



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

Procedimiento para el manejo y traslado de cadáveres, especímenes quirúrgicos y citológicos en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención
2660-003-069

AUTORIZACIÓN

Aprobó

Dra. Célida Duque Molina
Titular de la Dirección de Prestaciones Médicas

Revisó

Dr. Efraín Arizmendi Uribe
Titular de la Unidad de Atención Médica

Dr. Luis Rafael López Ocaña
Titular de la Coordinación de Unidades de Segundo Nivel

Elaboró

Dr. Alejandro Ajoleza Sánchez
Titular de la División de Hospitales

**COORDINACIÓN DE MODERNIZACIÓN
Y COMPETITIVIDAD**

MOVIMIENTO VALIDADO Y REGISTRADO

CONSOLIDACION 26 ABR. 2022

"El personal realizará sus labores con apego al Código de Conducta y de Prevención de Conflictos de Interés de las personas Servidoras Públicas del IMSS, utilizando lenguaje incluyente y salvaguardando los principios de igualdad, legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que rigen el servicio público, así como con pleno respeto a los derechos humanos y a la no discriminación".



ÍNDICE

		Página
1	Base normativa	3
2	Objetivo	3
3	Ámbito de aplicación	3
4	Definiciones	3
5	Políticas	6
6	Descripción de actividades	12
7	Diagrama de flujo	40
8	Anexos	
Anexo 1	Formato para el traslado, depósito y entrega de cadáver, cadáver fetal o especímenes quirúrgicos al área de Anatomía Patológica en Unidades de Atención Médica, clave 2660-009-005	57
Anexo 2	Nota Médica para destino final, clave 2660-009-168	65
Anexo 3	Libreta de control de especímenes quirúrgicos y estudios histopatológicos, clave 2660-009-175	68
Anexo 4	Libreta de control de certificados de defunción, clave 2660-014-001	73
Anexo 5	Instrucciones para el llenado de certificados de defunción	76
Anexo 6	Instructivo para la elaboración del Certificado de Muerte Fetal, clave 2660-005-002	80
Anexo 7	Control interno de Trabajo Social para la entrega de certificados de defunción, clave 2660-009-153	86
Anexo 8	Solicitud de autorización de traslado de cadáveres, clave 2660-009-011	89
Anexo 9	Formato Notas médicas y prescripción 4-30-128/72	93



1 Base normativa

- Artículos 1, 6 fracciones V, X, XI, XVI, XX; 10, 11 12, 13, fracciones I, II, III; 29, 34 fracción I y 43 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos: publicada en el Diario Oficial de la Federación el 18 de enero de 1988.
- Artículo 82, Fracción IV del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 18 de septiembre de 2006 y sus reformas.
- Artículos 85, 244, 90 bis 4, 91, del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica en materia de prestación de servicios de atención médica, Última reforma publicada DOF 17-07-2018.
- Numeral 7.1.4.2.2 del Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Médicas, validado y registrado el 08 de octubre de 2021.

2 Objetivo

Incrementar la sanidad en las Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención a través de la correcta movilización de cadáveres, especímenes quirúrgicos y citológicos obteniendo la oportuna desocupación de la cama hospitalaria y sanidad de los servicios, evitando la clausura de la Unidades Médicas Hospitalarias.

3 Ámbito de aplicación

El presente procedimiento es de observancia obligatoria para la Coordinación de Unidades de Segundo Nivel, División de Hospitales, la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas, la Coordinación de Prevención y Atención a la Salud, Coordinación de Información y Análisis Estratégico, la Coordinación de Gestión Médica y Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención.

4 Definiciones

Para efectos del presente procedimiento se entenderá por:

4.1 amortajamiento: Técnica para proporcionar los cuidados necesarios para la preparación del cadáver.

4.2 apoyo emocional: Técnica de intervención otorgada en la etapa de duelo que permita actuar en las necesidades y sentimientos que tiene el familiar, reduciendo la angustia y depresión por la pérdida de un ser querido.



4.3 ataúd: Caja especial diseñada conforme a las disposiciones aplicables, para depositar en su interior un cadáver o restos humanos, la cual podrá en su caso contener un número de identificación emitido por el fabricante.

4.4 cadáver: Cuerpo humano en el que se haya comprobado la pérdida de la vida.

4.5 certificado de defunción: Formato único nacional establecido por la Secretaría de Salud, de expedición gratuita y obligatoria, con carácter individual e intransferible que hace constar la ocurrencia de una defunción y las circunstancias que acompañaron el hecho.

4.6 certificado de muerte fetal: Formato único nacional establecido por la Secretaría de Salud, de expedición gratuita y obligatoria, con carácter individual e intransferible que hace constar la ocurrencia de una defunción fetal y las circunstancias que acompañaron el hecho.

4.7 defunción: Es la desaparición permanente de todo signo de vida en un momento cualquiera posterior al nacimiento vivo (suspensión de las funciones vitales con posterioridad al nacimiento sin posibilidad de resucitar). Esta definición excluye, por lo tanto, las defunciones fetales.

4.8 destino final: A la conservación permanente, inhumación, desintegración o cremación del cadáver, restos humanos o restos humanos áridos.

4.9 duelo: Es la respuesta emocional de una persona ante la pérdida de un ser querido.

4.10 equipo de salud: Conjunto de profesionales, técnicos y auxiliares que realizan tareas en común en la atención médica y desarrollan tácticas y estrategias por consenso para lograr una finalidad en el campo de la salud, las categorías que lo integran son (Médico, Trabajo Social, Nutricionista Dietista, Enfermera y Asistente Médica).

4.11 espécimen quirúrgico: Órgano o tejido destinado a examen macroscópico y microscópico, corresponde a órganos, extremidad anatómica o parte o pieza quirúrgica, o pieza anatómica, extremidad, extremidad del paciente, extremidad amputada, tejido o biopsia, descritos en las diferentes secciones de este documento.

4.12 especímenes citológicos: Muestra constituida por células depositadas sobre una laminilla o suspendidas en un líquido corporal.

4.13 hospitalización: Servicio de internamiento de pacientes para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.

4.14 Jefatura de servicio de Anatomía Patológica: Al establecimiento público, social o privado, independiente o ligado a otro establecimiento para la atención médica, que tenga como finalidad realizar estudios macroscópicos, citopatológicos, histopatológicos, inmunohistoquímicos o moleculares; para fines de diagnóstico, pronóstico, predicción de



respuesta al tratamiento, investigación o docencia.

4.15 manejo: Se refiere al tránsito, depósito, entrega y traslado de cadáveres, especímenes quirúrgicos y citológicos.

4.16 mortaja: Prenda que se utiliza para la envoltura del cadáver, óbito o pieza anatómica.

4.17 mortuario: Lugar específico en el Servicio de Anatomía Patológica donde se depositan los cadáveres y que presentan características ambientales adecuadas para su conservación, antes de entregarse al familiar para destino final.

4.18 muerte fetal: La muerte previa a la expulsión o extracción completa del producto de la concepción, a partir de 22 semanas de gestación o peso mayor a 500gr. al momento del nacimiento. En Obstetricia, óbito fetal es como se denomina a la muerte fetal en el útero antes de su nacimiento. Actualmente es un cadáver fetal en lugar de óbito.

4.19 muestras celulares: Las muestras obtenidas para citología que permiten obtener datos de la población celular que está presente en la lesión.

4.20 OTEF: Oficina de Traslado de Enfermos Foráneos

4.21 prestación en especie: Es el beneficio en dinero que se paga a la persona preferentemente familiar del asegurado o pensionado fallecido, que presenta copia del acta de defunción y la cuenta original de los gastos de funeral, de acuerdo con la Ley del Seguro Social.

4.22 servicios funerarios: Los servicios relativos al manejo, tratamiento, acondicionamiento, traslado, entre otros, que se prestan desde que ocurre el fallecimiento de una persona, hasta su destino final; y que incluye en todos los casos, el suministro de bienes y servicios complementarios para tales fines.

4.23 servicios hospitalarios: Diferentes áreas de un hospital donde se realizan procedimientos diagnósticos y terapéuticos que incluyen la toma de muestras de tejidos.

4.24 tinciones especiales: Técnica de coloración diferente a la técnica habitual de hematoxilina y eosina, que ayuda a resaltar y/o definir estructuras tisulares que permiten precisar un diagnóstico anatomopatológico.

4.25 traslado de cadáver: Movimiento legal de un cadáver entre dos lugares el cual es realizado por los servicios funerarios.



5 Políticas

5.1 Generales

5.1.1 El presente documento consolida y deja sin efecto al “Procedimiento para el tránsito, depósito, entrega y traslado de cadáveres en los servicios hospitalarios”, clave 2660-003-005, registrado el 18 de junio del 2013 y al “Procedimiento para el tránsito, depósito, entrega y traslado de óbitos, órganos, extremidades anatómicas y muestras celulares en los servicios hospitalarios” clave 2660-003-008, del 18 de junio de 2013.

5.1.2 El lenguaje empleado en el presente documento, no busca generar ninguna distinción ni marcar diferencia entre hombres y mujeres por lo que las referencias o alusiones en la redacción hechas hacia un género representan a ambos sexos, salvo en aquellos casos en que, por la naturaleza del tema, resulte necesaria la precisión de algún género en particular.

5.1.3 El incumplimiento de los servidores públicos involucrados en el presente documento será causal de las responsabilidades que resulten conforme a la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás disposiciones aplicables al respecto.

5.1.4 Corresponde a la Coordinación de Unidades de Segundo Nivel, a través de la División de Hospitales, atender, resolver e interpretar los casos no previstos en el presente procedimiento y validar los métodos específicos de trabajo relacionados con la atención hospitalaria de segundo nivel de atención.

5.1.5 El personal de salud conocerá y aplicará el Modelo de Gestión de Riesgos relacionados a la atención a la salud, así como la “Guía para la implementación de acciones esenciales de seguridad del paciente”, clave 2660-006-018.

NOTA: La Guía para la implementación de las acciones esenciales para la seguridad del paciente, clave 2660-006-018, es el Anexo 1 del “Procedimiento para la atención médica en el proceso de hospitalización en las unidades médicas hospitalarias de segundo nivel de atención” clave 2660-003-056.

5.1.6 El personal de salud involucrado en la atención del paciente quirúrgico identificará y separará los residuos peligrosos biológico-infecciosos generados y los depositará en el contenedor específico para cada uno de ellos conforme a la NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002 Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.

5.1.7 Para los casos en que los familiares no soliciten los especímenes quirúrgicos de pacientes, estos deberán ser transportados al sitio de almacenamiento temporal de RPBI, de acuerdo con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental. Salud ambiental Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.



5.2 Específicas

Jefe de Servicios de Prestaciones Médicas

5.2.1. Verificará a través del Coordinador de Prevención y Atención a la Salud, el cumplimiento del presente procedimiento por parte del personal directivo y operativo de las Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel de Atención.

Coordinador de Prevención y Atención a la Salud

5.2.2. Difundirá el presente procedimiento a su equipo de trabajo y personal directivo de las Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel de Atención, y promoverá la supervisión de su cumplimiento en los diferentes servicios hospitalarios: Urgencias, Quirófano, Terapia Intensiva, Toco cirugía, hospitalización entre otros.

Coordinador de Información y Análisis Estratégico

5.2.3. Verificará a través del Jefe de ARIMAC la captura oportuna y adecuada de los egresos por defunción.

Coordinador Auxiliar Operativo Administrativo

5.2.4. Analizará y validará los requerimientos de insumos y servicios de las Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel de Atención, para llevar a cabo las actividades del presente procedimiento.

Equipo de supervisión OOAD

5.2.5. Supervisará y asesorará la correcta aplicación de lo contenido en este procedimiento en las Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel de Atención a fin de establecer acciones de mejora.

Director de Unidad Médica

5.2.6. Difundirá el presente procedimiento al Cuerpo de Gobierno para su aplicación y cumplimiento en los servicios de la Unidad Médica Hospitalaria de Segundo Nivel de Atención.

5.2.7. Asignará al personal responsable de la recepción de cadáveres en todos los turnos en los servicios de anatomía patológica y mortuorios.

Subdirector Médico

5.2.8. Resguardará y controlará los Certificados de Defunción, proporcionados por el Subdirector Administrativo de la Unidad Médica Hospitalaria de Segundo Nivel de Atención.



5.2.9. Proporcionará oportunamente el certificado de defunción al personal médico que lo solicite.

5.2.10. Acompañará en la identificación del cadáver al familiar o persona legalmente responsable cuando no se cuente con Ayudante de Autopsias o responsable del mortuorio.

Subdirector Administrativo o Administrador

5.2.11. Solicitará oportunamente el canje de los Certificados de Defunción ante la instancia correspondiente de la Secretaría de Salud.

5.2.12. Elaborará la solicitud de traslado de cadáveres y dará trámite correspondiente ante la Oficina de Traslado de Enfermos, Oficina de Traslados de Pacientes Foráneos o Contraloría de la unidad médica hospitalaria.

Coordinador Clínico de Turno

5.2.13. Realizará las actividades del Subdirector Médico en su ausencia y durante el turno que le fuera asignado.

Jefe de Servicio

5.2.14. Difundirá y vigilará el cumplimiento del presente procedimiento al equipo de salud en el área de hospitalización y los respectivos servicios hospitalarios.

Médico No Familiar Anatomopatólogo

5.2.15. Acompañará en la identificación del cadáver y lo entregará al familiar o persona legalmente responsable. Así mismo, entregará especímenes quirúrgicos y citológicos al familiar o responsable legal, cuando lo solicite.

Jefa de Enfermeras

5.2.16. Difundirá e implementará el presente procedimiento en el ámbito de su aplicación.

Subjefe de Enfermeras

5.2.17. Supervisará y asesorará al personal de enfermería en los servicios hospitalarios para el cumplimiento del presente procedimiento.

5.2.18. Asesorará en coordinación con la Enfermera Jefe de Piso en los cuidados de enfermería y preparación del cadáver, órganos o espécimen quirúrgico.

5.2.19. Participará con la Enfermera Jefe de Piso o responsable, en la detección de las necesidades de capacitación del personal asignado a los diferentes servicios hospitalarios.



5.2.20. Asesorará cuando se requiera del uso de Equipo de Protección Personal en la preparación y traslado del cadáver de acuerdo con la “Guía para el uso del Equipo de Protección Personal durante la epidemia por COVID-19 en el IMSS”.

NOTA: La Guía para el uso del Equipo de Protección Personal durante la epidemia por COVID-19 en el IMSS. Se puede consultar en http://educacionensalud.imss.gob.mx/es/system/files/Infografi%CC%81a_larga.pdf.pdf

Enfermera Jefe de Piso o responsable

5.2.21. Establecerá coordinación permanente con el personal auxiliar de Limpieza e Higiene, Servicios de Intendencia y Conservación, para que se realice el mantenimiento preventivo y correctivo del equipo electro médico, así como el programa de limpieza y desinfección del área física para el funcionamiento óptimo del servicio de su responsabilidad.

5.2.22. Supervisará, lo relacionado con las funciones y actividades del personal de enfermería en la preparación y cuidados de enfermería al cadáver, especímenes quirúrgicos y citológicos, cumpliendo con la identificación correcta de acuerdo a la “Guía para la implementación de las acciones esenciales para la seguridad del paciente” clave 2660-006-018.

5.2.23. Verificará que el personal de enfermería y camilleros cumplan con el uso del Equipo de Protección Personal en la preparación y traslado del cadáver de acuerdo con la “Guía para el uso del Equipo de Protección Personal durante la epidemia por COVID-19 en el IMSS”.

Enfermera Especialista, Enfermera General o Auxiliar de Enfermería General

5.2.24. Realizará el plan de atención de enfermería proporcionada al cadáver, especímenes quirúrgicos y citológicos, y anotará oportunamente en el formato de “Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería”, clave 2660-009-144.

NOTA: Los “Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería”, clave 2660-009-144, se encuentra como Anexo 5 del “Procedimiento para la atención médica en el proceso de hospitalización de las unidades médicas hospitalarias de segundo nivel de atención” clave 2660-003-056.

5.2.25. Cumplirá con la elaboración del “Formato para el traslado, depósito y entrega de cadáver, cadáver fetal o especímenes quirúrgicos al área de Anatomía Patológica en Unidades de Atención Médica”, clave 2660-009-005 (Anexo 1), cumpliendo con la identificación correcta, de acuerdo con la “Guía para la implementación de las acciones esenciales para la seguridad del paciente” clave 2660-006-018.

Jefe de Trabajo Social

5.2.26. Supervisará y asesorará al personal de trabajo social en los servicios para el cumplimiento del presente procedimiento en el ámbito de su aplicación.

Trabajador Social Clínico o Trabajadora Social



5.2.27. Proporcionará al familiar o persona legalmente responsable, orientación sobre trámites a seguir para la entrega del cadáver.

5.2.28. Realizará visita domiciliaria en el caso de que el familiar no sea localizado vía telefónica.

5.2.29. Avisará a la Fiscalía General de Justicia del Estado, Servicio Médico Forense (SEMEFO) o autoridad correspondiente, según lo dispuesto en cada entidad federativa, en caso de no encontrarlos y/o contactarlos dentro de las 12 horas posteriores a la muerte.

Asistente Médica

5.2.30. Registrará las defunciones como egresos hospitalarios en el formato “Registro de Pacientes Hospitalizados, clave 4-30-51/72” y “Egresos-Registro Diario Hospital, clave 4-30-21/17-E”.

NOTA 1: El formato de Egresos-Registro Diario Hospital, clave 4-30-21/17-E, se encuentra como Anexo 4 del Procedimiento para el registro de la atención médica en el Sistema de Información Médico Operativo clave 2E10-003-002.

NOTA 2: El formato Registro de Pacientes Hospitalizados 4-30-51/72 se encuentra como Anexo 2 del “Procedimiento para la atención médica en el proceso de hospitalización de las unidades médicas hospitalarias de segundo nivel de atención” clave 2660-003-056.

Auxiliar de Servicios de Intendencia o Auxiliar de Limpieza e Higiene

5.2.31. Asegurará la limpieza y desinfección oportuna de las unidades y áreas en el momento del egreso del cadáver, cadáver fetal, especímenes quirúrgicos y citológicos.

Camillero en Unidades Hospitalarias

5.2.32. Trasladará de forma respetuosa y segura el cadáver, especímenes quirúrgicos y citológicos al área de patología.

5.2.33. Documentos de referencia

- Ley General de Salud, publicada el 07 de febrero de 1984 y sus reformas.
- Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de noviembre de 2006.
- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente clínico. Apartado 8.9.11, Apartado 10.5, Apéndice A. DOF 30 de noviembre de 2012.
- Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en Salud. DOF 30 de noviembre de 2012.



- Norma Oficial Mexicana NOM-036-SCFI-2016, Prácticas comerciales, requisitos de información y disposiciones generales en la prestación de servicios funerarios. DOF 05 de enero de 2017.
- Norma Oficial Mexicana NOM-052-SEMARNAT-2005, Que establece las características, el procedimiento de identificación, clasificación y los listados de los residuos peligrosos. DOF 23 de junio de 2006.
- Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental. Salud ambiental Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo. DOF 17 de febrero de 2003.
- Norma Oficial Mexicana NOM-055-SEMARNAT-2003, Que establece los requisitos que deben reunir los sitios que se destinarán para un confinamiento controlado de residuos peligrosos previamente estabilizados. DOF 27 de septiembre de 2004.
- Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica. DOF 19 de febrero de 2013.
- Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos. DOF 26 de octubre de 2012.
- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. DOF 07 de abril de 2016.
- Norma que establece las disposiciones para otorgar atención médica en Unidades de Segundo Nivel, clave 2000-001-016, validada y registrada el 04 de julio de 2018.
- Lineamientos de manejo general y masivo de cadáveres por COVID19 (SARS-CoV-2) en México. Consultar en: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Guia_Manejo_Cadaveres_COVID-19_21042020.pdf



Responsable	Descripción de actividades
<p>6. Descripción de actividades</p> <p>Médico No Familiar</p> <p>Médico No Familiar</p>	<p style="text-align: center;">Etapas I Diagnóstico</p> <p>1. Revisa al paciente y diagnostica.</p> <p style="text-align: center;">Modalidad A</p> <p>Extirpación y manejo de especímenes quirúrgicos y citológicos.</p> <p>Continúa en la actividad 2.</p> <p style="text-align: center;">Modalidad B</p> <p>Muerte en servicios de unidad de atención médica.</p> <p>Continúa en la actividad 44.</p> <p style="text-align: center;">Modalidad C</p> <p>Muerte Fetal en toco cirugía o quirófano.</p> <p>Continúa en la actividad 47.</p> <p style="text-align: center;">Modalidad A</p> <p>Extirpación y manejo de especímenes quirúrgicos y citológicos</p> <p>2. Informa al paciente, familiar o persona legalmente responsable, su diagnóstico y como parte del tratamiento la necesidad de la extirpación de un órgano o la amputación de un miembro y el pronóstico para la salud del paciente.</p> <p>3. Elabora el llenado correspondiente de los formatos de “Autorización, solicitud y registro de intervención Quirúrgica”, 4-30-59/17 clave 2E10-009-016 y la “Carta de consentimiento Informado” clave 2660-009-073 en original y copia y recaba firma del paciente, familiar o persona legalmente responsable.</p> <p>NOTA: La “Autorización, solicitud y registro de intervenciones Quirúrgicas”, 4-30-59/17 clave 2E10-009-016 y el “La carta de consentimiento Informado”, se encuentran como Anexo 1 y 3 respectivamente, del Procedimiento para la planeación, programación y atención pre-operatoria, trans-operatoria, post-operatoria en las unidades médicas hospitalarias de segundo nivel de atención, clave 2660-003-066.</p>



Responsable	Descripción de actividades
Médico No Familiar	<ol style="list-style-type: none">4. Informa al paciente, familiar o persona legalmente responsable la importancia de realizar estudio histopatológico.5. Informa al paciente, familiar o persona legalmente responsable, que el espécimen quirúrgico será enviado para su incineración, posterior al estudio histopatológico.6. Elabora "Nota médica para destino final" clave 2660-009-168 (Anexo 2).y recaba firma de autorización del paciente, familiar o persona legalmente responsable y la de dos testigos, de la aceptación de la incineración del espécimen quirúrgico como destino final.7. Realiza procedimiento y entrega a la Enfermera Especialista Quirúrgica espécimen quirúrgico o citológico.
Enfermera Especialista Quirúrgica	<ol style="list-style-type: none">8. Recibe en charola o recipiente el espécimen quirúrgico o citológico, revisa que no lleve, pinzas, material de corte y objetos extraños, gasas o compresas de esponjear.9. Entrega el espécimen quirúrgico o citológico a la Enfermera General Circulante para su identificación
Enfermera General	<ol style="list-style-type: none">10. Recibe el espécimen quirúrgico o citológico11. Elabora y adhiere al frasco, bolsa o recipiente la identificación que incluya:<ul style="list-style-type: none">• Nombre completo.• Número de seguridad social del paciente.• Sitio anatómico de donde se tomó el espécimen quirúrgico o citológico.• Diagnóstico clínico.• Nombre del Médico Cirujano.• Fecha y hora.• Número de la sala.12. Solicita al Médico No Familiar le informe si el espécimen quirúrgico o citológico requiere de estudio histopatológico.



Responsable	Descripción de actividades
<p>Enfermera General</p> <p>Camillero de Unidades Hospitalarias</p> <p>Ayudante de autopsia o personal del servicio de Anatomía Patológica responsable</p> <p>Enfermera General</p>	<p align="center">No requiere estudio histopatológico</p> <p>13.Introduce el espécimen quirúrgico o citológico a la bolsa amarilla.</p> <p>14.Realiza el llenado en original y copia del “Formato para el traslado, depósito y entrega de cadáver, cadáver fetal o especímenes quirúrgicos al área de Anatomía Patológica en Unidades de Atención Médica”, clave 2660-009-005 (Anexo 1).</p> <p>15.Entrega al Camillero de Unidades Hospitalarias el espécimen quirúrgico con original y copia del “Formato para el traslado, depósito y entrega de cadáver, cadáver fetal o especímenes quirúrgicos al área de Anatomía Patológica en Unidades de Atención Médica”, clave 2660-009-005 (Anexo 1).</p> <p>16.Entrega al Ayudante de autopsia o personal del servicio de Anatomía Patológica responsable el espécimen quirúrgico con original y copia del “Formato para el traslado, depósito y entrega de cadáver, cadáver fetal o especímenes quirúrgicos al área de Anatomía Patológica en Unidades de Atención Médica”, clave 2660-009-005 (Anexo 1) y solicita firme de recibido en original y copia.</p> <p>17.Recibe y amortaja la extremidad y la coloca en la gaveta mortuoria para su entrega.</p> <p>Continúa con la actividad 160.</p> <p>NOTA: En caso de que no sea solicitada la extremidad por parte de los familiares, atenderá a lo estipulado en la política 5.1.7.</p> <p align="center">Requiere estudio histopatológico</p> <p>18.Introduce el espécimen quirúrgico o citológico al frasco y vierte solución conservadora (formol al 10% o alcohol al 50%).</p> <p>19.Solicita al Médico No Familiar el formato “Solicitud e informe de estudios histopatológico o citológico” clave 2660-009-001.</p>



Responsable	Descripción de actividades
<p>Médicos No Familiar</p> <p>Enfermera General</p> <p>Enfermera Jefe de Piso o responsable del quirófano</p> <p>Camillero de Unidades Hospitalarias</p>	<p>NOTA: La Solicitud e informe de estudios histopatológico o citológico” clave 2660-009-001 se encuentra como Anexo 1 del Procedimiento para el manejo, procesamiento y estudio de biopsias, especímenes y citológicos en el servicio de Anatomía Patológica de las Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel de Atención 2660-003-002.</p> <p>20. Realiza el llenado del formato “Solicitud e informe de estudios histopatológico o citológico” clave 2660-009-001 para el envío del espécimen quirúrgico o citológico al estudio histopatológico.</p> <p>21. Entrega el formato “Solicitud e informe de estudios histopatológico o citológico” clave 2660-009-001 a la Enfermera General.</p> <p>22. Registra en la “Libreta de control de especímenes quirúrgicos y estudios histopatológicos” clave 2660-009-175 (Anexo 3) del servicio de quirófano, coteja los datos de la identificación con las de la “Solicitud e informe de estudios histopatológicos o citológico” clave 2660-009-001 y notifica a la Enfermera Jefe de Piso.</p> <p>23. Verifica el correcto registro de los especímenes quirúrgicos en la “Libreta de control de especímenes quirúrgicos y de estudios histopatológicos” clave 2660-009-175 (Anexo 3) del servicio de quirófano y coteja los datos de las identificaciones con la de las “Solicitudes de informe de estudios histopatológicos o citológico” clave 2660-009-001.</p> <p>24. Solicita al camillero de Unidad Hospitalaria asignado al área de transferencia que traslade los especímenes quirúrgicos al servicio de Anatomía Patológica.</p> <p>NOTA: En las unidades hospitalarias que no cuenten con la categoría de Camillero, solicita al Auxiliar de Servicios de Intendencia o al Auxiliar de Limpieza e Higiene, que traslade los especímenes quirúrgicos al servicio de Anatomía Patológica o al mortuario.</p> <p>25. Recibe de la Enfermera Jefe de Piso o responsable del quirófano, los frascos o recipientes que contienen los especímenes quirúrgicos y coteja los datos de la identificación con las de la “Solicitud e</p>



Responsable	Descripción de actividades
<p>Camillero de Unidades Hospitalarias</p> <p>Histotecnólogo</p> <p>Médico No Familiar Anatomopatólogo</p> <p>Histotecnólogo</p>	<p>informe de estudios histopatológicos o citológico” clave 2660-009-001 y con la “Libreta de control de especímenes quirúrgicos y de estudios histopatológicos” clave 2660-009-175 (Anexo 3) del servicio de quirófano.</p> <p>26. Entrega al Histotecnólogo los frascos o recipientes que contienen los especímenes quirúrgicos y los formatos “Solicitud e informe de estudios histopatológicos o citológico” clave 2660-009-001 y coteja con la con la “Libreta de control de especímenes quirúrgicos y de estudios histopatológicos” clave 2660-009-175 (Anexo 3) del servicio de quirófano.</p> <p>27. Recibe y coteja las identificaciones contra los formatos de “Solicitud e informe de estudios histopatológicos o citológico” clave 2660-009-001 y con la “Libreta de control de especímenes quirúrgicos y de estudios histopatológicos” clave 2660-009-175 (Anexo 3) del servicio de quirófano de cada uno de los especímenes quirúrgicos.</p> <p>28. Registra en la “Libreta de control de especímenes quirúrgicos y de estudios histopatológicos” clave 2660-009-175 y en la “Libreta de control de estudios citológicos” del servicio de Anatomía Patológica.</p> <p>29. Entrega al Médico No Familiar Anatomopatólogo los especímenes quirúrgicos.</p> <p>30. Recibe los especímenes quirúrgicos.</p> <p>31. Describe los hallazgos macroscópicos y realiza los cortes necesarios.</p> <p>32. Solicita tinciones especiales o nuevos cortes al Histotecnólogo cuando se requiera.</p> <p>33. Realiza cortes, tinciones de rutina y especiales de piezas quirúrgicas, autopsias y muestras celulares generales.</p> <p>34. Descápsula e incluye cortes en parafina.</p>



Responsable	Descripción de actividades
<p>Histotecnólogo</p> <p>Médico No Familiar Anatomopatólogo</p> <p>Histotecnólogo</p> <p>Auxiliar Universal de Oficina</p>	<p>35. Entrega al Médico No Familiar Anatomopatológico las laminillas realizadas.</p> <p>36. Realiza interpretación histopatológica de las laminillas.</p> <p>37. Elabora diagnóstico histopatológico por escrito en el formato “Solicitud e informe de estudio histopatológico o citológico” clave 2660-009-001.</p> <p>38. Entrega “Solicitud e informe de estudios histopatológicos o citológico” clave 2660-009-001 con descripción macroscópica y “Resultado del estudio histopatológico” a la Auxiliar Universal de Oficinas para su transcripción y solicita al Histotecnólogo archivar resultados</p> <p>39. Ordena y archiva bloques de parafina y laminillas interpretadas y diagnosticadas por el Médico No Familiar Anatomopatólogo.</p> <p>40. Recibe “Solicitud e informe de estudios histopatológicos o citológico” clave 2660-009-001 y transcribe el “Resultado del estudio histopatológico” en original y copia.</p> <p>NOTA: En caso de contar con medio electrónico imprime en dos tantos.</p> <p>41. Realiza “Listado de resultados de estudios histopatológicos” en original y copia.</p> <p>42. Envía “Listado de resultados de estudios histopatológicos” y el original del “Resultado del estudio histopatológico” al archivo clínico.</p> <p>43. Archiva copia del “Listado de resultados de estudios histopatológicos” y la “Solicitud e informe de estudios histopatológicos o citológico” clave 2660-009-001.</p> <p>Continúa con la actividad 160.</p> <p>NOTA: En caso de que no sea solicitada la extremidad por parte de los familiares, atenderá a lo estipulado en la política 5.1.7.</p> <p style="text-align: center;">Modalidad B Muerte en Servicios de Unidad de Atención Médica</p>



Responsable	Descripción de actividades
Médico No Familiar	<p>44. Establece la muerte del paciente, notifica de manera verbal a la Enfermera Jefe de Piso y a la Enfermera Especialista o Enfermera General o Auxiliar de Enfermería General el diagnóstico y hora en que ocurrió la defunción.</p> <p>45. Informa de manera empática sencilla y comprensible al familiar o persona legalmente responsable los motivos de la defunción, le permite permanecer junto al cadáver un tiempo razonable.</p> <p>46. Elabora en original y copia la “Nota de Defunción” en el formato “Notas médicas y prescripción”, clave 4-30-128/72, (Anexo 9) que debe contener como mínimo:</p> <ul style="list-style-type: none">• Encabezado.• Fecha y hora de elaboración.• Diagnóstico de ingreso.• Diagnóstico de defunción.• Resumen clínico.• Hora de defunción.• Nombre y firma del Médico que elabora• y anexa al “Expediente clínico”. <p>Continúa en la actividad 67.</p> <p style="text-align: center;">Modalidad C Muerte Fetal en Tococirugía o Quirófano</p>
Médico No Familiar	<p>47. Interroga y explora a la paciente embarazada.</p> <p>48. Diagnostica y confirma la muerte del feto a través del ultrasonido, Rayos X y laboratorio.</p> <p>49. Informa en forma respetuosa a la madre o persona legalmente responsable del fallecimiento del feto y le explica las posibles causas.</p> <p>50. Requisita el formato “Vigilancia y atención del parto”, clave 4-30-112/72 y anexa al “Expediente clínico” de la paciente.</p> <p>NOTA: El formato “Vigilancia y atención del parto”, clave 4-30-112/72 es el Anexo 8 Procedimiento para Otorgar Atención Materna y Perinatal en las Unidades Médicas de Primero y Segundo Nivel de Atención Clave: 2650-003-001.</p>



Responsable	Descripción de actividades
Médico No Familiar	51. Informa al Jefe de Servicio y a la Enfermera Jefe de Piso o responsable de la paciente del fallecimiento del feto para que instruya a la Enfermera General o Auxiliar de Enfermera General colabore en el procedimiento y plan terapéutico para la expulsión o extracción del cadáver fetal.
Asistente Médica	52. Solicita a la Asistente Médica la presencia del familiar o persona legalmente responsable. 53. Realiza localización del familiar o persona legalmente responsable para presentarlo con el Médico tratante o responsable del paciente. No se localiza al familiar o persona legalmente responsable
Asistente Médica	54. Informa a la Trabajadora Social, de la problemática existente para localizar a los familiares de la paciente.
Trabajador Social Clínico o Trabajadora Social	55. Realiza las acciones necesarias para la localización del esposo o persona legalmente responsable. Continúa en la actividad 56. Se localiza al familiar o persona legalmente responsable
Asistente Médica	56. Informa al familiar o persona legalmente responsable, el nombre del Médico tratante y el servicio en que será atendido. 57. Facilita la comunicación entre el familiar o persona legalmente responsable y el Médico tratante para que informe de la expulsión o extracción del cadáver fetal.
Médico No Familiar	58. Informa respetuosamente al familiar o persona legalmente responsable del plan terapéutico para la expulsión o extracción del cadáver fetal.
Médico No Familiar	59. Elabora el formato de "Autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica", clave 4-30-59/72 y recaba firma del familiar o persona legalmente responsable.



Responsable	Descripción de actividades
<p>Enfermera General o Auxiliar de Enfermera General</p> <p>Médico No Familiar</p> <p>Médico No Familiar Anestesiólogo del Quirófano</p> <p>Médico No Familiar Anestesiólogo del Quirófano</p>	<p>NOTA: El formato "Autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica" clave 4-30-59/72, es el Anexo 5 del "Procedimiento para la planeación, programación, atención, pre-operatoria, trans-operatoria y post-operatoria en las unidades médicas hospitalarias de tercer nivel de atención" clave 2430-003-006.</p> <p>60. Recibe de la Enfermera Jefe de Piso o responsable del servicio la notificación de la muerte fetal y colabora con el Médico No Familiar en el procedimiento y plan terapéutico para la expulsión o extracción del cadáver fetal.</p> <p>61. Lleva a cabo el plan terapéutico para la expulsión o extracción del cadáver fetal.</p> <p>62. Realizan la antropometría del cadáver fetal:</p> <ul style="list-style-type: none">• Peso.• Longitud supina (talla).• Perímetro cefálico.• Perímetro torácico.• Perímetro abdominal.• Perímetro branquial. <p>NOTA: La antropometría se define como medidas del cuerpo humano incluyendo el peso, estas medidas son talla (estatura) y perímetros (circunferencia).</p> <p>63. Presenta el cadáver fetal a la madre si así es solicitado.</p> <p>64. Entrega a la Enfermera General o Auxiliar de Enfermera General responsable de la paciente el cadáver fetal.</p> <p>65. Elabora el "Registro de anestesia y recuperación", 4-30-60/ 72 clave 2430-021-074.</p> <p>NOTA: El formato "Registro de anestesia y recuperación 4-30- 60/72" clave 2430-021-074" es el Anexo 37 del "Procedimiento para la planeación, programación, atención pre-operatoria, trans-operatoria y pos-operatoria en la Unidades Médicas Hospitalarias de tercer nivel de atención", clave 2430-003-006.</p> <p>66. Integra el "Expediente clínico" y entrega a la Enfermera General o Auxiliar de Enfermera General responsable de la paciente.</p>



Responsable	Descripción de actividades
Médico No Familiar	<p>67. Determina si el cadáver es un caso médico legal.</p> <p style="text-align: center;">No es un caso médico legal</p> <p style="text-align: center;">Continúa en la actividad 88.</p> <p style="text-align: center;">Si es un caso médico legal</p>
Médico No Familiar	<p>68. Elabora la nota médica de la defunción del paciente en el formato “Referencia -contrarreferencia”, clave 4-30-8/98 en original y dos copia.</p> <p>NOTA: El formato “Referencia -Contrarreferencia 4-30-8/98” es el Anexo 5 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”, clave 2430-003-016.</p> <p>69. Informa al Trabajador Social Clínico o Trabajadora Social que se trata de un caso médico legal, entrega la copia del formato “Referencia-contrarreferencia”, clave 4-30 8/98 e instruye la elaboración del “Aviso a Ministerio Público”, clave 4/134 en original y dos copias.</p>
Trabajador Social Clínico o Trabajadora Social	<p>70. Elabora el “Aviso a Ministerio Público”, clave 4/134 en original y dos copias y entrega al Médico No Familiar.</p> <p>NOTA: El Aviso a Ministerio Público 4/134 clave 2660-009-061 es el Anexo 10 del Procedimiento para la intervención de Trabajo Social en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención 2660-003-071.</p>
Médico No Familiar	<p>71. Informa al Subdirector Médico, al Coordinador Clínico de turno o responsable médico de la unidad, del caso y entrega el original de los siguientes formatos:</p> <ul style="list-style-type: none">• “Referencia-Contrarreferencia”, clave 4-30-8/98,• “Aviso a Ministerio Público”, clave 4/134.
Médico No Familiar	<p>72. Entrega a la Trabajadora Social la copia del “Aviso a Ministerio Público”, clave 4/134 y “Referencia-Contrarreferencia”, clave 4-30-8/98.</p> <p>73. Notifica de manera verbal a la Enfermera General responsable del paciente que se trata de un caso médico legal.</p>



Responsable	Descripción de actividades
Trabajador Social Clínico o Trabajadora Social	<p>74. Recibe del Médico No Familiar tratante o responsable de la unidad la copia de los siguientes formatos:</p> <ul style="list-style-type: none">• “Referencia-Contrarreferencia”, clave 4-30-8/98.• “Aviso a Ministerio Público”, clave 4/134”. <p>75. Establece comunicación con el Agente del Ministerio Público de la Agencia que corresponda y notifica el caso médico legal.</p> <p>76. Informa al Subdirector Médico, responsable de la unidad o al Coordinador Clínico el nombre del Agente del Ministerio Público que tomó conocimiento del caso y entrega la primera copia de:</p> <ul style="list-style-type: none">• “Referencia-Contrarreferencia”, clave 4-30-8/98”.• “Aviso a Ministerio Público”, clave 4/134. <p>77. Informa al familiar o persona legalmente responsable el traslado a la Agencia del Ministerio Público del paciente fallecido, por tratarse de un caso médico legal.</p>
Enfermera General responsable del paciente	<p>78. Introduce el cadáver fetal o cadáver del paciente a la mortaja, sin taponamiento de cavidades.</p> <p>NOTA: Se realizarán las actividades concernientes a la preparación de cadáver, referidas a partir de la actividad 90 a la 104 para posteriormente continuar con la entrega al Agente del Ministerio Público.</p>
Médico No Familiar o Subdirector Médico o responsable de la unidad o Coordinador Clínico de turno	<p>79. Entrega al Agente del Ministerio Público el original de los siguientes formatos:</p> <ul style="list-style-type: none">• “Referencia-contrarreferencia”, clave 4-30-8/98.• “Aviso a Ministerio Público”, clave 4/134, <p>y recaba firma de recibido en la copia.</p>
Médico No Familiar o Subdirector Médico o responsable de la unidad o Coordinador Clínico de turno	<p>80. Entrega a la Asistente Médica de Hospitalización la copia del formato “Referencia-Contrarreferencia”, clave 4-30-8/98 firmada por el Agente del Ministerio Público.</p>
Asistente Médica de Hospitalización	<p>81. Recibe la copia del formato “Referencia-Contrarreferencia”, clave 4-30-8/98 e integra en el “Expediente clínico”.</p>



Responsable	Descripción de actividades
<p>Médico No Familiar o Subdirector Médico o responsable de la unidad o Coordinador Clínico de turno</p> <p>Trabajador Social Clínico o Trabajadora Social</p> <p>Asistente Médica de Hospitalización</p> <p>Médico No Familiar</p>	<p>82. Entrega al Trabajador Social Clínico o Trabajadora Social la copia del “Aviso a Ministerio Público”, clave 4/134 firmada por el Agente del Ministerio Público.</p> <p>83. Recibe la copia del “Aviso a Ministerio Público”, clave 4/134 y lo integra en la “Carpeta de control de casos notificados al Ministerio Público”.</p> <p>84. Registra los resultados de su intervención en: “Nota de Trabajo Social”, clave 4-30-54/2000, “Informe de Servicios paramédicos”, clave 4-30-6p.</p> <p>85. Integra en el “Expediente clínico” la “Nota de Trabajo Social”, clave 4-30-54/2000.</p> <p>86. Entrega a la Asistente Médica el “Expediente clínico”.</p> <p>87. Recibe el “Expediente clínico”, relaciona en la forma “Registro Diario Hospital”, clave 4-30-21/90-E o en “Registro Diario Servicio de Urgencias o Admisión Continúa”, clave 4-30-21/35/90E, según sea el caso y entrega al archivo clínico.</p> <p>NOTA: Los formatos “Egresos Registro Diario Hospital, 4-30-21/17-E” clave 2E10-009-004 o “Ingresos, Registro Diario Servicio de Urgencias y/o Admisión Continua, 4-30-21/35/17-I”, clave 2E10-009-005 se encuentran en el Procedimiento para el registro de la atención médica en el Sistema de Información Médico Operativo (SIMO) 2E10-003-002 Anexo 4 y 5.</p> <p>Concluye esta parte del proceso.</p> <p style="text-align: center;">No es un caso médico legal</p> <p>88. Analiza si se requiere estudio “<i>pos mortem</i>” para cadáver con muerte en los servicios de la unidad de atención médica.</p> <p style="text-align: center;">Se requiere estudio “<i>Pos mortem</i>” para cadáver con muerte en servicios de unidad de atención médica</p>



Responsable	Descripción de actividades
Médico No Familiar	<p>89. Explica al familiar o persona legalmente responsable las causas por las que requiere estudio “pos mórtem”, solicita su consentimiento en el formato “Autorización de estudio “pos mórtem”, clave 2660-009-004 y la “Solicitud de estudio pos mortem, clave 2660-009-003, integra formatos al “Expediente clínico” junto con el “Formato para el traslado, depósito y entrega de cadáver, cadáver fetal o especímenes quirúrgicos al área de Anatomía Patológica en Unidades de Atención Médica”, clave 2660-009-005 (Anexo 1) y envía al Ayudante de Autopsias.</p> <p>NOTA 1: En caso de que el familiar o persona legalmente responsable no aceptar el estudio pos mortem continúa en la actividad 90.</p> <p>NOTA 2: La Solicitud de estudio pos mortem”, clave 2660-009-003, y la Autorización de estudio “pos mórtem”, clave 2660-009-004 “se encuentran como anexo 2 y 3 del “Procedimiento para realizar el estudio pos mortem”.</p> <p>NOTA 3: El Ayudante de Autopsias realiza las actividades 1 a la 19 del “Procedimiento para realizar el estudio post mortem”, clave 2660-003-004.</p> <p>Continúa en la actividad 90.</p> <p style="text-align: center;">No se requiere estudio “Pos mortem” para cadáver con muerte en servicios de unidad de atención médica</p>
Médico No Familiar	<p>90. Determina si la defunción del paciente es por enfermedades altamente contagiosas e instruye a la Enfermera Especialista/ Enfermera General/ Auxiliar de Enfermería General.</p> <p style="text-align: center;">Si es por enfermedad infecciosa</p>
Enfermera Especialista/ Enfermera General/ Auxiliar de Enfermería General	<p>91. Realiza la preparación del cadáver de acuerdo a las especificaciones para la utilización del equipo de protección personal para contacto y gotas.</p> <p>NOTA: El Equipo de Protección Personal para contacto y gotas incluye: guantes, mascarilla quirúrgica, bata impermeable con manga larga y protección ocular de preferencia con careta.</p>



Responsable	Descripción de actividades
Enfermera Especialista/ Enfermera General/ Auxiliar de Enfermería General	<p>92.Elabora dos cintas de identificación que incluya:</p> <ul style="list-style-type: none">• Nombre completo.• Número de seguridad social del paciente.• Fecha de nacimiento.• Diagnóstico clínico, especificando si es caso positivo o de sospecha para SARS-CoV-2, (COVID-19).• Nombre del Médico Cirujano.• Fecha y hora.• Número de la cama.• Adhiere una de las identificación en el tórax parte frontal y la segunda en la parte superior de la mortaja. <p>Continúa en la actividad 93.</p> <p style="text-align: center;">No es por enfermedad infecciosa</p> <p>93.Proporciona los cuidados “<i>post mortem</i>” al cadáver o cadáver fetal de acuerdo “Instrucciones de operación para la atención del paciente en hospitalización”, clave 2660-005-008.</p> <p>NOTA: Las Instrucciones de operación para la atención del paciente en hospitalización, Clave 2660-005-008 son el Anexo 7 del “Procedimiento para la atención médica en el proceso de hospitalización en las unidades médicas hospitalarias de segundo nivel” clave 2660-003-056.</p> <p>94.Elabora las notas de enfermería en el formato “Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería” clave 2660-009-144, o “Cuidados de enfermería al paciente quirúrgico” clave 2660-009-094 según sea el caso.</p> <p>NOTA 1: El formato “Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería”, clave 2660-009-144 es el Anexo 5 del Procedimiento para la atención médica en el proceso de hospitalización en las unidades médicas hospitalarias de segundo nivel de atención clave 2660-003-056.</p> <p>NOTA 2: El formato de “Cuidados de enfermería al paciente quirúrgico Clave 2660-009-094”, se encuentra en el Anexo 4 del “Procedimiento para la planeación, programación y atención pre-operatoria, trans-operatoria y post-operatoria en las unidades médicas hospitalarias de segundo nivel de atención 2660-003-066”.</p>



Responsable	Descripción de actividades
Enfermera Especialista/ Enfermera General/ Auxiliar de Enfermería General	<p>95. Registra los datos en el “Formato para el traslado, depósito y entrega de cadáver, cadáver fetal o especímenes quirúrgicos al área de Anatomía Patológica en Unidades de Atención Médica”, clave 2660-009-005 (Anexo 1)</p> <p>96. Solicita al Camillero de Unidades Hospitalarias que traslade el cadáver o cadáver fetal al servicio de Anatomía Patológica o al mortuorio.</p> <p>NOTA 1: En las unidades hospitalarias que no cuenten con la categoría de Camillero, solicita al Auxiliar de Servicios de Intendencia o al Auxiliar de Limpieza e Higiene, que traslade la parte anatómica al servicio de Anatomía Patológica o al mortuorio.</p> <p>NOTA 2: En el área de quirófano o toco cirugía la entrega del cadáver o cadáver fetal será en el sitio de transferencia al Camillero al de Unidades Hospitalarias, para su traslado al servicio de Anatomía Patológica o al mortuorio.</p>
Camillero de Unidades Hospitalarias	<p>97. Recibe de la Enfermera responsable el “Formato para el traslado, depósito y entrega de cadáver, cadáver fetal o especímenes quirúrgicos al área de Anatomía Patológica en Unidades de Atención Médica”, clave 2660-009-005 (Anexo 1) y realiza lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Verifica que los datos del formato correspondan con la etiqueta de identificación del cadáver,• Traslada el cadáver de la cama o mesa quirúrgica a la camilla,• Sujeta el cadáver a la camilla,• Cubre el cadáver totalmente con una sábana,• Firma de recibido en el formato,• Traslada el cadáver al servicio de Anatomía Patológica o al mortuorio.
Camillero de Unidades Hospitalarias	<p>98. Entrega al Ayudante de Autopsias o responsable del mortuorio el cadáver y el “Formato para el traslado, depósito y entrega de cadáver, cadáver fetal o especímenes quirúrgicos al área de Anatomía Patológica en Unidades de Atención Médica”, clave 2660-009-005 (Anexo 1) y recaba firma de recibido en original y copia.</p>



Responsable	Descripción de actividades
<p>Ayudante de Autopsias o responsable del mortuario</p> <p>Camillero de Unidades Hospitalarias</p> <p>Enfermera Especialista/ Enfermera General/ Auxiliar de Enfermería General</p> <p>Enfermera Especialista/ Enfermera General/ Auxiliar de Enfermería General</p>	<p>99. Recibe del Auxiliar de Servicios de Intendencia o Camillero en Unidades Hospitalarias/ Auxiliar de Limpieza e Higiene:</p> <ul style="list-style-type: none">• “Formato para el traslado, depósito y entrega de cadáver, cadáver fetal o especímenes quirúrgicos al área de Anatomía Patológica en Unidades de Atención Médica”, clave 2660-009-005. (Anexo 1), y verifica que los datos del formato correspondan con la etiqueta de identificación del cadáver. <p>100. Coloca el cadáver en la gaveta del mortuario, para su conservación o estudio “<i>post mortem</i>”.</p> <p>101. Entrega al Camillero en Unidades Hospitalarias / Auxiliar de Limpieza e Higiene / Auxiliar de Servicios de Intendencia copia del “Formato para el traslado, depósito y entrega de cadáver, cadáver fetal o especímenes quirúrgicos al área de Anatomía Patológica en Unidades de Atención Médica”, clave 2660-009-005 (Anexo 1) con firma de recibido.</p> <p>102. Entrega a la Enfermera Especialista/ Enfermera General/ Auxiliar de Enfermería General “Formato para el traslado, depósito y entrega de cadáver, cadáver fetal o especímenes quirúrgicos al área de Anatomía Patológica en Unidades de Atención Médica”, clave 2660-009-005 (Anexo 1) con firma de recibido para su integración al expediente clínico.</p> <p>103. Integra al “Expediente clínico” los siguientes formatos:</p> <ul style="list-style-type: none">• “Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería”, clave 2660-009-144.• Copia del “Formato para el traslado, depósito y entrega de cadáver, cadáver fetal o especímenes quirúrgicos al área de Anatomía Patológica en Unidades de Atención Médica”, clave 2660-009-005 (Anexo 1). <p>Y entrega al Médico tratante o responsable del paciente.</p>



Responsable	Descripción de actividades
Enfermera Especialista/ Enfermera General/ Auxiliar de Enfermería General	104. Informa de manera verbal a la Enfermera Jefe de Piso o responsable del servicio o área al concluir las actividades anteriores.
Médico No Familiar	105. Recibe de la Enfermera Especialista / Enfermera General / Auxiliar de Enfermera General, el “Expediente clínico” y solicita verbalmente al Subdirector Médico del turno o responsable de la unidad el “Certificado de defunción”.
Subdirector Médico del turno o responsable de la unidad	106. Recibe del Médico tratante o responsable la solicitud de “Certificado de defunción” lo entrega y solicita que registre los datos correspondientes.
Médico No Familiar	107. Registra en “Libreta de control de certificados de defunción”, clave 2660-014-001 (Anexo 4) los siguientes datos del “Certificado de defunción”:
	<ul style="list-style-type: none">• Folio del certificado de defunción,• Fecha,• Hora,• Nombre del asegurado,• Número de seguridad social,• Servicio que solicita,• Nombre del Médico solicitante,• Matrícula,• Firma.
	108. Registra en la “Hoja de Alta Hospitalaria Alta-1/21” clave 2E10-009-013, los datos del egreso de los pacientes y entrega a la Asistente Médica.
	NOTA: El formato “Hoja de Alta Hospitalaria Alta-1/21” clave 2E10-009-013 se encuentra como Anexo 13 del “Procedimiento para el registro de la atención médica en el Sistema de Información Médico Operativo” clave 2E10-003-002.
Médico No Familiar	109. Solicita a la Asistente Médica del servicio o área, la presencia del familiar o persona legalmente responsable.
Asistente Médica	110. Solicita la presencia del familiar o persona legalmente responsable.



Responsable	Descripción de actividades
Asistente Médica Trabajador Social Clínico o Trabajadora Social	<p align="center">No acude el familiar o persona legalmente responsable</p> <p>111. Informa al Trabajador Social Clínico o Trabajadora Social de la problemática para encontrar al familiar o persona legalmente responsable.</p> <p>112. Efectúa las acciones necesarias para la localización del familiar o persona legalmente responsable, contenidas en el “Procedimiento para la Intervención de Trabajo Social en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención”, clave 2660-003-071.</p> <p>Continúa en la actividad 113.</p> <p align="center">Sí acude el familiar o persona legalmente responsable</p>
Asistente Médica	<p>113. Presenta al familiar o persona legalmente responsable al Médico tratante o responsable del paciente.</p> <p align="center">Etapas II Emisión del Certificado de defunción</p>
Médico No Familiar	<p>114. Recibe al familiar o persona legalmente responsable y realiza lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informa en forma respetuosa el fallecimiento del paciente, • Explica las causas del deceso. <p>Y emite “Certificado de defunción” dependiendo el caso.</p> <p align="center">Certificado de Muerte Fetal</p>
Médico No Familiar	<p>Continúa en la actividad 125.</p> <p align="center">Certificado de Defunción para los servicios de la Unidad Médica</p> <p>115. Solicita al familiar o personal legalmente responsable los “Documentos legales” (Acta de Nacimiento, credencial para votar, Pasaporte vigente, Acta de Matrimonio, Cartilla del Servicio Militar Nacional, etc.) que acrediten la personalidad del paciente.</p>



Responsable	Descripción de actividades
Médico No Familiar	<p>116. Requisita el “Certificado de defunción”, de acuerdo a las “Instrucciones para el llenado de certificados de defunción” (Anexo 5).</p> <p>NOTA: Se debe elaborar el Certificado de defunción sin tachaduras ni enmendaduras.</p> <p>117. Solicita al familiar o personal legalmente responsable verifique que los datos contenidos en el “Certificado de defunción” estén correctos.</p> <p style="text-align: center;">Los datos no están correctos</p>
Médico No Familiar	<p>118. Cancela el “Certificado de defunción” e informa verbalmente al Subdirector Médico de turno o responsable de la unidad el motivo de la cancelación, entrega el “Certificado cancelado” y solicita uno nuevo.</p>
Subdirector Médico	<p>119. Recibe del Médico tratante o responsable del paciente el “Certificado de defunción”, cancelado y entrega uno nuevo.</p> <p>Continúa en la actividad 116.</p> <p style="text-align: center;">Sí están correctos los datos</p>
Médico No Familiar	<p>120. Entrega al Trabajador Social Clínico o Trabajadora Social.</p> <ul style="list-style-type: none">• “Expediente clínico”,• “Certificado de defunción”. <p>121. Informa al Familiar o persona legalmente responsable que acuda con el Trabajador Social Clínico o la Trabajadora Social para:</p> <ul style="list-style-type: none">• Recibir apoyo emocional para enfrentar su duelo,• Recibir la orientación necesaria para realizar los trámites administrativos correspondientes,• Informe el trámite para obtener las prestaciones a las que tiene derecho de acuerdo a la calidad de aseguramiento.



Responsable	Descripción de actividades
Trabajador Social Clínico o Trabajadora Social	<p>122. Recibe del Médico tratante o responsable del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none">• “Expediente clínico”,• “Certificado de defunción”. <p>123. Recibe al familiar o persona legalmente responsable y realiza lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Otorga apoyo emocional para enfrentar su duelo,• Orienta para realizar los trámites administrativos correspondientes,• Informa el trámite correspondiente para obtener las prestaciones de la Ley del Seguro Social a las que tiene derecho,• Da a conocer los servicios funerarios que presta el Instituto como primera opción al familiar o persona legalmente responsable de los derechohabientes fallecidos,• Informa que debe contratar el servicio funerario previo a la entrega del cadáver,• Informa que la entrega del cadáver se hará en el servicio de Anatomía Patológica o en el mortuorio,• Orienta sobre la importancia de verificar que el cuerpo que le entreguen corresponda al de su familiar fallecido.
Trabajador Social Clínico o Trabajadora Social	<p>124. Entrega al familiar o persona legalmente responsable el “Certificado de defunción” y registra los datos en el “Control interno de Trabajo Social para la entrega de certificados de defunción”, clave 2660-009-153 (Anexo 7).</p> <p>Continúa en la actividad 144.</p> <p style="text-align: center;">Certificado de Muerte Fetal</p>
Médico No Familiar	<p>125. Solicita al Subdirector Médico o responsable médico de la unidad el “Certificado de Muerte Fetal”.</p>



Responsable	Descripción de actividades
Subdirector Médico o responsable médico de la unidad Médico No Familiar	<p>126. Recibe la solicitud y entrega el “Certificado de Muerte Fetal” al Médico tratante o responsable del paciente.</p> <p>127. Registra en la “Libreta de control de certificados de defunción”, clave 2660-014-001 (Anexo 4) los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Folio.• Fecha.• Hora.• Servicio que solicita.• Nombre del Médico solicitante.• Matrícula.• Firma. <p>128. Requisita el “Certificado de Muerte Fetal”, de acuerdo con el “Instructivo para la elaboración del Certificado de Muerte Fetal”, clave 2660-005-002 (Anexo 6), sin tachaduras ni enmendaduras.</p> <p>129. Solicita al familiar o persona legalmente responsable verifique que los datos contenidos en el “Certificado de Muerte Fetal” estén requisitados correctamente, en caso de existir error, realiza la cancelación del mismo.</p> <p style="text-align: center;">Contiene errores, tachaduras o enmendaduras el Certificado de Muerte Fetal</p> <p>130. Cancela el “Certificado de Muerte Fetal” e informa verbalmente al Subdirector Médico o responsable médico de la unidad el motivo de la cancelación.</p> <p>131. Entrega el “Certificado de Muerte Fetal” cancelado y solicita uno nuevo para su elaboración.</p>
Subdirector Médico o responsable médico de la unidad Médico No Familiar	<p>132. Recibe el “Certificado de Muerte Fetal” cancelado por el Médico tratante o responsable del paciente.</p> <p>133. Registra en la “Libreta de control de certificado de defunción” clave 2660-014-001 (Anexo 4) el motivo de la cancelación.</p>



Responsable	Descripción de actividades
<p>Subdirector Médico o responsable médico de la unidad</p> <p>Médico No Familiar</p> <p>Médico No Familiar</p> <p>Trabajador Social Clínico o Trabajadora Social</p> <p>Trabajador Social Clínico o Trabajadora Social</p>	<p>134. Entrega un nuevo “Certificado de Muerte Fetal” al Médico tratante.</p> <p>135. Elabora nuevamente el “Certificado de Muerte Fetal” con los datos correctos.</p> <p>Continúa en la actividad 128.</p> <p>No contiene errores, tachaduras o enmendaduras el Certificado de Muerte Fetal</p> <p>136. Informa al familiar o persona legalmente responsable que pase al servicio de Trabajo Social para que le brinde el apoyo emocional necesario para enfrentar su duelo y la orientación necesaria.</p> <p>137. Entrega el “Certificado de Muerte Fetal” al Trabajador Social Clínico o a la Trabajadora Social.</p> <p>138. Recibe del Médico No Familiar el “Certificado de Muerte Fetal”.</p> <p>139. Recibe al familiar o persona legalmente responsable y brinda el apoyo emocional para enfrentar el proceso de duelo, ante la pérdida de un hijo, de acuerdo con las circunstancias en las que ocurrió la muerte.</p> <p>140. Solicita al familiar o persona legalmente responsable que verifique nuevamente que los datos contenidos en el “Certificado de Muerte Fetal” sean los correctos y aclara dudas sobre la importancia de contener los datos reales, por tratarse de un documento legal que no puede tener errores.</p> <p>141. Orienta al familiar o persona legalmente responsable sobre los trámites administrativos que deberá realizar y los servicios funerarios para el traslado del cadáver.</p> <p>142. Informa que una vez contratados los servicios funerarios para el traslado del cadáver, deberá presentarse en el servicio de Anatomía Patológica o mortuorio para el reconocimiento y entrega del cadáver.</p>



Responsable	Descripción de actividades
<p>Trabajador Social Clínico o Trabajadora Social</p> <p>Asistente Médica de Hospitalización</p> <p>Trabajador Social Clínico o Trabajadora Social</p>	<p>143. Entrega al familiar o persona legalmente responsable el original del “Certificado de Muerte Fetal” y registra los datos correspondientes en “Control interno de Trabajo Social para la entrega de certificados de defunción”, clave 2660-009-153 (Anexo 7).</p> <p>144. Aclara que es importante que identifique el cuerpo que le es entregado y que corresponda al fallecido.</p> <p>145. Registra los resultados de su intervención en: “Nota de Trabajo Social”, clave 4-30-54/2000, “Informe de servicios paramédicos”, clave 4-30-6/90, y anexa al “Expediente clínico” la copia del “Certificado de Defunción/certificado de Muerte Fetal”.</p> <p>146. Entrega a la Asistente Médica el “Expediente clínico”.</p> <p>147. Recibe de la Trabajadora Social el “Expediente clínico”, y verifica que contenga lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• “Formato para el traslado, depósito y entrega de cadáver, cadáver fetal o especímenes quirúrgicos al área de Anatomía Patológica en Unidades de Atención Médica”, clave 2660-009-005 (Anexo 1) primera copia,• “Certificado de Defunción/ Certificado de Muerte Fetal” copia,• “Hoja de alta hospitalaria”, 1/21” clave 2E10-009-013,• Relación del expediente en la forma “Egresos Registro Diario Hospital, 4-30-21/17-E” clave 2E10-009-004. <p>148. Pregunta al familiar o persona legalmente responsable del cadáver si requieren traslado.</p> <p style="text-align: center;">No requieren traslado</p> <p>Continúa en la actividad 160.</p>



Responsable	Descripción de actividades
<p>Trabajador Social Clínico o Trabajadora Social</p> <p>Oficina de Traslados de Enfermos Foráneos (OTEF)</p>	<p style="text-align: center;">Sí requieren traslado</p> <p style="text-align: center;">Trámite administrativo de traslado de cadáveres</p> <p>149. Establece comunicación con el velatorio del IMSS o con los servicios funerarios subrogados para realizar el servicio.</p> <p>150. Entrega el “Certificado de defunción” al encargado de la Oficina de Traslados de Enfermos Foráneos (OTEF) o la persona responsable de la unidad, para el trámite correspondiente.</p> <p>151. Recibe de Trabajo Social el “Certificado de defunción” para el trámite de traslado del cadáver.</p> <p>152. Recibe al familiar o persona legalmente responsable e informa el trámite a realizar.</p> <p>153. Elabora la “Solicitud de autorización para el traslado de cadáveres”, clave 2660-009 011(Anexo 8) en original y copia, con base en el “Certificado de defunción” y verifica la vigencia de derechos con base en el formato “Referencia-contrarreferencia”, clave 4-30-8/98.</p> <p>154. Informa al familiar o persona legalmente responsable el medio de transporte en el que se realizará el traslado del cadáver.</p> <p>155. Recaba la autorización del Director, Subdirector Médico o responsable médico de la unidad en la “Solicitud de autorización para el traslado de cadáveres”, clave 2660-009-011 (Anexo 8).</p> <p>156. Realiza la gestión correspondiente con el velatorio del IMSS o con los servicios funerarios subrogados para la realización del servicio.</p> <p>157. Entrega al representante del velatorio del IMSS o del servicio funerario subrogado, el original de la “Solicitud de autorización de traslado de cadáveres”, clave 2660-009-011(Anexo 8) y del “Certificado de defunción” y recaba firma de recibido en la copia de la solicitud.</p>



Responsable	Descripción de actividades
<p>Oficina de Traslados de Enfermos Foráneos (OTEF)</p> <p>Representante del velatorio del IMSS o servicio funerario subrogado</p> <p>Trabajador Social Clínico o Trabajadora Social</p> <p>Trabajador Social Clínico o Trabajadora Social</p> <p>Ayudante de Autopsia o Médico No Familiar Anatomopatólogo</p>	<p>158. Archiva en “Minutario de control” la copia de la “Solicitud de autorización de traslado de cadáveres”, clave 2660-009-011(Anexo 8), firmada.</p> <p>159. Establece comunicación con el familiar o persona legalmente responsable y Trabajador Social Clínico o Trabajadora Social para realizar el servicio.</p> <p style="text-align: center;">Etapa III Entrega de cadáver</p> <p>160. Recibe al familiar o persona legalmente responsable y al representante del servicio funerario y anota lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Folio del certificado,• Fecha,• Hora,• Nombre del asegurado,• Número de seguridad social,• Servicio donde ocurrió la defunción,• Nombre del familiar o persona legalmente responsable que recibe el cadáver,• Firma del familiar o persona legalmente responsable que recibe el cadáver,• Razón social o nombre del servicio funerario y nombre del representante,• Firma del representante del servicio funerario,• Nombre del Trabajador Social Clínico o Trabajadora Social que realiza la acción. <p>161. Acompaña al familiar o persona legalmente responsable al servicio de Anatomía Patológica o mortuorio.</p> <p>162. Recibe al familiar o persona legalmente responsable o personal de Vigilancia y al personal del servicio funerario y realiza lo siguiente:</p> <p style="text-align: center;">Para el caso de cadáveres con infectocontagiosidad</p> <ul style="list-style-type: none">• Permite el acceso solo a dos familiares y/o amigos más próximos.



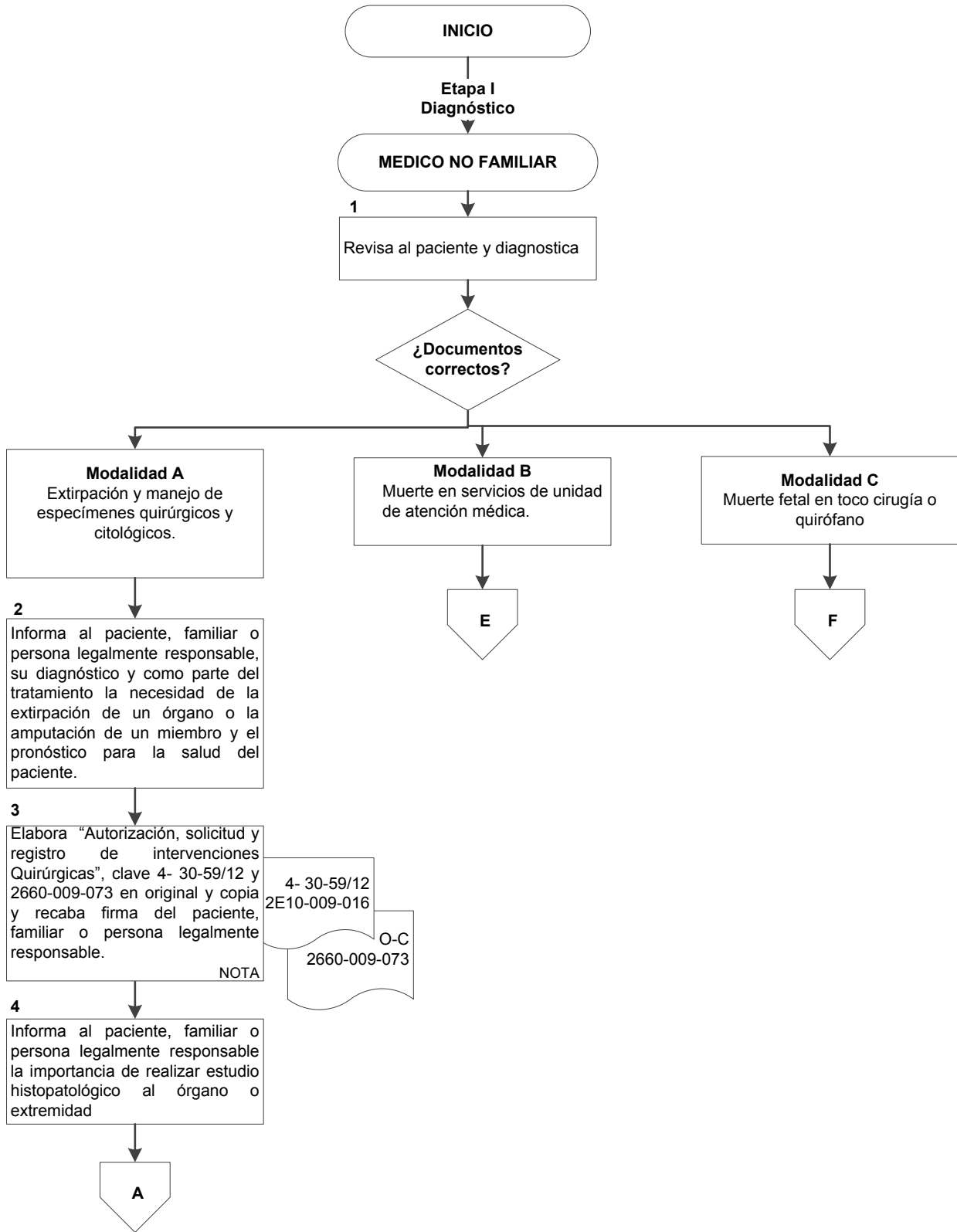
Responsable	Descripción de actividades
Ayudante de Autopsia	<ul style="list-style-type: none">• Evita establecer contacto físico con el cadáver (no tocar, ni besar el cuerpo), así como no tocar las superficies u otros fómites de su entorno que pudiera estar contaminados.• Sella y desinfecta el ataúd con hipoclorito de sodio. <p>Para la identificación y entrega del cadáver:</p> <ul style="list-style-type: none">• Solicita el nombre del paciente fallecido.• Identifica la gaveta en que se encuentra el cadáver y lo extrae. <p>NOTA 1: Para el caso de cadáveres con enfermedad infectocontagiosa utiliza Equipo de Protección Personal para contacto y gotas: guantes, mascarilla quirúrgica, bata impermeable con manga larga y protección ocular de preferencia con careta.</p> <ul style="list-style-type: none">• Verifica que la etiqueta corresponda al paciente fallecido.• Solicita al familiar o persona legalmente responsable que identifique el cadáver; para el caso de cadáveres con enfermedad infectocontagiosa solicita la identificación el cadáver a 1.5 metros de distancia.• Entrega el cadáver al representante del servicio funerario.• Recaba la firma del familiar o persona legalmente responsable en:<ul style="list-style-type: none">- “Libreta de control de cadáveres”- “Formato de para el traslado, depósito y entrega de cadáver, cadáver fetal o especímenes quirúrgicos al área de Anatomía Patológica en Unidades de Atención Médica”, clave 2660-009-005 (Anexo 1).• Recaba la firma del representante del servicio funerario en: “Libreta de control de certificados de defunción” clave 2660-014-001 (Anexo 4). <p>NOTA 2: Verifica que el servicio funerario coloque y transporte el cadáver en la canastilla y el uso del Equipo de Protección Personal debe ser con total apego a la “Guía para el uso del Equipo de Protección Personal durante la epidemia por COVID-19 en el IMSS”, http://educacionensalud.imss.gob.mx</p>

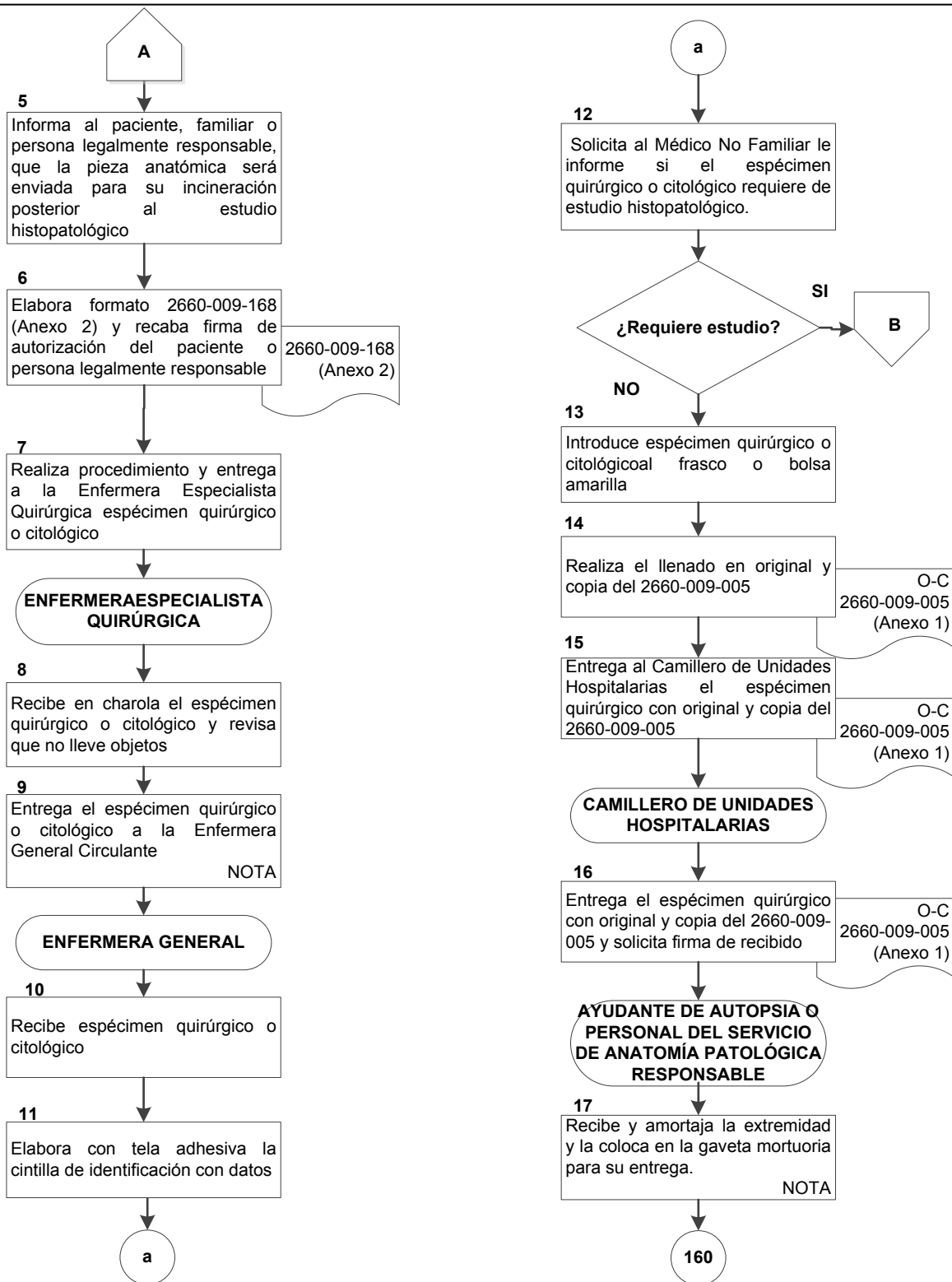


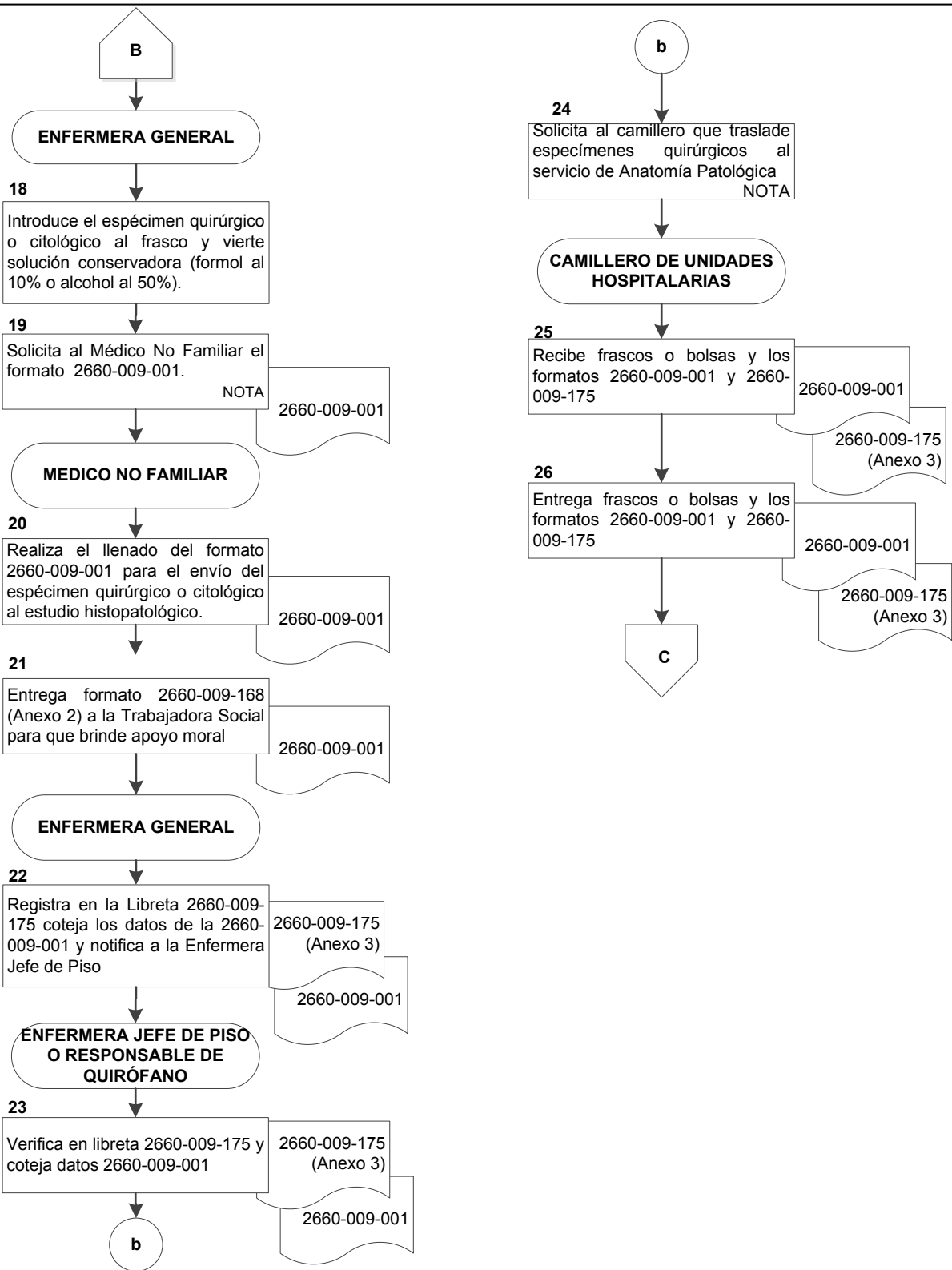
Responsable	Descripción de actividades
Personal de Vigilancia de la unidad médica	<ul style="list-style-type: none">• Nombre del familiar o persona legalmente que acompaña a la funeraria,• Recaba la firma de ambos. <p style="text-align: center;">Fin del procedimiento</p>

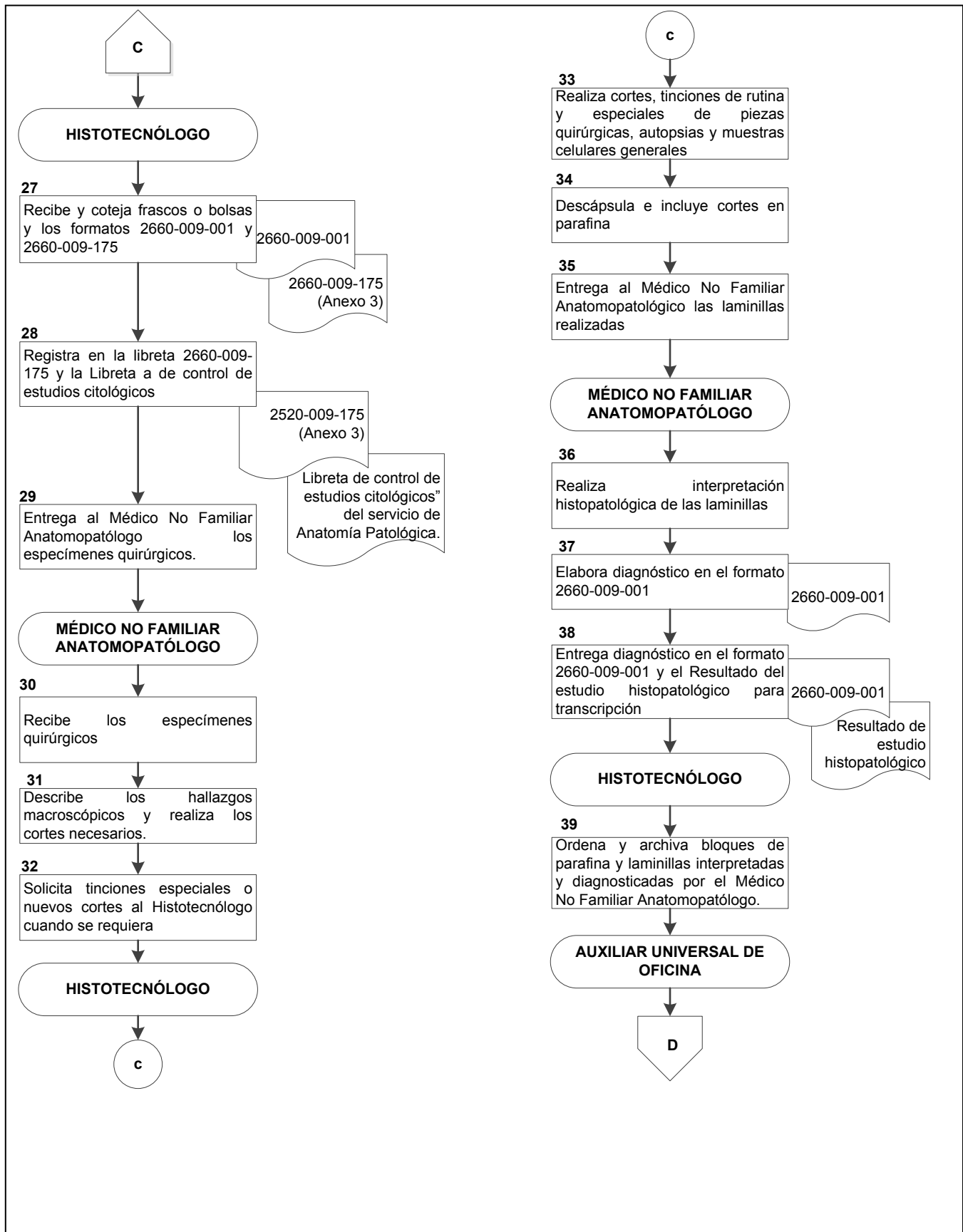


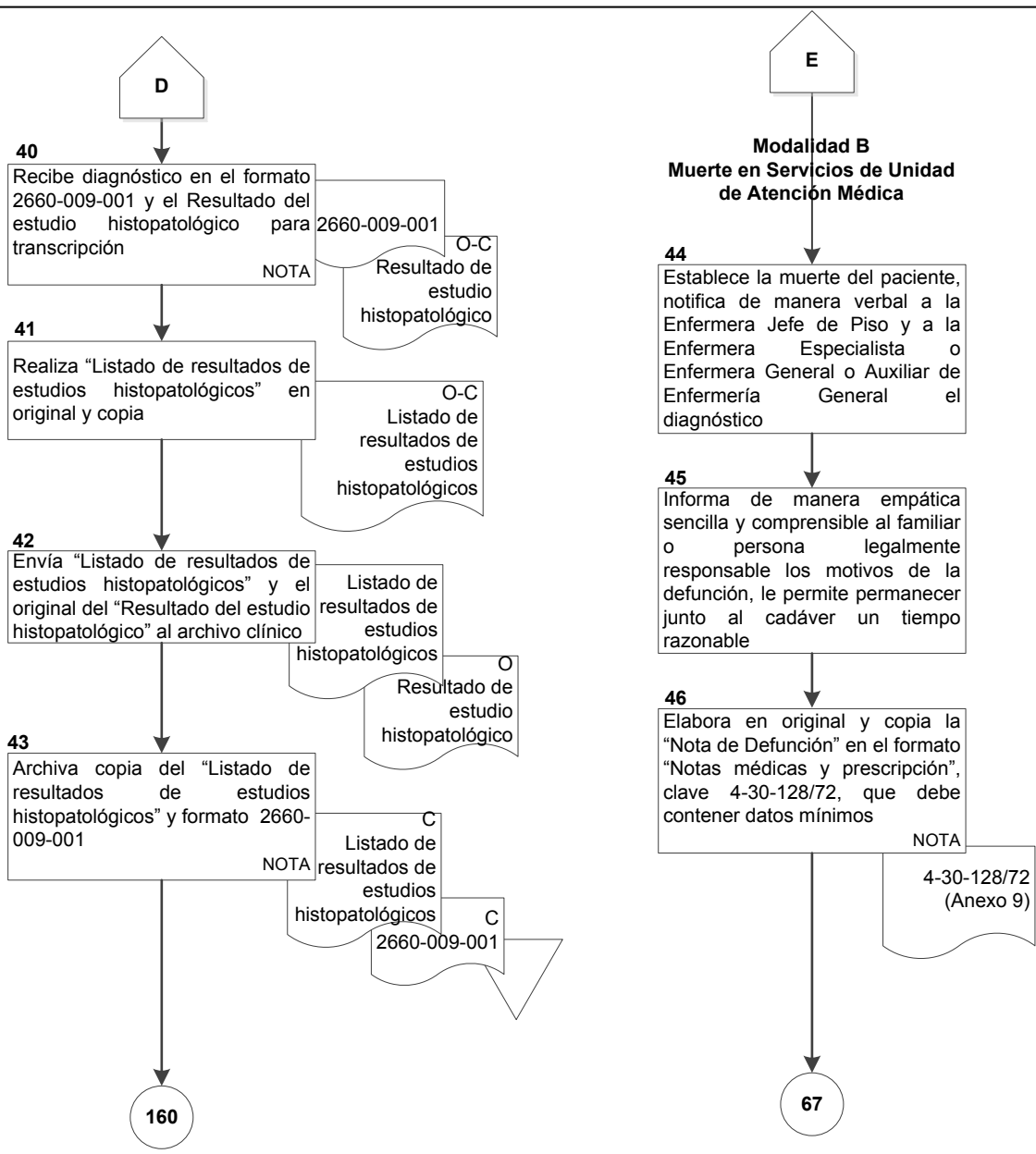
7 Diagrama de flujo

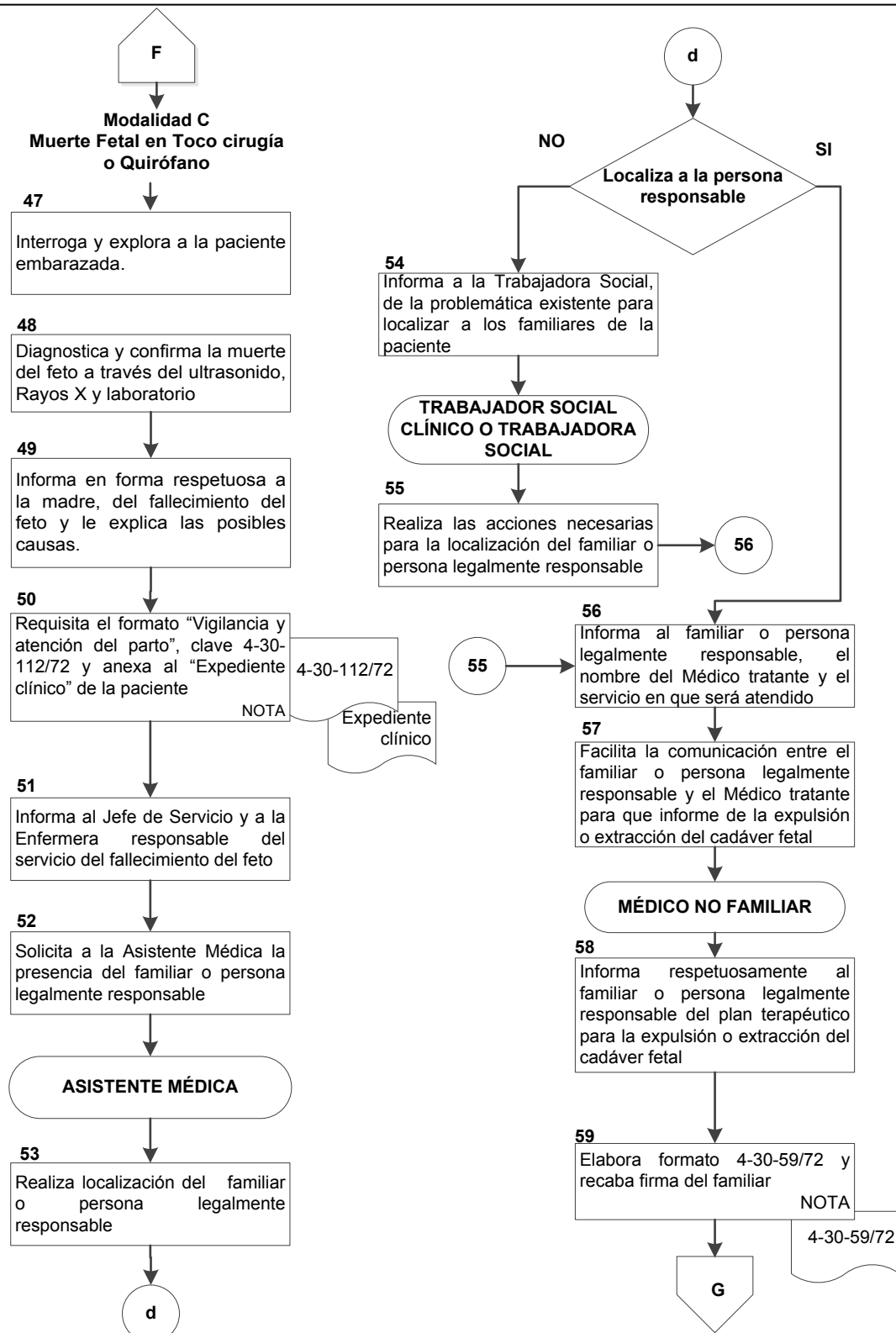


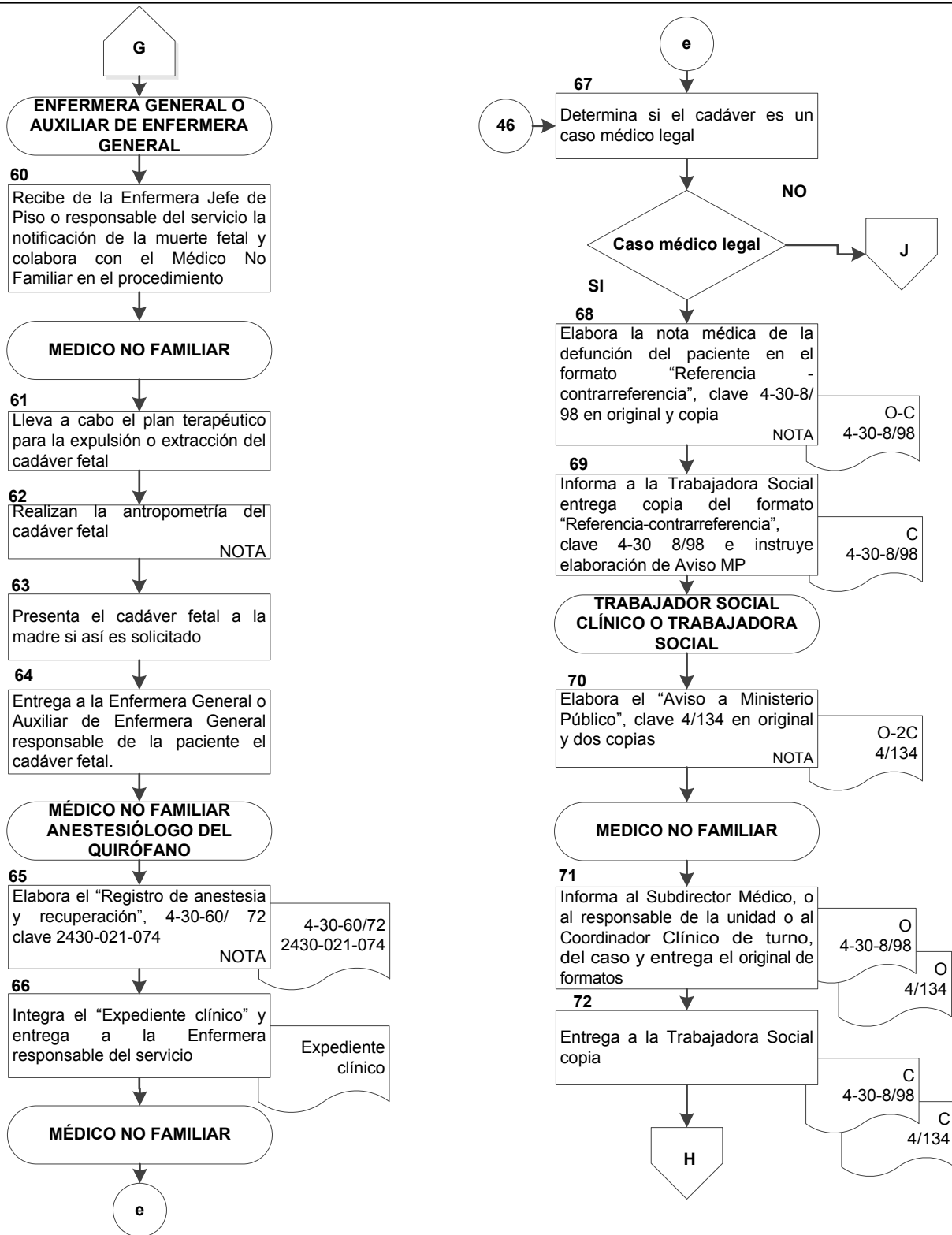


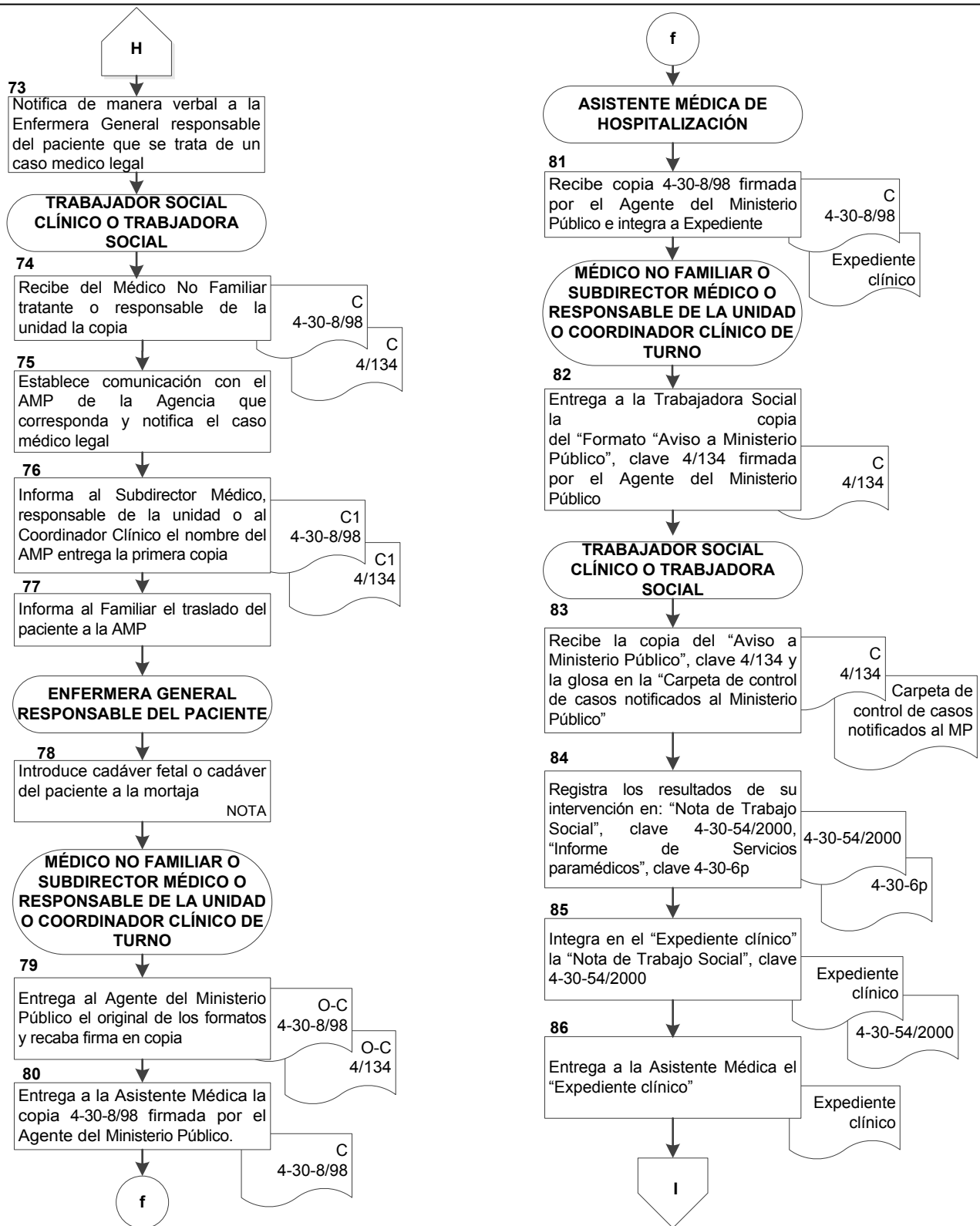


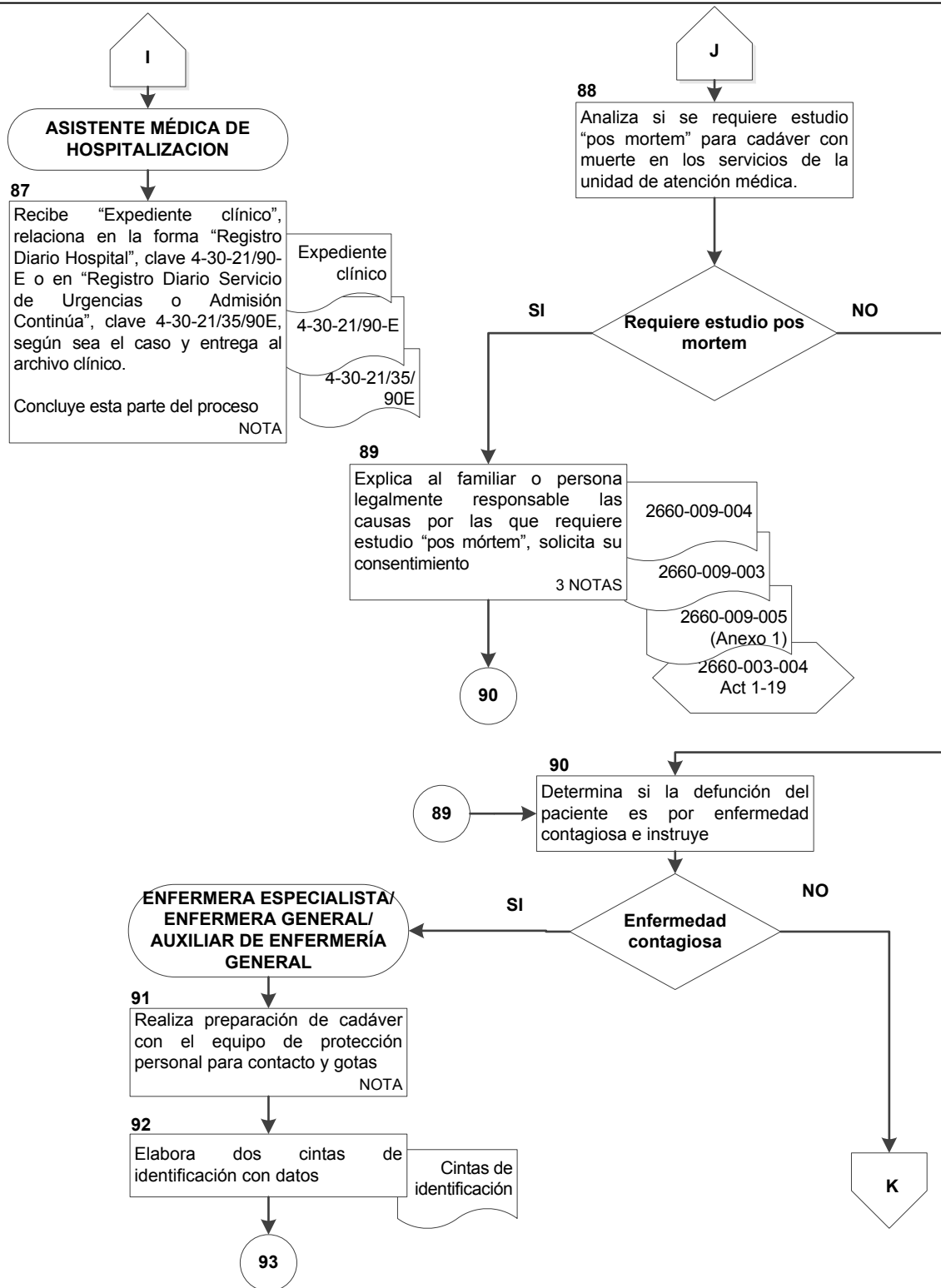


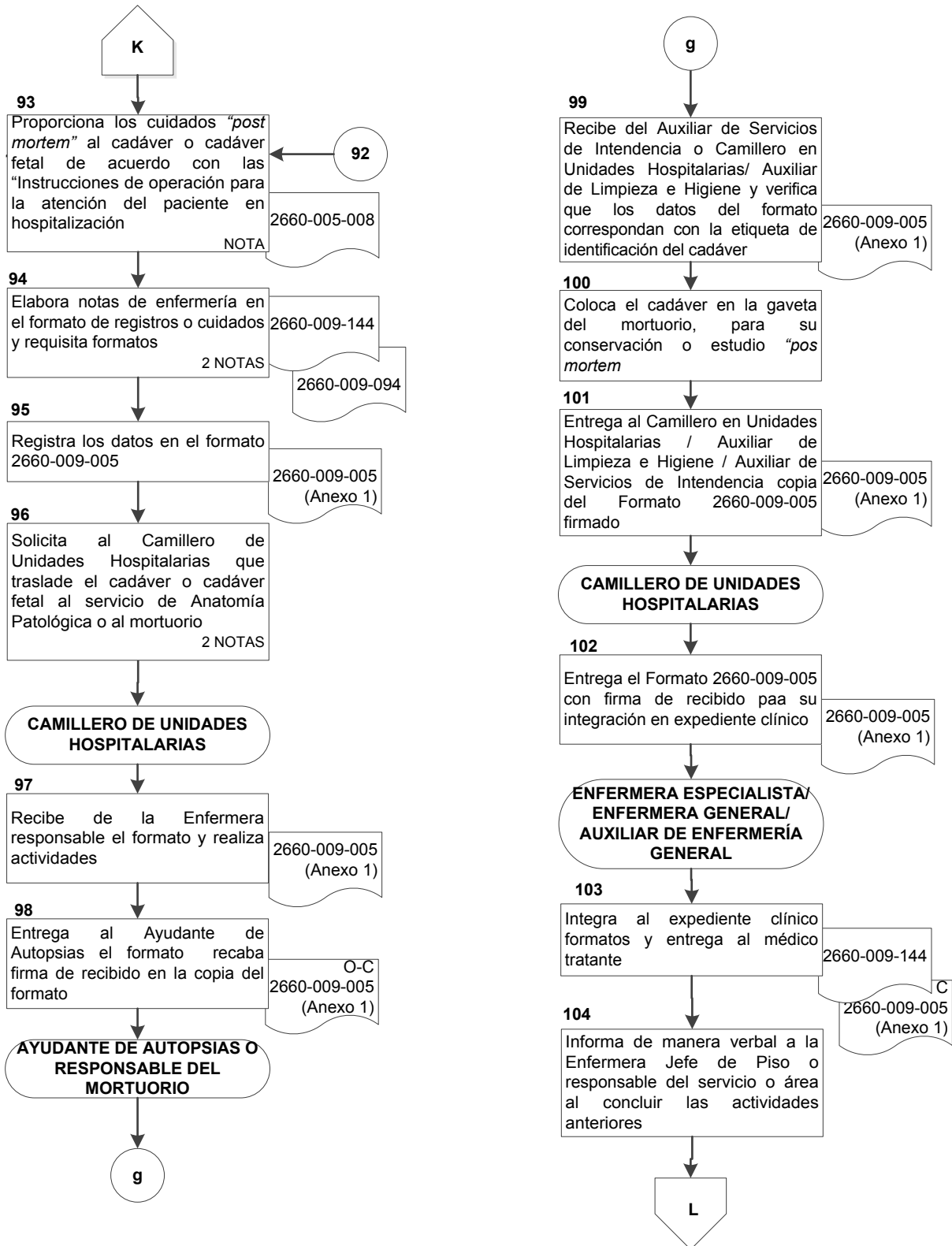


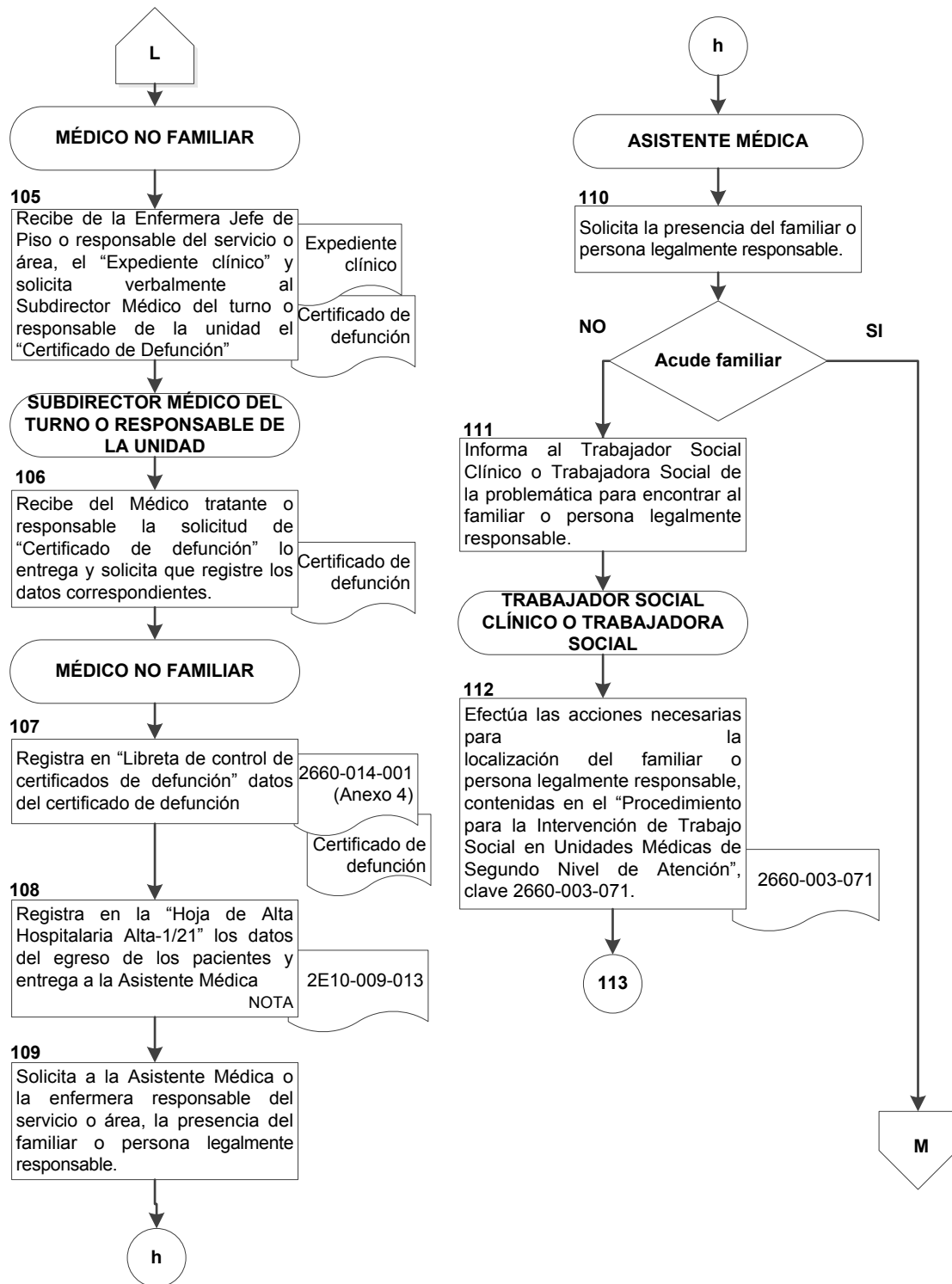


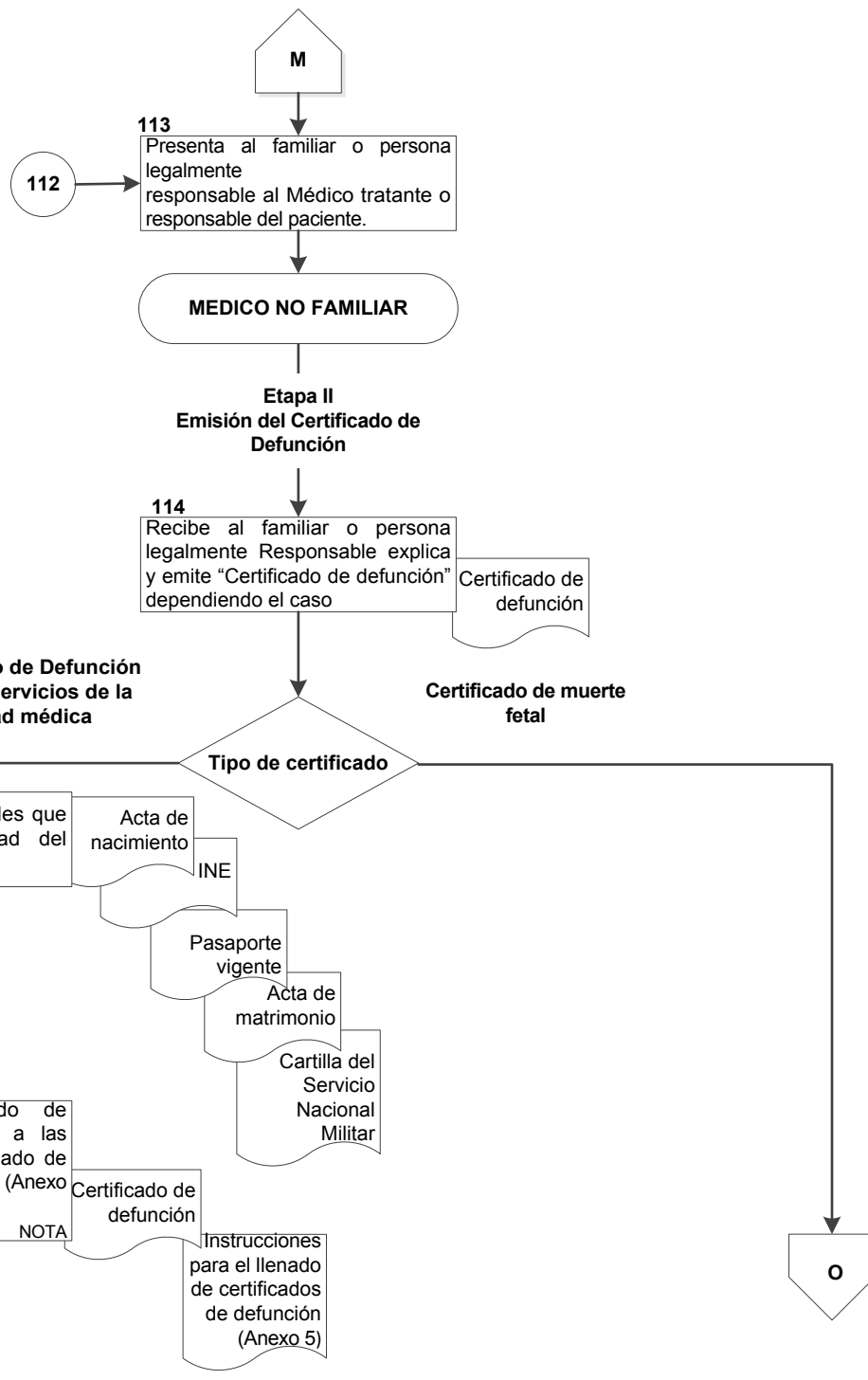


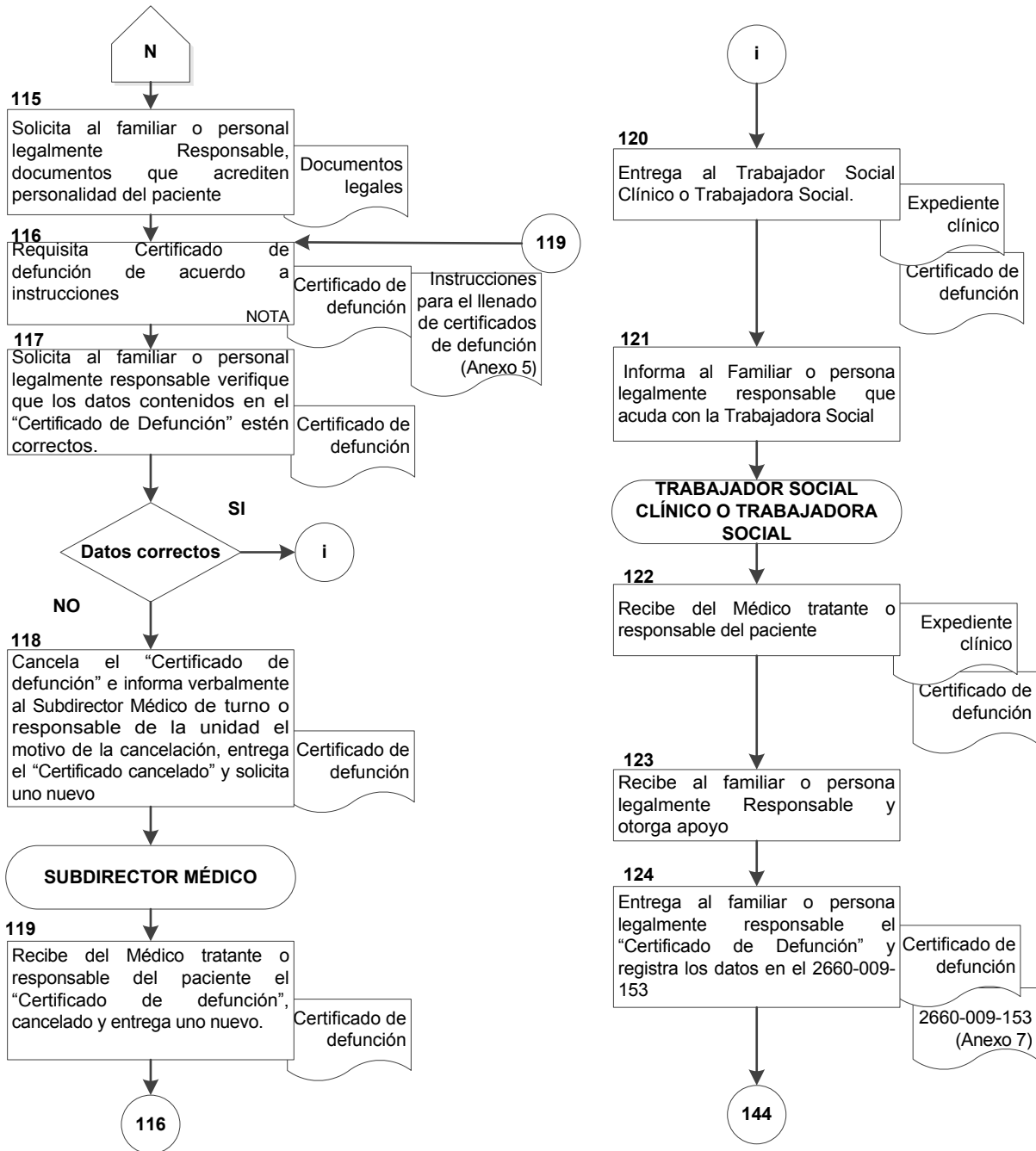


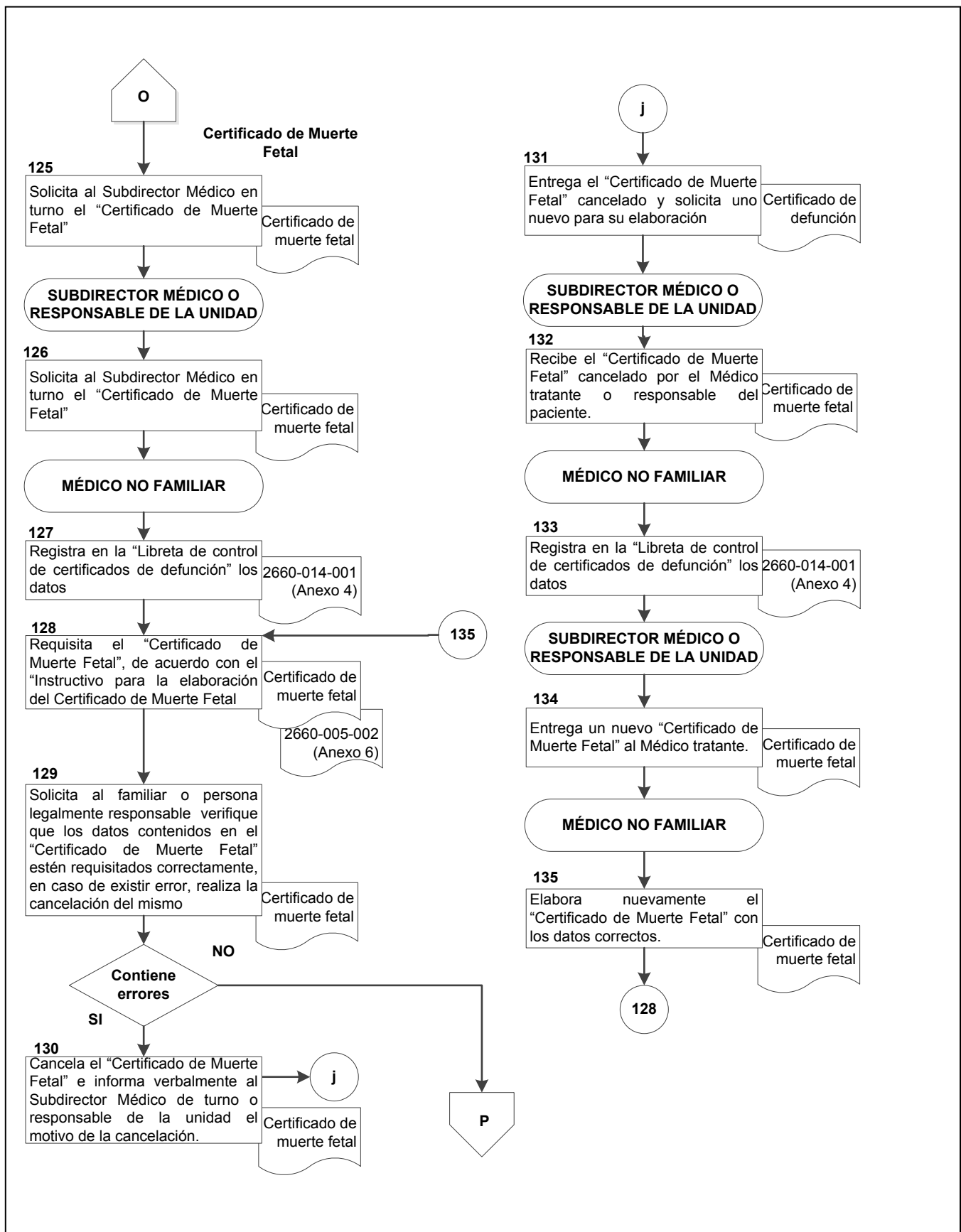


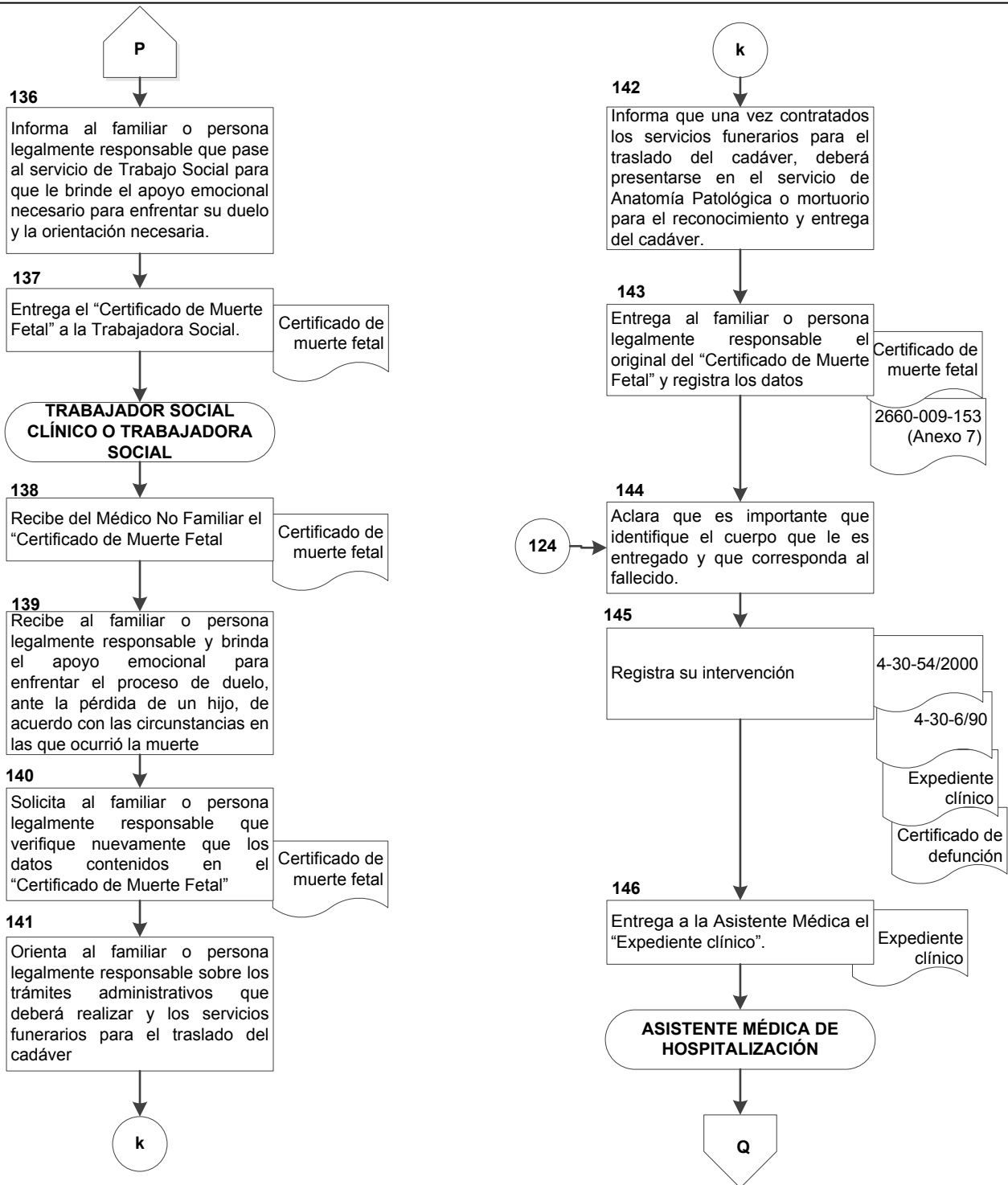


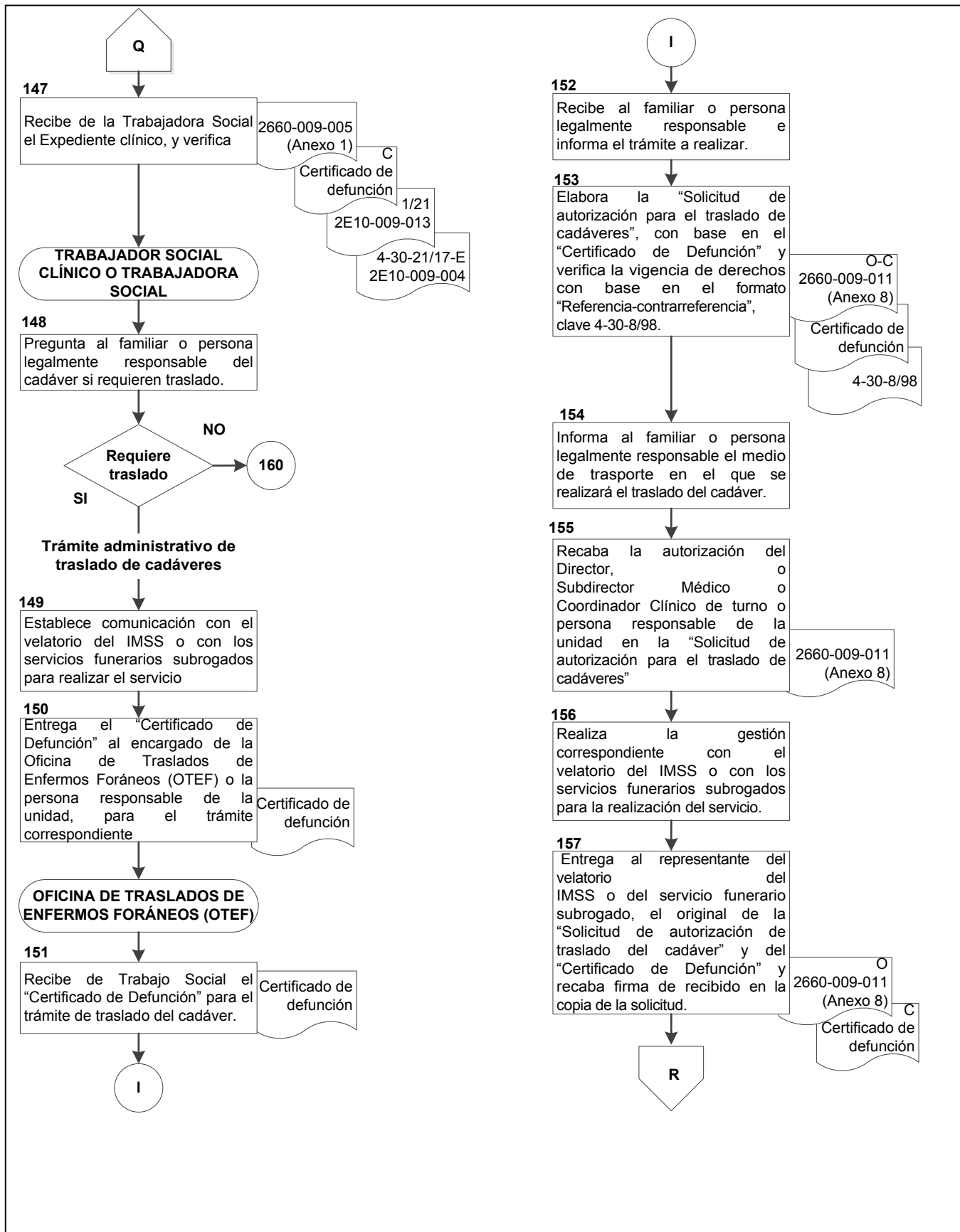


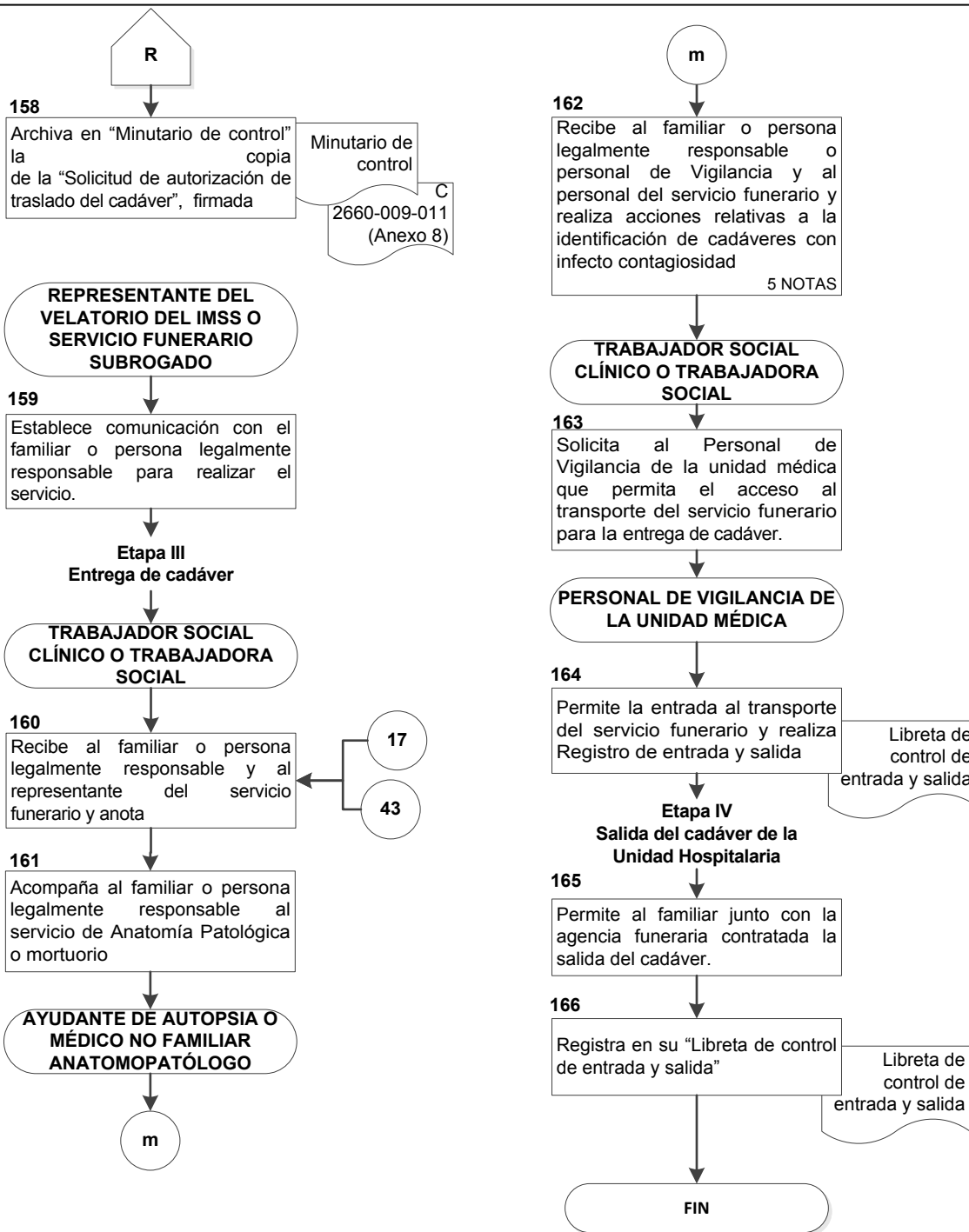














ANEXO 1

**Formato para el traslado, depósito y entrega de cadáver, cadáver fetal o especímenes quirúrgicos al área de Anatomía Patológica en Unidades de Atención Médica
2660-009-005**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Atención Médica

Formato para el traslado, depósito y entrega de cadáver, cadáver fetal o especímenes quirúrgicos al área de Anatomía Patológica en Unidades de Atención Médica

OOAD: 1 Para trámite y traslado de: 3 Unidad Médica: 2
Fecha: 4 / 5 / 6
Cadáver () Cadáver fetal () Especímen quirúrgico () Día Mes Año

Cadáver
Nombre: 5 N° de Seguridad Social: 6
Sexo: 7 Mujer () Hombre () Fecha de Nacimiento: 8 / 9 / 10
Día Mes Año
Servicio de la Unidad Médica: 9 N° de cama/camilla/cuna/sala: 10
Fecha de defunción: 11 / 12 / 13 Hora de defunción: 14 : 15 horas
Día Mes Año

Cadáver Fetal
Nombre de la madre: 13 N° de Seguridad Social: 14
Servicio de la Unidad Médica: 15 N° de cama/camilla/sala: 16
Datos del feto
Sexo: 17 Mujer () Hombre () Indefinido () Peso: 18 Talla: 19
Fecha de expulsión o extracción: 20 / 21 / 22 Hora de Expulsión o extracción: 23 : 24 horas
Día Mes Año

Especímen quirúrgico
Nombre: 22 N° de Seguridad Social: 23
Sexo: 24 Mujer () Hombre () Fecha de Nacimiento: 25 / 26 / 27
Día Mes Año
Servicio de la Unidad Médica: 26 N° de cama/camilla/sala: 27
Fecha en que se realiza el procedimiento: 28 / 29 / 30 Hora del procedimiento: 31 : 32 horas
Día Mes Año
Nombre específico del o los especímenes quirúrgicos: 30

Personal de Enfermería responsable de otorgar los cuidados post mortem o la preparación del o los especímenes quirúrgicos.	Entrega <u>31</u> Nombre y firma del personal de Enfermería responsable	Insumos utilizados para el amortajamiento
	Hora de entrega al Camillero/Auxiliar de Higiene y Limpieza: <u>32</u> : <u>33</u> horas	Mortaja (pza.) <u>33</u> Ropa: Sabana (pza.) Bata (pza.) Campo (pza.)

Depósito en el servicio de Anatomía Patológica del cadáver, cadáver fetal o especímen quirúrgico	Recibe para traslado <u>34</u> Nombre y firma del Camillero/Auxiliar de Higiene y Limpieza	Recibe para depósito en Anatomía Patológica <u>35</u> Nombre y firma de la persona del servicio de Anatomía Patológica
	Fecha en que se deposita <u>36</u> / <u>37</u> / <u>38</u> Día Mes Año	Hora en que se deposita: <u>37</u> : <u>38</u> horas

Entrega del cadáver, cadáver fetal o especímen quirúrgico al familiar o persona legalmente responsable	Entrega <u>38</u> Nombre y firma del Ayudante de Autopsias	Recibe <u>39</u> Nombre y firma del Familiar o persona legalmente responsable
	Fecha en que se entrega <u>40</u> / <u>41</u> / <u>42</u> Día Mes Año	Hora en que se entrega: <u>41</u> : <u>42</u> horas

2660-009-005



ANEXO 1

Formato para el traslado, depósito y entrega de cadáver, cadáver fetal o especímenes quirúrgicos al área de Anatomía Patológica en Unidades de Atención Médica INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	OOAD	El nombre de la OOAD correspondiente
2	Unidad Médica	El nombre y número de la Unidad Médica Hospitalaria.
3	Para tramite y traslado de	Una "X" en el recuadro correspondiente al trámite y traslado de: Ejemplo: Cadáver (X)
4	Fecha	El día, mes y año que corresponde a la elaboración del reporte: Ejemplo: Fecha: <u> 23 </u> / <u> 03 </u> / <u>2022</u> / Día Mes Año

Cadáver

5	Nombre	El nombre y apellidos del derechohabiente fallecido.
6	N° de Seguridad Social	El número de Seguridad Social del derechohabiente fallecido.
7	Sexo	Una "X" en el recuadro correspondiente al sexo del derechohabiente fallecido. Ejemplo: Mujer (X)
8	Fecha de Nacimiento	El día, mes y año que corresponda a la fecha de nacimiento del paciente: Ejemplo:

2660-009-005



ANEXO 1

Formato para el traslado, depósito y entrega de cadáver, cadáver fetal o especímenes quirúrgicos al área de Anatomía Patológica en Unidades de Atención Médica
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
		Fecha: <u> 02 </u> / <u> 01 </u> / <u> 2022 </u> <small>Día Mes Año</small>
9	Servicio de la Unidad Médica	El servicio en el que ocurrió el fallecimiento.
10	N° de cama/camilla/cuna/sala	Con números arábigos la cama, camilla, cuna o sala quirúrgica en que ocurrió el fallecimiento.
11	Fecha de defunción	El día, mes y año que corresponda a la fecha en que ocurrió el fallecimiento: Ejemplo: Fecha: <u> 13 </u> / <u> 02 </u> / <u> 2022 </u> <small>Día Mes Año</small>
12	Hora de defunción	La hora en que ocurrió el fallecimiento.
Cadáver Fetal		
13	Nombre de la madre	El nombre y apellidos de la madre derechohabiente.
14	N° de Seguridad Social	El número de Seguridad Social de la madre derechohabiente
15	Servicio de la Unidad Médica	El servicio en el que se otorgó la atención a la madre derechohabiente.
16	N° de cama/camilla/cuna/sala	Con números arábigos la cama, camilla o sala quirúrgica en que se otorgó la atención a la madre derechohabiente.

2660-009-005



ANEXO 1

**Formato para el traslado, depósito y entrega de cadáver, cadáver fetal o especímenes quirúrgicos al área de Anatomía Patológica en Unidades de Atención Médica
 INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR
17	Sexo	Una "X" en el recuadro correspondiente al sexo del cadáver fetal.
18	Peso	El peso en kilogramos y gramos acorde a los resultados de la antropometría del cadáver fetal. Ejemplo: Peso: 1 K 200 g
19	Talla	La talla en centímetros acorde a los resultados de la antropometría del cadáver fetal. Ejemplo: 35 cm
20	Fecha de expulsión o extracción	El día, mes y año que corresponda a la fecha en que se llevó a cabo el plan terapéutico para la expulsión o extracción del cadáver fetal: Ejemplo: Fecha: <u> 11 </u> / <u> 03 </u> / <u> 2022 </u> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> Día Mes Año </div>
21	Hora de expulsión o extracción	La hora en que el Médico No Familiar llevó a cabo el plan terapéutico para la expulsión o extracción del cadáver fetal.

Espécimen quirúrgico

22	Nombre	El nombre y apellidos del derechohabiente.
23	N° de Seguridad Social	El número de Seguridad Social del derechohabiente.

2660-009-005



ANEXO 1

Formato para el traslado, depósito y entrega de cadáver, cadáver fetal o especímenes quirúrgicos al área de Anatomía Patológica en Unidades de Atención Médica
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
24	Sexo	Una "X" en el recuadro correspondiente al sexo del derechohabiente. Ejemplo: Mujer (X)
25	Fecha de Nacimiento	El día, mes y año que corresponda a la fecha de nacimiento del derechohabiente: Ejemplo: Fecha: <u> 02 </u> / <u> 01 </u> / <u> 2022 </u> / Día Mes Año
26	Servicio de la Unidad Médica	El servicio en el que se está otorgando la atención al derechohabiente.
27	N° de cama/camilla/cuna/sala	Con números arábigos la cama, camilla, cuna o sala quirúrgica en que se lleva a cabo el procedimiento quirúrgico.
28	Fecha en que se realiza el procedimiento	El día, mes y año que corresponda a la fecha en que se realizó la cirugía: Ejemplo: Fecha: <u> 13 </u> / <u> 02 </u> / <u> 2022 </u> / Día Mes Año
29	Hora de la cirugía	La hora en que se realizó la cirugía.
30	Nombre específico del o los especímenes quirúrgicos	El nombre del o los especímenes quirúrgicos amputados o extirpados al derechohabiente y que no serán objeto de estudio histopatológico.

Personal de Enfermería responsable de otorgar los cuidados post mortem o la preparación del o los especímenes quirúrgicos.

2660-009-005



ANEXO 1

Formato para el traslado, depósito y entrega de cadáver, cadáver fetal o especímenes quirúrgicos al área de Anatomía Patológica en Unidades de Atención Médica INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
31	Nombre y firma del personal de Enfermería responsable	El nombre y firma del personal de Enfermería responsable de otorgar los cuidados post mortem o la preparación del o los especímenes quirúrgicos.
32	Hora de entrega al Camillero/Auxiliar de Higiene y Limpieza:	La hora en que el Personal de Enfermería responsable de otorgar los cuidados post mortem o la preparación del o los especímenes quirúrgicos los entrega al Camillero/Auxiliar de Higiene y limpieza.
33	Insumos utilizados para el amortajamiento	Con números arábigos el número de insumos utilizados para el amortajamiento del cadáver o los o el espécimen quirúrgico. Ejemplo: Mortaja (1 Pza.)
Depósito en el servicio de Anatomía Patológica del cadáver, cadáver fetal o espécimen quirúrgico		
34	Nombre y firma del Camillero/Auxiliar de Higiene y Limpieza	El nombre y firma del Camillero/Auxiliar de Higiene y Limpieza responsable de recibir y trasladar al cadáver, cadáver fetal o los o el espécimen quirúrgico al servicio de Anatomía Patológica.
35	Nombre y firma de la persona del servicio de Anatomía Patológica	El nombre y firma de la persona del servicio de Anatomía Patológica que recibió el cadáver, cadáver fetal o los o el espécimen quirúrgico para ser depositado en la gaveta.

2660-009-005



ANEXO 1

Formato para el traslado, depósito y entrega de cadáver, cadáver fetal o especímenes quirúrgicos al área de Anatomía Patológica en Unidades de Atención Médica INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
36	Fecha en que se deposita	El día, mes y año que corresponda a la fecha en que se deposita el cadáver, cadáver fetal o los o el espécimen quirúrgico en el servicio de Anatomía Patológica : Ejemplo: Fecha: <u> 13 </u> / <u> 02 </u> / <u> 2022 </u> / Día Mes Año
37	Hora en que se deposita	La hora en que se deposita el cadáver, cadáver fetal o los o el espécimen quirúrgico en el servicio de Anatomía Patológica.

Entrega del cadáver, cadáver fetal o espécimen quirúrgico al familiar o persona legalmente responsable

38	Nombre y firma del Ayudante de Autopsias	El nombre y firma del Ayudante de Autopsias que entrega del cadáver, cadáver fetal o espécimen quirúrgico al familiar o persona legalmente responsable.
39	Nombre y firma del Familiar o persona legalmente responsable	El nombre y firma del Familiar o persona legalmente responsable que recibe del cadáver, cadáver fetal o espécimen quirúrgico.
40	Fecha en se entrega	La fecha en se entrega el cadáver, cadáver fetal o espécimen quirúrgico al familiar o persona legalmente responsable.
41	Hora en que se entrega	La hora en que se entrega el cadáver, cadáver fetal o espécimen quirúrgico al familiar o persona legalmente responsable.

2660-009-005



ANEXO 2

**Nota Médica para destino final
2660-009-168**



"Nota para destino final"

OOAD: _____ (2) _____ Unidad Médica: _____ (3) _____
 Fecha: _____ (1) _____ / _____ / _____
 Día Mes Año

El que suscribe _____ (4) _____ expreso mi deseo de dar destino final a la pieza quirúrgica en esta Unidad Médica, el día _____ (5) _____ por lo que solicito me sea entregada, entiendo que los trámites funerarios y los costos son mi responsabilidad.

Datos de la pieza:

Pieza quirúrgica _____ (6) _____
 Lateralidad: _____ (7) _____
 Diagnostico _____ (8) _____
 Procedimiento quirúrgico _____ (9) _____

(10) _____
 Nombre y firma del paciente

(11) _____
 Nombre y firma del testigo

(12) _____
 Nombre, firma y matrícula del jefe
 o responsable del Servicio de
 Anatomía Patológica



ANEXO 2
Nota Médica para Destino Final
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Fecha	Fecha de elaboración del formato.
2	OOAD	Nombre del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada
3	Unidad Médica	Nombre de la unidad médica.
4	Nombre del paciente	Nombre completo del paciente o solicitante.
5	Fecha de la cirugía	Fecha de la amputación de la extremidad anatómica.
6	Extremidad anatómica	Nombre de la extremidad anatómica amputada.
7	Lateralidad	Derecha o izquierda.
8	Diagnóstico	Diagnóstico preoperatorio.
9	Procedimiento quirúrgico	Nombre del procedimiento quirúrgico realizado para la amputación.
10	Nombre y firma del paciente	Nombre y firma autógrafa del paciente.
11	Nombre y firma del testigo	Nombre y firma autógrafa del testigo del paciente.
12	Jefe o responsable del servicio de Anatomía Patológica	Nombre, firma y matrícula del Jefe de Servicio o responsable del servicio de Anatomía patológica.

2660-009-168



ANEXO 3

**Libreta de control de especímenes quirúrgicos y de estudios histopatológicos
2660-009-175**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACIÓN DE HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL



Folio: (1)

“Libreta de control de especímenes quirúrgicos y de estudios histopatológicos”

COAD: (2) UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA: (3) FECHA: (4) DÍA (5) MES (6) AÑO

N° PROG.	Nombre del paciente	NSS	Edad	Sexo	Servicio	Cama/camilla/cunala/Quirófano	Especimen enviado	Dx Clínico	Nombre del médico que solicita	Nombre y firma del Personal responsable que lo entrega	Nombre y Firma del Personal responsable que lo recibe
(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)

Servicio	(17)	
Número total de especímenes	(18)	
NOMBRE Y FIRM DE LA ENFERMERA JEFE DE PISO (19)		
TURNO MATUTINO	TURNOS VESPERTINO	TURNOS NOCTURNO
(20)		
NOMBRE Y FIRMA DE LA SUBJEFE DE ENFERMERAS ENCARGADA DEL PROCESO		
CLAVE: 2660-009-175		



ANEXO 3

Libreta de control de especímenes quirúrgicos y de estudios histopatológicos INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Folio	Con números arábigos el folio asignado a cada página Libreta de control de especímenes quirúrgicos y control de estudios histopatológicos.
2	OOAD	Con tinta de color azul, registrar el nombre del OOAD. Ejemplo: Estado de México Oriente NOTA: La tinta de los turnos corresponderá de la siguiente forma: turno matutino – azul, turno vespertino – verde y turno nocturno – rojo.
3	UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA	El tipo, número y nombre de la Unidad de Atención correspondiente. Con tinta del color azul, el número y nombre de la unidad de atención médica.
4	FECHA	Ejemplo: Hospital General de Zona No. 1 “Dr. Luis Ernesto Miramontes Cárdenas” Con números arábigos y tinta de color azul, día, mes y año, en el caso de que el día y el mes se encuentren conformados por una unidad, se agregara un “0” a la izquierda. Ejemplo: <u>20 / 04 / 2001.</u>
5	No. Progresivo	El número progresivo correspondiente a cada uno de los pacientes en números arábigos y tinta de color azul Ejemplo: 01
6	Nombre del paciente	El apellido paterno, apellido materno y nombre (s) del paciente. Ejemplo: Jiménez López Juan
7	NSS	El número asignado al derechohabiente por el Instituto Mexicano del Seguro Social.

2660-009-175



ANEXO 3

Libreta de control de especímenes quirúrgicos y de estudios histopatológicos INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
8	Edad	La edad cronológica del paciente de quien se obtiene el espécimen.
9	Sexo	El sexo (hombre-mujer) del paciente o cadáver de quien fue retirado el espécimen.
10	Servicio	El que generó la acción o intervención. Ejemplo: Quirófano.
11	Cama/camilla/cuna/ quirófano	El número de cama, camilla, cuna o quirófano que ocupa el paciente del que se solicita la intervención.
12	Especímen enviado	Si la muestra corresponde a biopsia o pieza Quirúrgica.
13	Dx Clínico	El diagnóstico establecido por clínica.
14	Nombre del Médico que solicita	El nombre, la firma, matrícula y cédula profesional del Médico que solicita el estudio.
15	Nombre y firma del Personal responsable que lo entrega	El nombre, la firma y matrícula del personal responsable que entrega el espécimen.
16	Nombre y Firma del Personal responsable que lo recibe	El nombre, la firma y matrícula del personal responsable que recibe el espécimen
17	Servicio	El nombre del servicio que envía las muestras al área de Anatomía Patológica.
18	Número total de especímenes	Con números arábigos el total de especímenes quirúrgicos que son enviados al área de Anatomía Patológica.

2660-009-175



ANEXO 3

**Libreta de control de especímenes quirúrgicos y de estudios histopatológicos
INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR
19	Nombre y firma de la Enfermera Jefe de Piso	Nombre completo, firma y matrícula de la Enfermera Jefe de piso encargada del servicio.
20	Nombre y firma de Subjefe de Enfermería Responsable del proceso	Nombre completo, firma y matrícula de Subjefe de Enfermeras responsable del servicio

2660-009-175



ANEXO 4

**Libreta de control de certificados de defunción
2660-014-001**



ANEXO 4

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
LIBRETA DE CONTROL DE CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN

Folio del Certificado	Fecha	Hora	Nombre del Asegurado	Número de Seguridad Social	Servicio que solicita	Médico Solicitante		
						Nombre	Matrícula	Firma
1	2	3	4	5	6	7	8	9

2660-014-001



ANEXO 4
Libreta de control de certificados de defunción
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Folio del certificado	El número de folio que figura en el Certificado de Defunción.
2	Fecha	El día, mes y año.
3	Hora	La hora y minutos.
4	Nombre del asegurado	El nombre completo del paciente iniciando por el apellido paterno, apellido materno y nombre (s).
5	Número de Seguridad Social	El número completo de Seguridad Social del paciente.
6	Servicio que solicita	El nombre del servicio que generó la acción o intervención.
	Médico solicitante	
7	Nombre	El nombre completo del Médico que solicita el Certificado de Defunción.
8	Matrícula	El número de matrícula del Médico que solicita el Certificado de Defunción.
9	Firma	La firma del Médico que solicita el Certificado de Defunción.

2660-014-001



ANEXO 5

Instrucciones para el llenado de certificados de defunción



ANEXO 5

Instrucciones para el llenado de certificados de defunción

ESTADO CIVIL

1. Mencione la situación en que se encontraba la persona al momento de fallecer, en relación a la Ley.

RESIDENCIA HABITUAL

2. Mencione el lugar donde el fallecido residió durante los últimos seis meses, con excepción del periodo de hospitalización.

LOCALIDAD

3. Mencione el nombre de la localidad; ejemplo: Rancho la Luz, Barrio San Pedro, etc.

ENTIDAD FEDERATIVA

4. Mencione la entidad federativa: San Luis Potosí, Veracruz.
NOTA: En caso de ser extranjero, mencione en este rubro el nombre del país de origen.

OCUPACIÓN HABITUAL

5. Anote el oficio o trabajo que realizaba.
NOTA: Se refiere a la ocupación que desempeñó por más tiempo; si no trabajaba, mencione a qué se dedicaba (si era rentista, jubilado, estudiante o ama de casa).

ESCOLARIDAD

6. Marque con una X la respuesta que indique el grado máximo de estudios.

FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN

7. Anote el año, mes, día, hora y minutos en que ocurrió el fallecimiento.

CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN

8. Anote una sola causa en cada renglón, sin omitir el intervalo aproximado entre el comienzo de cada causa y la muerte.

PARTE I

9. Anote en el inciso a) la enfermedad o estado patológico que produjo directamente la muerte; si la causa mencionada en dicho inciso se debió a una causa antecedente; asiente ésta en el inciso b), si ésta a su vez fue originada por una tercera, anótela en el inciso c), si ésta a su vez fue originada por una cuarta, informe esta última en el inciso d). No es estrictamente necesario llenar los renglones b), c) y d), siempre y cuando la causa informada en el inciso a) describa por completo la defunción; es decir, que por sí mismo sea la causa de la muerte, sin necesidad de causas previas.



PARTE II

Anote alguna enfermedad significativa que pudo haber contribuido a la muerte, pero que no estuvo relacionada con las causas anotadas en la Parte I: a), b), c) o d).

PACIENTE FEMENINO

Marcar con una x si estuvo embarazada o en período puerperal durante los 42 días antes de la muerte o los 11 meses antes de la muerte. Si esta defunción tuvo o no complicación del embarazo parto o puerperio marque el círculo correspondiente.

LUGAR DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN

16 Marque con X el lugar en donde ocurrió la lesión o traumatismo que ocasionó la muerte. Esta puede ser diferente del sitio donde ocurrió la defunción.

Precise las circunstancias que originaron la lesión que causó la muerte. Ejemplo: caída de la escalera, colisión de vehículos de motor, sofocación por bolsa de plástico, etcétera.

INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO CIVIL

17 Anote en el espacio correspondiente los datos que se solicitan, relativos al registro de la defunción y la Clave Única de Registro de Población (CURP), Señor Juez u Oficial del Registro Civil:, envíe las copias del certificado, según se señala en cada una de ellas.



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

México 2012
FOLIO
14000001

*SILA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN.
 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL. LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICIPARES.



14000001

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____	
2. CURP _____	3. SEXO Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/>
4. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>	5. (HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA) Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
6. PESO _____	7. TALLA _____
8. EDAD CUMPLIDA _____	9. FECHA DE NACIMIENTO _____
10. RESIDENCIA HABITUAL (Antes de la defunción) (Indicar estado y localidad) 10.1 Calle y número _____ 10.2 Colonia _____ 10.3 Localidad _____	
11. RESIDENCIA HABITUAL (Antes de la defunción) (Indicar estado y localidad) 11.1 Calle y número _____ 11.2 Colonia _____ 11.3 Localidad _____	
12. ESCOLARIDAD No sabe leer o escribir <input type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/>	
13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
14. APLICACIÓN A SERVICIOS DE SALUD 14.1 Número de seguridad social o afiliado _____	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN 15.1 Dirección de la ciudad o pueblo _____ 15.2 Ciudad o zona no incorporada al padrón municipal (CIZUR) _____ 15.3 Tipo de vivienda _____ 15.4 Localidad _____	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número _____ 16.2 Colonia _____ 16.3 Localidad _____	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 17.1 Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____ 17.2 Hora: _____	
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe <input type="radio"/>	
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Para señalar causas de origen agudo, poner cardíaca, sepsis, etc.) Causa antecedente o causa intercurrente, al ocurrir alguna, que contribuya a causar el fallecimiento, en otro lugar, la causa inmediata. a) Defecto a (1) como consecuencia de (1) _____ b) Defecto a (2) como consecuencia de (1) _____ c) Defecto a (2) como consecuencia de (2) _____	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 15 A 54 AÑOS 21.1 Embarazada al momento de morir <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 21.2 ¿Cuánto días antes de morir estuvo embarazada? _____ 21.3 ¿Fue parto normal o cesárea? _____ 21.4 ¿Fue parto o cesárea? _____	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 ¿Fue un accidente? _____ 22.2 ¿Fue un accidente de tránsito? _____ 22.3 ¿Fue un accidente de trabajo? _____ 22.4 ¿Fue un accidente de otro tipo? _____	
23. SI LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL REGISTRO CIVIL 23.1 ¿Fue registrada en el Registro Civil? _____ 23.2 ¿Fue registrada en el Registro Civil? _____ 23.3 ¿Fue registrada en el Registro Civil? _____	
24. NOMBRE: Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____	
25. PAÍS NACIDO CON EL (LA) FALLECIDO(A) _____	
26. CERTIFICADA POR: Médico <input type="radio"/> Enfermero <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Nombre de la cédula profesional _____	
28. NOMBRE: Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____	
29. TELÉFONO _____	
30. DIRECCIÓN: _____	
31. FIRMA _____	
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: _____	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: _____	
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: _____	

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD*



ANEXO 6

**Instructivo para la elaboración del Certificado de Muerte Fetal
2660-005-002**



ANEXO 6

Instructivo para la elaboración del Certificado de Muerte Fetal

DEFUNCIÓN FETAL: Es la muerte ocurrida con anterioridad a la expulsión completa o extracción del cuerpo de la madre de un producto de la concepción, cualquiera que haya sido la duración del embarazo, la defunción se señala por el hecho de que, después de tal separación el feto no respira ni muestra algún signo de vida, tal como el latido del corazón, la pulsación del cordón umbilical o el movimiento efectivo de músculos involuntarios.

INSTRUCCIONES GENERALES

- El Certificado de Muerte Fetal debe ser expedido por un Médico, preferentemente por el que atendió la expulsión o extracción. En los lugares donde no haya Médico, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la S.S.A. o por las autoridades locales competentes. - Para llenado de este certificado, auxíliese con la información proporcionada por la madre, el padre o algún familiar.
- Utilice letra de molde, clara y legible. No use abreviaturas.
- Marque con X sobre el círculo correspondiente a cada respuesta.
- Marque una sola opción, excepto en Derechohabiente (22) donde puede marcar más de una respuesta. Se entiende por derechohabiente la persona que tiene derecho a recibir prestaciones en dinero o en especie de una institución de seguridad social.
- Para las respuestas que se deben anotar en números (fecha, gramos, horas, edad) use números arábigos.
- Este certificado deberá llenarse en original y dos copias.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS DE ACUERDO A LOS NUMERALES DEL FORMATO

1. SEXO: Anote hombre, mujer o se ignora.

2. EDAD GESTACIONAL: Anote la duración del embarazo, expresada en semanas, contando a partir de la última menstruación hasta el momento de la extracción o expulsión del producto.

3. PESO: Anote peso del fallecido en gramos

4. DE UN EMBARAZO: Anote si se trata de embarazo con producto único o gemelar o más de 3 productos.

5. ATENCIÓN PRENATAL: Marque si la embarazada recibió cuidados a la salud, previos al parto, ya sean por Médico, Partera o cualquier otro auxiliar.

6. EMBARAZO COMPLICADO: Se refiere a embarazos que evolucionaron con alteración en la salud, ya sea de la madre o del producto, y que requirieron de atención médica para su solución.

7. Talla: medida en centímetros del cadáver fetal.

2660-005-002



8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN: Anote con números arábigos el año (los dos últimos dígitos), el mes, día, hora y minutos de ocurrencia. Para anotar la hora, use la escala de 01 al 24. Escriba también minutos.

EJEMPLO: Si ocurrió a las cuatro de la tarde, anote 16 horas, 00 min.

9. LUGAR DE OCURRENCIA: El lugar donde sucedió la expulsión o extracción del producto; éste puede ser diferente al lugar de residencia habitual de la madre (Ver 18).

10. Estado conyugal: No aplica

11. SI SE TRATA DE UN ABORTO, ESTE FUE: Se entiende por aborto la expulsión o extracción completa del claustro materno de un feto o embrión de menos de 20 semanas de gestación, pudiendo ser:

Espontáneo: Si no se realiza alguna acción para que suceda.

Provocado: Si se realizan maniobras de cualquier clase para que suceda.

Terapéutico: Si se realiza por prescripción médica.

12. SI SE TRATA DE UN PARTO, ESTE FUE: Se entiende por parto la expulsión o extracción del producto de la concepción cuando éste es de 20 semanas o más de gestación.

13. Ocupación: No aplica

14. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL: Anote una sola causa en cada renglón, sin omitir marcar en las columnas de la derecha si ésta fue atribuida al feto o a la madre.

PARTE I: Anote en a) la condición fetal o materna que causó la muerte directamente. Si fue debida a una causa antecedente asiente ésta en b), y si a su vez esta fue debida u originada por una tercera, informe ésta última en c).

PARTE II: Anote aquí alguna otra enfermedad significativa que pudo haber contribuido a la muerte fetal, pero que no estuvo relacionada con las causas anotadas en la Parte I: a), b), o c).

EJEMPLOS:

I. a) Sífilis congénita.

b) Sífilis materna.

II. Desnutrición de la madre.

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN: Se refiere al sistema de salud o al lugar donde se presentó la muerte.

16. DIRECCION DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN: Lugar legalmente reconocido donde ocurrió la muerte

2660-005-002



17. ESTADO CIVIL: Es la situación de las personas de 12 años y más, en relación con las leyes o costumbres matrimoniales del lugar. Por lo tanto, se incluyen tantas situaciones de derecho como de hecho.

18. RESIDENCIA HABITUAL: Escriba el lugar donde tuvo su domicilio de manera permanente la madre durante los últimos seis meses, exceptuando los períodos largos de hospitalización; en el rubro de Localidad señale el nombre de ésta y la categoría política que tiene, ejemplo: Rancho la Luz, Barrio San Pedro, etc. Si la Residencia Habitual corresponde a un país diferente a México, anote en Entidad Federativa el nombre de éste.

19. OCUPACION: Anote el oficio o trabajo que desempeña habitualmente la madre, precisando lo que hace en su trabajo; si no trabaja mencione a que se dedica. Ejemplo: el hogar, estudiante, rentista, jubilada.

20. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ESTE TUVO: Del total de embarazos tenidos por la madre, anote cuantos hijos nacieron vivos, independientemente de que a la fecha estén vivos o no, y cuantos nacieron muertos.

21. ESCOLARIDAD: Marque con X una sola respuesta, según sea el nivel máximo de estudios aprobados

2660-005-002



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE MUERTE FETAL
(LLENÉSE INDEPENDIEMENTE DE LAS SEMANAS DE GESTACIÓN)

Modelo 2016
FOLIO
15000001

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL PREMIO DE INMUNIZACIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GOBIERNAMENTAL. LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

1. SEXO Hombre <input type="radio"/> _1_ Mujer <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _3_		2. EDAD GESTACIONAL Semanas _____		3. PESO Quilogramos _____		4. DE UN EMBARAZO Único <input type="radio"/> _1_ Gemelar <input type="radio"/> _2_ Tiza o más <input type="radio"/> _3_		5. ATENCIÓN PREBATAL 5.1 Recibió atención prenatal <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_		6.2 Total de consultas recibidas _____	
8. ESTE EMBARAZO FUE Normal <input type="radio"/> _1_ Complicado <input type="radio"/> _2_		7. LA MUERTE FETAL OCURRIÓ Antes del parto <input type="radio"/> _1_ Durante el parto <input type="radio"/> _2_		7.1 Estado de la piel del producto Fresca (Normal) <input type="radio"/> _1_ Macerada <input type="radio"/> _2_		9. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____ Minutos _____					
10. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN 10.1 Calle y número _____ 10.2 Colonia _____ 10.3 Localidad _____ 10.4 Municipio o delegación _____ 10.5 Entidad federativa _____											
11. SITIO DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> _1_ IMSS <input type="radio"/> _2_ PEMEX <input type="radio"/> _3_ SEMAR <input type="radio"/> _4_ Unidad médica privada <input type="radio"/> _5_ Vía pública <input type="radio"/> _6_ Otro lugar <input type="radio"/> _7_ IMSS Oportunidades <input type="radio"/> _8_ SEDENA <input type="radio"/> _9_ Otra unidad pública <input type="radio"/> _10_ Hogar <input type="radio"/> _11_ Se ignora <input type="radio"/> _12_											
12. ¿QUIÉN ATENDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Médico gineco-obstetra <input type="radio"/> _1_ Otro médico <input type="radio"/> _2_ Enfermero <input type="radio"/> _3_ Partera <input type="radio"/> _4_ Otro <input type="radio"/> _5_ Se ignora <input type="radio"/> _6_											
13. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Parto vaginal espontáneo <input type="radio"/> _1_ Cesárea <input type="radio"/> _2_ Fórceps <input type="radio"/> _3_ Se ignora <input type="radio"/> _4_											
14. VIOLENCIA 14.1 ¿La muerte fetal fue consecuencia de un acto de violencia hacia la madre? <input type="radio"/> _1_ Si <input type="radio"/> _2_ No <input type="radio"/> _3_ Se ignora <input type="radio"/> _4_ 14.2 ¿Qué personas tiene el presente registro con la madre? _____											
15. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL. (Anote una sola causa en cada región. Cite asistencias de morir -ejemplo: parto cesáreo, asfixia, etc.) PARTE I Condición fetal o materna que causó directamente la muerte. a) Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ PARTE II Otras causas patológicas significativas del feto o de la madre que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o estado moribundo que la produjo. 15.1 _____ 15.2 _____											
16. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____											
17. NOMBRE Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____											
18. CURP _____ 19. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> _1_ Otra <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _3_											
20. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _3_		21. EDAD Años _____		22. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> _1_ Separada <input type="radio"/> _2_ Divorciada <input type="radio"/> _3_ Viuda <input type="radio"/> _4_ Soltera <input type="radio"/> _5_ Casada <input type="radio"/> _6_ Se ignora <input type="radio"/> _7_							
23. RESIDENCIA HABITUAL. Anote el domicilio permanente donde vive la madre. 23.1 Calle y número _____ 23.2 Colonia _____ 23.3 Localidad _____ 23.4 Municipio o delegación _____ 23.5 Entidad federativa o país (al estar en el extranjero) _____											
24. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> _1_ Primaria incompleta <input type="radio"/> _2_ Secundaria incompleta <input type="radio"/> _3_ Secundaria o preparatoria incompleta <input type="radio"/> _4_ Profesional <input type="radio"/> _5_ Se ignora <input type="radio"/> _6_											
25. OCUPACIÓN HABITUAL 25.1 Trabajo actualmente <input type="radio"/> _1_ Si <input type="radio"/> _2_ No <input type="radio"/> _3_ Se ignora <input type="radio"/> _4_											
26. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> _1_ ISSSTE <input type="radio"/> _2_ SEDENA <input type="radio"/> _3_ Seguro Popular <input type="radio"/> _4_ Otro <input type="radio"/> _5_ IMSS <input type="radio"/> _6_ PEMEX <input type="radio"/> _7_ SEMAR <input type="radio"/> _8_ IMSS Oportunidades <input type="radio"/> _9_ Se ignora <input type="radio"/> _10_											
27. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ESTE TUVO 27.1 Número de nacidos vivos: _____ 27.2 Número de nacidos muertos: _____											
28. ¿VIVE LA MADRE? <input type="radio"/> _1_ Si <input type="radio"/> _2_ No <input type="radio"/> _3_ 28.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción: _____											
29. NOMBRE DEL INF. Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____											
30. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____											
31. CERTIFICADA POR Médico <input type="radio"/> _1_ Médico legista <input type="radio"/> _2_ Otro médico <input type="radio"/> _3_ Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> _4_ Autoridad civil <input type="radio"/> _5_ Otro <input type="radio"/> _6_											
32. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: _____											
33. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____											
34. DOMICILIO DEL CERTIFICANTE 34.1 Calle y número _____ 34.2 Colonia _____ 34.3 Localidad _____ 34.4 Municipio o delegación _____ 34.5 Entidad federativa _____											
35. TELÉFONO _____ 36. FIRMA _____ 37. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____											

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



150000001



INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO CIVIL:

Anote en el espacio correspondiente los datos que se solicitan, relativos al registro de la Muerte Fetal. Señor Juez u Oficial del Registro Civil, envíe las copias del Certificado, según se señala en cada una de ellas.



ANEXO 7

**Control interno de Trabajo Social para la entrega de certificados defunción
2660-009-153**



Control interno de Trabajo Social para la entrega de certificados de defunción

Fecha de la defunción: 1 Hora de la defunción: 2

Folio del certificado: 3

Nombre del asegurado: 4

Número de seguridad social: 5

Fecha y hora de la entrega del certificado: 6

Servicio: 7 Funeraria: 8

Observaciones: 9

 10
Nombre y parentesco del familiar que recibe el certificado

 11
Firma del familiar

 12
Nombre, matrícula y firma Trabajador Social Clínico y Trabajadora Social

2660-009-153



ANEXO 7

Control interno de Trabajo Social para la entrega de certificados de defunción INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Fecha de la defunción	El día, mes y año de la defunción.
2	Hora de la defunción	La hora y minutos de la defunción.
3	Folio del certificado	El número que identifica el documento.
4	Nombre del asegurado	El nombre completo del paciente, iniciando por el apellido paterno, apellido materno y nombre (s).
5	Número de Seguridad Social	El número completo de Seguridad Social del paciente.
6	Fecha y hora de la entrega del certificado	El día, mes, año, hora y minutos de la entrega del certificado al familiar.
7	Servicio	El nombre del servicio en el que falleció el paciente.
8	Funeraria	El nombre de la funeraria que prestará su servicio.
9	Observaciones	Si se trata de caso con Aviso al Ministerio Público, cancelación de certificado, abandono, etc.
10	Nombre y parentesco del familiar que recibe el certificado	El nombre completo del familiar y parentesco de quien recibe el certificado de defunción.
11	Firma del familiar	La firma del familiar a quien se entrega el certificado de defunción.
12	Nombre y firma del Trabajador Social Clínico o Trabajadora Social	El nombre, matrícula y firma del Trabajador Social Clínico o Trabajadora Social

2660-009-153



ANEXO 8

**Solicitud de autorización de traslado de cadáveres
2660-009-011**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE TRASLADO DE CADÁVER

FECHA DE ELABORACIÓN					FOLIO	
1				2		
NOMBRE DEL ASEGURADO				NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL		
3				4		
FECHA DEL FALLECIMIENTO			CONDICIÓN DEL FALLECIDO		CAUSA DEL FALLECIMIENTO	
5			6		7	
DÍA	MES	AÑO		() ASEGURADO	() ENFERMEDAD	
				() BENEFICIARIO	() ACCIDENTE	
UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN DEL PACIENTE						
8				UNIDAD MÉDICA DE ADSCRIPCIÓN	UBICACIÓN DE LA UNIDAD MÉDICA	UNIDAD MÉDICA QUE GENERA EL TRASLADO
CIR	LOC	INM	SERV	U. PRESUPUESTAL	9	10
						11
DATOS DEL TRASLADO						
12			SERVICIOS FUNERARIOS			TRANSPORTE
						13
VELATORIOS IMSS ()			CARROZA () FERROCARRIL () AVIÓN ()			
SERVICIOS FUNERARIOS SUBROGADO ()						
DATOS COMPLEMENTARIOS						
14		15		16		
ELABORÓ (NOMBRE Y FIRMA)		AUTORIZÓ (NOMBRE Y FIRMA)		RECIBIÓ (NOMBRE Y FIRMA)		
OBSERVACIONES:						
17						

2660-009-011



ANEXO 8
Solicitud de autorización de traslado de cadáveres
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Fecha de elaboración	El día mes y año de la elaboración del documento.
2	No. de Folio	El número progresivo correspondiente a cada servicio.
3	Nombre del Asegurado	El nombre completo del paciente iniciando por el apellido paterno, apellido materno y nombre (s).
4	Número de Seguridad Social	El número completo de Seguridad Social del paciente.
5	Fecha del fallecimiento	El año, mes, día, en que ocurrió el fallecimiento.
6	Condición del fallecido	Una X la respuesta que indique la condición de aseguramiento del fallecido.
7	Causa del fallecimiento	Una X la respuesta que indique la causa del fallecimiento.
UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN DEL PACIENTE		
8	Clave Presupuestal	El número completo del número correspondiente a la Clave Presupuestal de la Unidad.
9	Unidad médica de adscripción	La unidad correspondiente a la adscripción del fallecido
10	Ubicación de la unidad médica	Domicilio completo de la unidad médica de adscripción del fallecido.
11	Unidad médica generadora del traslado del cadáver	La unidad médica que genera el traslado del cadáver.
DATOS DEL TRASLADO		
12	Servicio funerario	Una X la respuesta que indique la funeraria que otorga el servicio.

2660-009-011



ANEXO 8
Solicitud de autorización de traslado de cadáveres
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
13	Transporte	Una X la respuesta que indique el medio de transporte para el traslado del cadáver.
DATOS COMPLEMENTARIOS		
14	Elaboró	Nombre completo y firma de la persona que elaboró la solicitud del traslado del cadáver.
15	Autorizó	Nombre completo y firma de la persona que autorizó el traslado del cadáver.
16	Recibió	Nombre completo y firma de la persona que recibió la solicitud del traslado del cadáver.
17	Observaciones	Datos complementarios referentes al traslado del cadáver.

2660-009-011



ANEXO 9

Formato Notas médicas y prescripción
4-30-128/72



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS

4-30-128/72

1

**NOTAS MEDICAS
Y PRESCRIPCION**

CAMA No. 2

HOJA No. 3

FECHA Y HORA	NOTAS
4	5

REPRODUCCIONES GRATIAS/IMSS

HOJA No.

4-30-128/7 2



ANEXO 9
Formato Notas médicas y prescripción
4-30-128/7 2
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Identificación del paciente	Nombre, Número de Seguridad Social, Edad.
2	Cama No.	Número de cama.
3	Hoja No.	Número consecutivo de la hoja que se integrará al expediente clínico
4	Fecha y Hora	Día, mes y año y hora de elaboración de la nota médica
5	Notas	Los hallazgos clínicos y de auxiliares de diagnóstico, en caso de fallecimiento, descripción de la última atención médica hasta la declaración de muerte

4-30-128/7 2