemplo: Rosa Blanca 8 Depto. 10 Colonia Molino de Rosas, Delegación Álvaro Obregón México DF.
	Teléfono	El número telefónico del domicilio o donde se puede le pueda localizar al paciente. Ejemplo: 57-21-50-44
	T. celular	El número telefónico del celular del paciente u otro donde se le pueda localizar.



ANEXO 31
“Estudio de trabajo social en el área médica 4-30-53/72”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
		Ejemplo: 01-55-13-80-50-51
	Correo E.	La clave del correo electrónico de la empresa donde trabaja el paciente. Ejemplo: irmalopez17@yahoo.com
3	DATOS DE LOCALIZACIÓN DE RED(ES) DE APOYO	
	Nombre	El nombre de la red de apoyo (asociación, grupo, vecino, entre otros). Este dato deberá de preguntarse o transcribirse o de un documento (credencial, tarjeta). Ejemplo: Pro longevidad AC.
	Domicilio	El nombre de la calle, el número oficial, tanto exterior como interior, así como la Colonia y la Delegación o Municipio a la que pertenece. Ejemplo: Puebla 20 Colonia Roma Delegación Cuauhtémoc México DF.
	Teléfono	El número telefónico de la red de apoyo a la que pertenezca el paciente. Ejemplo: 55-52-60-77
	Correo E.	La clave del correo electrónico de la red de apoyo a la que pertenece el paciente. Ejemplo: prolongevidad@hotmail.com
4	ANTECEDENTES MÉDICOS	
	Diagnóstico Médico	El diagnóstico presuncional o definitivo principal, registrado por el Médico no Familiar responsable del paciente y registrado en la nota de ingreso o en las notas médicas de evolución, en los formatos “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72”. Ejemplo: Infarto agudo del miocardio



ANEXO 31
“Estudio de trabajo social en el área médica 4-30-53/72”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
	Tiempo de evolución	El tiempo que lleva de haberse diagnóstico el padecimiento principal en número de años o meses o días, con número arábigo. Ejemplo: 1 año, 2 meses.
	Pronóstico	El pronóstico que tiene el paciente tanto para la vida como para la función. Ejemplo: Bueno para la vida, reservado para la función pulmonar.
5	METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN	
	Inicio o seguimiento	Si es su primera intervención o hay antecedentes de haber participado en la atención individualizada al paciente, familia y/o red social.
	Tipo de entrevista	El tipo de entrevista que de acuerdo a las características de su intervención que utilizó en la etapa exploratoria del caso. Ejemplo: <ul style="list-style-type: none">• Estructurada o semi estructurada,• Focalizada o no focalizada,• Directa o indirecta,• Dirigida o no dirigida,• Otras.
	Técnicas de intervención	Cual fue el tipo de intervención que utilizó durante la entrevista. <ul style="list-style-type: none">• Ejemplo:• Apoyo,• Narrativo (síntesis o resumen),• Empatía,• Escuchar activamente,• Facilitación,• Silencio funcional,• Frases de repetición,• Clarificación,• Señalamiento,• Preguntas abiertas.



ANEXO 31
“Estudio de trabajo social en el área médica 4-30-53/72”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
	Técnicas de apoyo	<ul style="list-style-type: none">• Preguntas cerradas,• Entre otras. <p>Las técnicas de apoyo que aplicó para recopilar datos significativos del paciente.</p> <p>Ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none">• Observación,• Visita a domicilio,• Heliogramas,• Técnicas de documentación y sistematización de datos (Ficha social, historia social),• Análisis del expediente clínico,• Entre otros.
6	Valoración individual (paciente)	<ul style="list-style-type: none">• Los principales datos y características personales del paciente (edad, sexo, ocupación, escolaridad, apariencia física, entre otros).• Los antecedentes o datos sociales (valores, mitos, creencias) y laborales del paciente, que sean significativos en relación a su padecimiento y condiciones de enfermedad.• La actividad laboral del paciente y si ésta interfiere en el tratamiento del mismo, según el caso.
7	Conocimiento y actitud ante su(s) padecimiento(s)	<ul style="list-style-type: none">• Las experiencias y creencias positivas y negativas significativas que tiene el paciente de su padecimiento y/o limitaciones físicas.• La información que tiene de su padecimiento, problemas de actitud en relación a la adherencia al tratamiento (a medicamentos), sus preocupaciones, limitaciones y expectativas que puedan interferir en su atención integral.
8	Estilo de vida	<ul style="list-style-type: none">• El comportamiento o actitud que ha desarrollado el paciente para el auto cuidado de su padecimiento, tanto saludable como nocivo, en relación a: sustancias tóxicas (alcohol, tabaco, otras drogas), ejercicio físico, dieta, higiene personal, manipulación de alimentos, actividades, ocio aficiones, etcétera.
9	Comunicación verbal y no verbal durante la entrevista	<ul style="list-style-type: none">• El comportamiento y actitud tanto positiva como negativa del paciente durante la entrevista: de



ANEXO 31
“Estudio de trabajo social en el área médica 4-30-53/72”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
10	Valoración familiar	<p>colaboración, de aceptación o falta de aceptación de su enfermedad, de incomprensión, así como sentimientos de culpa, de negación, de vergüenza, miedo, tristeza, angustia, miedo, irritación, rabia, rebeldía negación, frustración, temor pesimismo, entre otras.</p> <p>La valoración de la estructura, interacción y comunicación familiar, así como la funcionalidad, jerarquías, roles, alianzas, formas de control, comportamientos, violencia familiar, hábitos higiénico-dietéticos, mitos, creencias y principales cambios en la dinámica familiar relacionados con aspectos de la enfermedad del paciente. Además identificar factores de riesgo en la estructura familiar que puedan limitar el apoyo para la atención del paciente.</p>
11	Actitud de la familia ante la enfermedad	<ul style="list-style-type: none">• El tipo de familiar y su organización; cuales son las principales modificaciones en la organización familiar ante la enfermedad del paciente; los mitos y creencia de la familia en relación a la enfermedad.• Los factores protectores o de colaboración de la familia para la atención del paciente y en caso necesario, realizar cuidados paliativos del mismo.• Otras alternativas terapéuticas que realiza la familia como remedios caseros, acupuntura, entre otros.• Si existe rechazo, negación, sentimiento de culpa, frustración, abandono, sobre protección, indiferencia, violencia doméstica, resentimiento, cuidados inconstantes por parte de los integrantes de la familia para hacia el paciente.• Los conocimientos, habilidades y destrezas que tiene los integrantes de la familia para el cuidado de la enfermedad del paciente y quién de los miembros de la familia puede asumir el rol de cuidador.• Sí existe afectación o agotamiento de la familia para el cuidado del paciente.
12	Valoración de redes de apoyo	<ul style="list-style-type: none">• Si existen redes de apoyo durante su enfermedad, en caso de ser paciente solitario, sin apoyo familiar.• Si existen amigos, vecinos, compañeros de trabajo, cuidadores profesionales, instituciones que ante la



ANEXO 31
“Estudio de trabajo social en el área médica 4-30-53/72”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
		<p>falta de familiares y/o apoyo familiar participen en el cuidado y atención del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none">• Si existe la disponibilidad para acompañar al paciente durante su atención en las unidades médicas o para dar apoyo en su domicilio (cuidados paliativos).• El nivel socio-cultural que pueda interferir en los cuidados o limitar el cumplimiento de las indicaciones médica.• Los conocimientos, habilidades y destrezas para el cuidado de la enfermedad del paciente.
13	Valoración de datos económicos	
	Paciente	<ul style="list-style-type: none">• Sus ingresos económicos y su distribución, si son relevantes para limitar o apoyar la atención del paciente.• Si su rol es de proveedor.• Si existe afectación de ingresos económicos ante la enfermedad (disminución de ingresos económicos por incapacidad o desempleo).• La suficiencia o carencia de recursos económicos para el traslado a la unidad médica donde se le proporciona la atención y se le da seguimiento a su tratamiento médico.• Sí existe preocupación por las consecuencias futuras por su enfermedad.
	Familia	<ul style="list-style-type: none">• Los ingresos económicos y su distribución familiar,• Si hay apoyo económico de la familia para la atención médica del paciente• Si existe redistribución de roles para dar respuesta a las necesidades económicas de la familia, adaptación a los nuevos gastos generados por la enfermedad del paciente, como son el traslado a la unidad médica, acompañarlo a la consulta, adecuar el hogar para los cuidados paliativos del paciente, entre otros.• Sí existe incapacidad o abandono por parte de la familia para dar respuesta a la cobertura económica que genera el paciente ante su enfermedad.



ANEXO 31
“Estudio de trabajo social en el área médica 4-30-53/72”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
14	Valoración de las condiciones de la vivienda	<ul style="list-style-type: none">• Las principales limitaciones económicas de la familia que puedan interferir en la atención del paciente.• El tipo, las características de la vivienda y forma de tenencia de la misma así como la disponibilidad de servicio de agua, luz, drenaje, telefónico.• Si la ubicación y las características de la vivienda son limitantes para la atención del paciente (escaleras, falta de privacidad, de ventilación, tipo de piso, de material de construcción, distancia entre los servicios de salud.• Las condiciones de higiene, fauna nociva, recolección de basura en el domicilio.• Las adecuaciones para dar cuidados paliativos al paciente, en caso necesario.
15	Evaluación social y/o educativa	
	Paciente	<ul style="list-style-type: none">• Después de haber interrelacionado, jerarquizado y evaluado los datos investigados: actitudes y sentimientos ante su padecimiento(s), comunicación verbal y no verbal y otros que considere importantes durante la entrevista.• Después de haber dividido la información recopilada y ordenado por prioridades; identificado e interpretado las causas de los problemas o factores de riesgo del paciente que puedan limitar la aceptación de su enfermedad, tratamiento médico y calidad de vida.• Después de haber seleccionado los problemas más relevantes que afectan significativamente la atención integral de la enfermedad, su recuperación, la forma de recepción, los patrones de interacción que puedan favorecer o entorpecer el correcto cumplimiento del tratamiento médico y/o quirúrgico.
	Familia	<ul style="list-style-type: none">• Después de haber analizado e identificado, el tipo de familia, su organización, los patrones de comunicación, si se trata de una familia de riesgo o con disfunciones (mala comunicación, relaciones de violencia, etcétera).



ANEXO 31
“Estudio de trabajo social en el área médica 4-30-53/72”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
		<ul style="list-style-type: none">• Las necesidades de apoyo y/o educativas en relación a mitos y creencias relacionados con la enfermedad del paciente que puedan generar prácticas nocivas.• Las barreras de aceptación de la enfermedad y la repercusión en el apoyo familiar al paciente.
16	Redes de apoyo	<ul style="list-style-type: none">• Los apoyos no familiares con los que cuenta el paciente, los horarios en los que pueden brindar el apoyo (traslado, cuidados, suministro de medicamentos, durante la estancia hospitalaria, entre otros).
17	Visita domiciliaria	<ul style="list-style-type: none">• El motivo por el que fue necesario visitar el hogar del paciente, la ubicación, condiciones de higiene, fauna nociva, espacios físicos, posibles adecuaciones para la atención del paciente en el domicilio y algún otro dato relevante relacionado con el cuidado del mismo.
18	Plan de intervención	<ul style="list-style-type: none">• Defina las áreas de oportunidad con el paciente y/o familiar o persona legalmente responsable, de acuerdo a la principal problemática detectada, analizando sus posibles causas y alternativas de manejo, así como las posibles adecuaciones o aportaciones que tiene que hacer el paciente o cada uno de los integrantes de la familia y redes de apoyo.• Los acuerdos y tiempo para que cada uno de ellos se cumplan.• El plan estratégico educativo para el paciente, familiar o persona legalmente responsable, las técnicas participativas a utilizar y el seguimiento a los mismos.

NOTA: El seguimiento del caso se deberá de registrar en los formatos de “Notas de trabajo social médico 4-30-54/72” 2430-021-102.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Anexo 32

“Reglamento interno de la Unidad Médica Hospitalaria”

2430-021-072



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD**

REGLAMENTO INTERNO DE LA UNIDAD MÉDICA HOSPITALARIA

Estimado derechohabiente:

Por indicación de su médico tratante, está programado para que se le realice una intervención quirúrgica en esta Unidad Médica Hospitalaria y, con el propósito de ofrecerle una mejor atención a usted, a sus familiares o a la persona que usted legalmente haya designado, le hacemos las siguientes recomendaciones:

PARA SU INTERNAMIENTO

- Acuda puntualmente el día, lugar y hora indicada en la Orden de internamiento.
- Acuda acompañado preferentemente de un familiar mayor de edad o de la persona que usted legalmente haya designado.
- Preséntese sin objetos de valor, prótesis dentales, lentes o lentes de contacto o dinero.

DOCUMENTOS

- Lleve la siguiente documentación:
 - Orden de internamiento, con sello de vigencia de derechos.
 - Cartilla de salud y citas médicas.
 - Nueva credencial de identificación del IMSS "ADIMSS" o una identificación oficial con fotografía.
 - Placas (radiografías), si fueron indicados.
 - Hoja de traslado de "pacientes foráneos" si su caso lo requiere.

CONDICIONES

- Preséntese bañado, además en caso de ser mujer, sin maquillaje, y con las uñas recortadas y sin pintar.
- Cumpla con las indicaciones médicas o de preparación previas a su internamiento, que le hayan sido señaladas
- Cumpla con las horas de ayuno indicadas por su Médico tratante.

GENERALES

- Para su comodidad traiga los siguientes artículos de aseo y uso personal: toalla, sandalias, jabón de baño, pasta y cepillo dental, pañuelos desechables y papel higiénico.

PASES, DÍAS Y HORAS DE VISITA

- El "Pase de visita" es único y se proporcionará al familiar o persona que legalmente haya designado.
- El horario de visita para los familiares debe ser respetado invariablemente.
- Los días y horas de visita quedan establecidos en el "Pase de visita".
- La visita al paciente por parte de sus familiares será de uno por uno dentro del horario establecido.
- Las personas que visiten al paciente deberán abstenerse de acompañarse de niños.
- El "pase nocturno" da derecho a que una persona permanezca de las 20 horas a las 08 horas del día siguiente, y se proporcionará en la Oficina de Trabajo Social, de acuerdo al estado de salud del paciente y previa autorización del médico tratante.

2430-021-072



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Anexo 33
“Consentimiento informado para hospitalización”

2430-021-070



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HOSPITALIZACIÓN

Yo _____ (1) _____ / ____ / ____ / ____ (2)
Nombre del paciente Número de Seguridad Social y agregado

Reconozco que el/la Dr. (a). _____ me ha proporcionado información amplia, clara y precisa sobre el(los) motivo(s) de mi hospitalización:

- 1.- (3) _____
2.- _____
3.- _____
Nombre del (los) motivo(s) (diagnósticos)

Sobre el por qué y para qué está indicado el que se me hospitalice; los beneficios esperados después de mi hospitalización, así como los riesgos y las complicaciones más frecuentes que pueden presentarse propios de mi condición actual de salud: _____.

El Doctor me informó de la existencia de otros procedimientos alternativos al que me está proponiendo y que este es el más indicado para mi caso; además me explicó, que durante o después del(os) procedimiento(s) puedo requerir la utilización de algún componente sanguíneo. Reconozco que me informó sobre los efectos y consecuencias esperados si no acepto el tratamiento propuesto y declaró que en todo momento existió su disposición para aclarar mis dudas o ampliar la información.

Fui informado(a) que tengo el derecho de cambiar mi decisión en cualquier momento y manifestarla previo al(os) procedimiento(s).

Con el fin de facilitar mi recuperación, me comprometo a acudir a revisión médica cuando se me indique; o en el caso de presentar alguna molestia o duda.

Acorde a lo anterior, declaro lo siguiente: es mi decisión libre, consciente e informada aceptar mi hospitalización por el(los) motivo(s) arriba mencionado(s) y los procedimientos complementarios que sean necesarios durante la misma a juicio del equipo médico con el fin de restablecer mi salud o mejorar mi estado actual, el cual se efectuará en: _____ (4)
Nombre de la Unidad Médica Hospitalaria

Lugar: _____ (5), Fecha: ____ / ____ / ____ / ____.
Día Mes Año

Médico tratante			Paciente, familiar o persona legalmente responsable	
_____ (6)	_____	_____	_____ (7)	_____
NOMBRE	MATRÍCULA	FIRMA	NOMBRE	FIRMA

Testigo 1		Testigo 2	
_____ (8)	_____	_____ (8)	_____
NOMBRE	FIRMA	NOMBRE	FIRMA

2430-021-070



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA**

DENEGACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HOSPITALIZACIÓN

Yo _____ (1) _____ / ____ / ____ / ____ / ____ (2)
Nombre completo del paciente Número de Seguridad Social y agregado

Reconozco que el/la Dr. (a). _____ (3) me ha proporcionado información amplia, clara y precisa sobre el(los) motivo(s) de mi hospitalización:
1.- _____ (4) _____
2.- _____
3.- _____
Nombre del (los) motivo(s) (diagnósticos)

En que consiste(n) y los objetivos del(os) mismo(o).

Sobre el por qué y para qué está indicado el que se me hospitalice; los beneficios esperados después de mi hospitalización, así como los riesgos y las complicaciones más frecuentes que pueden presentarse propios de mi condición actual de salud: _____:

Reconozco que me informó sobre los efectos y consecuencias esperados si no acepto el tratamiento propuesto. Fui informado(a) que tengo el derecho de cambiar mi decisión en cualquier momento y manifestarla.

He comprendido las explicaciones que se me han dado en lenguaje claro y sencillo y declaro que en todo momento existió disposición por parte del médico para aclarar dudas o ampliar información. También se me informó que puedo continuar recibiendo atención médica en el Instituto.

Por lo que entiendo y declaro lo siguiente: Estoy satisfecho por la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos de NO ACEPTAR mi hospitalización por el(los) motivo(s) arriba mencionado(s) y los procedimiento(s) complementarios que sean necesarios durante la misma a juicio del equipo médico y en tales circunstancias NO CONSIENTO hospitalizarme en: _____ (5) _____.
Nombre de la Unidad Médica Hospitalaria

Fecha: ____ / ____ / ____ / ____.
Día Mes Año

Médico tratante			Paciente, familiar o persona legalmente responsable	
_____ NOMBRE	(6) _____ MATRÍCULA	_____ FIRMA	(7) _____ NOMBRE	_____ FIRMA
Testigo 1		Testigo 2		
_____ NOMBRE	(8) _____ FIRMA	(8) _____ NOMBRE	_____ FIRMA	

2430-021-070



ANEXO 33
“Consentimiento informado para hospitalización”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
1	Nombre	<p>El nombre completo del paciente al que se a hospitalizar, iniciando por los apellidos paterno, materno y nombre, el dato deberá transcribirse del expediente clínico o documentación con la que se recibe al paciente.</p> <p>Ejemplo: Gómez Córdova Miguel.</p>
2	Número de seguridad social	<p>El número de seguridad social y los dígitos (número y letras) que conforman el agregado al número de seguridad social del paciente al que se efectúa el estudio. Este deberá de transcribirse del expediente clínico o documento con que se recibe al paciente.</p> <p>Ejemplo: 1210-55-1670-1M59OR</p>
3	Nombre del motivo (diagnóstico)	<p>El nombre del motivo (diagnóstico) por que se va ha hospitalizar al paciente.</p> <p>Ejemplo: Gammagrafía ósea</p>
4	Unidad Médica Hospitalaria	<p>El tipo y número de unidad hospitalaria correspondiente.</p> <p>Ejemplo: Hospital de Especialidades del CMN “La Raza”.</p>
5	Lugar y Fecha	<p>El lugar en donde se requisita, el día, mes y año correspondientes a la fecha en que se realiza el consentimiento informado, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda.</p> <p>Ejemplo: México, D. F., 20 / 09 / 2011.</p>
6	Médico tratante	<p>El nombre (s), apellido paterno y apellido materno, el número de matrícula y la firma del Médico no Familiar tratante del servicio que solicita.</p> <p>Ejemplo: Nombre: Bernardo Alva González Matrícula 6970698 Firma</p>



ANEXO 33
“Consentimiento informado para hospitalización”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
7	Paciente, familiar o persona legalmente responsable	<p>El nombre completo del paciente al que se va a hospitalizar o del familiar o persona legalmente responsable, iniciando por el nombre, los apellidos paterno y materno y firma.</p> <p>Ejemplo: Octavio Lara Mariscurrena.</p>
8	Testigo 1 Testigo 2	<p>El nombre completo del testigo por parte del paciente al que se va a hospitalizar, iniciando por el nombre, los apellidos paterno y materno y firma.</p> <p>Ejemplo: José Manuel Segura Zavala.</p>



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Anexo 34

“Registro de pacientes hospitalizados (4-30-51/72)”

2430-021-110



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

REGISTRO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS (4-30-51/72)

Fecha ____/____/____ Día Mes Año			Unidad Médica Hospitalaria 1			UMF de adscripción 2		No. de consultorio: 3		Vigencia de derechos Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En trámite <input type="checkbox"/>		
Nombre del paciente: 4							NSS Y AGREGADO: 5					
Domicilio de la empresa: 6								Teléfono:				
Domicilio del paciente: 7						Población		Estado		Teléfono:		
En caso necesario avisar a: 8								Parentesco:				
Domicilio: 9						Población		Estado		Teléfono:		
Ingreso 10		Hora		Admisión		Urgencias		Servicio 11		Cama	Piso	Nombre Asistente Médica: 12
Salida por: 13				Mejoría		Curación		Servicio 14		Nombre Médico Ordenó Ingreso 15		Matrícula:
				Defunción		Voluntaria		Servicio 16		Nombre Médico Autoriza Salida 17		Matrícula:
Fecha salida 18		de	Día	Mes	Año	Recibí 19		Especificar: Familiar, Incapacidad, Medicamentos, Etc.				
Fecha salida 20		de	Día	Mes	Año	Hora	Nombre de la persona que recibe: 21				Firma:	

2430-021-110



ANEXO 34
“Registro de pacientes hospitalizados (4-30-51/72)”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
1	Unidad Médica Hospitalaria	El tipo y número de unidad hospitalaria correspondiente. Ejemplo: Hospital de Especialidades del CMN “La Raza”.
2	UMF de adscripción	El tipo de unidad a la que esta adscrito el paciente que acude al Servicio de Admisión Continua o Urgencias o Admisión Hospitalaria. Ejemplo 1: UMF 10 Ejemplo 2: HGZ/MF 8
3	No. de consultorio	El número del consultorio donde se le da atención médica en su UMF. Ejemplo: 5
	Vigencia de derechos	Una “X” en el recuadro correspondiente, según el estatus de derechohabencia del paciente al momento. Ejemplo: En trámite <input checked="" type="checkbox"/>
4	Nombre del paciente	El nombre completo del paciente, iniciando por los apellidos paterno, materno y nombre. Este dato deberá transcribirse de: expediente clínico, cartilla de salud y citas médicas u otro documento con la que se recibe al paciente. Ejemplo: Fuentes Cienfuegos Marcelo.
5	NSS y Agregado	El número de seguridad social y los dígitos (número y letras) que conforman el agregado al número de seguridad social del paciente. Este dato deberá transcribirse de: expediente clínico, cartilla de salud y citas médicas u otro documento con la que se recibe al paciente. Ejemplo: 1210-55-1670-1M59OR
6	Domicilio de la empresa	Los nombres de la empresa y de la calle, el número oficial tanto exterior como interior, así como la colonia y la Delegación o Municipio y Estado a la que pertenece, así como el código postal.



ANEXO 34
“Registro de pacientes hospitalizados (4-30-51/72)”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
		Ejemplo: “La Esperanza” Puebla 200 2 Piso. Colonia Roma, Delegación Cuauhtémoc México D. F. C.P. 06700.
	Teléfono	El número telefónico y la extensión de la empresa donde trabaja el paciente, así como la clave lada. Ejemplo: 57-81-25-75
7	Domicilio del paciente	El nombre de la calle, el número oficial, tanto exterior como interior, así como la Colonia y la Delegación o Municipio a la que pertenece, así como código postal. Ejemplo: Sinaloa 89 Depto. 5 Colonia Roma, Delegación Cuauhtémoc México DF. C. P. 06700
	Teléfono	El número telefónico del domicilio o donde se le pueda localizar al paciente, así como la clave lada. Ejemplo: 56-18-20-45
8	En caso necesario avisar a	El nombre completo del familiar o persona legalmente responsable, iniciando por los apellidos paterno, materno y nombre. Este dato deberá transcribirse de un documento oficial preferentemente. Ejemplo: Caballero Leal Luis.
	Parentesco	El parentesco que tenga con el paciente. Ejemplo: Tío
9	Domicilio	El nombre de la calle, el número oficial, tanto exterior como interior, así como la Colonia y la Delegación o Municipio y Estado a la que pertenece, así como código postal. Ejemplo: Rosa Blanca 8 Depto. 10 Colonia Molino de Rosas, Delegación Álvaro Obregón México D. F. C. P. 08620



ANEXO 34
“Registro de pacientes hospitalizados (4-30-51/72)”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
	Teléfono	El número telefónico del domicilio o donde se puede localizar al familiar o persona legalmente responsable, así como la clave lada. Ejemplo: 57-21-50-44
10	Ingreso	El día, mes y año correspondientes a la fecha en que se recibe al paciente, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda. Ejemplo: 01 / 04 / 2010.
	Hora	La hora en que el paciente sube a piso, en formato hora y minutos. Ejemplo: 7:55
	Admisión Urgencias	Una “X” en el recuadro correspondiente, según el servicio que recibe al paciente. Ejemplo: Urgencias
11	Servicio	El nombre del servicio o especialidad que autoriza la hospitalización del paciente programado. Ejemplo: Cardiología.
	Cama	El número de cama, cuna o incubadora en la que se encuentre el paciente internado. Ejemplo: 5
	Piso	El número de piso en el que se encuentre el paciente internado. Ejemplo: 2
12	Nombre Asistente Médica	El nombre completo de la Asistente Médica del Servicio de Admisión Continua o Urgencias que recibe al paciente, iniciando por los apellidos paterno, materno y nombre.



ANEXO 34
“Registro de pacientes hospitalizados (4-30-51/72)”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
		Ejemplo: Martínez Martínez Patricia
13	Salida por	Una “X” en el recuadro correspondiente, según el motivo del egreso del servicio o especialidad del paciente. Ejemplo: Mejoría “X”
14	Servicio	El servicio que solicita el Servicio de Admisión Continua o Urgencias para hospitalizar al paciente. Ejemplo: Medicina Interna
15	Nombre médico ordenó ingreso	El nombre (s), apellido paterno y apellido materno, del Médico que ordenó el ingreso del paciente. Ejemplo: Juan Robles González
	Matrícula	El número de matrícula del médico que ordenó el ingreso del paciente. Ejemplo: 8971691
16	Servicio	Nombre del servicio que recibe al paciente para su hospitalización. Ejemplo: Cirugía General
17	Nombre médico autorizó salida	El nombre (s), apellido paterno y apellido materno, del Médico que autorizó el egreso del paciente. Ejemplo: Martín Romero Gálvez
	Matrícula	El número de matrícula del médico que autorizó el egreso del paciente. Ejemplo: 9979695
18	Fecha de salida Día Mes Año	El día, mes y año correspondientes a la fecha en que el médico autoriza el egreso del paciente, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda.



ANEXO 34
“Registro de pacientes hospitalizados (4-30-51/72)”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
		Ejemplo: 01 / 04 / 2010
19	Recibí Especificar: familiar, incapacidad, medicamentos, etc. Solicitar al paciente, familiar o persona legalmente responsable que escriba: Parentesco “_____”, “_____”, según el caso.	“_____” “Recibí al paciente con Parentesco con el paciente indicaciones médicas, recetas e incapacidad, así como “orden de internamiento”.
20	Fecha de salida Día Mes Año Hora	El día, mes, año, hora y minutos correspondientes a la fecha y hora en la que el familiar o persona legalmente responsable recibe al paciente al momento del egreso, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda. Ejemplo: 01 / 04 / 2010 11:30 horas
21	Nombre de la persona que recibe Solicitar al paciente, familiar o persona legalmente responsable que escriba su nombre completo. Firma Solicitar al paciente, familiar o persona legalmente responsable que firme en este recuadro.	El nombre (s), apellido paterno y apellido materno, del familiar o persona legalmente responsable que recibe al paciente al momento del egreso. Ejemplo: Carlos Martínez Rivas. La firma del familiar o persona legalmente responsable que recibe al paciente al momento del egreso.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Anexo 35

“Hoja de alta hospitalaria (Alta 1/98)”

2430-021-111



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA**

HOJA DE ALTA HOSPITALARIA (ALTA-1/98)

1 IDENTIFICACIÓN (Debe de ser llenado por la Asistente Médica)

NOMBRE:	FECHA DE INGRESO: ____ / ____ / ____ Día Mes Año
NSS Y AGREGADO:	FECHA Y HORA DE EGRESO: ____ / ____ / ____ ____ / ____ Día Mes Año Hora Min
ESPECIALIDAD O SERVICIO AL EGRESO:	NÚMERO DE CAMA:

2 MOTIVO DE EGRESO (Debe de ser llenado por el médico que otorga el alta del paciente)

1 CURACIÓN	2 ABANDONO	3 VOLUNTARIO	4 DEFUNCIÓN	5 MEJORÍA	6 TRANSITORIO
-------------------	-------------------	---------------------	--------------------	------------------	----------------------

3 ENVÍO A

1 CONSULTA DE ESPECIALIDAD DEL MISMO HOSPITAL	2 MEDICINA FAMILIAR	3 OTRO HOSPITAL DEL IMSS	4 OTRA INSTITUCIÓN
--	----------------------------	---------------------------------	---------------------------

4 DIAGNÓSTICO

CODIFICACIÓN

DE INGRESO	
DE EGRESO: DX PRINCIPAL	
1er. DX SECUNDARIO:	
2do. DX SECUNDARIO:	
1ra. COMPLICACIÓN INTRA:	
2da. COMPLICACIÓN INTRA:	

5 EGRESO POR DEFUNCIÓN

CODIFICACIÓN

1er. DX:	
2do. DX:	
1 SIN AUTOPSIA	2 CON AUTOPSIA

6 PROGRAMA EN EL QUE SE ATENDIÓ AL PACIENTE

1 PUERPERIO DE BAJO RIESGO	2 CIRUGÍA AMBULATORIA	3 NINGUNO DE ESTOS
-----------------------------------	------------------------------	---------------------------

7 MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

1 PASTILLA S/R	2 PASTILLAS C/R	3 DIU S/R	4 DIU C/R	5 OTB S/R
6 OTB C/R	7 INYECTABLES S/R	8 INYECTABLES C/R	9 VASECTOMÍA	10 NINGUNO

8 RAMO DE SEGURO

1 RIESGO DE TRABAJO CONFIRMADO	2 RIESGO DE TRABAJO PROBABLE	3 INVALIDEZ
---------------------------------------	-------------------------------------	--------------------

9 MÉDICO RESPONSABLE DEL ALTA

NÚMERO DE RECETAS:

_____	_____	_____
NOMBRE	MATRÍCULA	FIRMA

2430-021-111



ANEXO 35
“Hoja de alta hospitalaria (Alta 1/98)”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
1	Identificación	
	Nombre	El nombre completo del paciente que ingresa al hospital, iniciando por los apellidos paterno, materno y nombre, el dato deberá transcribirse de la “Cartilla de salud y citas médicas”, del expediente clínico o documentación con la que se recibe al paciente. Ejemplo: Gómez Córdova Manuel.
	Fecha de ingreso	El día, mes y año correspondientes a la fecha en que el paciente ingresa al hospital, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda. Ejemplo: 20 / 10 / 2010.
	NSS y Agregado	El número de seguridad social del paciente, además los dígitos (número y letras) que conforman el agregado. Este deberá de transcribirse de la “Cartilla de salud y citas médicas” u otro documento con el que se recibe al paciente. Ejemplo: 1210 55 1670 1M59OR
	Fecha y hora de egreso	El día, mes y año, así como la hora y minutos correspondientes a la fecha y hora en que el médico determina el egreso del paciente del hospital, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda. Ejemplo: 25 / 10 / 2010 12:30.
	Especialidad o servicio al egreso	El nombre de la especialidad o servicio a cargo del paciente al momento del egreso. Ejemplo: Cardiología
	Número de cama	El número de la cama que ocupaba el paciente al momento de determinarse el egreso hospitalario, en números arábigos, de acuerdo a los siguientes datos:



ANEXO 35
“Hoja de alta hospitalaria (Alta 1/98)”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
		<ul style="list-style-type: none">• El número de cama censable a la que ingresó al hospital.• En el Programa de Cirugía Ambulatoria Mayor se registrará la sigla “CA”, además del número de cama asignada.• En el Programa de Puerperio de Bajo Riesgo se registrará la sigla “PB”, además del número de cama asignada.
2	Motivo de egreso	<p>Una “X” en el recuadro de la opción correspondiente, al motivo de alta hospitalaria. En el caso de defunción, se deberá de llenar el apartado “Egreso por defunción”.</p> <p>Ejemplo: 5 Mejoría “X”</p>
3	Envió a	<p>Una “X” en el recuadro de la opción correspondiente, al “pase”, que se establece para continuar la atención del paciente.</p> <p>Ejemplo: 2 Medicina Familiar “X”</p>
4	Diagnóstico	
	De ingreso	<p>El nombre del motivo principal del ingreso del paciente al hospital, que de acuerdo al criterio médico se establece para la atención de un proceso patológico, para la realización de procedimientos específicos o para la aplicación de un tratamiento determinado.</p> <p>Ejemplo: Probable apendicitis aguda.</p>
	De egreso Diagnóstico principal	<p>El nombre del motivo principal del egreso del paciente y que generó la atención hospitalaria.</p> <p>Motivo principal: La afección diagnosticada al final del proceso de la atención médica, como causa primaria de la necesidad de tratamiento o investigación que tuvo el paciente. Si hay más de una afección así caracterizada, debe seleccionarse la que se considera causante del mayor uso de recurso.</p>



ANEXO 35
“Hoja de alta hospitalaria (Alta 1/98)”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
	1er. Dx secundario 2do. Dx secundario	Otros motivos que coexisten con el motivo o causa principal de atención médica hospitalaria y que afectan el tratamiento del paciente.
	1ra. Complicación intra 2da. Complicación intra	Motivos que se desarrollan durante la estancia intrahospitalaria y que se identifican como complicaciones ocurridas durante el internamiento.
	Codificación	La clave de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud Décima Revisión (CIE-10), correspondientes a cada uno de los diagnósticos, según la lista tabular de inclusiones y subcategorías de cuatro caracteres.
5	Egreso por defunción	
	1er. Diagnóstico	El motivo básico de la defunción del paciente. Motivo básico de defunción: La enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente o las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal.
	2do. diagnóstico	El motivo antecedente, secundario al básico y relacionado con la enfermedad o estado patológico.
	Sin autopsia Con autopsia	Una “X” en el recuadro de la opción correspondiente, a los conceptos de defunción “Sin autopsia” o “Con autopsia”, según el caso.
	Codificación	La clave de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades Décima Revisión (CIE-10), correspondientes al egreso por defunción, según la lista tabular de inclusiones y subcategorías de cuatro caracteres. La persona que efectúa la codificación, empleará los procedimientos y las reglas de Selección de Mortalidad normadas por la clasificación antes citada.
6	Programa en el que se atendió el paciente	Una “X” en el recuadro de la opción correspondiente, al programa específico de atención hospitalaria del paciente.



ANEXO 35
“Hoja de alta hospitalaria (Alta 1/98)”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
		Ejemplo: Cirugía Ambulatoria “X”
7	Método de Planificación Familiar	Una “X” en el recuadro de la opción correspondiente, a la acción realizada de planificación familiar, de acuerdo al método de aceptación y a la calificación del riesgo reproductivo, normado.
8	Ramo de seguro	<p>Una “X” en el recuadro de la opción correspondiente, al ramo de seguro al que pertenecen las acciones otorgadas al paciente.</p> <p>Riesgo de trabajo: Son los accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo del trabajo.</p> <p>Confirmado: Es cuando el asegurado o familiar presenten el formato MT-1 o ST-1 “Aviso para calificar probable riesgo de trabajo”, con la leyenda “Si de trabajo”, nombre y firma del médico de Salud en el Trabajo que calificó el riesgo en el reverso del mismo.</p> <p>Probable: Es cuando el asegurado o familiar refieran la ocurrencia del riesgo (accidente o enfermedad), con motivo del trabajo, sin presentar la forma MT-1 o ST-1 “Aviso para calificar probable riesgo de trabajo”.</p> <p>Invalidez: Existe cuando el asegurado se encuentre imposibilitado para procurarse, mediante un trabajo igual, remuneración superior al 50% de su remuneración habitual percibida durante el último año de trabajo y que esa imposibilidad derive de una enfermedad o accidente no profesional (Art. 119 de la Ley del Seguro Social).</p> <p>Cuando el asegurado o familiar se le otorgue atención médica que se relacione con la determinación de un estado de invalidez, deberá presentar su forma MT-4 o ST-4 “Dictamen de invalidez”.</p>
9	Médico responsable del alta	
	Nombre Matrícula Firma	El nombre (s), apellido paterno y apellido materno, el número de matrícula y firma autógrafa del Médico que otorga el alta del paciente.



ANEXO 35
“Hoja de alta hospitalaria (Alta 1/98)”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
		Ejemplo: Juan Robles González 6979698 Firma
	Número de recetas	El número total de recetas expedidas por el médico al momento del egreso del paciente, en números arábigos. Ejemplo: 3



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Anexo 36

“Encuesta de satisfacción del usuario en la consulta externa de especialidades”

2430-021-127



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN PARA LA CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDADES

UNIDAD MÉDICA	CONTROL <input type="checkbox"/>	No. <input type="checkbox"/>	FECHA Y HORA
	CONSULTORIO <input type="checkbox"/>	1	2

3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASISTENTE MÉDICA	TRABAJADOR(A) SOCIAL	ENFERMERA(O)	MÉDICO

No.	PREGUNTA	SI	NO	4 NO APLICA
1	¿LO SALUDARON EN FORMA AMABLE?			
2	¿SE PRESENTARON CON USTED?			
3	¿SE DIRIGIERON ANTE USTED POR SU NOMBRE?			
4	¿LE EXPLICARON SOBRE LOS CUIDADOS O ACTIVIDADES QUE LE REALIZARON?			
5	¿SE INTERESARON POR OFRECERLE UNA ESTANCIA AGRADABLE?			
6	¿PROCURARON OFRECERLE LAS CONDICIONES NECESARIAS QUE GUARDAN SU INTIMIDAD Y/O PUDOR?			
7	¿LE HICIERON SENTIRSE SEGURO(A) AL ATENDERLE?			
8	¿LE TRATARON CON RESPETO?			
9	¿LE ENSEÑARON A USTED O SU FAMILIAR SOBRE LOS CUIDADOS QUE DEBE TENER RESPECTO A SU PADECIMIENTO?			
10	¿SE SIENTE SATISFECHO CON EL TRATO QUE LE DIERON?			

COMENTARIOS Y/O SUGERENCIAS

5

2430-021-127



ANEXO 36

**“Encuesta de satisfacción del usuario en la consulta externa de especialidades”
INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No	DATO	ANOTAR										
	Unidad Médica	El tipo y número de unidad hospitalaria correspondiente. Ejemplo: Hospital de Especialidades del CMN “La Raza”.										
1	No. de Control o Consultorio	Una “X” en el recuadro correspondiente a control (cuando se trate de la Asistente Médica) o consultorio en el cual se otorgó la atención médica (Enfermera o Médico) y el número que tenga asignado el control o el consultorio. Ejemplo: Control <input checked="" type="checkbox"/> No. <input type="text" value="3"/>										
2	Fecha y hora	El día, mes y año, así como la hora correspondientes al momento en que se otorgó la atención al derechohabiente, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda. Ejemplo: 23/01/2011. 9:45 hr										
3	Asistente Médica Trabajador(a) Social Enfermera(o) Médico	Una “X” en el recuadro correspondiente al personal de salud cuya atención evalúa el derechohabiente. Ejemplo: <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">Médico</td> </tr> </table>	<input checked="" type="checkbox"/>	Médico								
<input checked="" type="checkbox"/>	Médico											
4	SI NO NO APLICA	Una “X” en el recuadro correspondiente a la respuesta del derechohabiente a cada una de las preguntas. Las preguntas número 6 y 9 no aplican para la Asistente Médica ni para Trabajo Social. Ejemplo: <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th></th> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NO APLICA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>¿SE PRESENTARON CON USTED?</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			SI	NO	NO APLICA	2	¿SE PRESENTARON CON USTED?	<input checked="" type="checkbox"/>		
		SI	NO	NO APLICA								
2	¿SE PRESENTARON CON USTED?	<input checked="" type="checkbox"/>										
5	Comentarios y sugerencias	Cualquier comentario, sugerencia, observación, felicitación, etcétera que desee externar el derechohabiente y que no se encuentre consignado(a) en las preguntas previas.										



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Anexo 37

“Enlace de turno de la Consulta Externa de Especialidades”

2430-021-120



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD
ENLACE DE TURNO DE LA CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDADES**

FECHA: ____ / ____ / ____ 1 DIA MES AAAA	UNIDAD MEDICA HOSPITALARIA 2	No. DE CONSULTORIOS EN OPERACIÓN MATUTINO 3 VESPERTINO
TURNO MATUTINO		TURNO VESPERTINO
SJE:		SJE:
FUERZA DE TRABAJO 5		
EJP:	EG:	AEG:
EJP:	EG:	AEG:

FUNCIONES A SUPERVISAR 6	TURNO MATUTINO	TURNO VESPERTINO
OPORTUNIDAD Y CONTINUIDAD EN LA ATENCIÓN		
RECURSOS HUMANOS		
ESTRUCTURA (Conservación)		
RECURSOS FÍSICOS		
RECURSOS MATERIALES		
EQUIPO E INSTRUMENTAL		
ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA PARA SEGURIDAD DEL PACIENTE		
PROCESOS FALTANTES		
PROBLEMÁTICA RELEVANTE		
ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN		
DOTACIONES DE INSUMOS		
OBSERVACIONES 7		

2430-021-120



ANEXO 37
“Enlace de turno de la Consulta Externa de Especialidades”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
1	Fecha	El día, mes y año en que se recibe. Ejemplo: 29 / Jun / 2011.
2	Unidad Médica Hospitalaria	El tipo y número de Unidad Médica Hospitalaria correspondiente. Ejemplo: Hospital de Especialidades del CMN “La Raza”.
3	Consultorios	El número de consultorios en operación, en el turno Ejemplo: 8
4	SJE	El nombre de la Subjefe de Enfermeras responsable del turno, con el color de tinta correspondiente. <ul style="list-style-type: none">• Azul: para el turno matutino• Verde: para el turno vespertino Ejemplo: Luz María Salazar Gómez
5	Fuerza de trabajo	El número de personal de enfermería que labora por categoría y turno en la Consulta Externa de Especialidades. <ul style="list-style-type: none">• EJP = Enfermera Jefe de Piso o Responsable• EG = Enfermera General• AEG = Auxiliar de Enfermería General Ejemplo: Turno matutino <ul style="list-style-type: none">• EJP 1• EG 1• AEG 3
6	Funciones a supervisar	
	Oportunidad y continuidad en la atención	Las actividades pendientes de realizar a los pacientes. Ejemplo: Pacientes pendientes de ambulancia, estado de salud de los pacientes



ANEXO 37
“Enlace de turno de la Consulta Externa de Especialidades”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
Recursos humanos	Las necesidades o solicitudes del personal asignado al servicio. Ejemplo: Pase de salida.	
Estructura (conservación)	Las funciones de estructura a supervisar para dar continuidad en el(os) turno(s). Ejemplos: <ul style="list-style-type: none">• Disfunción de la selladora,• Falla de la puerta del consultorio 3,• Fumigación de los consultorios,• Limpieza de los consultorios,• Cambio de focos de las lámparas,• Falla del sistema de red fría, etcétera.	
Recursos físicos	Las actividades pendientes por realizar o las áreas de oportunidad detectadas en el servicio que se tiene que mejorar. Ejemplo 1: Falta de limpieza y orden en los consultorios 1 y 3 Ejemplo 2: Supervisar que cumpla con el programa de limpieza exhaustiva en el servicio. Ejemplo 3: Vigilar la funcionalidad del equipo. Ejemplo 3: Vigilar la funcionalidad del instrumental. Ejemplo 4: Verificar la vigencia de esterilidad del instrumental.	
Recursos materiales	La suficiencia o los faltantes de los recursos materiales necesarios para la operación del servicio. Ejemplo: Falta de ropa, de material de curación y guantes.	



ANEXO 37
“Enlace de turno de la Consulta Externa de Especialidades”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
	Equipo e Instrumental	<p>Las alteraciones detectadas en el funcionamiento y/o falla del equipo o instrumental.</p> <p>Ejemplo1: Electrocardiógrafo en reparación.</p> <p>Ejemplo 2: Resultado de muestreo de la vigencia de caducidad del instrumental</p> <p>Ejemplo 3: Los procesos realizados durante el turno y si hay algún pendiente para darle seguimiento.</p>
	Actividades de enfermería para seguridad del paciente	<p>Las acciones por realizar por el personal de enfermería para disminuir el riesgo y limitación al daño.</p> <p>Ejemplo: Que todas las camillas tengas los barandales puestos</p>
	Procesos faltantes	<p>Los procesos que no se iniciaron o concluyeron durante el turno y si hay algún pendiente para darle seguimiento.</p> <p>Ejemplo: falta de ropa, insumos de mala calidad, etcétera.</p>
	Problemática relevante	<p>El seguimiento y continuidad que se le da a la problemática existente.</p> <p>Ejemplo: Dar seguimiento al disfuncionamiento del equipo</p>
	Alternativas de solución	<p>Las actividades realizadas para solucionar la problemática.</p> <p>Ejemplo: Notificación a Departamento de Conservación, hora y persona que recibe la notificación.</p>
	Dotaciones de insumo	<p>La cantidad de elementos o materiales, por pieza que se dejan al turno entrante para dar continuidad al proceso de la Consulta Externa de Especialidades.</p> <p>Ejemplo: Ropa: (compresa sencilla, sábana de pubis, bata quirúrgica).</p>



ANEXO 37
“Enlace de turno de la Consulta Externa de Especialidades”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
7	Observaciones	<p>Ejemplo: Materiales: (jabón: jabón líquido y detergente en polvo).</p> <p>Ejemplo: Material de curación (gasa simple, apósitos, abatelenguas, hisopos, vendas, Penrose, sondas, vendas elástica, de gasa, huata y de smarch,), (cubre bocas, gorro para paciente), etcétera.</p> <p>Algún acontecimiento u observación relevante que se presente en el servicio durante el turno.</p> <p>Ejemplo 1: Pacientes pendientes de ambulancia en el servicio.</p>



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Anexo 38

**“Bitácora para la entrega y recepción de la solicitud y suministro de medicamentos
Farmacia-Servicio”**

2430-021-167



**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD**

BITÁCORA PARA LA ENTREGA Y RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD Y SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS FARMACIA-SERVICIO

DELEGACIÓN:

1

UNIDAD MÉDICA HOSPITALARIA:

2

FECHA: ____ / ____ / ____

DD MM AAAA

FECHA	SERVICIO	PISO	No. DE FOLIOS	HORA DE ENTREGA DE LA SOLICITUD A LA FARMACIA	PERSONAL DE FARMACIA QUE RCIBE	HORA DE ENTREGA Y RECEPCIÓN DE MEDICAMENTOS EN FARMACIA	PERSONAL QUE RECIBE	HORA DE ENTREGA Y RECEPCIÓN DE MEDICAMENTOS EN EL SERVICIO	PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE RECIBE
3	4	5	6	7	8	9	10	11	12



ANEXO 38
“Bitácora para la entrega y recepción de la solicitud y suministro de medicamentos
Farmacia-Servicio”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
1	Delegación	El nombre de la Delegación correspondiente. Ejemplo: Delegación D. F. Sur
2	Unidad Médica Hospitalaria	El tipo y número de unidad hospitalaria correspondiente. Ejemplo: UMAE HGO No. 4 “Luis Castelazo Ayala”
	Fecha	El día, mes y año correspondientes a la fecha en que se inicia el registro del formato; en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda. Ejemplo: 01 / 01 / 2012.
3	Fecha	El día, mes y año en que se realiza la entrega y recepción de la solicitud y suministro de medicamentos, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda. Ejemplo: 02 / 01 / 2012.
4	Servicio	El nombre del departamento o servicio clínico o especialidad, según sea el caso, al cual pertenecen los datos, además de su ubicación. Ejemplo: Complicaciones Hipertensivas del Embarazo.
5	Piso	El nivel, dentro de la estructura física de la unidad, donde se ubica el servicio. Ejemplo: 5o. piso Sur.
6	No. de folios	Número consecutivo asignado a cada hoja de la “Solicitud de Medicamentos para Hospitalización y Servicios Auxiliares” CR27. Ejemplo: 520



ANEXO 38
“Bitácora para la entrega y recepción de la solicitud y suministro de medicamentos
Farmacia-Servicio”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
7	Hora de entrega de la solicitud a la Farmacia	La hora exacta en que la “Solicitud de Medicamentos para Hospitalización y Servicios Auxiliares” CR27, es entregada al persona de Farmacia. Ejemplo: 09:10.
8	Personal de Farmacia que recibe	Nombre y apellidos y matrícula de personal de Farmacia que recibe la “Solicitud de Medicamentos para Hospitalización y Servicios Auxiliares” CR27. Ejemplo: Juan José López Ruiz 6945492.
9	Hora de entrega y recepción de medicamentos en Farmacia	Hora exacta en que se hace la entrega y recepción de medicamentos en la Farmacia. Ejemplo: 11:10.
10	Personal que recibe	Nombre y apellidos y matrícula del personal que recibe en la Farmacia los medicamentos surtidos por ésta. Ejemplo: Felipe Jiménez Díaz.
11	Hora de entrega y recepción de medicamentos en el Servicio	Hora exacta en que se realiza la entrega y recepción de medicamentos en el Servicio solicitante. Ejemplo: 11:20.
12	Personal de enfermería que recibe	Nombre y apellidos y matrícula del personal de Enfermería del Servicio solicitante que recibe los medicamentos. Ejemplo: María Luisa Romero Castro.



Anexo 39

“Productividad mensual del personal de enfermería”

2430-021-123



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD
PRODUCTIVIDAD MENSUAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA**

1

2

UNIDAD MÉDICA	ENFERMERA JEFE DE PISO			SUBJEFE DE ENFERMERAS			FECHA: ___/___/___	FECHA: ___/___/___
	NOMBRE	MATRÍCULA	FIRMA	NOMBRE	MATRÍCULA	FIRMA	DD MMM AAAA	DD MMM AAAA

No.	CONSULTORIO		4 DIA																									TOTAL					
			26	27	28	29	30	31	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19		20	21	22	23	24
1	3	PROCEDIMIENTOS																															
		PACIENTES																															
		PERSONAL																															
2		PROCEDIMIENTOS																															
		PACIENTES																															
		PERSONAL																															
3		PROCEDIMIENTOS																															
		PACIENTES																															
		PERSONAL																															
4		PROCEDIMIENTOS																															
		PACIENTES																															
		PERSONAL																															
5		PROCEDIMIENTOS																															
		PACIENTES																															
		PERSONAL																															
6		PROCEDIMIENTOS																															
		PACIENTES																															
		PERSONAL																															
7		PROCEDIMIENTOS																															
		PACIENTES																															
		PERSONAL																															
8		PROCEDIMIENTOS																															
		PACIENTES																															
		PERSONAL																															
9		PROCEDIMIENTOS																															
		PACIENTES																															
		PERSONAL																															
10		PROCEDIMIENTOS																															
		PACIENTES																															
		PERSONAL																															

2430-021-123



ANEXO 39
“Productividad mensual del personal de enfermería”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
	Unidad Médica	El tipo y número de unidad hospitalaria correspondiente al sitio al cual corresponden los registros. Ejemplo: Hospital de Pediatría CMN “Siglo XXI”.
	Enfermera Jefe de Piso	El nombre, matrícula y firma de la Enfermera Jefe de Piso responsable del registro del formato. Ejemplo: Patricia Hernández Gómez 98754258 Firma
	Subjefe de Enfermeras	El nombre, matrícula y firma de la Subjefe de Enfermeras responsable de supervisar el registro del formato. Ejemplo: Susana Chávez Ríos 11048758 Firma
1	Fecha	El día, mes y año en que se inicia el periodo de registro del formato; en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda. Ejemplo: 26 / 12 / 2011.
2	Fecha	El día, mes y año en que se finaliza el periodo de registro del formato; en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda. Ejemplo: 25 / 01 / 2011.
3	Consultorio	El nombre y/o número del consultorio o especialidad del cual se registran los datos. Ejemplo: Consultorio 20 Perinatología.



ANEXO 39
“Productividad mensual del personal de enfermería”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
4	Día	En la casilla correspondiente al día en que se está registrando: el número de procedimientos realizados durante la jornada laboral, el número de pacientes atendidos en el servicio, así como el número total del personal de Enfermería adscrito al servicio.

Ejemplo:

No	CONSULTORIO		DIA
			25
1	Consultorio 20 Perinatología	PROCEDIMIENTOS	12
		PACIENTES	22
		PERSONAL	2

5	Total	El número arábigo obtenido tras la sumatoria en forma horizontal de todos los registros consignados en el formato. El valor obtenido corresponde al total en el mes por cada servicio de: el total de los procedimientos realizados, el total de pacientes atendidos y el total del personal adscrito.
---	-------	--

	Nota	En el informe mensual de productividad se deberá consignar la siguiente información.
--	------	--

- a) Promedio de pacientes por día.
- b) Promedio de personal por día.
- c) Promedio de procedimientos por día.
- d) Promedio de procedimientos por paciente.
- e) Promedio de procedimientos por Enfermera.
- f) Promedio de pacientes por Enfermera.

Los valores se obtienen de la siguiente forma:

a) Promedio de pacientes por día:
Se obtiene de la división del número total de pacientes atendidos durante el periodo de tiempo analizado, entre el número días en que se otorgó atención médica.

NOTA: En el caso de Consulta Externa no se contarán los días no laborados (fines de semana y días festivos).



ANEXO 39
“Productividad mensual del personal de enfermería”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No

DATO

ANOTAR

Ejemplo: Total de pacientes atendidos en el mes: 471
Días laborados: 21
Promedio de pacientes por día = $471 / 21 = 22.4$

b) Promedio de personal por día:
Se obtiene de la división del número obtenido tras la sumatoria del personal registrado durante el periodo de tiempo analizado, entre el número días en que se otorgó atención médica.

Ejemplo: Total de personal registrado en el mes: 225
Días laborados: 21
Promedio de personal por día = $225 / 21 = 10.7$.

c) Promedio de procedimientos por día:
Se obtiene de la división del número obtenido tras la sumatoria de todos los procedimientos registrados durante el periodo de tiempo analizado, entre el número días en que se otorgó atención médica.

Ejemplo: Total de procedimientos en el mes: 625
Días laborados: 21
Promedio de personal por día = $625 / 21 = 29.76$.

d) Promedio de procedimientos por paciente:
Se obtiene de la división del número obtenido tras la sumatoria de todos los procedimientos registrados durante el periodo de tiempo analizado entre el número obtenido tras la sumatoria de todos los pacientes atendidos durante el periodo de tiempo analizado.

Ejemplo: Total de procedimientos en el mes: 625
Total de pacientes atendidos en el mes: 471
Promedio de procedimientos por paciente = $625 / 471 = 1.32$.

e) Promedio de procedimientos por Enfermera:
Se obtiene de la división del número obtenido tras la sumatoria de todos los procedimientos registrados durante el periodo de tiempo analizado entre el número obtenido tras la sumatoria de todo el personal registrado durante el periodo de tiempo analizado.



ANEXO 39
“Productividad mensual del personal de enfermería”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No

DATO

ANOTAR

Ejemplo: Total de procedimientos en el mes: 625
Total de personal registrado en el mes: 225
Promedio de procedimientos por Enfermería =
 $625 / 225 = 2.77$.

f) Promedio de pacientes por Enfermera:

Se obtiene de la división del número obtenido tras la sumatoria de todos los pacientes atendidos durante el periodo de tiempo analizado entre el número obtenido tras la sumatoria de todo el personal registrado durante el periodo de tiempo analizado.

Ejemplo: Total de pacientes atendidos en el mes: 471
Total de personal registrado en el mes: 225
Promedio de procedimientos por Enfermería =
 $625 / 225 = 2.09$.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Anexo 40

“Consumo mensual de medicamentos y del material de curación y equipo”

2430-021-125



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD**

CONSUMO MENSUAL DE MEDICAMENTOS Y DEL MATERIAL DE CURACIÓN Y EQUIPO

3

UNIDAD MÉDICA 1	ENFERMERA JEFE DE PISO			SUBJEFE DE ENFERMERAS			No. DE CONSULTORIO O PISO Y ESPECIALIDAD 2	MEDICAMENTO <input type="checkbox"/>
	NOMBRE	MATRÍCULA	FIRMA	NOMBRE	MATRÍCULA	FIRMA		MATERIAL DE CURACIÓN Y EQUIPO <input type="checkbox"/>

No.	MEDICAMENTO / MATERIAL DE CURACIÓN Y EQUIPO		MES												TOTAL	
			ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC		
4		Solicitado														6
		Sumistrado														
		Consumido	5													
		Existencia														
		Solicitado														
		Sumistrado														
		Consumido														
		Existencia														
		Solicitado														
		Sumistrado														
		Consumido														
		Existencia														
		Solicitado														
		Sumistrado														
		Consumido														
		Existencia														

2430-021-125



ANEXO 40
“Consumo mensual de medicamentos y del material de curación y equipo”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
1	Unidad Médica	El tipo y número de unidad hospitalaria correspondiente. Ejemplo: Hospital de Pediatría CMN “Siglo XXI”.
	Enfermera Jefe de Piso	El nombre, la matrícula y la firma de la Enfermera Jefe de Piso Responsable. Ejemplo: María Patricia Hernández Ruiz 11458565. Firma
	Subjefe de Enfermeras	El nombre, la matrícula y la firma de la Enfermera Jefe de Piso Responsable. Ejemplo: María Patricia Hernández Ruiz 11458565. Firma
2	No. de consultorio o piso y especialidad	El número del consultorio o el piso del cual se registra el material de curación, así como la especialidad. Ejemplo: Consultorio 25. Perinatología.
	No.	El número consecutivo asignado al material que se registra. Ejemplo: 1.
3	Medicamento / Material de curación y equipo	Una “X” en el recuadro correspondiente si el formato se utiliza para el registro de medicamentos o para material de curación y equipo. Ejemplo: MEDICAMENTOS <input checked="" type="checkbox"/>
4	Medicamento / Material de curación y equipo	El nombre del medicamento o del material de curación y equipo junto con la descripción que se considere pertinente. Ejemplo: Gasas estériles. Paquete con 10.



ANEXO 40
“Consumo mensual de medicamentos y del material de curación y equipo”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No **DATO** **ANOTAR**

5 Solicitado
Suministrado
Consumido
Existencia

El número de material solicitado, suministrado, consumido y en existencia al final del mes.

Ejemplo:

No.	MATERIAL	Mes	
		Solicitado	ENE
1	Gasas estériles. Paquete con 10.	Solicitado	260
		Suministrado	260
		Consumido	240
		Existencia	20

6 Total

El número total de material solicitado, suministrado, consumido y en existencia durante del año. El número a registrar se obtiene a partir de la sumatorias de las filas en forma horizontal de cada uno de los meses que incluye el registro.

Ejemplo:

No.	MATERIAL	TOTAL	
		Solicitado	
1	Gasas estériles. Paquete con 10.	Solicitado	3120
		Suministrado	3085
		Consumido	3045
		Existencia	40



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Anexo 41

“Registro del muestro de verificación de vigencia de medicamentos”

2430-021-172



DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

REGISTRO DEL MUESTRO DE VERIFICACIÓN DE VIGENCIA DE MEDICAMENTOS

UNIDAD MÉDICA HOSPITALARIA (1)	SERVICIO (2)	PISO (3)	FECHA DE REALIZACIÓN: ____/____/____ día mes año
--------------------------------	--------------	----------	---

No.	CODIFICACIÓN (4)	MEDICAMENTO (5)	UNIDAD (6)	EXISTENCIA FÍSICA (7)		DOTACIÓN FÍSICA AUTORIZADA (8)		VIGENCIA FECHA DE CADUCIDAD (9)	
				SI	NO	CANTIDAD	SI	NO	CANTIDAD
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

RESULTADOS (10)		No.	%	ACCIONES DE MEJORA
A	Claves seleccionadas			
B	Conguencia en la disponibilidad de medicamentos			
C	Suficiencia en la disponibilidad de medicamentos			
D	Vigencia de medicamentos			

ENFERMERA JEFE DE PISO (11)			SUBJEFE DE ENFERMERAS (12)		
NOMBRE	MATRÍCULA	FIRMA	NOMBRE	MATRÍCULA	FIRMA



ANEXO 41
“Registro del muestro de verificación de vigencia de medicamentos”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
1	Unidad Médica Hospitalaria	<p>El tipo y número de unidad hospitalaria donde se ubica el departamento o servicio.</p> <p>Ejemplo: Hospital de Pediatría CMN “Siglo XXI”.</p>
2	Servicio	<p>El nombre del Departamento o Servicio o Especialidad donde se realiza la prueba selectiva de medicamentos.</p> <p>Ejemplo: Endocrinología</p>
3	Piso	<p>El nivel, dentro de la estructura física de la unidad, donde se ubica el Departamento o Servicio o Especialidad donde se realiza la prueba selectiva de medicamentos.</p> <p>Ejemplo:</p> <p>El día, mes y año correspondientes a la fecha en que se realiza la prueba selectiva de medicamentos, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda.</p> <p>Ejemplo: 20 / 12 / 2012.</p>
4	Codificación	<p>El número de la clave que identifica el medicamento de acuerdo al Cuadro Básico Institucional de Medicamentos Vigente.</p> <p>Ejemplo:</p>
5	Medicamento	<p>El nombre genérico de los medicamentos de acuerdo al Cuadro Básico Institucional de Medicamentos Vigente.</p>
6	Unidad	<p>El tipo de presentación del medicamento conforme al Cuadro Básico Institucional vigente.</p> <p>Ejemplo:</p>



ANEXO 41
“Registro del muestro de verificación de vigencia de medicamentos”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
7	Existencia física	<p>Una X en el recuadro “SI” en los casos en que los en que los medicamentos seleccionados para realizar la prueba se encuentren físicamente en el mueble asignado para la guarda y custodia de medicamentos</p> <p>Una X en el recuadro “NO” en los casos en que los medicamentos seleccionados para realizar la prueba no se encuentren físicamente en le mueble asignado para la guarda y custodia.</p> <p>Cantidad: El número de unidades de medicamentos existentes en el servicio de acuerdo a recuento físico.</p>
8	Dotación fija autorizada	<p>Una X en el recuadro “SI”, en los casos en que los medicamentos seleccionados para realizar la prueba se encuentren dentro del listado de “Autorización de dotaciones fijas de medicamentos”,vigente.</p> <p>Una X en el recuadro “NO” en los casos en que los medicamentos seleccionados para realizar la prueba selectiva no se encuentren dentro del listado de “Autorización de dotaciones fijas de medicamentos”,vigente.</p> <p>Cantidad: El número de unidades de medicamentos autorizadas para 24 horas en la forma “Autorizaciones de Dotaciones Fijas de Medicamentos” vigente.</p>
9	Vigencia de fecha de caducidad	<p>Una X en el recuadro “SI” en los casos en que la fecha de caducidad esté vigente.</p> <p>Una X en el recuadro “NO” en los casos en que la fecha de caducidad no esté vigente.</p> <p>%</p>



ANEXO 41
“Registro del muestro de verificación de vigencia de medicamentos”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
10	Resultados	
	A).- Claves seleccionadas	Total de claves seleccionadas en las que se realizó la prueba selectiva y el porcentaje que representa con relación al total de claves autorizadas con las dotaciones fijas.
	B).- Congruencia en la disponibilidad de medicamentos	
	No.	El número de claves existentes en el servicio congruentes con las claves autorizadas en las dotaciones fijas.
	%	La cantidad que resulte de multiplicar el número de claves congruentes con las autorizadas en las dotaciones fijas.
	C).- Suficiencia en la disponibilidad de insumos.	
	No.	El número de claves existentes en el servicio cuyas cantidades son congruentes con las autorizadas en las dotaciones fijas.
	%	La cantidad que resulte de multiplicar el número de claves existentes en los servicios cuyas existencias físicas son congruentes con las cantidades establecidas en las dotaciones fijas X 100, entre el total de claves muestreadas.
	D) Vigencia de medicamentos	
	No.	Número de claves seleccionadas con fecha de caducidad vigente.
	%	La cantidad que resulte de multiplicar el número de claves con fecha de caducidad vigente X 100, entre el total de claves muestreadas.



ANEXO 41
“Registro del muestro de verificación de vigencia de medicamentos”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
11	Enfermera Jefe de Piso o Responsable	El nombre, la matrícula y la firma de la Enfermera Jefe de Piso Responsable. Ejemplo: María Patricia Hernández Ruiz 11458565 Firma
12	Subjefe de Enfermeras	El nombre, la matrícula y la firma de la Enfermera Jefe de Piso Responsable. Ejemplo: Luz María Sánchez Hernández 10458569 Firma