



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

**NOMBRE Y CLAVE**

Procedimiento para el registro de la atención médica en el Sistema de Información Médico Operativo  
2E10-003-002

**AUTORIZACIÓN**

**Aprobó**

*Célida Duque M.*

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

**Revisó**

*[Signature]*

Dra. Carolina Del Carmen Ortega Franco  
Encargada de la Unidad de Educación,  
Investigación y Políticas de Salud

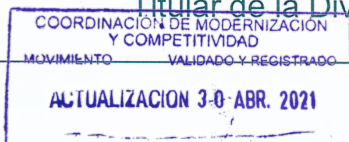
*[Signature]*

Dr. Juan Luis Gerardo Duran Arenas  
Titular de la Coordinación de Planeación en  
Salud

**Elaboró**

*[Signature]*

Ing. Joaquín Papaqui Hernández  
Titular de la División de Información en Salud



"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..."



## ÍNDICE

		<b>Página</b>
1	Base normativa	5
2	Objetivo	5
3	Ámbito de aplicación	5
4	Definiciones	5
5	Políticas	12
6	Descripción de actividades	20
7	Diagrama de flujo	35
	Anexos	
Anexo 1	Control e Informe de Consulta Externa, 4-30-6/17 Clave: 2E10-009-001	48
Anexo 2	Informe de Servicios Profesionales, 4-30-6P/21 Clave: 2E10-009-002	68
Anexo 3	Ingresos Registro Diario Hospital, 4-30-21/17-I Clave: 2E10-009-003	84
Anexo 4	Egresos Registro Diario Hospital, 4-30-21/17-E Clave: 2E10-009-004	93
Anexo 5	Ingresos, Registro Diario Servicio de Urgencias y/o Admisión Continua, 4-30-21/35/17-I Clave: 2E10-009-005	100
Anexo 6	Egresos, Registro Diario Servicio de Urgencias o Admisión Continua, 4-30-21/35/17-E Clave: 2E10-009-006	107
Anexo 7	Volante de Movimiento Intrahospitalario, SIMO-1/17 Clave: 2E10-009-007	113
Anexo 8	Ingresos, Registro Diario Unidad de Cuidados del Paciente en Estado Crítico, 4-30-21/A5/17-I Clave: 2E10-009-008	120



	<b>Página</b>
Anexo 9 Egresos, Registro Diario Unidad de Cuidados del Paciente en Estado Crítico, 4-30-21/A5/17-E Clave: 2E10-009-009	126
Anexo 10 Partos, Productos y Abortos, 4-30-6B/17 Clave: 2E10-009-010	131
Anexo 11 Estancia de Productos, 4-30-6C/17 Clave: 2E10-009-011	138
Anexo 12 Intervenciones Quirúrgicas Efectuadas en Quirófano, 4-30-27/21 Clave: 2E10-009-012	145
Anexo 13 Hoja de Alta Hospitalaria, Alta 1/21 Clave: 2E10-009-013	154
Anexo 14 Volante de Modificación de Datos de Paciente en Hospitalización, SIMO-2/17 Clave: 2E10-009-014	163
Anexo 15 Hoja de Alta Hospitalaria Neonatal, Alta 1 Neo/17 Clave: 2E10-009-015	168
Anexo 16 Autorización, Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica, 4-30-59/17 Clave: 2E10-009-016	178
Anexo 17 Cédula de validación de datos INDOQ Central Clave: 2E10-009-017	194
Anexo 18 Instructivo de operación sobre el uso del Sistema Indicador de Oportunidad Quirúrgica INDOQ Central Versión 1.0. Clave: 2E10-018-001	197
Anexo 19 Bitácora de recepción de formatos fuente Clave: 2E10-009-19	206
Anexo 20 Control e Informe de Consulta en el Servicio de Urgencias, 4-30-6 URG/21 Clave: 2E10-009-20	210



Anexo 21 Manual de usuario del Sistema Oportunidad Quirúrgica,  
INDOQ Central Versión 1.0.  
Clave: 2E10-005-001

223



## 1 Base normativa

- Artículo 82, fracciones IV y XI 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.
- Numeral 8.1.3.4.1, párrafo 1 del Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Médicas, validado y registrado el 8 de febrero de 2018.

## 2 Objetivo

Establecer los elementos normativos para el registro de la atención médica, que se otorga en las Unidades Médicas de Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención, en el Sistema de Información Médico Operativo, con el fin de contar con información relacionada con la productividad, actividades de vigilancia e investigación clínica y epidemiológica para la toma de decisiones y la construcción de indicadores.

## 3 Ámbito de aplicación

El presente procedimiento es para el personal adscrito en las Unidades Médicas de Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención, que registra en alguno o varios formatos fuente la atención médica que se proporciona; para el personal que integra, procesa y presenta la información en el Área de Información Médica y Archivo Clínico o la Coordinación de Información y Análisis Estratégico o la Jefatura de Oficina de Información Médica y Archivo Clínico; así como para los usuarios del Sistema de Información Médico Operativo, SIMO Central de la División de Información en Salud y los usuario del Sistema Indicador de la Oportunidad Quirúrgica Central.

## 4 Definiciones

Para efectos del presente procedimiento, se entenderá por:

**4.1 alta del paciente:** Egreso del paciente de algún servicio, después de recibir tratamiento médico o quirúrgico en el área de urgencias médicas u hospitalización.

**4.2 ARIMAC:** Siglas del Área de Información Médica y Archivo Clínico, integrada por los servidores públicos responsables del proceso del archivo clínico en las unidades médicas.

**4.3 atención médica:** Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo con el fin de promover, proteger o restaurar su salud, habiendo estos tipos:

**4.3.1 atención médica con servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento:** Acciones que se realizan mediante equipos técnicos y de laboratorio invasivos o no invasivos,



para conocer el estado anatómico, metabólico y funcional de órganos y tejidos, con la finalidad de coadyuvar en el diagnóstico, tratamiento resolutivo, rehabilitatorio o paliativo o bien para el seguimiento de una enfermedad.

**4.3.2** atención médica de cirugía: Todo aquel procedimiento que consiste en extirpar, explorar, sustituir, trasplantar, reparar un defecto o lesión o efectuar una modificación en un tejido u órgano dañado o sano, con fines terapéuticos, diagnósticos, profilácticos o reconstructivos, mediante técnicas invasivas que implican generalmente el uso de anestesia y de instrumentos cortantes, mecánicos u otros medios físicos.

**4.3.3** atención médica de consulta ambulatoria: Servicio que se otorga a toda persona que acude a un establecimiento de salud, para consulta o tratamiento sin que se hospitalizado.

**4.3.4** atención médica de urgencias: Conjunto de acciones que se le proporciona a todo aquel paciente que presenta un padecimiento agudo que pone en peligro la vida, la función de un órgano y requiere de atención inmediata.

**4.3.5** atención médica en consulta de especialidades: Conjunto de acciones que otorgan los Médicos No Familiares a pacientes ambulatorios en consultorio.

**4.3.6** atención médica en hospitalización: Acciones que se proporcionan a toda persona que por su padecimiento ocupa una cama hospitalaria; las cuales tienen el propósito de prevenir riesgos a su salud y/o implementar procedimientos diagnósticos o terapéuticos

**4.4 CIAE:** Siglas de la Coordinación de Información y Análisis Estratégico, que de acuerdo al Manual de Organización de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas, es una de las coordinaciones que la integran y cuyas facultades están descritas en el Numeral 8.1.3.

**4.5 CIE-9-MC:** Acrónimo de Clasificación de Procedimientos, Novena Revisión, Modificación Clínica. Se trata de una clasificación de procedimientos utilizada en la codificación de información clínica derivada de la asistencia sanitaria, principalmente en el entorno de hospitales y centros de atención médica especializada.

**4.6 CIE-10:** Acrónimo de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, décima versión en español de las siglas en inglés ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems); determina la clasificación y codificación de las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad.

**4.7 cirugía concertada:** Cirugía de consenso entre el médico tratante y el paciente (familiar o persona legalmente responsable), entiéndase cirugía programada.

**4.8 cirugía electiva:** Aquella cirugía en la que el paciente elige o se da por elección.





**4.9 consulta externa:** Atención médica que se otorga al paciente ambulatorio, en un consultorio o en su domicilio, la cual consiste en realizar un interrogatorio y una exploración física para integrar un diagnóstico y/o dar seguimiento a una enfermedad diagnosticada previamente. La consulta externa se clasifica como general o familiar cuando es otorgada por un médico general o un médico familiar; mientras que se clasifica como de especialidad cuando es otorgada por un médico especialista, ya sea de alguna de las especialidades o subespecialidades.

**4.10 DATAMART:** Repositorio Central de Datos de Estadísticas Médicas. Sistema información para el registro y extracción de información.

**4.11 DIDT:** Siglas de la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico, que de acuerdo al artículo 3, fracción II del Reglamento Interior del Seguro Social es una Dirección Normativa cuyas facultades están descritas en Artículo 74.

**4.12 DIS:** Siglas de la División de Información en Salud, sus facultades están descritas en el Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones.

**4.13 especialidad:** Rama de la medicina o en la enfermería que cualifica al profesional para una determinada práctica mediante un programa avanzado de estudios. Hablamos de cardiología para las enfermedades del corazón o de nefrología para las enfermedades del riñón. Una especialidad médica también puede concernir una función determinada del cuerpo humano como, por ejemplo, la endocrinología que estudia las hormonas del cuerpo. Por último, ciertas especialidades médicas están más orientadas en parámetros técnicos como es el caso de la cirugía o de la imagería médica.

**4.14 estadística:** Estudio que reúne, clasifica y recuenta todos los hechos que tienen una determinada característica en común, para poder llegar a conclusiones a partir de datos numéricos extraídos.

**4.15 facturas:** Informe que emite SIMO y SIVEIMSS al término de transferencia de información.

**4.16 formatos fuente:** Son todos los formatos que son generados por el área médica y son evidencia del registro de las actividades médicas de atención a los derechohabientes; en este procedimiento se enlistan en el índice

**4.17 indicador:** Dato o información que sirve para conocer o valorar las características y la intensidad de un hecho o para determinar su evolución futura.

**4.18 indicador de la oportunidad quirúrgica central:** Para efectos del presente procedimiento, se entiende el uso del sistema en la versión en línea INDOQ Central.



**4.19 INDOQ Central:** Herramienta desarrollada para funcionar en intranet y con base de datos centralizada, que automatiza el registro y seguimiento de las actividades quirúrgicas en el segundo y tercer nivel; se utiliza para generar los indicadores de Oportunidad Quirúrgica.

**4.20 información en salud:** A los datos, la información, el conocimiento y la evidencia relacionados con la generación, acceso, difusión y uso del personal, servicios, recursos, pacientes, tratamientos y resultados dentro del sector salud, entre la que se encuentra indistintamente la información estadística, la epidemiológica y financiera.

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

**4.22 intervención quirúrgica:** Conjunto de procedimientos sistematizados que se llevan a cabo en un paciente con finalidades terapéuticas o de diagnóstico, y que, por sus características, requieren ser realizados en salas de operaciones.

**4.23 manual metodológico de indicadores médicos:** Para efectos del presente procedimiento, el Manual Metodológico de Indicadores Médicos (MMIM) es la herramienta técnico-normativa que concentra los criterios y estándares para la construcción homogénea de los indicadores que establecen las Coordinaciones Normativas de la Dirección de Prestaciones Médicas (DPM) -Educación en Salud, Investigación en Salud, Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel, Vigilancia Epidemiológica, Atención Integral en Segundo Nivel y Unidades Médicas de Alta Especialidad-, para evaluar y monitorear las prestaciones médicas otorgadas.

**4.24 Médico familiar:** El médico especialista en Medicina Familiar responsable de proporcionar atención primaria, integral y continua al individuo y su familia, que se vincula y comparte responsabilidad con el equipo de salud y que, en su caso, deriva oportunamente a los pacientes a otro nivel de atención.

**4.25 Médico no familiar:** Profesionales de la medicina que ostentan un posgrado que los acredita como especialistas, responsable de la atención médica en hospitales, sanatorios y demás establecimientos de este tipo, examinando, diagnosticando e instituyendo tratamiento médico-quirúrgico a derechohabientes ambulatorios y hospitalizados. Labores propias de su profesión en los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, así como en nutriología. Todo esto según las normas e instructivos vigentes en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

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

**4.27 OIMAC:** Siglas de la Oficina de Información Médica y Archivo Clínico. integrada por las y los servidores públicos responsables del proceso del archivo clínico en las Unidades Médicas de Alta Especialidad: la o el Auxiliar Universal de Oficina, Mensajero, Oficial de





Estadística, Coordinador de Estadística y Jefe de Grupo de Estadística cuyas funciones están descritas en Contrato Colectivo de Trabajo y en el Manual Organización de las Unidades Médicas de Alta Especialidad.

**4.28 personal de enfermería:** Aquéllos que cuentan con los estudios para la prestación de asistencia médica a enfermos o discapacitados, su enfoque es el mantenimiento y cuidado de la salud durante la enfermedad y rehabilitación, así como la asistencia a médicos y profesionales del diagnóstico en la salud y el tratamiento de pacientes. Se agrupa en personal de enfermería general, de especialidades, auxiliar y pasantes de enfermería.

**4.29 personal del ARIMAC:** Aquellos servidores públicos, cuyas actividades están descritas en el Contrato Colectivo de Trabajo, y que actualmente laboran en el Área de Información Médica y Archivo Clínico incluye a:

- especialista de estadística;
- jefe de grupo de estadística
- coordinador de estadística;
- oficial de estadística;
- auxiliar universal de oficina;
- mensajero.

**4.30 personal médico:** Persona autorizada legalmente que desempeña labores relacionadas con la atención médica en beneficio del paciente y de la comunidad de manera directa e indirecta:

- médico familiar;
- médico no familiar.

**4.31 personal paramédico:** Personal dedicado al desarrollo de actividades en apoyo a la prestación de servicios médicos, dentro del cual se contempla personal profesional, técnico y auxiliar como lo son:

- nutricionista dietista;
- especialista en nutrición y dietética;
- nutriólogo clínico especializado;
- optometrista;
- ortopedista;
- psicólogo;
- psicólogo clínico;
- radiólogo;
- técnico anestesiólogo;
- técnico en el manejo de aparatos para electro diagnóstico;
- técnico en medicina nuclear;
- terapeuta ocupacional;
- terapeuta físico;



- radioterapeuta;
- trabajadora social; y
- trabajador clínico.

**4.32 prestaciones:** Todas aquellas acciones necesarias para la atención del daño a la salud, así como compensaciones que se otorgan para proteger los medios de subsistencia de los asegurados, de los pensionados o sus beneficiarios, en los casos y términos previstos por la Ley.

**4.33 procedimiento médico:** Conjunto de actividades que realiza el médico o el personal de salud para la prevención específica y el diagnóstico o tratamiento quirúrgico o no quirúrgico, de las enfermedades, lesiones u otros problemas relacionados con la salud.

**4.34 procedimiento médico quirúrgico:** Cualquier actividad médica incluidas aquéllas que se lleven a cabo en una sala de cirugía de tipo hospitalario o ambulatorio, bajo diversos tipos de anestesia, que requiere de cuidados pre, trans y postoperatorios especiales en áreas de hospitalización o, en su caso, en salas de recuperación ambulatoria.

**4.35 procedimiento no quirúrgico:** Procedimiento médico que por su complejidad requiere el empleo de instrumental especializado y la participación de personal médico y de enfermería el cual es realizado fuera de un quirófano.

**4.36 procesamiento:** Acumulación y manipulación de elementos de datos para producir información significativa.

**4.37 productividad:** Relación entre la cantidad de productos obtenida por un sistema productivo y los recursos utilizados para obtener dicha producción. También puede ser definida como la relación entre los resultados y el tiempo utilizado para obtenerlos: cuanto menor sea el tiempo que lleve obtener el resultado deseado, más productivo es el sistema. En realidad, la productividad debe ser definida como el indicador de eficiencia que relaciona la cantidad de recursos utilizados con la cantidad de producción obtenida

**4.38 servicio:** Área destinada a funciones técnicas especializadas (farmacia, laboratorio, obstetricia y/o cirugía).

**4.39 servicio de corta estancia:** Servicio prestado dentro de la unidad hospitalaria destinada a dar atención médica quirúrgica a pacientes con una estancia menor a 24 horas. Comprende atenciones programadas que utilizan camas no censables, por lo que no generan días de estancia, ni días paciente y se otorgan en áreas destinadas para tal fin que presentan una alta rotación hospitalaria.

**4.40 servicio de hospitalización:** Servicio que cuenta con camas para atender pacientes internos y proporcionar atención médica y cuidados durante su estancia, aplicar procedimientos terapéuticos y diagnósticos.



**4.41 SIMO:** Siglas Sistema de Información Médico Operativo, versión cliente servidor; la información es transmitida conforme al calendario de cierre hacia los servidores designados por la División de Información en Salud.

**4.42 SIMO Central:** Sistema de Información Médico Operativo, versión en línea; se accede mediante la red institucional y la información es transmitida preferentemente en tiempo real hacia los servidores designados por la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico.

**4.43 sistema de información en salud:** Conjunto de componentes o módulos que integran las actividades derivadas del proceso de atención a la salud y prestación de servicios, incluyendo los daños a la salud (morbilidad y mortalidad), nacimientos, población y cobertura, además de los recursos humanos, de infraestructura, materiales y financieros; con el propósito de producir y difundir información estadística para la toma de decisiones.

**4.44 SIVEIMSS:** Siglas del Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Instituto Mexicano del Seguro Social.

**4.45 unidad médica:** Al establecimiento físico que cuenta con los recursos materiales, humanos, tecnológicos y económicos, cuya complejidad es equivalente al nivel de operación y está destinado a proporcionar atención médica integral a la población; conforme al Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, éste dispondrá de un sistema de unidades médicas organizadas en tres niveles de atención.

- primer nivel de atención. Lo constituyen las Unidades de Medicina Familiar en donde se otorga atención médica integral y continua al paciente, pudiendo contar con Unidad Médica de Atención Ambulatoria;
- segundo nivel de atención. Lo constituyen los hospitales generales de subzona, zona o regionales en donde se atiende a los pacientes, remitidos por los servicios de los distintos niveles de atención, de acuerdo a la zona que les corresponda, para recibir atención diagnóstica, terapéutica y de rehabilitación, de conformidad a la complejidad de su padecimiento, pudiendo contar con Unidad Médica de Atención Ambulatoria;
- tercer nivel de atención. Lo constituyen las Unidades Médicas de Alta Especialidad y sus Unidades Complementarias, que cuentan con la capacidad tecnológica y máxima resolución diagnóstica terapéutica. En este nivel se atiende a los pacientes que los hospitales del segundo nivel de atención remiten, o por excepción.

**4.46 urgencia:** Todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata.

**4.47 UMAE:** Siglas Unidad Médica de Alta Especialidad; unidad que otorga atención médica de alta especialidad a los pacientes y que fomenta la educación y la investigación en salud.



## 5 Políticas

**5.1** La entrada en vigor del presente documento actualiza y deja sin efecto el “Procedimiento para el registro de la Atención médica en el Sistema de Información Médico Operativo”, clave 2E10-003-002 validado y registrado el 14 de marzo de 2018.

**5.2** El lenguaje empleado en el presente documento, en los anexos y formatos, no busca generar ninguna distinción ni marcar diferencias entre hombres y mujeres, por lo que las referencias o alusiones en la redacción hechas hacia un género representan a ambos sexos.

**5.3** 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.

**5.4** La Coordinación de Planeación en Salud es el área responsable de la interpretación del presente procedimiento, así como resolver los casos especiales y no previstos.

### **Titular de la División de Información en Salud, dependiente de la Coordinación de Planeación en Salud.**

**5.5** Establecerá y difundirá anualmente el calendario con los periodos de integración de los Sistemas de información en salud, incluyendo el Sistema de Información Médico Operativo, SIMO Central, y del Sistema Indicador de la Oportunidad Quirúrgica Central.

**5.6** Establecerá en acuerdo con las Coordinaciones Normativas solicitantes de la Dirección de Prestaciones Médicas, el proceso de captación, integración, procesamiento y presentación de la información a través del uso del Sistema de Información Médico Operativo, SIMO Central y del Sistema Indicador de la Oportunidad Quirúrgica Central, con el fin de contar con información estadística relacionada con la productividad y la construcción de indicadores para la toma de decisiones.

**5.7** Vigilará que se lleve a cabo en tiempo y forma la entrega de información y ejecutará el cierre mensual, en el periodo comprendido del día 26 del mes anterior al día 25 del mes que se reporta.

**5.8** Validará la información contenida en los archivos de enlace enviados por los representantes responsables de la Coordinación de Información y Análisis Estratégico y Oficina de Información Médica y Archivo Clínico.

**5.9** Verificará que la información contenida en los archivos de enlace, se haya integrado correcta y previamente en DATAMART para su integración y posterior presentación.

**5.10** Publicará el resultado del procesamiento de la información en la intranet de la División de Información en Salud, <http://infosalud.imss.gob.mx>; para contar con cifras oficiales a nivel nacional de información en salud.



**5.11** Proporcionará atención a las fallas del Sistema Indicador de la Oportunidad Quirúrgica Central, en caso de que la Coordinación de Información y Análisis Estratégico u Oficina de Información Médica y Archivo Clínico, no hayan podido resolver la incidencia.

**5.12** Publicará el Manual de usuario del sistema Indicador de la Oportunidad Quirúrgica Central en su versión en línea INDOQ Central, en su página <http://INDOQC.imss.gob.mx>.

**5.13** Difundirá el uso del Instructivo de operación sobre el uso del Sistema de Indicador de Oportunidad. INDOQ Central Versión 1,0; y del Manual de usuario del Sistema Oportunidad Quirúrgica INDOQ Central en su página <http://INDOQC.imss.gob.mx>.

**Titular de la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud, dependiente de la Coordinación de Planeación en Salud**

**5.14** Presentará y difundirá el resultado del desempeño institucional de las Unidades de Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención, con relación a lo establecido en el Manual Metodológico de Indicadores Médicos vigente en:  
[http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores\\_Medicos.aspx](http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx).

**Titular de la División de Mejora a la Gestión de los Servicios de Salud, dependiente de la Coordinación de Políticas en Salud**

**5.15** Analizará la situación que guarda el desempeño del proceso de registro de información, para identificar posibles desviaciones, a través de visitas de supervisión y seguimiento a las Unidades Médicas.

**5.16** Verificará y evaluará el cumplimiento de las políticas y actividades descritas en el presente procedimiento, de acuerdo a los criterios establecidos conjuntamente con la División de Información en Salud.

**Titular de la Jefatura Servicios de Prestaciones Médicas.**

**5.17** Validará la información resultado del procesamiento de la captura de los formatos fuente emitidos por la Coordinación de Información y Análisis Estratégico y dirigirá la ejecución de planes y proyectos de mejora, incremento de la productividad y eficiencia en los servicios que resulten necesarios.

**5.18** Verificará que la información sea proporcionada por la Coordinación de Información y Análisis Estratégico, dentro de los periodos establecidos por la División de Información en Salud; en caso de ser necesario, mediante oficio justificará y solicitará al Titular de la División de Información en Salud, la aceptación de información extemporánea, comprometiendo acciones correctivas para evitar futuros rezagos.

**5.19** Evaluará continuamente el desempeño de las unidades médicas en función de su operación clínica, promoviendo el intercambio de experiencias exitosas entre ellas.



**Titular de la Coordinación de Información y Análisis Estratégico dependiente de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas.**

**5.20** Supervisará el correcto registro de los formatos fuente e información en el Sistema de Información Médico Operativo y SIMO Central.

**5.21** Presentará y difundirá los informes de resultado de la captura en el Sistema de Información Médico Operativo y SIMO Central, para su validación, análisis, por las otras Coordinaciones de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas.

**5.22** Reportará el mal uso, sustracción, destrucción, ocultamiento o inutilización de formatos fuente y de información que identifique al Subdirector Médico o Jefe de Servicio Clínico para la toma de acciones correctivas y preventivas necesarias.

**5.23** Validará la entrega de los archivos de enlace de todas las unidades médicas con servicio de hospitalización de su Delegación, y realizará una confronta con la información registrada en DATAMART.

**5.24** Presentará y difundirá informes resultados y/o reportes y cuadros estadísticos obtenidos de la captura del Sistema Indicador de la Oportunidad Quirúrgica Central de forma mensual o conforme sea requerido,

**5.25** Pondrá a disposición la información resultado de los informes o reportes del Sistema de Información Médico Operativo, SIMO Central y del Sistema Indicador de la Oportunidad Quirúrgica Central, a las autoridades médicas institucionales relacionadas a los servicios médicos, para su consulta o utilización.

**5.26** Podrá solicitar de manera escrita o por correo electrónico para su análisis requerimientos de información especial, revisando que sea adecuada, pertinente y no excesiva en relación a las atribuciones del solicitante, acordando los tiempos de respuesta y en caso de que ésta contenga datos personales, notificarán por escrito que la información entregada debe ser tratada conforme a la legislación y normatividad vigente.

**5.27** Instalará en la o las computadoras designadas en la unidad médica con servicio de hospitalización de la Delegación, el Sistema Indicador de la Oportunidad Quirúrgica Central, con apoyo del Coordinador Delegacional de Informática.

**Titular de la Dirección de la Unidad Médica de Segundo Nivel de Atención.**

**5.28** Utilizará la información resultado del Sistema de Información Médico Operativo, SIMO Central, del Sistema Indicador de la Oportunidad Quirúrgica Central y DATAMART, para proporcionar cifras oficiales de información en salud.





**5.29** Designará el lugar y una persona responsable de registrar en el sistema Indicador de la Oportunidad Quirúrgica Central, INDOQ Central, los formatos de “Autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica, 4-30-59/17”, clave 2E10-009-016 (Anexo 16).

**5.30** Designará a las personas con autorización para acceder al Sistema Indicador de la Oportunidad Quirúrgica Central, y solicitará a la Coordinación de Información y Análisis Estratégico el alta de los mismos.

**5.31** Validará los informes de resultado del procesamiento de la información emitidos por la Coordinación de Información, Análisis Estratégico, mediante el uso de la “Cédula de validación de datos INDOQ Central”, clave 2E10-009-017 (Anexo 17).

**Titular de la Subdirección Médica dependiente de la Dirección de Unidad Médica de Segundo Nivel de Atención.**

**5.32** Verificará que la unidad médica cuente con los recursos materiales, equipamiento, fuerza de trabajo e insumos necesarios, en forma oportuna y suficiente para el registro de las atenciones médicas en el Sistema de Información Médico Operativo y SIMO Central.

**Titular de la Jefatura de Servicios de Medicina Interna, Pediatría, Cirugía, Gineco-obstetricia, Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento; así como del Departamento de Enfermería, en el ámbito de su competencia.**

**5.33** Gestionarán de forma oportuna, la dotación de los formatos fuente necesarios para el registro de la atención médica hospitalaria.

**5.34** Supervisarán que los formatos fuente sean requisitados de acuerdo a lo establecido en los instructivos de llenado.

**5.35** Custodiarán y cuidarán los formatos fuente, evitando un mal uso, sustracción, destrucción, ocultamiento o inutilización indebida, entregando oportunamente al personal del Área de Información Médica y Archivo Clínico, para su registro en el Sistema de Información Médico Operativo y SIMO Central.

**5.36** Revisarán, analizarán y corregirán cualquier aclaración sobre datos erróneos u omisiones en la elaboración de los formatos fuente que tengan bajo su responsabilidad.

**5.37** Validarán, los informes de resultado del procesamiento de la información emitido por la Coordinación de Información y Análisis Estratégico.

**Titular de la Coordinación de Asistentes Médicas o responsable de la Consulta Externa de Especialidades dependientes de las Unidades Médicas de Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención.**

**5.38** Elaborará la “Relación de control e informe de consulta externa”, como soporte de la entrega de los formatos fuente al Área de Información Médica y Archivo Clínico.



**5.39** Entregará al personal del Área de Información Médica y Archivo Clínico, los formatos fuente, a las 9:00 horas del siguiente día hábil de su elaboración.

**5.40** Entregará cualquier corrección relacionada con la información contenida en los formatos fuente máximo un día hábil posterior a la notificación de modificación del Área de Información Médica y Archivo Clínico, con rúbrica de la persona titular de la Jefatura de Servicios Clínicos o en su ausencia los responsables de la Coordinación Clínica en los servicios afectados, en donde se autoricen las modificaciones realizadas.

**Titular de la Coordinación Clínica de Cirugía dependiente de la Subdirección Médica de las Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención.**

**5.41** Organizará y supervisará con los titulares de las Jefaturas de Servicio de las áreas quirúrgicas (consulta, urgencias y hospitalización), para optimizar los recursos humanos, incluyendo especialistas, sub especialistas e infraestructura instalada en la programación quirúrgica y la atención del paciente de cirugía ambulatoria.

**5.42** Supervisará que el formato fuente “Autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica, 4-30-59/17”, clave 2E10-009-016 (Anexo 16), se entregue al día siguiente hábil de su elaboración, a la persona responsable de la captura en el Sistema Indicador de la Oportunidad Quirúrgica Central, INDOQ Central.

**5.43** Supervisará el correcto registro en el Sistema Indicador de la Oportunidad Quirúrgica Central.

**5.44** Validará el resultado de los procesos de registro de la información médica generada en el Sistema Indicador de la Oportunidad Quirúrgica Central, previo al cierre mensual en la Unidad y al envío del archivo de enlace a la Coordinación de Información y Análisis Estratégico.

**5.45** Atenderá, revisará y corregirá cualquier asunto relacionado con la aclaración sobre datos erróneos u omisiones en el requisitado de los formatos fuente o de la captura en el sistema, que por razón de su empleo, cargo o comisión, tengan bajo su responsabilidad, avalando mediante correo electrónico al personal del Área de Información Médica y Archivo Clínico o la Coordinación de Información y Análisis Estratégico las modificaciones realizadas.

**El personal médico no familiar y paramédico dependiente de las Jefaturas de Servicios de las Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención.**

**5.46** Serán responsables del registro legible, correcto y completo de la atención médica en los formatos fuente; ajustándose en el desempeño de sus empleos, cargos o comisiones, a las obligaciones previstas en ésta, a fin de salvaguardar los principios de legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que rigen en el servicio público.



**La persona con categoría Jefe de Grupo de Estadística o en su ausencia el responsable del Área de Información Médica y Archivo Clínico, en las Unidades Médicas de Primer y Segundo Nivel de Atención.**

5.47 Dirigirá el funcionamiento de archivos y catálogos en Sistema de Información Médico Operativo y SIMO Central; y verificará su correcta integración y actualización.

5.48 Será responsable de reportar anomalías sobre el funcionamiento del Sistema de Información Médico Operativo SIMO Central a la Mesa de Servicios Tecnológicos; y una vez reportado lo harán del conocimiento a la Coordinación de Información y Análisis Estratégico u Oficina de Información Médica y Archivo Clínico.

5.49 Verificará y validará oportunamente que en cada cierre de periodo establecido (diario, mensual, trimestral, cuatrimestral y anual), la información recibida, codificada, registrada y reportada en el Sistema de Información Médico Operativo y SIMO Central sea correcta; para ello elaborará evidencia escrita de la revisión que realice.

**La persona designada para la captura en el Sistema Indicador de la Oportunidad Quirúrgica Central en la Unidad Médica de Segundo y Tercer nivel de Atención.**

5.50 Será responsable de registrar conforme se señala el Instructivo de Operación del Sistema Indicador de Oportunidad Quirúrgica, INDOQ Central Versión 1.0, clave 2E10-005-001 (Anexo 18) y elaborará una "Bitácora de recepción de formatos fuente", clave 2E10-009-019 (Anexo 19) como soporte de la transcripción de información de los formatos fuente al Sistema Indicador de la Oportunidad Quirúrgica Central.

5.51 Emitirá los reportes del Sistema Indicador de la Oportunidad Quirúrgica Central para su validación.

5.52 Realizará las correcciones relacionadas con la información contenida en los archivos de enlace al día hábil posterior a la solicitud de modificación del personal de Área de Información Médica y Archivo Clínico.

**Titular de la Dirección de la Unidad Médica Tercer nivel de Atención.**

5.53 Validará la información resultado del procesamiento de la captura de los formatos fuente emitidos por la Oficina de Información Médica y Archivo Clínico.

5.54 Utilizará la información resultado del Sistema Indicador de la Oportunidad Quirúrgica Central, y del Sistema de Información Médico Operativo, SIMO Central y DATAMART para proporcionar cifras oficiales de información en salud.

**Titular de la Jefatura de Departamento Clínico o en su ausencia, de la División Médico – Quirúrgica, División de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento dependiente de la Unidad Médica de Tercer nivel.**



**5.55** Gestionarán de forma oportuna y eficiente, la dotación de los formatos fuente necesarios para el registro de las atenciones médicas hospitalarias.

**5.56** Verificarán que los formatos fuente sean elaborados de acuerdo a lo establecido en los instructivos de llenado.

**5.57** Custodiarán y cuidarán los formatos fuente e impedirán o evitarán su mal uso, sustracción, destrucción, ocultamiento o inutilización indebida, antes de su entrega al personal de la Oficina de Información Médica y Archivo Clínico.

**5.58** Revisarán, analizarán y corregirán cualquier dato erróneo u omisión que se identifique en la elaboración de los formatos fuentes.

**5.59** Designará el lugar y a la persona responsable de integrar y registrar los datos relativos al formato "Autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica, 4-30-59/17", clave 2E10-009-016 (Anexo 16), en el Indicador de la Oportunidad Quirúrgica.

**5.60** Evaluará el resultado de los procesos de registro de la información médica generada en el Indicador de la Oportunidad Quirúrgica, previo al cierre mensual en la Unidad y al envío del archivo de enlace a la Oficina de Información Médica y Archivo Clínico.

**Titular de la Oficina de Información Médica y Archivo Clínico dependiente de la Dirección Médica de la Unidad Médica de Alta Especialidad.**

**5.61** Supervisará que se lleven a cabo las acciones necesarias para asegurar el correcto registro en el Sistema de Información Médica Operativo y SIMO Central.

**5.62** Presentará y difundirá informes, resultados y/o reportes y cuadros estadísticos resultado de la captura en Sistema de Información Médica Operativo y SIMO Central de forma mensual o según le sea requerido.

**5.63** Reportará el mal uso, sustracción, destrucción, ocultamiento o inutilización de formatos fuente y de información que identifique al Jefe de Departamento Clínico o en su ausencia, al de la División Médico – Quirúrgica, División de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento para la toma de acciones correctivas y preventivas necesarias.

**5.64** Recibirá requerimientos de información especial para su análisis de manera escrita o por correo electrónico, revisando que la solicitud sea adecuada, pertinente y no excesiva en relación a las atribuciones del solicitante, acordando los tiempos de respuesta y en caso de que ésta contenga datos personales, notificará por escrito que la información entregada debe ser tratada conforme a la legislación y normatividad vigente.

**El personal del ARIMAC en todas las Unidades Médicas de Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención.**



**5.65** Recibirá los formatos fuente y registrará su recepción en la “Bitácora de recepción de formatos fuente” y en caso de modificación, considerará una nueva fecha y hora de entrega para su integración.

**5.66** Codificará y registrará como máximo al día hábil siguiente después de la recepción de los formatos fuente, la información correspondiente en el Sistema de Información Médica Operativo y SIMO Central y notificará cualquier retraso a la Coordinación de Información y Análisis Estratégico u Oficina de Información Médica y Archivo Clínico que afecte las fechas y horarios de cierre del sistema



Responsable	Descripción de actividades
<p><b>6 Descripción de actividades</b></p> <p>Asistente Médica y Personal Paramédico</p>	<p style="text-align: center;"><b>Etapas I</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Registro estadístico de las atenciones médicas</b></p> <p>1. Procede conforme el ámbito de aplicación del área o servicio correspondiente:</p> <p style="text-align: center;"><b>Modalidad A</b> <b>En el área de consulta externa de especialidades y servicios paramédicos</b></p> <p>Continúa en la actividad 2.</p> <p style="text-align: center;"><b>Modalidad B</b> <b>En el servicio de hospitalización, atención ambulatoria y urgencias</b></p> <p>Continúa en la actividad 22.</p> <p style="text-align: center;"><b>Modalidad C</b> <b>En quirófano, tococirugía, cuneros unidad de cuidados intensivos y unidad de cuidados intensivo neonatal</b></p> <p>Continúa en la actividad 29.</p> <p style="text-align: center;"><b>Modalidad A</b> <b>En el área de consulta externa de especialidades y servicios paramédicos</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Fase 1</b> <b>Registro de casos de atención</b></p> <p>2. Procede conforme el ámbito de aplicación del área o servicio correspondiente:</p> <p style="text-align: center;"><b>Modalidad A.2</b> <b>En los servicios paramédicos</b></p> <p>Continúa en la actividad 9.</p> <p style="text-align: center;"><b>Modalidad A.1</b> <b>En el área de consulta externa de especialidades</b></p>





<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
Asistente Médica	<p>3. Registra durante la jornada laboral y por cada caso de atención, en el formato “Control e Informe de Consulta Externa, 4-30-6/17”, clave 2E10-009-001 (Anexo 1), los datos de identificación: Unidad, clave presupuestal de la unidad, fecha, matrícula de la o el médico que otorga la consulta (titular o suplente), nombre de la o el médico, clave del servicio, consultorio y turno; así como de los pacientes citados o espontáneos que acuden a recibir atención y entrega el formato al personal Médico no Familiar que otorgará la consulta.</p>
Personal Médico No Familiar	<p>4. Recibe y valida los datos de identificación del paciente en el formato “Control e Informe de Consulta Externa, 4-30-6/17”, clave 2E10-009-001 (Anexo 1); para la consulta del día y anota con letra legible los registros necesarios de la atención otorgada, así como los datos normados para su categoría.</p> <p>5. Firma el formato “Control e Informe de Consulta Externa, 4-30-6/17”, clave 2E10-009-001 (Anexo 1) al término de la jornada en el espacio siguiente al del último registro de atención otorgada y devuelve a la Asistente Médica.</p> <p>NOTA: En caso de devolución por dudas, por parte de la Asistente Médica o Coordinadora de Asistentes Médicas o ARIMAC rectifica o ratifica información.</p>
Asistente Médica	<p>6. Recibe formato “Control e Informe de Consulta Externa, 4-30-6/17”, clave 2E10-009-001 (Anexo 1), elaborado por el personal Médico No Familiar tratante y lo entrega al Responsable de la Coordinación de Asistentes Médicas, al término de las atenciones de consulta de la o el médico. En caso de devolución por dudas por parte de la Coordinadora de Asistentes Médicas o ARIMAC rectifica o ratifica información.</p>
Responsable de la Coordinación de Asistentes Médicas	<p>7. Integra los formatos originales “Control e Informe de Consulta Externa, 4-30-6/17”, clave 2E10-009-001 (Anexo 1) y verifica que el llenado de esté completo.</p> <p>NOTA: En caso de dudas, se rectifica o ratifica información con la Asistente Médica y el Médico no familiar tratante que elaboró el formato.</p>





<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
<p>Personal responsable del ARIMAC (Jefa(e) de Grupo, Coordinador(a) u Oficial de estadística)</p>	<p><b>13.</b> Revisa cantidad, integridad y legibilidad del llenado de los campos que conforman los formatos y la cantidad de “Formatos fuente” recibidos de la Coordinación de Asistentes Médicas, y del encargado del Personal Paramédico.</p> <p>NOTA: Es importante que se reciba el 100% de los “Formatos fuente” de las áreas o servicios, eso evita retrasos en la captura, así como una vez entregados al ARIMAC no es conveniente hacer correcciones a los mismos, ya que esto afecta los registros y estadísticas.</p> <p style="text-align: center;"><b>Formatos fuente incorrectos</b></p> <p><b>14.</b> Devuelve los formatos “Control e Informe de Consulta Externa, 4-30-6/17”, clave 2E10-009-001 (Anexo 1) al Responsable de la Coordinación de Asistentes Médicas, o formatos “Informe de Servicios Profesionales, 4-30-6P/21”, clave 2E10-009-002 (Anexo 2), al Encargado del Servicio Paramédico correspondiente, para su corrección. Anotando fecha y hora de devolución en “Bitácora de recepción de formatos fuente”, clave 2E10-009-019 (Anexo 19).</p> <p>NOTA: La corrección por parte del Responsable de la Coordinación de Asistentes Médicas se efectuará conforme las actividades 7 y 8, y la corrección por parte del Encargado del Personal Paramédico se efectuará conforme las actividades 10 y 11.</p> <p>Continúa en la actividad 12.</p> <p style="text-align: center;"><b>Formatos fuente correctos</b></p> <p><b>15.</b> Firma de recibido en la copia de la “Relación de control” o “Bitácora interna” del servicio y en “Bitácora de recepción de formatos fuente”, clave 2E10-009-019 (Anexo 19) , anotando fecha y hora de recepción y se la entrega a la coordinadora de asistentes médicas o responsable paramédico, y entrega los formatos “Control e Informe de Consulta Externa, 4-30-6/17”, clave 2E10-009-001 (Anexo 1) e “Informe de Servicios Profesionales, 4-30-6P/21”, clave 2E10-009-002 (Anexo 2) al personal responsable de codificar los motivos de atención y procedimientos efectuados en consultorio.</p>



Responsable	Descripción de actividades
Coordinador(a) u Oficial de Estadística	<p><b>16.</b> Codifica dentro de las 24 horas a partir de su recepción, a nivel del cuarto carácter la totalidad de los motivos de atención, registrados en los formatos “Control e Informe de Consulta Externa, 4-30-6/17”, clave 2E10-009-001 (Anexo 1) e “Informe de Servicios Profesionales, 4-30-6P/21”, clave 2E10-009-002 (Anexo 2), utilizando la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud Décima Revisión (CIE-10). Para la codificación de los procedimientos en consultorio se emplea la Clasificación de Procedimientos en Medicina, Novena Revisión, Modificación Clínica (CIE-9-MC).</p> <p><b>17.</b> Registra en “SIMO Central”, a más tardar dentro de las 24 horas a partir de su codificación, los datos contenidos en los formatos “Control e Informe de Consulta Externa, 4-30-6/17”, clave 2E10-009-001 (Anexo 1) e “Informe de Servicios Profesionales, 4-30-6P/21”, clave 2E10-009-002 (Anexo 2), de acuerdo con lo establecido en el Manual de Operación del Sistema. Módulo de Consulta Externa.</p> <p><b>18.</b> Asegura que al término de su jornada la totalidad de los formatos fuente “Control e Informe de Consulta Externa, 4-30-6/17”, clave 2E10-009-001 (Anexo 1) e “Informe de Servicios Profesionales, 4-30-6P/21”, clave 2E10-009-002 (Anexo 2) se hayan codificado y registrado en “SIMO Central”.</p>
Oficial de Estadística o Auxiliar Universal de Oficina	<p><b>19.</b> Archiva por orden cronológico los formatos “Control e Informe de Consulta Externa, 4-30-6/17”, clave 2E10-009-001 (Anexo 1) e “Informe de Servicios Profesionales, 4-30-6P/21”, clave 2E10-009-002 (Anexo 2); para su conservación al menos por un año.</p> <p>NOTA: Al término de este plazo realiza su depuración.</p>
Personal responsable del ARIMAC (Jefa(e) de Grupo Coordinador(a) u Oficial de Estadística)	<p><b>20.</b> Genera el Informe Mensual de Servicios Médicos Parte I y de la comunidad SIMO Central descarga la Base de Datos para la preparación de información requerida.</p>





<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
Personal Médico no familiar	<p><b>23.</b> Registra los datos del egreso de los pacientes en original y copia de los siguientes formatos y entrega a la Asistente Médica:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• “Hoja de Alta Hospitalaria (Alta-1/21)”, clave 2E10-009-013 (Anexo 13), y</li><li>• “Hoja de Alta Hospitalaria Neonatal, Alta 1 Neo/17”, clave 2E10-009-015 (Anexo 15) y entrega a la asistente médica.</li><li>• “Control e informe de consulta en el Servicio de urgencias, 4-30-6 URG/21”, clave 2E10-009-020 (Anexo 20).</li></ul> <p>NOTA 1: En caso de devolución del ARIMAC rectifica o ratifica información.</p> <p>NOTA 2: Los formatos fuente enlistados en lo subsecuente se nombrarán como “Formatos fuente”.</p>
Asistente Médica	<p><b>24.</b> Recibe y anexa copia de la “Hoja de Alta Hospitalaria (Alta-1/21)”, clave 2E10-009-013 (Anexo 13), y copia “Hoja de Alta Hospitalaria Neonatal, Alta 1 Neo/17”, clave 2E10-009-015 (Anexo 15), al “Expediente clínico”.</p> <p><b>25.</b> Anexa original “Hoja de Alta Hospitalaria (Alta-1/21)”, clave 2E10-009-013 (Anexo 13), y “Hoja de Alta Hospitalaria Neonatal, Alta 1 Neo/17”, clave 2E10-009-015 (Anexo 15) al formato “Egresos, Registro Diario Hospital, 4-30-21/17-E”, clave 2E10-009-004 (Anexo 4).</p> <p>NOTA: Por cada registro de egreso de un paciente debe existir un formato de “Hoja de Alta Hospitalaria (Alta-1/21)”, clave 2E10-009-013 (Anexo 13), y “Hoja de Alta Hospitalaria Neonatal, Alta 1 Neo/17”, clave 2E10-009-015 (Anexo 15), o copia del certificado de nacimiento o la tercer copia del certificado de defunción o la tercer copia de certificado de muerte fetal.</p> <p><b>26.</b> Entrega al término de la jornada al Responsable de la Coordinación de Asistentes Médicas los siguientes formatos fuente:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• “Ingresos, Registro Diario Hospital, 4-30-21/17-I” , clave 2E10-009-003 (Anexo 3)</li></ul>





Responsable	Descripción de actividades
Asistente Médica	<ul style="list-style-type: none"><li>• “Egresos, Registro Diario Hospital, 4-30-21/17-E”, clave 2E10-009-004 (Anexo 4)</li><li>• “Ingresos, Registro Diario Servicio de Urgencias y/o Admisión Continua, 4-30-21/35/17-I”, clave 2E10-009-005 (Anexo 5)</li><li>• “Egresos, Registro Diario Servicio de Urgencias o Admisión Continua, 4-30-21/35/17-E”, clave 2E10-009-006 (Anexo 6)</li><li>• “Volante de Modificación de datos de paciente en hospitalización, SIMO-2/17”, clave 2E10-009-014 (Anexo 14)</li><li>• “Hoja de Alta Hospitalaria (Alta-1/21)”, clave 2E10-009-013 (Anexo 13).</li><li>• “Hoja de Alta Hospitalaria Neonatal, Alta 1 Neo/17”, clave 2E10-009-015 (Anexo 15).</li><li>• Hoja color rosa del certificado de Nacimiento</li><li>• Hoja color verde del certificado de defunción (Hoja Verde)</li><li>• Hoja color verde del certificado de muerte fetal (Hoja Verde)</li><li>• “Control e informe de consulta en el servicio de urgencias, 4-30-6 URG/21”, clave 2E10-009-020 (Anexo 20)</li></ul> <p>NOTA 1: En caso de devolución del ARIMAC rectifica o ratifica información.</p> <p>NOTA 2: Los formatos fuente enlistados en lo subsecuente se nombrarán como “Formatos fuente”.</p>
Responsable de la Coordinación de Asistentes Médicas	<p><b>27.</b> Recibe y revisa el llenado completo de los “Formatos fuente” originales:</p> <p>NOTA: En caso de dudas, se rectifica o ratifica información con la Asistente Médica y/o el Médico no familiar tratante.</p>





<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
<p>Enfermera</p> <p>Responsable de la Jefatura de enfermería</p> <p>Personal responsable del ARIMAC (Jefa(e) de Grupo Coordinador(a) u Oficial de Estadística)</p>	<p><b>30.</b> Entrega al término de la jornada, los “Formatos fuente” a la persona Responsable de la Jefatura de Enfermería.</p> <p>NOTA: En caso de devolución por dudas, por parte de la persona Responsable de la Jefatura de enfermería ARIMAC rectifica o ratifica información.</p> <p><b>31.</b> Integra y verifica que el llenado de los “Formatos fuente” originales esté completo.</p> <p>NOTA: En caso de dudas, se rectifica o ratifica información con la enfermera que elaboró los formatos.</p> <p><b>32.</b> Prepara la entrega de los “Formatos fuente” originales con una “Relación de control” o “Bitácora interna” al ARIMAC a las 09:00 horas. del siguiente día hábil al registro de esta información, ordenadas por servicio y especialidad.</p> <p style="text-align: center;"><b>Fase 2</b> <b>En el archivo clínico</b></p> <p><b>33.</b> Recibe y confirma cantidad recibida de los “Formatos fuente” que se utilizaron el día anterior derivados de las actividades hospitalarias, registrando recepción en “Bitácora de recepción de formatos fuente”, clave 2E10-009-019 (Anexo 19).</p> <p><b>34.</b> Revisa cantidad, integridad y legibilidad del llenado de los campos que conforman los formatos y la cantidad de “Formatos fuente” recibida de la persona responsable de la Jefatura de Enfermería, y del Responsable de la Coordinación de Asistentes Médicas.</p> <p>NOTA: Es importante que se reciba el 100% de los “Formatos fuente” de las áreas o servicios, eso evita retrasos en la captura, así como una vez entregados al ARIMAC no es conveniente hacer correcciones a los mismos, ya que esto afecta los registros y estadísticas.</p> <p style="text-align: center;"><b>Formatos fuente incorrectos</b></p> <p><b>35.</b> Devuelve los “Formatos fuente” con inconsistencias a la persona responsable que entregó los formatos fuente, solicitando su corrección y entrega a la brevedad posible.</p> <p>Continúa en la actividad 33.</p>



Responsable	Descripción de actividades
Personal responsable del ARIMAC (Jefa(e) de Grupo Coordinador(a) u Oficial de Estadística)	<p style="text-align: center;"><b>Formatos fuente correctos</b></p> <p><b>36.</b> Firma en la “Relación de control” o “Bitácora interna” de la Coordinación de Asistentes Médicas y/o Responsable de la Jefatura de enfermería y registra en la “Bitácora de recepción de formatos fuente”, clave 2E10-009-019 (Anexo 19), anotando fecha y hora de recepción.</p>
Coordinador u Oficial de Estadística	<p><b>37.</b> Entrega los “Formatos fuente” al responsable de la codificación de los diagnósticos y procedimientos médicos.</p>
Coordinador u Oficial de Estadística	<p><b>38.</b> Recibe “Formatos fuente” y codifica conforme a los pasos para el uso de la CIE-10 y CIE-9 MC en morbilidad y mortalidad al nivel de cuarto carácter:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Los diagnósticos de ingresos, egresos y complicaciones intrahospitalarias registrados por el Médico(a).</li><li>• Los diagnósticos de egreso registrados en el Servicio de Urgencias o Admisión Continua.</li><li>• Los diagnósticos de egreso registrados en el Área de Estancia de Productos.</li><li>• Los diagnósticos de egreso registrados en la Unidad de Cuidados del Enfermo en Estado Crítico (adultos y neonatos).</li><li>• Los procedimientos realizados en Quirófano.</li></ul> <p><b>39.</b> Registra diariamente en el “SIMO Central”, (Módulo de hospital) los datos de los “Formatos fuente” recibidos</p>
Personal responsable del ARIMAC (Jefa(e) de Grupo Coordinador(a) u Oficial de Estadística)	<p><b>40.</b> Asegura que al término de su jornada la totalidad de los “Formatos fuente” recibidos hayan sido codificados y registrado en “SIMO”.</p>
Oficial de Estadística o Auxiliar Universal de Oficinas	<p><b>41.</b> Archiva por orden cronológico los “Formatos fuente” para su conservación al menos durante un año,</p> <p>NOTA 1: Al término de este plazo realizará su depuración.</p> <p>NOTA 2: Coloca sello de defunción en carpeta de contención cuando corresponde.</p>



<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
Personal responsable del ARIMAC (Jefa(e) de Grupo Coordinador(a) u Oficial de Estadística)	<p><b>42.</b> Realiza al momento del cierre mensual, un respaldo de la información registrada, en un equipo o unidad de disco alterno, en el caso de "SIMO".</p> <p style="text-align: center;"><b>Etapa II Reportes y cierres Fase 1 Emisión de reportes</b></p> <p><b>43.</b> Emite los reportes del Módulo de Consulta externa y Hospitalización según corresponda a los periodos establecidos, ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Cierre del día</li><li>• Informe Mensual de Servicios Médicos. Parte II.</li><li>• Causas de Egresos Hospitalarios y Defunciones</li><li>• Informe de Intervenciones Quirúrgicas</li><li>• Programa Cirugía Ambulatoria</li><li>• Aceptantes en el Programa de Planificación Familiar.</li><li>• Informe de Reingresos en el Semestre con Patología Asociada.</li><li>• Información Básica del Servicio de Urgencias.</li><li>• Reingresos Mensuales.</li><li>• Resumen de la atención del paciente hospitalizado</li><li>• Relación de pacientes internados a la fecha</li><li>• Reporte de Cifras de operación.</li></ul> <p>NOTA: Los diferentes productos que se enlistan están contemplados en la opción "Emisión de Informes", que de manera enunciativa más no limitativa se emiten en el sistema "SIMO" y conforme a las actualizaciones de "SIMO Central" podrán ser actualizados, eliminados o incorporarse nuevos.</p> <p><b>44.</b> Valida la información capturada y busca congruencia entre los datos, ejemplo número de pacientes ingresados contra número de pacientes egresados.</p> <p>NOTA: Para los registros de los formatos fuentes que no coincidan, favor de revisar nuevamente que la información se encuentre totalmente capturada, y tengan congruencia entre sí, algunos ejemplos son: datos de pacientes totalmente capturados, todos los procedimientos e intervenciones quirúrgicas registradas, especialidades correctamente registradas, tipo de cirugías, números de camas, tipo de atención (partos, abortos, legrados, semanas de gestación), motivos de alta, congruencia entre diagnósticos, notas médicas y notas de egreso, en caso de identificar inconsistencias favor de modificar los datos.</p>



<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
<p>Personal responsable del ARIMAC (Jefa(e) de Grupo Coordinador(a) u Oficial de Estadística</p>	<p><b>45.</b> Ejecuta la función “Fin de día” para que el sistema realice la liberación de los pacientes egresados, una vez concluida la captura de la totalidad de los formatos de hospitalización.</p> <p><b>46.</b> Emite los reportes anteriormente citados y/o los informes que le sean solicitados y entrega para su validación al Director de la Unidad y a los Jefes de Servicio, si le son requeridos.</p> <p>NOTA: Actualizaciones a estas actividades, se notifican por la División de Información en Salud.</p> <p style="text-align: center;"><b>Fase 2</b> <b>Cierre mensual y emisión acumulada</b></p>
<p>Personal responsable de las Jefaturas de Servicios</p>	<p><b>47.</b> Elaboran los “Informes” de las actividades de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento realizadas en los períodos de cierre y entregan al ARIMAC mediante “Memorándum, informe o correo electrónico”.</p>
<p>Personal responsable del ARIMAC (Jefa(e) de Grupo Coordinador(a) u Oficial de Estadística)</p>	<p><b>48.</b> Recibe al término del ciclo mensual (al siguiente día hábil después del día 25 de cada mes), de las Jefaturas de Servicio, los “Informes” de las actividades realizadas, correspondientes a los Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, previamente validados en su contenido ya sea por medio de “Memorándum, informe o correos electrónicos”.</p>
<p>Coordinador(a) u Oficial de Estadística</p>	<p><b>49.</b> Elabora los concentrados de los Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento “subsistemas”.</p> <p>NOTA: Los diferentes subsistemas que se enlistan a continuación están contemplados en la opción “Captura Serv. Aux. Tratamiento y Diagnóstico”, que de manera enunciativa más no limitativa se emiten en el sistema SIMO y conforme a las actualizaciones de SIMO Central podrán ser actualizados, eliminados o incorporarse nuevos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Subsistema 10, Hoja 5 Estadísticas mensuales de servicios otorgados</li> <li>• Subsistema 10, Hoja 0 Estadísticas mensuales de servicios otorgados</li> <li>• Subsistema 13 Egreso hospitalario</li> <li>• Subsistema 31 Informe mensual de actividades de Planificación Familiar</li> <li>• Subsistema 32 Informe mensual de actividades de vigilancia materno- infantil</li> <li>• Captura de Programas Básicos, etc.</li> </ul>



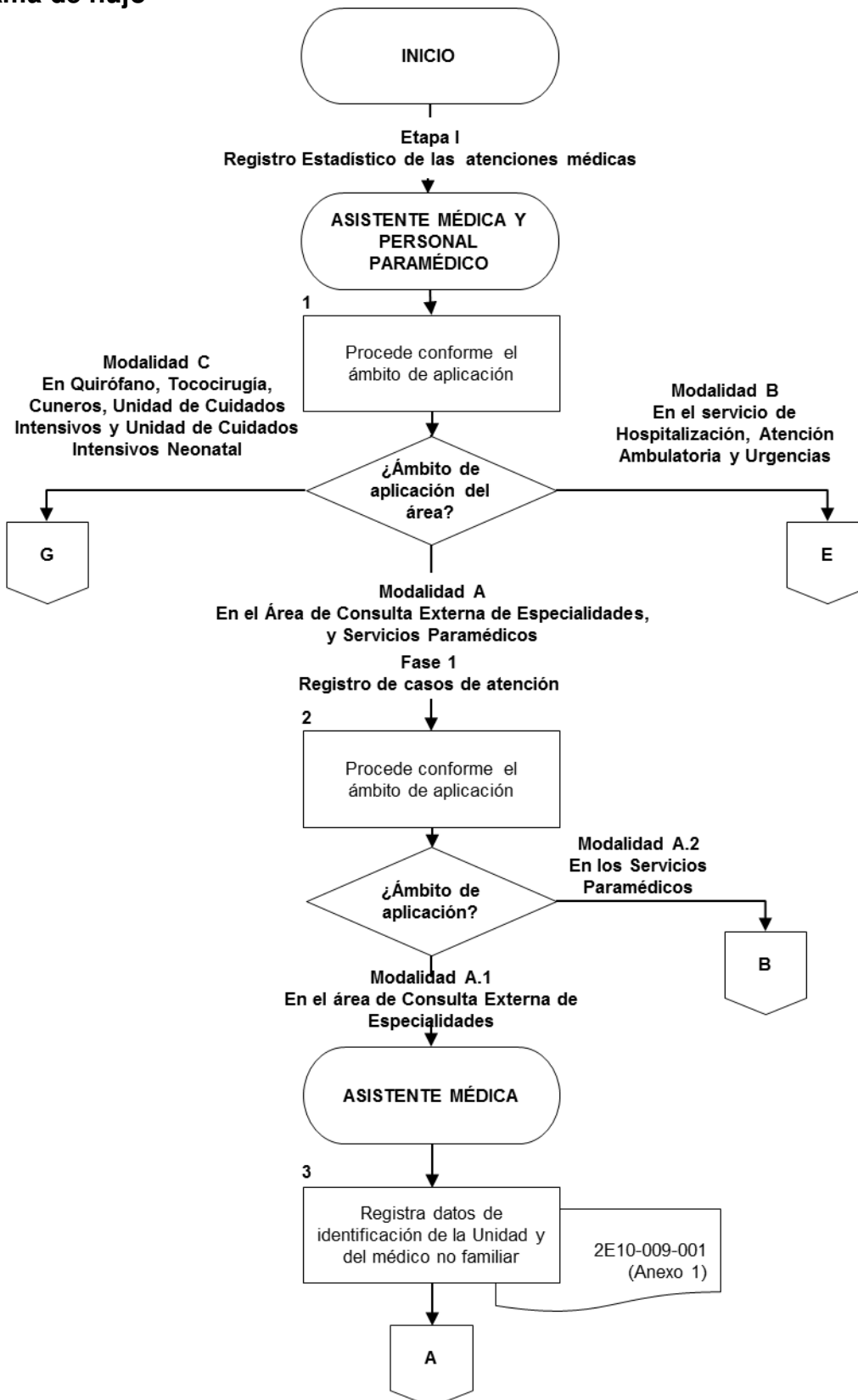


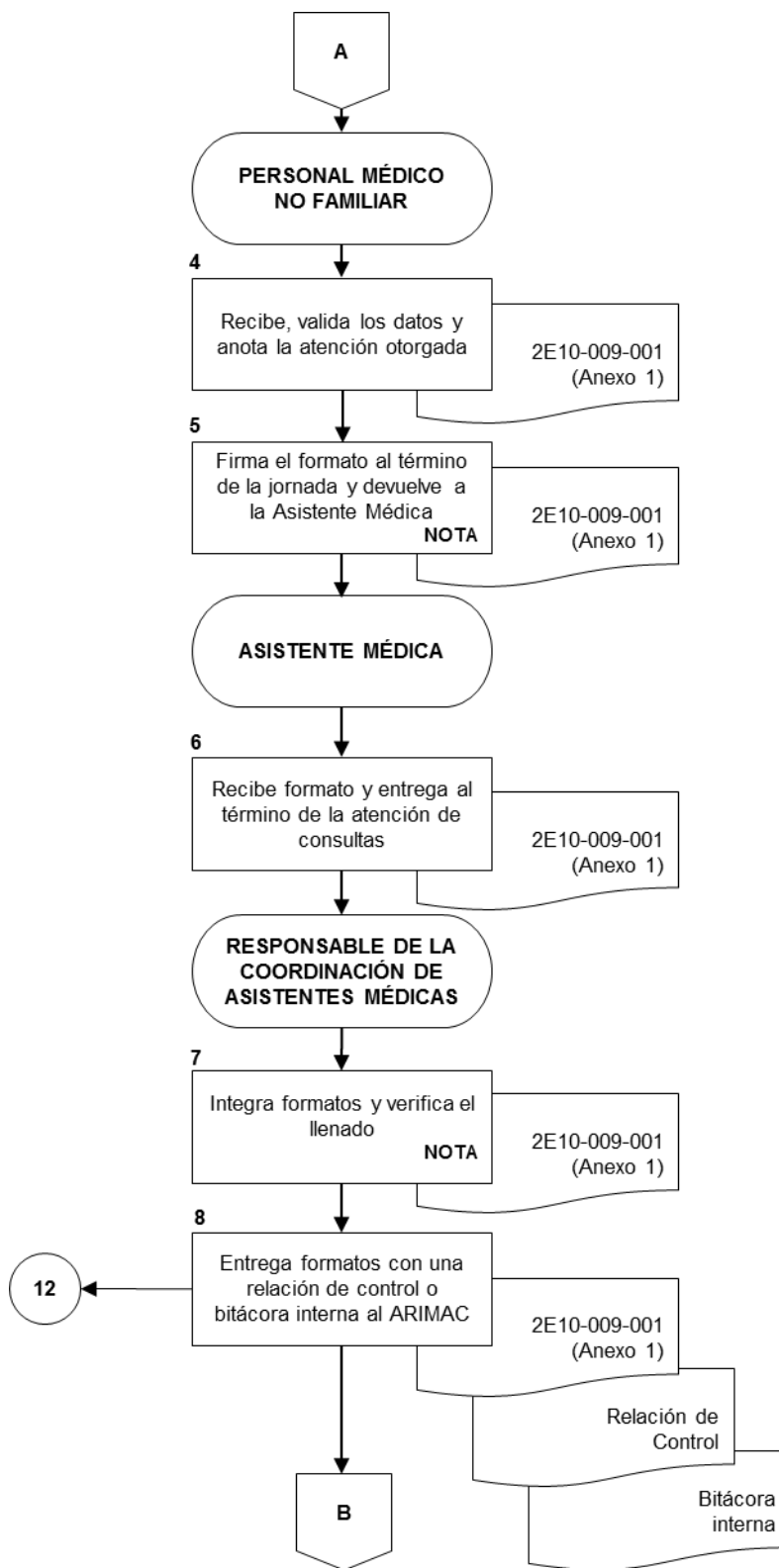


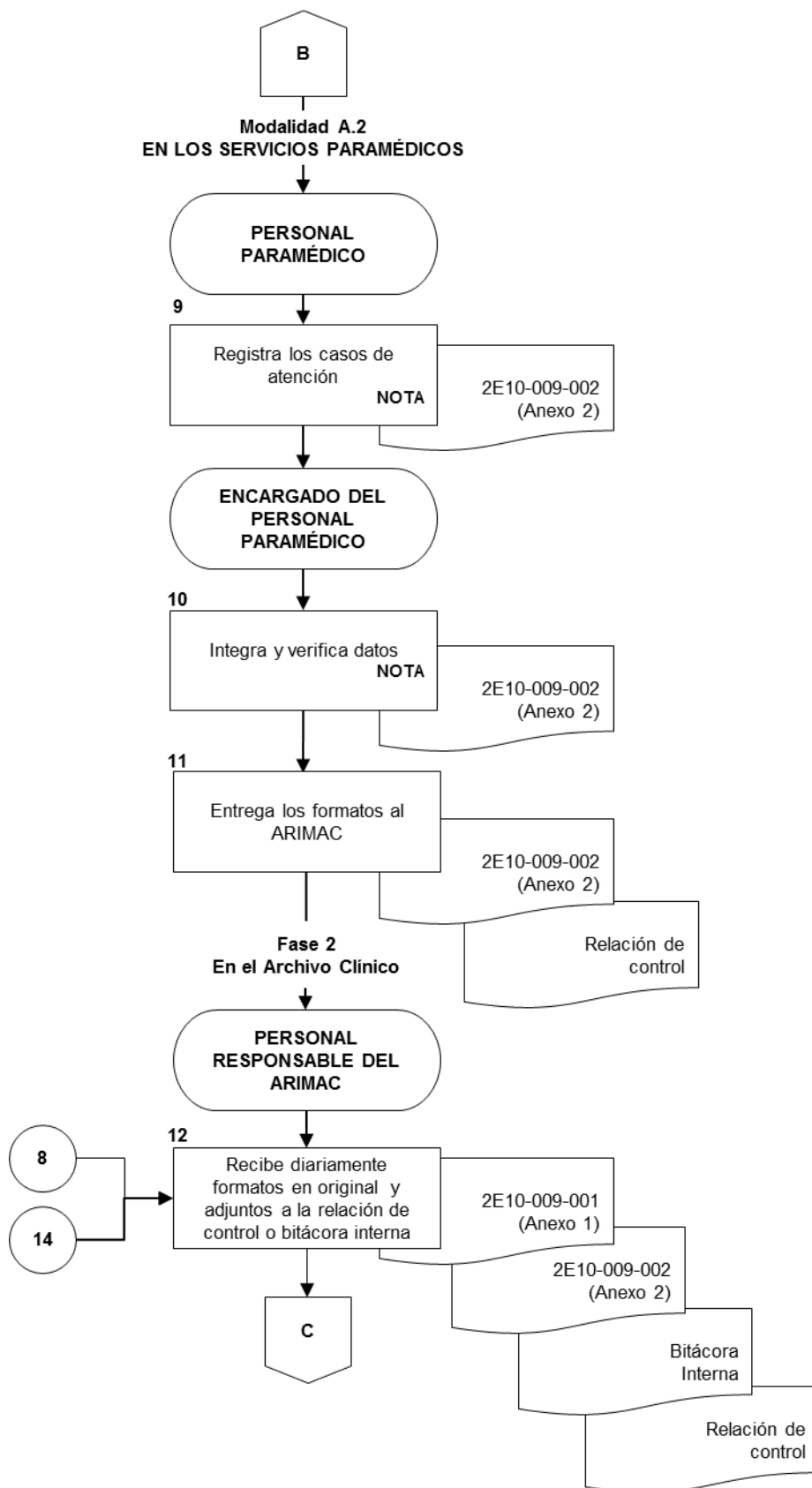
<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
Persona responsable de la integración de la información en la Unidad Médica	<p><b>58.</b> Reciben y revisan Informes productos del cierre de acuerdo al calendario establecido, para su integración, cuidando no borrar, mover, renombrar archivos o bases de datos, ni manipular, parámetros. catálogos, abrir las bases de datos con software externo y copiar los archivos en las carpetas que ha puesto a disposición la División de Información en Salud.</p> <p>NOTA. Conforme se realice la modernización del sistema “SIMO Central”, las actividades del cierre, y generación, envío de archivos de enlace con “DATAMART-EM” y envío de información a la CIAE u OIMAC se automatizará y la información quedará a disposición por parte de la División de Información en Salud, en la siguiente liga: <a href="http://infosalud.imss.gob.mx">http://infosalud.imss.gob.mx</a>.</p> <p style="text-align: center;"><b>Fin del procedimiento</b></p>

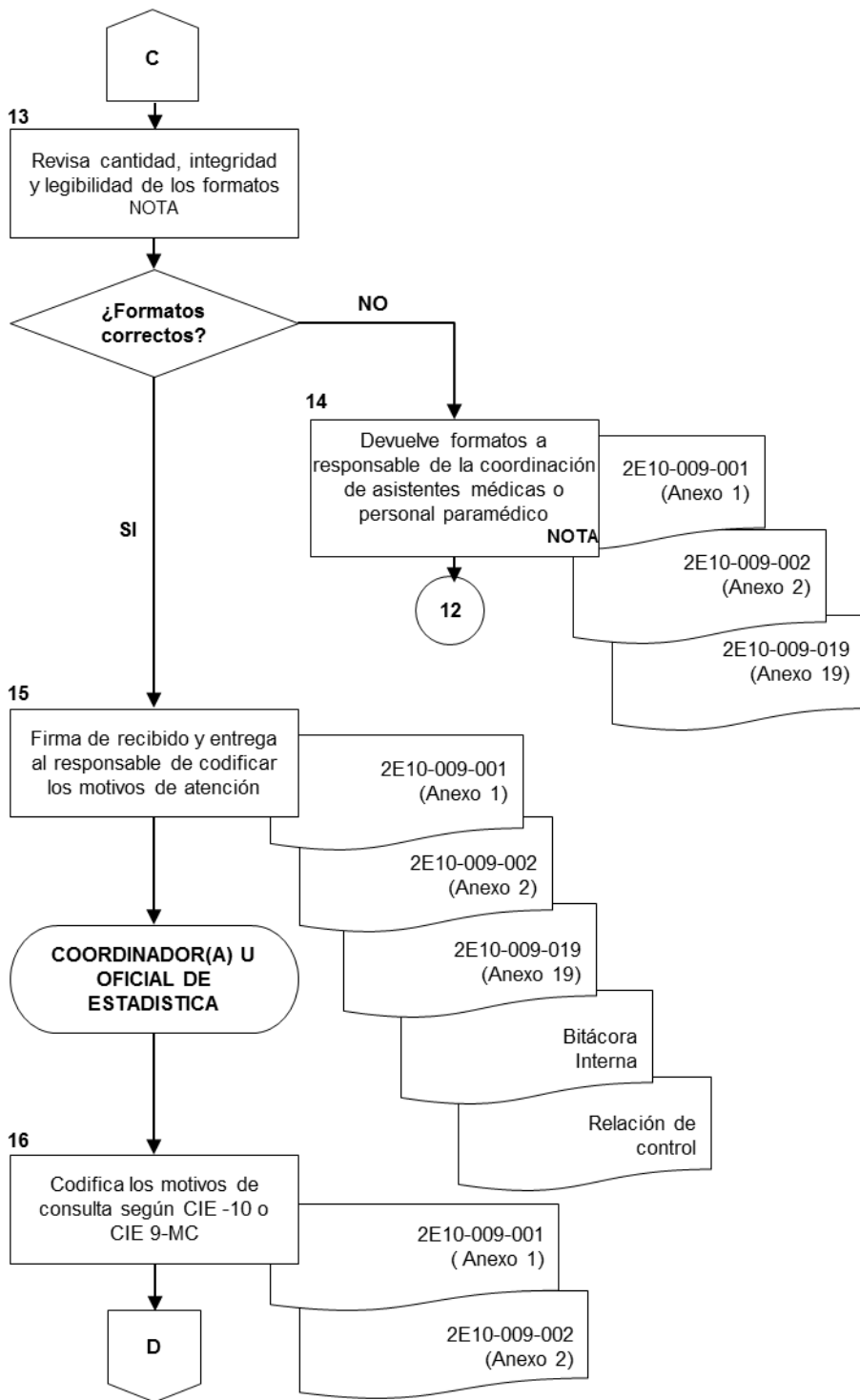


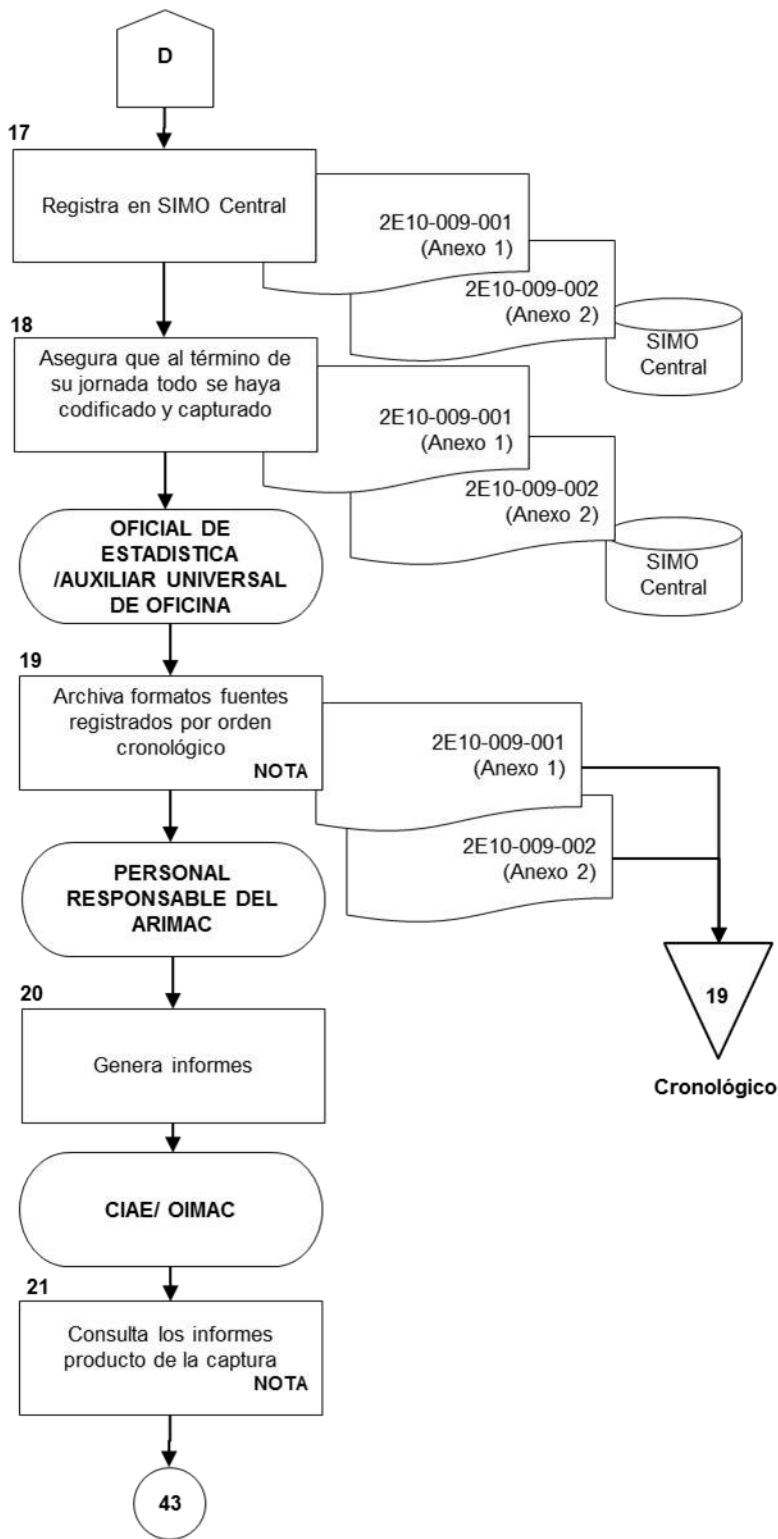
## 7 Diagrama de flujo

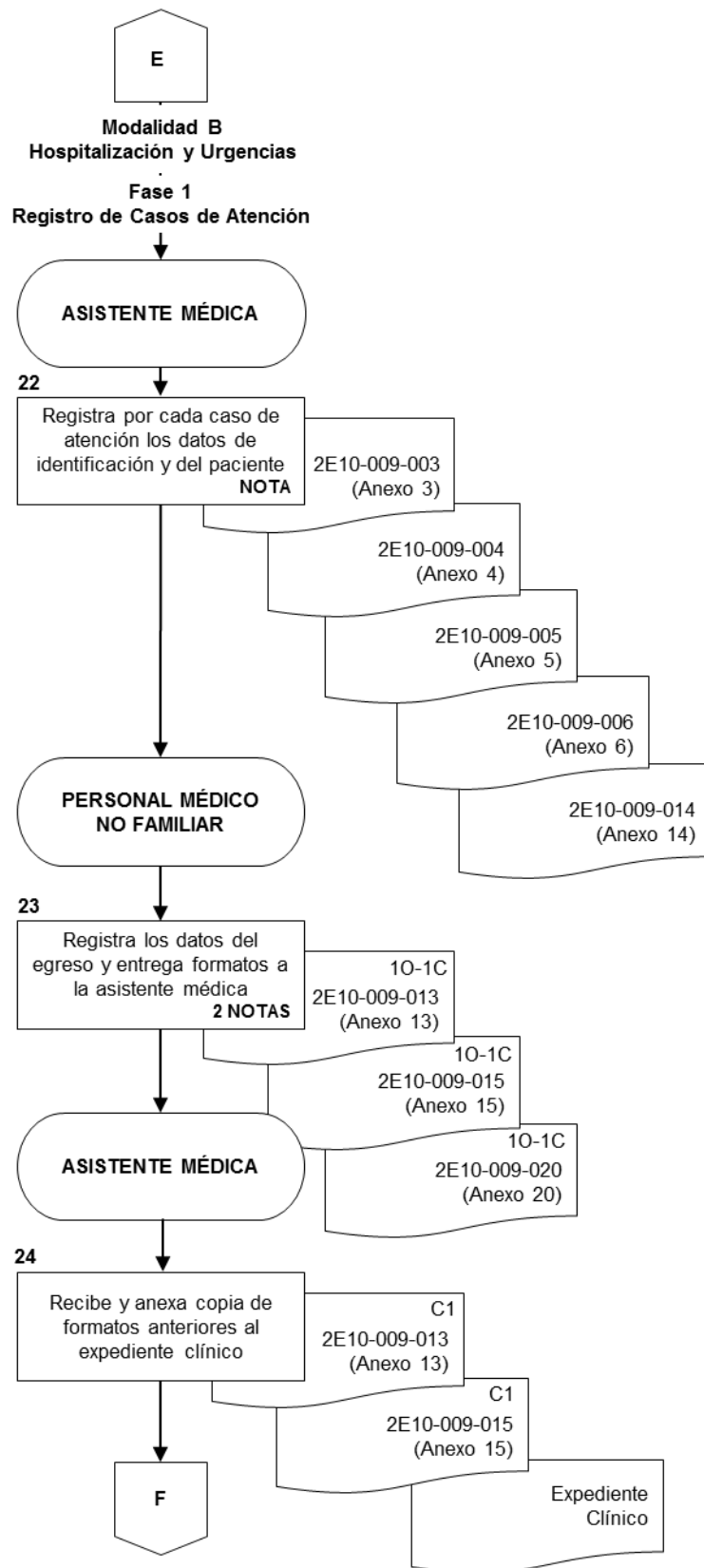




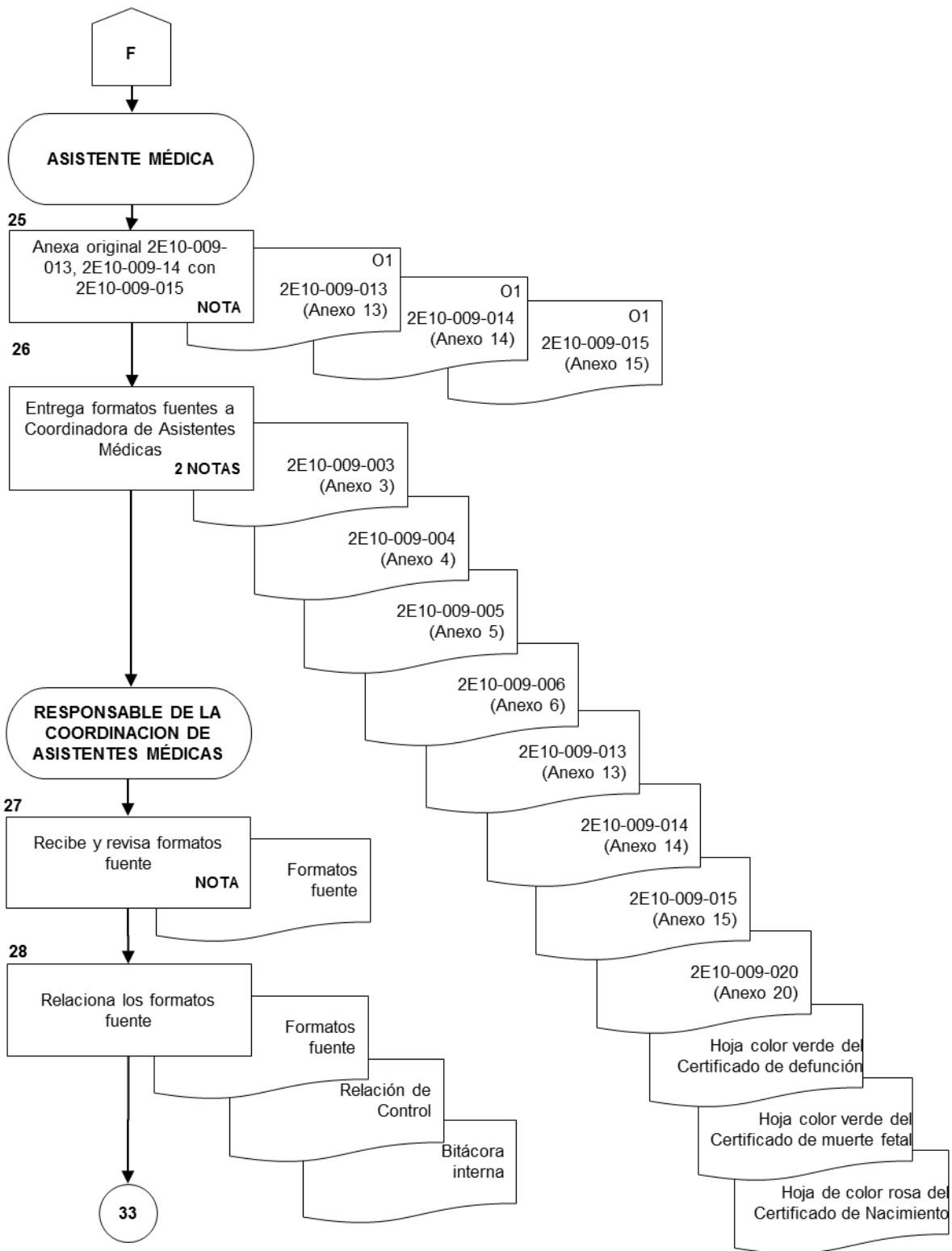


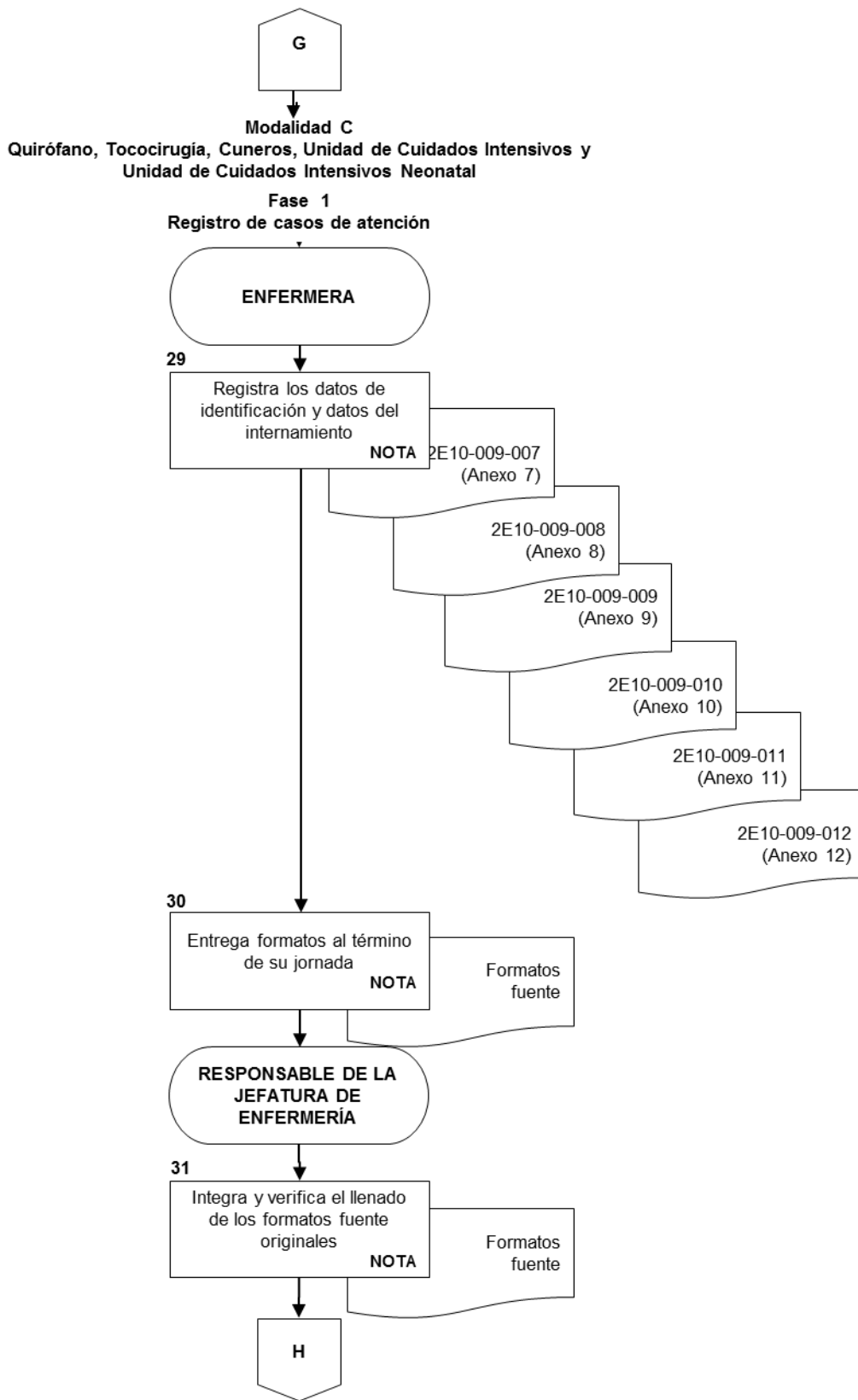


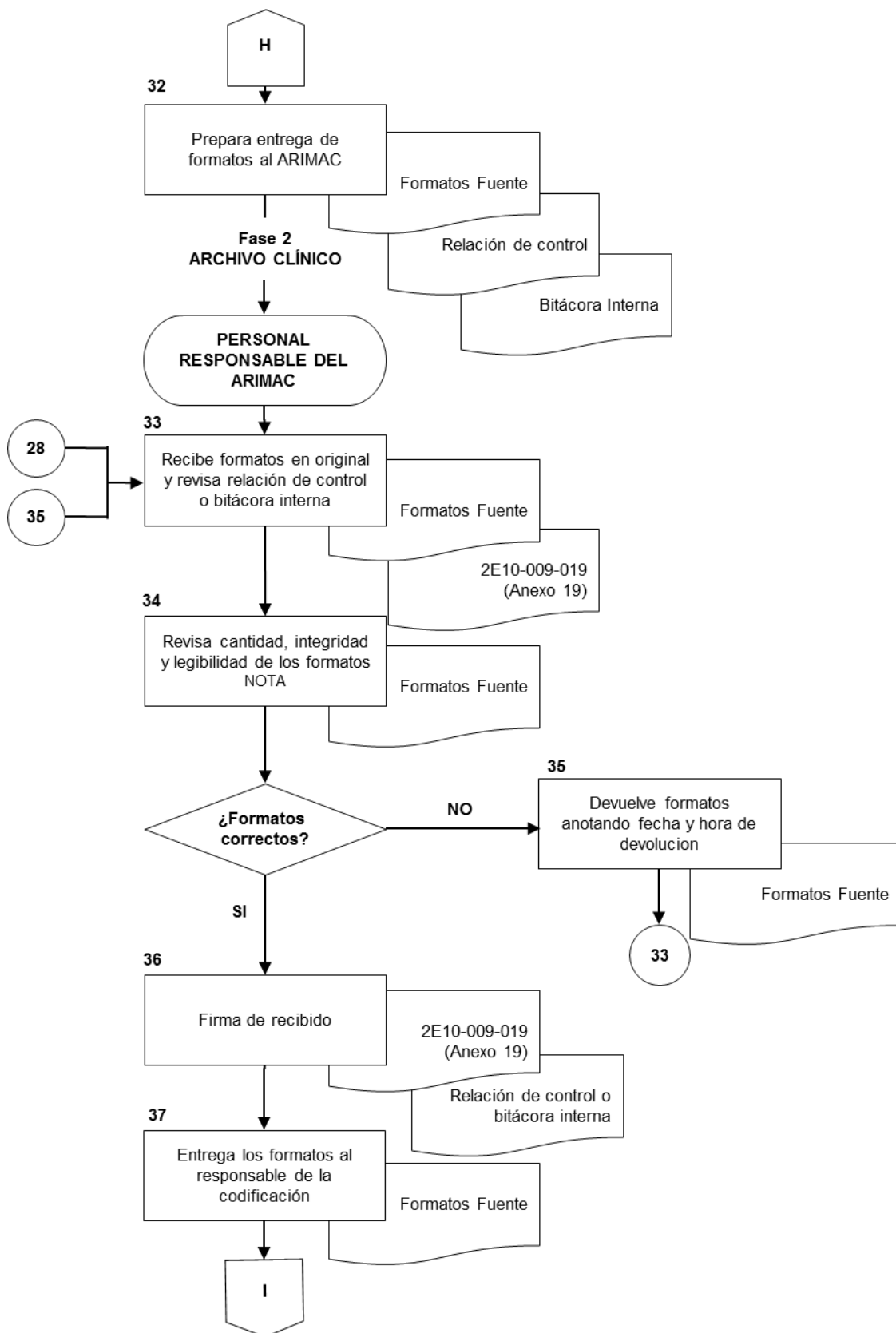


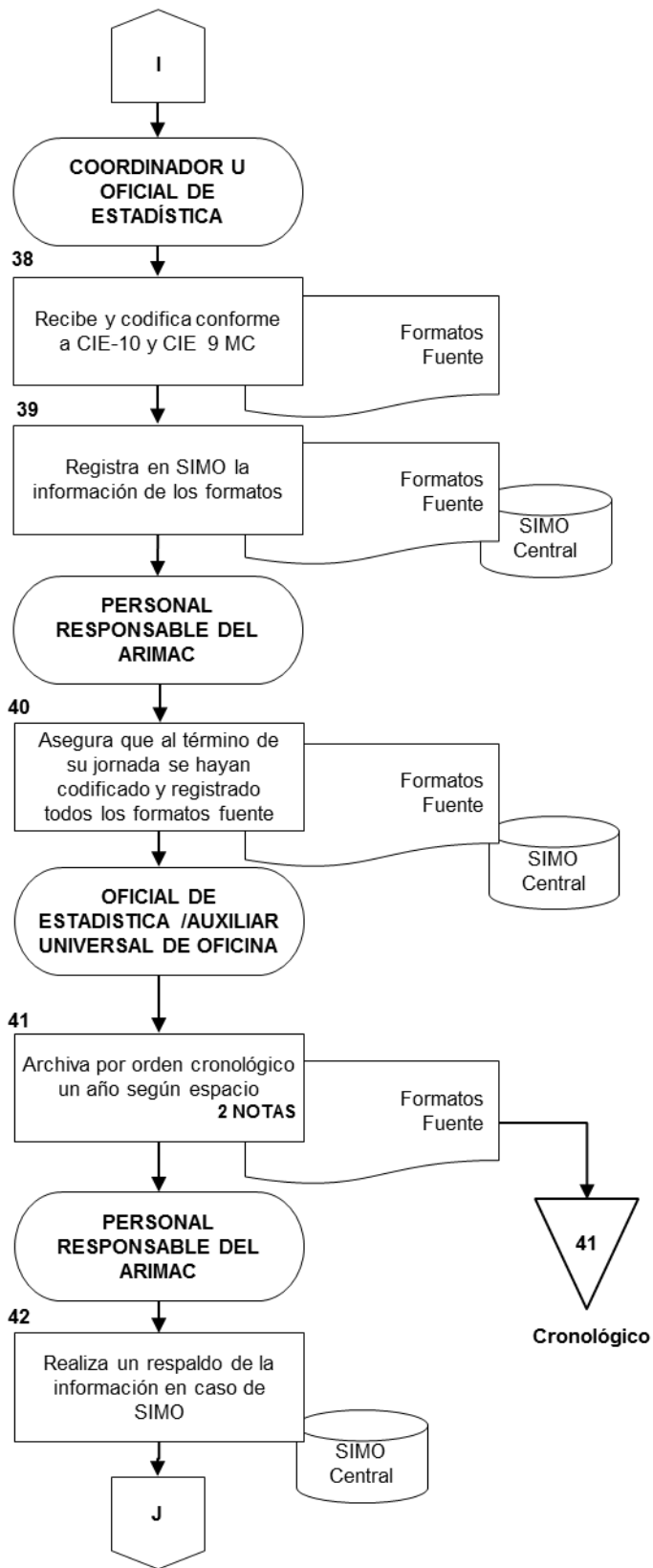


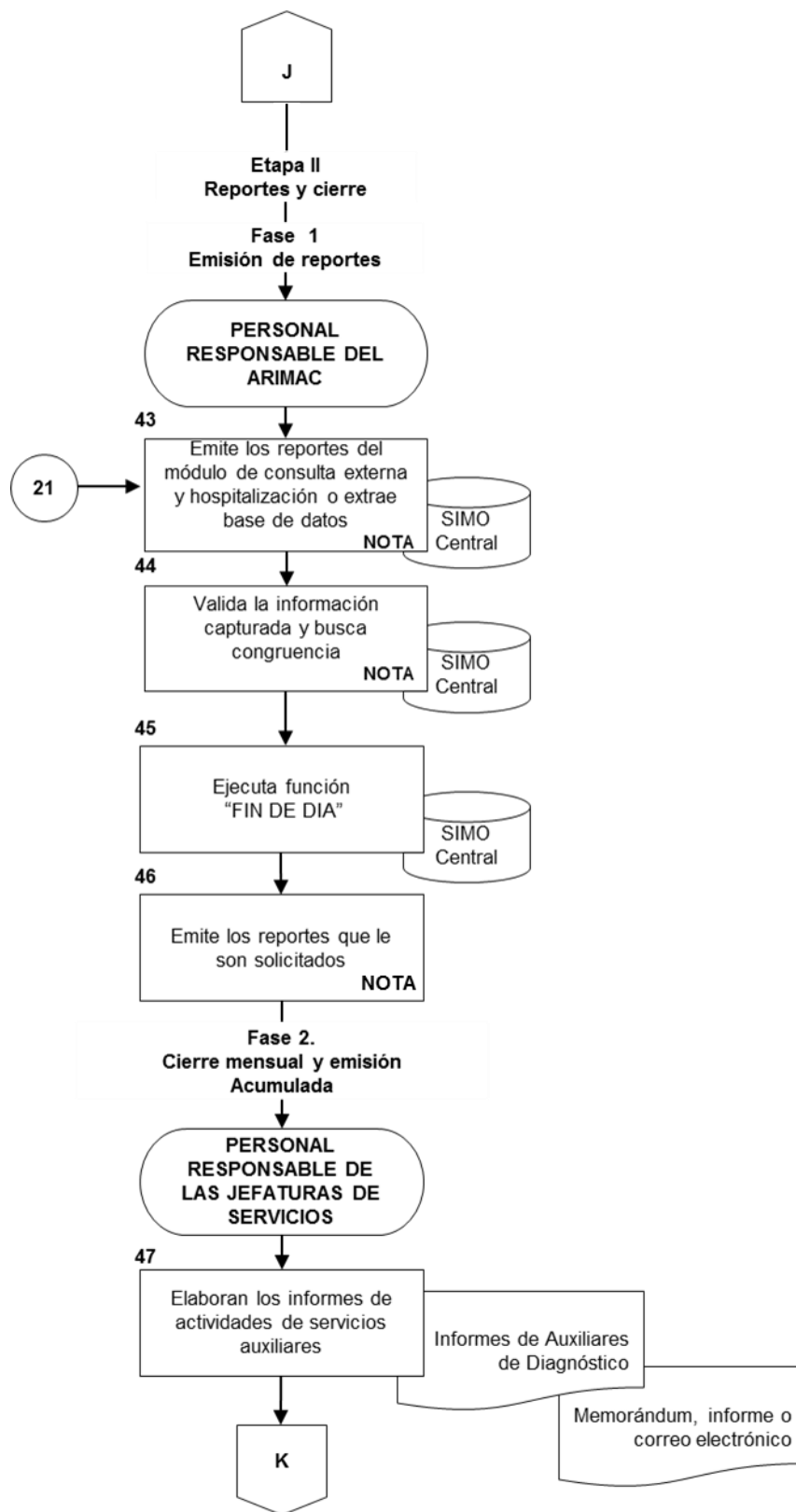


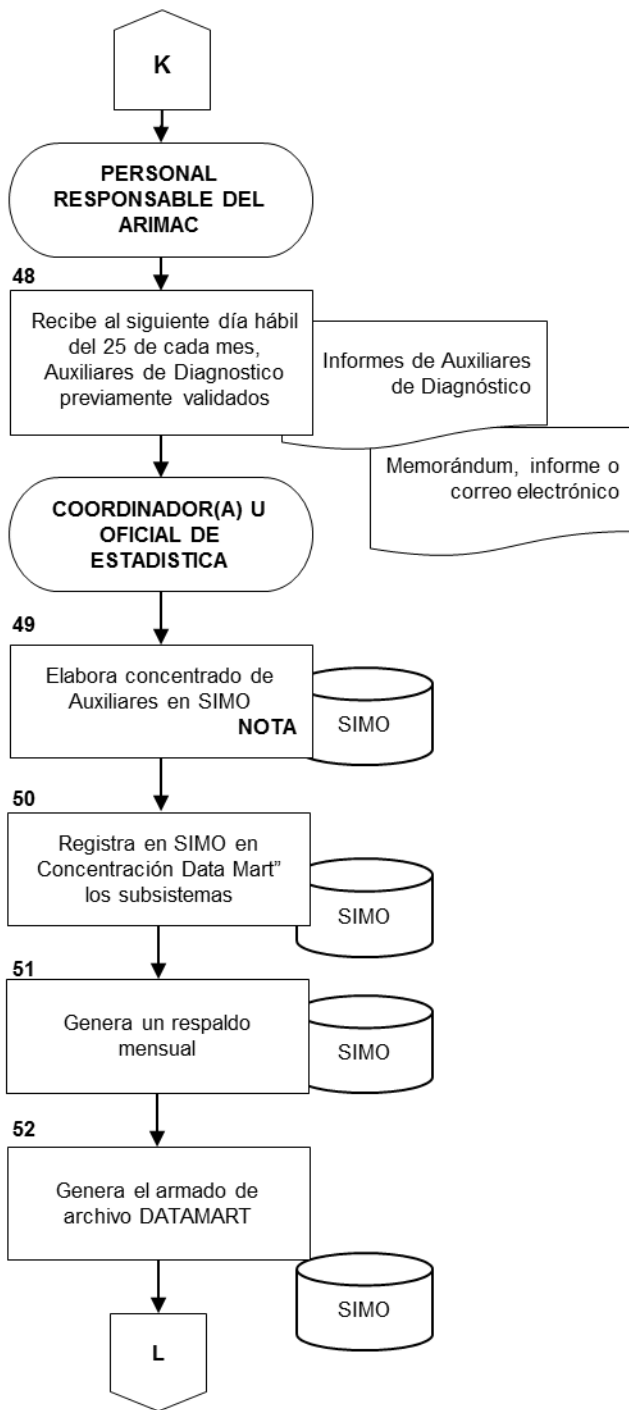


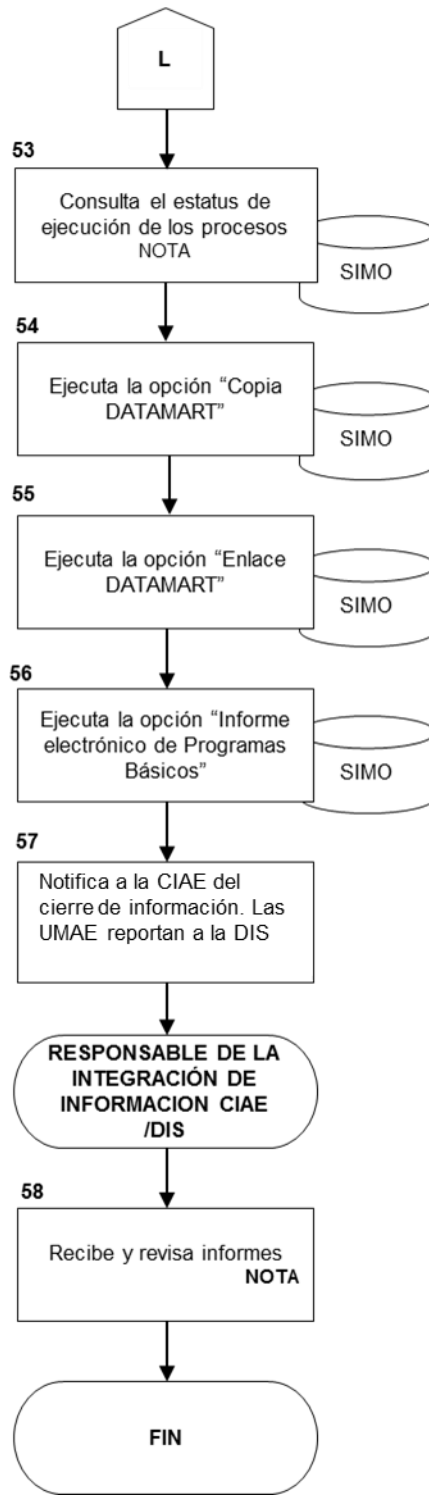
















**ANEXO 1**

**Control e informe de consulta externa, 4-30-6/17**  
**2E10-009-001**



**Anverso**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS

*CONTROL E INFORME DE  
CONSULTA EXTERNA 4-30-6/17*

DELEGACIÓN	FECHA	MATRÍCULA DEL PRESTADOR DE LA ATENCIÓN	NÚMERO DE CONSULTAS NO OTORGADAS	NÚM.CITAS NO CUMPLIDAS 1ra. Vez	CLAVE DE ESPECIALIDAD	CONSULTORIO	TURNO: M / V	HORAS DE CONSULTA (horas/minutos)
1	D M A	TITULAR 3 SUPLENTE	4	5	6	7	8	9

CLAVE PRESUPUESTAL	10	NOMBRE DEL MÉDICO(A) NO FAMILIAR	12
--------------------	----	----------------------------------	----

UNIDAD MÉDICA (tipo y número)	11
-------------------------------	----

8. PLANIFICACIÓN FAMILIAR						9. RIESGO DE TRABAJO		
ACEP.	MÉTODO	SUBS.	ACEP.	MÉTODO	SUBS.			
1	ORAL LEVONOGESTREL	2	17	DIU TCU NULÍPARA	18	1. SIN RIESGO		
3	ORAL DESOGESTREL	4	19	PRESERVATIVO HULE LATEX	20	2. CON RIESGO		
5	INYECTABLE MEDROXIPROGESTERONA	6	21	VASECTOMÍA	22	3. PROBABLE RIESGO		
7	INYECTABLE NORETISTERONA	8		OTB	24			
9	IMPLANTE SUBDÉRMICO C/ETONOGESTREL	10	25	PARCHE ANTICONCEPTIVO	26			
11	DIU TCU ESTANDAR	12	27	DIU MEDICADO	28			
13	DIU BRAZOS CURVOS ESTANDAR	14	29	ENTREGA PÍLDORA DE EMERGENCIA				
15	DIU BRAZOS CURVOS NULÍPARA	16	31	INYECTABLE TRIMESTRAL	32			
0	NINGUNO	0	0	NINGUNO	0			

NO. PROGRESIVO	AGENDA Y DURACIÓN DE LA CONSULTA	1ra. VEZ (S/N/NO)	SE RECIBIO POR 4-30-200 (S/N/NO)	PASE A ESPECIALIDAD O SERVICIO EN LA UNIDAD	PASE A OTRA UNIDAD	ALTA	NÚMERO DE RECETAS	DÍAS DE INCAPACIDAD	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	RIESGO DE TRABAJO	REQUIERE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (S/N/NO)	SOLICITUD DE CIRUGÍA	VISTA (ABEC)	NOMBRE DEL DERECHOHABIENTE NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	AGREGADO MEDICO	CÓDIGO(S) MOTIVO DE LA CONSULTA

1	HORA DE LA CITA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	14	16	37	
	13	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	15			
	32	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL												31			
	INICIO DE LA ATENCIÓN	S/N	SECUNDARIO														33
	17	S/N	ADICIONAL														34
18	FIN DE LA ATENCIÓN	PROCEDIMIENTO(S) EN CONSULTORIO O EN DOMICILIO												35	38		

2	HORA DE LA CITA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	16	37	
	1	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL														
	INICIO DE LA ATENCIÓN	1	SECUNDARIO													
	1	ADICIONAL														
	FIN DE LA ATENCIÓN	PROCEDIMIENTO(S) EN CONSULTORIO O EN DOMICILIO														

2E10-009-001



### Reverso

ACEP.	MÉTODO	SUBS.	ACEP.	MÉTODO	SUBS.	9. RIESGO DE TRABAJO
1	ORAL LEVONOGESTREL	2	17	DIU TCU NULÍPARA	18	1. SIN RIESGO
3	ORAL DESOGESTREL	4	19	PRESERVATIVO HULE LATEX	20	2. CON RIESGO
5	INYECTABLE MEDROXIPROGESTERONA	6	21	VASECTOMÍA	22	3. PROBABLE RIESGO
7	INYECTABLE NORETISTERONA	8		OTB	24	
9	IMPLANTE SUBDÉRMICO C/ETONOGESTREL	10	25	PARCHE ANTICONCEPTIVO	26	
11	DIU TCU ESTANDAR	12	27	DIU MEDICADO	28	
13	DIU BRAZOS CURVOS ESTANDAR	14	29	ENTREGA PÍLDORA DE EMERGENCIA		
15	DIU BRAZOS CURVOS NULÍPARA	16	31	INYECTABLE TRIMESTRAL	32	
0	NINGUNO	0	0	NINGUNO	0	

NO. PROGRESIVO	AGENDA Y DURACIÓN DE LA CONSULTA	1ra. VEZ (S / NO)	SE RECIBIO POR 4-30-200 (S / NO)	PASE A ESPECIALIDAD O SERVICIO EN LA UNIDAD	PASE A OTRA UNIDAD	ALTA	NÚMERO DE RECETAS	DÍAS DE INCAPACIDAD	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	RIESGO DE TRABAJO	REQUIERE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (S / NO)	SOLICITUD DE CIRUGÍA	VISTA (ADPEC)	NOMBRE DEL DERECHOHABIENTE NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	AGREGADO DE IDENTIDAD	CÓDIGO(S) MOTIVO DE LA CONSULTA	
10	HORA DE LA CITA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	14			
	13	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	15	16		
		S/N	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL											31			
	INICIO DE LA ATENCIÓN	S/N	SECUNDARIO											33		37	
	17	S/N	ADICIONAL											34			
	FIN DE LA ATENCIÓN	PROCEDIMIENTO(S) EN CONSULTORIO											35		38		
	18												36				

2E10-009-001



**ANEXO 1**  
**Control e informe de consulta externa**  
**4-30-6/17**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**Elabora:**

Asistente Médica  
Personal Médico no Familiar  
Personal del ARIMAC

**Número de tantos:**

Se utilizan los formatos necesarios para la demanda de la consulta, por día, turno, consultorio y Médica o Médico no Familiar que otorga la atención.

Se requisitan en original y dos copias en la Consulta Externa de Especialidades.

**Distribución:**

El original debe entregarse al ARIMAC. Las dos copias sirven como acuse de recepción y entrega de los expedientes clínicos y se conservarán en los servicios médicos generadores, de acuerdo a los lineamientos para la conservación de los documentos administrativos.

La Coordinadora de Asistentes Médicas será responsable de realizar la entrega al ARIMAC de los formatos originales: "Control e informe de consulta externa" 4-30-6, para su codificación y registro en el SIMO Central; a más tardar a las 09:00 horas del siguiente día hábil de su elaboración.

**Instrucciones específicas:**

El llenado del formato se debe requisitar a máquina de escribir o computadora; donde no exista el recurso, con letra clara y legible, usando tinta diferente al color de la impresión del formato.

La Asistente Médica es responsable de registrar debidamente los siguientes campos:

1. Delegación
2. Fecha
3. Matrícula del prestador de la atención (Titular o Suplente)
6. Clave de especialidad (se anexa listado de claves)
7. Consultorio
8. Turno: M / V
9. Horas de consulta (horas/minutos)
10. Clave presupuestal
11. Unidad médica (tipo y número)

2E10-009-001



**ANEXO 1**  
**Control e informe de consulta externa**  
**4-30-6/17**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

12. Nombre del Médica(o) no Familiar
13. Hora de la cita
14. Nombre del derechohabiente
15. Número de Seguridad Social
16. Agregado Médico

El personal Médico no Familiar, es responsable de registrar por cada uno de los pacientes atendidos los puntos que a continuación se enlistan:

17. Inicio de la atención
18. Fin de la atención
19. 1ra. vez ( SI / NO )
20. Se recibió por 4-30-200 ( SI / NO )
21. Pase a especialidad o servicio en la unidad
22. Pase a otra unidad
23. Alta
24. Número de recetas
25. Días de incapacidad
26. Planificación Familiar
27. Riesgo de trabajo
28. Requiere intervención quirúrgica ( SI / NO )
29. Solicitud de cirugía
30. Visita (ADEC)
31. Diagnóstico principal
32. 1ra. vez ( SI / NO )
33. Secundario
34. Adicional
35. Procedimiento(s) en consultorio o en domicilio
36. Matrícula y firma del personal Médico no Familiar que otorgó la atención

El personal del ARIMAC, es responsable de registrar los campos:

4. Número de consultas no otorgadas
5. Número de citas no cumplidas 1ra. vez
37. Código(s) motivo de la consulta
38. Código(s) de procedimiento(s) en consultorio o en domicilio

El personal del ARIMAC que realiza la codificación de los motivos de atención y procedimientos en consultorio, será responsable de aplicar los criterios establecidos en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión (CIE-10) y de la Clasificación de Procedimientos (CIE-9-MC); en todos los casos con cuarto carácter.

**2E10-009-001**



**ANEXO 1**  
**Control e informe de consulta externa**  
**4-30-6/17**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

En los traumatismos, lesiones, accidentes y violencias; además de clasificar la naturaleza de la lesión (fracturas, heridas, quemaduras, intoxicaciones, etc.), se hará lo mismo con la causa externa que la produjo (accidente de vehículo de motor, tipo de caída, etc.).

Se deberán codificar todos los diagnósticos y procedimientos que el personal Médico no Familiar tratante anote en el formato "Control e Informe de Consulta Externa 4-30-6/17".

Asimismo, cuando se informe un diagnóstico de neoplasia también se deberá codificar la morfología del tumor.

Observación:

El lenguaje empleado en el presente documento no busca generar ninguna distinción ni marcar diferencias entre hombres y mujeres, por lo que las referencias o alusiones en la redacción hechas hacia un género representan a ambos sexos.

A continuación, se describen las especialidades y subespecialidades que deben ser registradas en el sistema, las Divisiones Hospitalarias y Servicios son:

1. División de Cirugía
2. División de Gineco Obstetricia
3. División de Medicina
4. División de Pediatría
5. Servicios

**CATÁLOGO DE ESPECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES**

<b>NO.</b>	<b>CLAVE A CUATRO DÍGITOS SIMO CENTRAL</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>DIVISIÓN HOSPITALARIA</b>
1	0100	Cirugía Ambulatoria	1
2	0400	Medicina Familiar	3
3	1000	Alergia e Inmunología	3
4	1100	Angiología y Cirugía Vasculat	1
5	1200	Cirugía Máxilo Facial	1
6	1400	Cardiología	3
7	1401	Fisiología cardiopulmonar	3
8	1402	Cardiología intervencionista	3
9	1403	Cardiopatías congénitas	3
		Hipertensión pulmonar	3
10	1404		2E10-009-001



**ANEXO 1**  
**Control e informe de consulta externa**  
**4-30-6/17**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

11	1405	Insuficiencia cardiaca	3
12	1500	Cirugía cardiorácica	1
13	1600	Cirugía General	1
14	1601	Cirugía bariátrica	1
15	1602	Cirugía Cabeza y Cuello	1
16	1603	Gastrocirugía	1
17	1700	Estomatología	5
18	1800	Dermatología	1
19	1900	Endocrinología	3
20	2000	Gastroenterología	3
21	2100	Ginecología	2
22	2101	Biología de la Reproducción Humana	2
23	2102	Cirugía laparoscópica en ginecología	2
24	2103	Urología Ginecológica	2
25	2104	Ginecología endócrina	2
26	2105	Clínica de Displasia	2
27	2106	Clínica de Mama	2
28	2200	Hematología	3
29	2300	Infectología	3
30	2400	Obstetricia	2
31	2401	Medicina Materno Fetal	2
32	2402	Preeclamsia, Eclampsia	2
33	2403	Complicación Primera Mitad Embarazo	2
34	2404	Complicación Segunda Mitad Embarazo	2
35	2405	Salud Reproductiva	2
36	2500	Medicina Interna	3
37	2600	Nefrología	3
38	2700	Neumología	3
39	2800	Neurología	3
40	2801	Neurofisiología clínica	3
41	3000	Oftalmología	1
42	3001	Oftalmología Segmento Anterior	1
43	3002	Oftalmología Segmento Posterior	1
44	3003	Córnea y cirugía refractiva	1
45	3004	Glaucoma	1

2E10-009-001



**ANEXO 1**  
**Control e informe de consulta externa**  
**4-30-6/17**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

46	3005	Oftalmología oncológica	1
47	3006	Órbita, párpados y vías lagrimales	1
48	3007	Retina y vítreo	1
49	3100	Otorrinolaringología	1
50	3200	Pediatría	4
51	3201	Cardiología Pediátrica	4
52	3202	Endocrinología Pediátrica	4
53	3203	Gastroenterología y Nutrición Pediátrica	4
54	3204	Hematología Pediátrica	4
55	3205	Infectología Pediátrica	4
56	3206	Neumología Pediátrica	4
57	3207	Neurología Pediátrica	4
58	3208	Oncología Pediátrica	4
59	3209	Reumatología Pediátrica	4
60	3400	Proctología	1
61	3500	Psiquiatría	3
62	3501	Hospital Psiquiatría Tiempo Parcial	3
63	3600	Reumatología	3
64	3800	Traumatología y Ortopedia	1
65	3801	Traumatología	1
66	3802	Ortopedia	1
67	3803	Miembro Torácico	1
68	3804	Columna	1
69	3805	Miembro Pélvico	1
70	3806	Rodilla	1
71	3807	Pie y Tobillo	1
72	3808	Cirugía Mano	1
73	3809	Reemplazos Articulares	1
74	3900	Geriatría	3
75	4100	Urología	1
76	4101	Clínica de Andrología	1
77	4200	Audiología, Otoneurología y Foniatría	3
78	4300	Neurocirugía	1
79	4400	Cirugía Pediátrica	4
80	4401	Nefrología Pediátrica	4
81	4402	Neurocirugía Pediátrica	4
82	4403	Otorrinolaringología Pediátrica	4

2E10-009-001





**ANEXO 1**  
**Control e informe de consulta externa**  
**4-30-6/17**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

83	4404	Cirugía Mínima Invasión Pediátrica	4
84	4500	Oncología Médica	3
85	4600	Cirugía Plástica y Reconstructiva	1
86	4601	Unidad de Quemados	1
87	4800	Unidad de Cuidados Intensivos	3
88	4801	Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico	3
89	4802	Unidad de Cuidados Intensivos Respiratorio	3
90	4803	Unidad de Cuidados Intensivos Postquirúrgico	3
91	4804	Unidad Cuidados Intensivos Coronarios	3
92	4805	Unidad de Cuidados Intensivos Postquirúrgica Pediátrica	3
93	4900	UCI Neonatos	4
94	5000	Medicina de Urgencias	5
95	5001	Primer Contacto	5
96	5002	Urgencias Observación Intermedia	5
97	5003	Urgencias Oftalmológicas	5
98	5100	Cirugía oncológica	1
99	5101	Tumores de Colon y Recto	1
100	5102	Tumores Cabeza y Cuello	1
101	5103	Ginecología Oncológica	1
102	5104	Oncología de Mama	1
103	5105	Tumores Tórax	1
104	5106	Sarcomas	1
105	5107	Uro-Oncología	1
106	5108	Cirugía Laparoscópica en Cáncer	1
107	5600	Medicina del Trabajo y Ambiental	5
108	5700	Epidemiología	5
109	6000	Alojamiento Conjunto	4
110	6100	Cunero Patológico	4
111	6101	Prematuros	4
112	6200	Enfermera Materno Infantil	5
113	6300	Psicología	5
114	6400	Enfermera Prenatal de Hospital	5
115	6500	Genética Médica	3

2E10-009-001



**ANEXO 1**  
**Control e informe de consulta externa**  
**4-30-6/17**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

116	6600	Nutrición y Dietética	5
117	6800	Medicina Física y Rehabilitación	3
118	6801	Rehabilitación Cardíaca	3
119	6802	Rehabilitación Profesional	3
120	6900	Trabajo Social	5
121	7000	Enfermera Crónico-Degenerativo	5
122	7400	Medicina Nuclear e Imagenología Molecular	5
123	7700	Unidad Metabólica	3
124	8800	Anestesiología	3
125	8801	Algología	3
126	8802	Clínica del Dolor	3
127	9800	Optometría	5
128	5A00	Atención Médica Continua - Urgencias (UMF)	5
129	A600	Urgencias Toco-cirugía	2
130	UT00	Unidad de Trasplantes	1
131	UT01	Trasplantes Córnea	1
132	UT02	Trasplantes Riñón	1
133	UT03	Trasplantes Hígado	1
134	UT04	Trasplantes Médula Ósea	1
135	UT05	Trasplantes Corazón	1

2E10-009-001



**ANEXO 1**  
**Control e informe de consulta externa**  
**4-30-6/17**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**ANEXO 1**  
**Control e informe de consulta externa,**  
**4-30-6/17**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No	DATO	ANOTAR
1.	DELEGACIÓN	<p>El número y nombre de la Delegación a la que pertenece el hospital de segundo o tercer nivel que está brindando la atención médica al derechohabiente.</p> <p>Ejemplo: 14-JALISCO</p>
2.	FECHA	<p>El día, mes y año correspondiente a la fecha en que se otorga la atención, los números deberán ser arábigos y en el caso de estar solamente conformados por unidades, se agregará un "0" a la izquierda.</p> <p>Ejemplo: 22-03-2017</p>
3.	MATRÍCULA DEL PRESTADOR DE LA ATENCIÓN.	<p>La matrícula de la o el Médico no Familiar, dependiendo de su calidad de asignación o cobertura, titular o suplente, que otorga la consulta. Este dato tendrá sustento documental de la Dirección de la Unidad.</p> <p>Ejemplo: Titular: 93658147</p>
4.	NÚMERO DE CONSULTAS NO OTORGADAS	<p>La suma de las consultas no otorgadas por el médico no familiar, las razones pueden ser porque el médico no se presentó a laborar, se tuvo que retirar del consultorio para atender una urgencia médica o solicita un pase de salida.</p> <p>El número de consultas a otorgar en el día, es la suma de todos los pacientes citados y espontáneos.</p> <p>Un paciente espontáneo puede ser una atención que el médico tratante recibe mediante un formato "Solicitud de Servicios e Interconsulta" 4-30-200.</p>

2E10-009-001



**ANEXO 1**  
**Control e informe de consulta externa,**  
**4-30-6/17**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**No**

**DATO**

**ANOTAR**

Al iniciar la jornada laboral la asistente médica registra en el formato 4-30-6/17, la agenda las citas del día y conforme avanza la jornada laboral el médico va registrando la atención brindada a los pacientes que acuden a su cita, así como a los pacientes espontáneos que pudieran presentarse.

Ejemplo:

Total de consultas a otorgar en el día con cita= 20

Total de consultas a otorgar en el día sin cita "pacientes espontáneos"= 1

Total de consultas a otorgar en el día= 21

En este caso el médico tratante, se retira por pase a la 13:00 horas y conforme a los registros del día, se quedan pendientes de atención 5 pacientes, "citados y espontáneos", dando como resultado.

Total de consultas a otorgar en el día= 20

Total de consultas otorgadas en el día=15

**Total de consultas no otorgadas en el día = 5**

El total de consultas a otorgar en el día con cita, considera a los pacientes que por primera vez acuden con el médico y a los pacientes subsecuentes.

5. NÚM. CITAS  
NO  
CUMPLIDAS  
1ERA. VEZ

La suma de las citas no cumplidas, cuando el paciente programa su cita y por cualquier motivo no acude a la misma, en este caso solo considere aquellas citas de pacientes que no acuden por primera vez a su consulta con el médico tratante.

Las citas no cumplidas de los pacientes subsecuentes se excluyen de este cálculo.

Ejemplo: Un paciente diabético tiene su 1ra. Cita a la especialidad de Endocrinología el 21 de marzo. Se le olvida y no acude en el día y hora programada.

**2E10-009-001**



**ANEXO 1**  
**Control e informe de consulta externa,**  
**4-30-6/17**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No	DATO	ANOTAR
		Total de citas= Citas cumplidas (1ª vez y subsecuentes) + citas no cumplidas (1ª vez y subsecuentes).  Entonces tenemos  Consultas con cita, Cumplidas por el paciente de 1ª vez= 5  <b>Consultas con cita de pacientes que no acudieron por 1ª vez = 3</b>  Consultas con cita cumplidas por el paciente subsecuentes= 10  Consultas con cita de pacientes que no acudieron subsecuente y son subsecuentes = 2  Total consultas con cita = (5+10) + (3+2) = 20.
6.	CLAVE DE ESPECIALIDAD	La Clave de la especialidad que otorga la consulta atención, de acuerdo al “Catálogo de Claves de Servicio y Especialidades”; está compuesta de 4 dígitos.  Ejemplo: 1400 Cardiología 3200 Pediatría  Como referencia, puede consultar el “Catálogo de Servicios y Especialidades” en la página: <a href="http://infosalud.imss.gob.mx">http://infosalud.imss.gob.mx</a>
7.	CONSULTORIO	El número, clave de identificación o nombre asignado al consultorio donde se impartirá la consulta; de acuerdo al SIMO Central.  Ejemplo: 4, G4, etc.
8.	TURNO M / V	Conforme al turno en el que se otorga la consulta, la literal “M” para turno matutino; “V” para el vespertino.

2E10-009-001



**ANEXO 1**  
**Control e informe de consulta externa,**  
**4-30-6/17**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
9.	HORAS DE CONSULTA (HORAS/MINUTOS)	<p>El número exacto de horas y minutos, en formato de 24 horas, que laboró el profesional médico en esa jornada para otorgar consulta y/o realizar procedimientos en consultorio.</p> <p>No debe confundirse con las horas que abarca un turno completo de cada especialidad.</p> <p>Ejemplo: La o el Médico no Familiar, tienen una jornada establecida de 06:00 horas por día y por turno; sin embargo, únicamente otorgó 03:55 horas de consulta a sus pacientes. (Anotar 03:55 horas de consulta).</p>
10.	CLAVE PRESUPUESTAL	<p>La Clave Presupuestal que identifica a la unidad médica. Como referencia puede consultar el Catálogo Único de Unidades Médicas en Servicio con productividad (CUUMSP), disponible en la página: <a href="http://infosalud.imss.gob.mx">http://infosalud.imss.gob.mx</a></p> <p>Está conformada por 12 dígitos alfa-numéricos.</p> <p>Ejemplo: 05 06 02 25 2110</p>
11.	UNIDAD MÉDICA (TIPO Y NÚMERO)	<p>El nombre de la unidad, indicando el tipo y número.</p> <p>Ejemplos: HGZMF 1.</p>
12.	NOMBRE DEL MÉDICO(A) NO FAMILIAR	<p>El nombre completo de la o el Médico no Familiar; titular o suplente que otorgará la consulta, iniciando por apellido paterno, materno y nombre(s).</p> <p>Ejemplo: Chávez Negrete María Delia.</p>
13.	HORA DE LA CITA	<p>La hora y minuto que estableció previamente la Asistente Médica, en la agenda de citas, para el otorgamiento de la consulta. En ésta casilla, deberá registrarse también la hora de la cita concertada.</p> <p>Ejemplo: 08:30 AM</p>

2E10-009-001



**ANEXO 1**  
**Control e informe de consulta externa,**  
**4-30-6/17**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
14.	NOMBRE DEL DERECHO-HABIENTE	<p>El nombre completo del derechohabiente que recibirá la atención médica, iniciando por apellido paterno, materno y nombre(s). El dato se tomará de la cartilla de salud, a la falta de ésta, se solicitará identificación oficial que sea válida en el IMSS.</p> <p>Ejemplo: Vázquez Arellano Laura</p>
15.	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	<p>El Número de Seguridad Social del derechohabiente que asiste a la Consulta Externa; en caso de cita previa, el dato se tomará de la agenda de citas.</p> <p>Si el derechohabiente acude espontáneamente sin cita a la Consulta Externa o al Servicio de Urgencias; deberá de tomarse el número de la cartilla de salud</p> <p>Ejemplo: 10 78 60 5580</p> <p>Cuando se trate de un: "No derechohabiente", en el Servicio de Urgencias, o en ese momento no disponga del Número de Seguridad Social, los 10 dígitos serán cubiertos con ceros.</p>
16.	AGREGADO MÉDICO	<p>Los dígitos (números y letras) que conforman el agregado al número de seguridad social.</p> <p>Ejemplo: 1M1959OR, manejado</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Carácter del derechohabiente</li><li>1. Asegurado</li><li>2. Esposa o Esposo o Concubina o Concubino</li><li>3. Hijos</li><li>4. Padres</li><li>5. Pensionado</li><li>6. Beneficiario de pensionado</li></ul> <p>- Sexo</p> <p>M – Masculino, F Femenino</p> <p>- Año de nacimiento a cuatro dígitos</p> <p>ejemplo 1959</p>

2E10-009-001



**ANEXO 1**  
**Control e informe de consulta externa,**  
**4-30-6/17**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No	DATO	ANOTAR
		<p>- Régimen de seguridad social</p> <p>OR – Ordinario</p> <p>ET - Eventual temporal y de la construcción</p> <p>EC – Estacionales del campo</p> <p>SA – Seguro Adicional</p> <p>ES – Seguro de salud para estudiantes</p> <p>SF – Seguro de familia</p> <p>PE - Pensionado</p> <p>ND – No Derechohabiente</p> <p>Para los estudiantes que sean afiliados por convenio, deberán invariablemente, tener el carácter de derechohabiente 1.</p> <p>Esta norma sólo es válida para registros médicos, no interfieren en lo referente a Servicios Técnicos para el registro y control de expedientes de la tarjeta de afiliación o de la tarjeta de adscripción a la clínica.</p> <p>Ejemplo: 1M1971ES.</p> <p>Para los personas que sean asegurados por la contratación del seguro adicional, deberán invariablemente, tener el carácter de derechohabiente 1.</p> <p>Ejemplo: 1F2017SA o 1M2017SA (de acuerdo al sexo)</p>
17.	INICIO DE LA ATENCIÓN	<p>La hora y minuto exacto en que inicia la atención al paciente, en formato de 24 horas.</p> <p>Ejemplo: 10:12</p>
18.	FIN DE LA ATENCIÓN	<p>La hora y minuto exacto en que termina la atención al paciente, en formato de 24 horas.</p> <p>Ejemplo: 10:32</p>
19.	1RA. VEZ ( SI / NO )	<p>La palabra “SI”, en la columna 1, de acuerdo a los siguientes criterios:</p>

**2E10-009-001**





**ANEXO 1**  
**Control e informe de consulta externa,**  
**4-30-6/17**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No	DATO	ANOTAR
		<p>Consulta de Especialidades. - Se considera de "primera vez" todo aquel diagnóstico o padecimiento inicial en la especialidad; por lo tanto, en cada una de las especialidades en donde se le trate inicialmente, se considerará de "primera vez" en cada una de ellas.</p> <p>La palabra "NO", en la columna 1, cuando se trate de pacientes que acuden por segunda o más ocasiones a la misma especialidad.</p>
20.	SE RECIBIÓ POR 4-30-200 ( SI / NO )	<p>La palabra "SI", en la columna 2, si el paciente fue referido de otra especialidad a ésta, mediante el formato "Solicitud de Servicios e Interconsulta, 4-30-200".</p> <p>La palabra "NO", en la columna 2, si el paciente fue referido por el formato "Referencia – Contra referencia, 4-30-8/98".</p>
21.	PASE A ESPECIALIDAD O SERVICIO EN LA UNIDAD	<p>Una "X" en la columna 3, cuando la o el Médico no Familiar tratante, considere necesario derivar a su paciente, mediante el formato "Solicitud de Servicios e Interconsulta, 4-30-200", para que sea atendido en otra especialidad.</p> <p>Ejemplo: Un paciente que está recibiendo consulta en la especialidad de Medicina Interna, es referido mediante el formato "Solicitud de Servicios e Interconsulta, 4-30-200", por la o el Médico no Familiar tratante a la especialidad de Cardiología, ya que existen indicios de complicaciones cardiacas.</p>
22.	PASE A OTRA UNIDAD	<p>Una "X" en la columna 4, cuando la o el Médico no Familiar tratante considere necesario enviar al paciente a otra unidad médica que cuente con la especialidad que requiere la persona atendida. Éste envío se realiza con el formato "Referencia – Contra referencia, 4-30-8/98".</p>
23.	ALTA	<p>Una "X" en la columna 5, cuando la o el Médico no Familiar tratante considere dar de alta de la especialidad al paciente, por cualquier motivo.</p>
24.	NÚMERO DE RECETAS	<p>En la columna 6, el número de recetas que se le otorgaron al Derechohabiente.</p>

2E10-009-001



**ANEXO 1**  
**Control e informe de consulta externa,**  
**4-30-6/17**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
25.	DÍAS DE INCAPACIDAD	En la columna 7, el número de días de incapacidad que se otorgaron al asegurado(a), ya sea por Enfermedad General o Riesgo de Trabajo.
26.	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	En la columna 8, el número correspondiente a la acción realizada de Planificación Familiar, de acuerdo al recuadro (8), Planificación Familiar, localizado en la parte superior media del formato 4-30-6.  Con una línea diagonal, poner abajo la cantidad proporcionada.  Ejemplo: -(11/1) Aceptante de DIU TCu Estándar (Una pieza) -(19/12) Aceptante de Preservativo Hule Látex (12 piezas)
27.	RIESGO DE TRABAJO	En la columna 9, anotar el número que corresponda de acuerdo al recuadro (9), RIESGO DE TRABAJO.
28.	REQUIERE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA ( SI / NO )	Una "S", cuando el médico especialista quirúrgico determina que el paciente es candidato y acepta como opción terapéutica una intervención quirúrgica, independientemente del estado en que se encuentre la protocolización preoperatoria (ejemplo: pacientes con catarata).  Un "N", cuando se determine que la patología puede ser resuelta por tratamiento médico o el paciente rechace la opción quirúrgica.
29.	SOLICITUD DE CIRUGÍA	Una "C" para las cirugías concertadas/ <b>electiva</b> y será consignada con la fecha de la consulta en que se lleve a cabo dicha notación.  Este rubro deberá registrarse una vez que se ha concluido el protocolo preoperatorio y el paciente ratifica la aceptación de la cirugía, firma el formato de "Autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica, 4-30-59/17", clave 2E10-009-016 (Anexo 16), y el consentimiento informado.  Debe ser utilizado exclusivamente por el personal médico no familiar responsable de elaborar la solicitud para programación.

**2E10-009-001**



**ANEXO 1**  
**Control e informe de consulta externa,**  
**4-30-6/17**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No	DATO	ANOTAR
		<p>Una "N" para las cirugías no concertadas.</p> <p>Al estar marcado éste espacio, invariablemente, el personal del ARIMAC debe Codificar el código de la CIE-10, <b>U58.1</b> "Cirugía programada concertada" o U58.0 "Cirugía programada no concertada.</p> <p>De ésta manera el SIMO Central, tomará en cuenta la fecha del formato "Control e Informe de Consulta Externa, 4-30-6" que se está capturando, como la fecha de solicitud para programación de cirugía.</p>
30.	VISITA ADEC	Una "X" cuando la consulta sea resultado de una visita domiciliaria al paciente Crónico Degenerativo. Espacio exclusivo para el Equipo Multidisciplinario del ADEC.
31.	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	<p>La afección diagnosticada al final del proceso de atención de la salud como la causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación que tuvo el paciente. Si hay más de una afección así caracterizada, debe seleccionarse la que se considera causante del mayor uso de recursos. Si no se hizo ningún diagnóstico, debe seleccionarse el síntoma principal, hallazgo anormal o problema más importante como afección principal.</p> <p>Ejemplo: Nefropatía Diabética</p>
32.	1ra. Vez	<p>Una "S", para calificar que el Diagnóstico: Principal, Secundario o Adicional son de 1ra. vez de atención en la especialidad.</p> <p>La letra "N", cuando se trate atenciones subsecuentes del mismo Diagnóstico en esa misma especialidad.</p>
33.	SECUNDARIO	<p>Otra afección que coexistió o se desarrolló durante el episodio de atención y afectó el tratamiento del paciente.</p> <p>Ejemplo: Cuando el análisis se limita a una afección para cada episodio, se puede perder información. Por lo tanto, se recomienda, cuando sea posible, codificar y analizar afecciones múltiples para complementar la información de rutina.</p>

2E10-009-001



**ANEXO 1**  
**Control e informe de consulta externa,**  
**4-30-6/17**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
34.	ADICIONAL	Otra patología que interviniera o fuera causante de los dos diagnósticos anteriores.
35.	PROCEDIMIENTOS EN CONSULTORIO O EN DOMICILIO	<p>La descripción del procedimiento efectuado, de acuerdo a la Clasificación de Procedimientos (volumen 3 de la CIE-9-MC).</p> <p>En caso de realizar más de un procedimiento, registrar los tres de mayor importancia.</p> <p>En la versión de SIMO Central ya se tienen hasta 10 campos para el registro.</p> <p>Ejemplo:</p> <p>Biopsia de mama abierta, Implante de arteria mamaria, etc.</p> <p>Aplicación de Toxina botulínica así como la realización de pruebas de esfuerzo.</p>
36.	MATRÍCULA Y FIRMA DEL PERSONAL MÉDICO NO FAMILIAR QUE OTORGÓ LA ATENCIÓN	<p>La matrícula y firma autógrafa de la o el Médico no Familiar que otorgó la consulta, en el renglón siguiente a los datos del último paciente atendido. Los renglones que no cuentan con registros deben invalidarse con líneas.</p> <p>Se deberá validar la información contenida en el formato a través de la rúbrica del personal Médico no Familiar.</p>
37.	CÓDIGO(S) MOTIVO DE LA CONSULTA	El código alfanumérico, con base a la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10), que le corresponda de acuerdo al diagnóstico o motivo de consulta, a cuarto carácter.
38.	CÓDIGO(S) DE PROCEDIMIENTO(S) EN CONSULTORIO O EN DOMICILIO	El código numérico a cuarto carácter, que le corresponda al o a los procedimientos realizados en consultorio, con base a la Clasificación de Procedimientos CIE-9-MC.

2E10-009-001



**ANEXO 2**

**Informe de Servicios Profesionales, 4-30-6P/21  
2E10-009-002**





**ANEXO 2**  
**Informe de Servicios Profesionales,**  
**4-30-6P/21**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**Responsable**

Personal de Enfermería de todas las categorías, en caso de que en la unidad médica exista Psicólogo(a), Nutricionista Dietista, Optometrista, Trabajadora Social, Trabajador Social Clínico, cada uno en el ámbito de su competencia.  
Se registrará por cada día de actividad laboral.

**Número de tantos:**

Original

**Distribución:**

El original se recibirá al siguiente día hábil de su llenado, en el ARIMAC.

La recepción del formato "Informes de Servicios Profesionales" 4-30-6/P20, en el ARIMAC significará registrar su control, en la Bitácora de recepción de formatos fuentes 2E10-009-019.

Este formato es un documento de comprobación administrativa.

**Instrucciones específicas:**

El llenado del formato se debe realizar a máquina, donde no exista el recurso con letra clara, legible, usando tinta azul y sin tachaduras o enmendaduras.

2E10-009-002



## ANEXO 2

### Informe de Servicios Profesionales 4-30-6P/21

#### INSTRUCTIVO DE LLENADO

No DATO

ANOTAR

**1. FECHA**

Con números arábigos el día, mes y año correspondiente a la fecha en que se otorga la atención y en el caso de estar conformados solamente por una unidad, se agregará un "0" a la izquierda.

Ejemplo: 08-01-2021

**2. UNIDAD**

La clave presupuestal, el tipo y número Unidad de Atención Médica correspondiente.

Ejemplo: 010101012151.HGZ 1.

Nota: La clave presupuestal se puede consultar en el Catálogo Único de Unidades Médicas en Servicio con Productividad (CUUMSP), publicado en la siguiente página:  
<http://infosalud.imss.gob.mx/>

**3. NOMBRE**

El nombre completo iniciando por el apellido paterno, materno y nombre (s) del profesional de salud que otorga la atención.

**4. MATRÍCULA**

El número de matrícula del personal de la salud que otorga la atención.

Ejemplo: 97277458

**5. SERVICIO**

La clave del servicio que otorga la atención, de acuerdo con el Catálogo de servicios y especialidades.

Ejemplos:

9800 Optometría,  
3500 Psicología,  
6600 Nutrición y Dietética,  
6900 Trabajo Social,  
6400 Enfermera Prenatal

Nota: El Catálogo de servicios y sus actualizaciones se pueden consultar en la página:  
<http://infosalud.imss.gob.mx/>





## ANEXO 2

### Informe de Servicios Profesionales 4-30-6P/21

#### INSTRUCTIVO DE LLENADO

No DATO

ANOTAR

6. **TURNO** El turno en que se otorga la atención, de acuerdo con los siguientes códigos:  
  
(M) Matutino, (V) Vespertino
7. **CUBÍCULO/  
CONSULTORIO/  
MÓDULO** El número económico asignado al Cubículo / Consultorio / Módulo en donde se otorga la atención.  
  
Ejemplo: Cubículo No.1
8. **SERVICIO  
DONDE SE  
ENCUENTRA EL  
CONSULTORIO  
/CUBÍCULO/  
MÓDULO** El nombre del servicio en donde se encuentra físicamente el cubículo consultorio o módulo, según la distribución de la Unidad.  
  
Ejemplo: Consulta Externa de Especialidades, Cirugía, etc.
9. **HORAS  
TOTALES DE  
ATENCIÓN** La sumatoria de las horas de atención reales del profesional de la salud deberá ser ejecutada por el ARIMAC con la fórmula que se describe a continuación  
  
$$\text{Horas de atención} = \text{Duración de la Consulta 1} + \text{Duración de la Consulta 2} + \text{Duración de la Consulta 3} + \dots + \text{Duración de la Consulta "n"}$$
  
  
Siendo "n" el número de consultas de la jornada.  
  
$$\text{Duración de la Consulta} = \text{Hora real} - \text{Hora Inicio}$$
  
  
Duración de la Consulta 1= 08:20 - 08:00 = 20 min  
Duración de la Consulta 2= 10:15 - 09:45 = 30 min  
Duración de la Consulta 3= 11:20 - 10:30 = 50 min  
  
Ejemplo:  
Horas totales de atención = 20 min + 30 min + 50 min = 100 min  
  
Se registra su equivalente en fracción de hora. **2E10-009-002**



**ANEXO 2**

**Informe de Servicios Profesionales  
4-30-6P/21**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**ANOTAR**

**No DATO**

Para convertir una fracción en número decimal se hace una división.

Formula:  $\frac{\text{minutos a convertir}}{60 \text{ min}}$

Ejemplo:  $43 \text{ min}/60 \text{ min} = 0.72$

Otros ejemplos de conversión:

Hora	Numero decimal
1 hora	1
30 minutos	0.50
15 minutos	0.25
20 minutos	0.33
45 minutos	0.75
50 minutos	0.83
Dos horas y media	2.5
Una hora y 15 minutos	1.25

Horas de atención =  $0.33 \text{ hr} + 0.5 \text{ hr} + 0.83 \text{ hr} = 1.66 \text{ hr}$

**10. NOMBRE/  
NÚMERO DE  
SEGURIDAD  
SOCIAL/  
AGREGADO  
MÉDICO**

**NOMBRE:** El nombre completo iniciando por el apellido paterno, materno y nombre (s) de la persona que recibió la atención por el profesional de salud

**NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL/AGREGADO MÉDICO:** El número de Seguridad Social así como los dígitos (números y letras) que conforman el agregado al número de Seguridad Social de la persona que asiste a la atención, en caso de cita previa, el dato se tomará de la agenda respectiva.

Ejemplo 1: 0670 53 0705.

Ejemplo 2: 1M1989OR.

En el caso de no derechohabiente, se crea un número de afiliación: día/mes/año/folio de asistentes médicos/0/sexo/ND

**2E10-009-002**



## ANEXO 2

### Informe de Servicios Profesionales 4-30-6P/21

#### INSTRUCTIVO DE LLENADO

#### ANOTAR

No

DATO

Ejemplo 3: 170820/010MND.

En el caso de estudiante, se pondrán las letras ES, esta norma sólo es válida para registros médicos, no interfieren en lo referente a Servicios Técnicos para el registro y control de expedientes de la tarjeta de Seguridad Social o de la tarjeta de adscripción a la clínica.

Ejemplo 4: 1M1991ES.

En el caso de personas desconocidas, se conforma con los siguientes números: díamesaño/número de folio que controlan las asistentes médicas/0/sexo/ND

Ejemplo 5: 170820/01/0MND

**11. HORA CITA**

La hora que se estableció para el otorgamiento de la atención registrada previamente, este dato se registrará exclusivamente en caso de cita previa en formato de 24 horas.

**12. HORA INICIO**

La hora en que se inicia la atención, en formato de 24 horas.  
Ejemplo: 09:30

**13. HORA REAL**

La hora en que concluyó la atención al paciente; en formato de 24 horas.

**14. 1ª. VEZ**

Una "X" cuando el paciente es atendido por primera vez en el servicio.

En caso de ser subsecuente, NO se registra.

**15. TIPO NOTA**

El tipo de nota , de acuerdo con el siguiente código:

"I" = Nota Inicial.

"S"=Nota Subsecuente.

"A"=Nota sea de Alta.

"C"= Cierre

2E10-009-002



## ANEXO 2

### Informe de Servicios Profesionales 4-30-6P/21

#### INSTRUCTIVO DE LLENADO

#### ANOTAR

No	DATO	
16.	<b>NÚMERO DE NOTA</b>	El número consecutivo de nota, de acuerdo con la fecha en que se otorgó la consulta. Si a la última fecha de consulta se han elaborado 6 notas Ejemplo: 6.
17.	<b>ASESORAMIENTO O AL PROCESO SALUD ENFERMEDAD</b>	Una "S" en caso de realizar asesoría  Cuando no se realice, dejar el espacio vacío
18.	<b>PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS</b>	Una "X", cuando si se prescriba medicamento al paciente, cuando no se prescriba medicamento al paciente.
19.	<b>IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA LA SALUD</b>	El nivel de riesgo detectado de acuerdo con los criterios de cada profesional  "A" = alto "M" = mediano. "B" = bajo.
20.	<b>RED DE APOYO CON LA QUE CUENTA EL PACIENTE</b>	La red de apoyo con la que cuenta el paciente de acuerdo con los siguientes códigos:  1. Sin cuidador. 2. Cuidador familiar. 3. Cuidador social. 4. Cuidador empleado.
21.	<b>CAPACITACIÓN A GRUPOS</b>	El número de personas a quienes se les otorga la capacitación, o la terapia.  Se considera un grupo, después de 2 integrantes en la atención.  Es necesario registrar el padecimiento motivo de atención, y el código CIE-10 respectivo.  Ejemplo: Bulimia                      Código CIE F50.2.-

2E10-009-002



## ANEXO 2

### Informe de Servicios Profesionales 4-30-6P/21

#### INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
22.	<b>VISITA DOMICILIARIA</b>	“Si” Si se realiza la visita domiciliaria al paciente. “No” No se realiza la visita al paciente.
23.	<b>REFERENCIA</b>	El código de acuerdo con las siguientes acciones: “1” Cuando se refiere a otro Servicio “2” Cuando se refiere a otra Unidad Médica “3” Cuando se refiere a otra Instancia, ejemplo un Centro de Seguridad Social.
24.	<b>MOTIVO DE LA ATENCIÓN SEGUN CATÁLOGO CIE 10</b>	En los renglones en blanco localizados en la parte izquierda del formato, escribir los principales motivos de la atención o los de mayor costo, de acuerdo con los códigos de atención preasignados para cada Profesional de acuerdo con el Catálogo CIE 10, vigente.  Nota: El Catálogo de códigos para las actividades de los profesionales y sus actualizaciones, se puede consultar en la página: <a href="http://infosalud.imss.gob.mx/">http://infosalud.imss.gob.mx/</a> y en la Tabla 1 Catálogo de Códigos CIE-10 para los profesionales.
25.	<b>PROCEDIMIENTOS CIE 9MC REALIZADOS EN CONSULTORIO, CUBÍCULO O MÓDULO</b>	En el renglón en blanco, escribir los principales procedimientos CIE 9MC realizados en consultorio, cubículo o módulo.  Nota: El Catálogo de códigos para las actividades de los profesionales y sus actualizaciones, se puede consultar en la página: <a href="http://infosalud.imss.gob.mx/">http://infosalud.imss.gob.mx/</a> y en la Tabla 2. Catálogo de códigos CIE 9 MC para los profesionales.
26.	<b>CÓDIGO CIE 10</b>	Código CIE-10 vigente, del primer y segundo motivo de atención  Nota: El Catálogo de códigos para las actividades de los profesionales y sus actualizaciones, se puede consultar en la página: <a href="http://infosalud.imss.gob.mx/">http://infosalud.imss.gob.mx/</a> y en la Tabla 1 Catálogo de Códigos CIE-10 para los profesionales.
27.	<b>CÓDIGO CIE 9MC</b>	Código CIE-10 vigente

2E10-009-002



**ANEXO 2**

**Informe de Servicios Profesionales  
4-30-6P/21**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**No**

**DATO**

**ANOTAR**

Nota: El Catálogo de códigos para las actividades de los profesionales y sus actualizaciones, se puede consultar en la página: <http://infosalud.imss.gob.mx/> y en la Tabla 2. Catálogo de códigos CIE 9 MC para los profesionales.

**28. FIRMA DEL PROFESIONAL**

Firmar con tinta legible

**Tabla 1 Catálogo de Códigos CIE-10 para los profesionales**

<b>CÓDIGO CIE-10</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
R12X	Acidez
71H	Actividad educativa (crónicas)
D52X	Anemia por deficiencia de folatos
R630	Anorexia
R26X	Anormalidades de la marcha y de la movilidad
R34X	Anuria y oliguria
R635	Aumento anormal de peso
O260	Aumento excesivo de peso en el embarazo
O261	Aumento pequeño de peso en el embarazo
W011	Caída en el mismo nivel por deslizamiento, tropezón y traspíe, institución residencial
R234	Cambios en la textura de la piel
R194	Cambios en los hábitos intestinales
K02X	Caries dental
Y846	Cateterización urinaria
L03X	Celulitis
R230	Cianosis
Z935	Cistotomía
L811	Cloasma
Z933	Colostomía
Z300	Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción
K590	Constipación
Z639	Colapso del cuidador
Z515	Cuidados paliativos

**2E10-009-002**



**Tabla 1 Catálogo de Códigos CIE-10 para los profesionales**

<b>CÓDIGO CIE-10</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
E611	Deficiencia de hierro
Z998	Dependencia de otras máquinas y dispositivos capacitantes
L231	Dermatitis alérgica de contacto debida a adhesivos
L309	Dermatitis alérgica de contacto, de causa no especificada
O25X	Desnutrición en el embarazo
Y841	Diálisis renal
R262	Dificultad para caminar, no clasificada en otra parte
R633	Dificultades y mala administración de la alimentación
R13X	Disfagia
R060	Disnea
R300	Disuria
R10X	Dolor abdominal y pélvico
R520	Dolor agudo
R30X	Dolor asociado con la micción
R521	Dolor crónico intratable
R070	Dolor de garganta
R071	Dolor en el pecho al respirar
R072	Dolor precordial
R529	Dolor, no especificado
R601	Edema generalizado
O120	Edema gestacional
O122	Edema gestacional con proteinuria
R600	Edema localizado
O12X	Edema y proteinuria gestacionales [inducidos por el embarazo] sin hipertensión
Y434	Efectos adversos de agentes inmunosupresores
O48X	Embarazo prolongado
F32X	Episodio depresivo
F320	Episodio depresivo leve
F411	Ansiedad
F55X	Polifarmacia
F059	Delirium
F067	Deterioro cognoscitivo leve
F03X	Trastorno neuro cognoscitivo mayor (Demencia)
G479	Trastornos del sueño
R061	Estridor
R401	Estupor
Z013	Examen de la presión sanguínea
Z017	Examen de laboratorio
Z011	Examen de oídos y de la audición

2E10-009-002



**Tabla 1 Catálogo de Códigos CIE-10 para los profesionales**

<b>CÓDIGO CIE-10</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
Z010	Examen de ojos y de la visión
Z730	Fragilidad
S729	Fractura de cadera
M6284	Sarcopenia
R508	Fiebre con escalofrío
R509	Fiebre, no especificada
R14X	Flatulencia y afecciones afines
Z931	Gastrostomía
R81X	Glucosuria
O280	Hallazgo hematológico anormal en el examen prenatal de la madre
O283	Hallazgo ultrasónico anormal en el examen prenatal de la madre
K920	Hematemesis
N029	Hematuria recurrente y persistente, no especificada
R31X	Hematuria, no especificada
R823	Hemoglobinuria
O20X	Hemorragia precoz del embarazo
O224	Hemorroides en el embarazo
O210	Hiperémesis gravídica leve
O13X	Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo]
O16X	Hipertensión materna, no especificada
R066	Hipo
I951	Hipotensión ortostática
I95X	Hipotensión
T68X	Hipotermia
Z932	Ileostomía
R15X	Incontinencia fecal
R32X	Incontinencia urinaria, no especificada
O231	Infección de la vejiga urinaria en el embarazo
O23X	Infección de las vías urinarias en el embarazo
R636	Ingesta insuficiente de alimentos y agua debida a descuido personal
R263	Inmovilidad
G459	Isquemia cerebral transitoria, sin otra especificación
T749	Maltrato
R53X	Malestar y fatiga
R42X	Mareo y desvanecimiento
K921	Melena
R309	Micción dolorosa, no especificada
K123	Mucositis oral (ulcerativa)
R460	Muy bajo nivel de higiene personal
R11X	Nausea y vomito

2E10-009-002





**Tabla 1 Catálogo de Códigos CIE-10 para los profesionales**

<b>CÓDIGO CIE-10</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
Z740	Necesidad de asistencia debida a movilidad reducida
R73X	Nivel elevado de glucosa en sangre
W030	Otras caídas en el mismo nivel por colisión con o por empujón de otra persona, vivienda
O208	Otras hemorragias precoces del embarazo
R231	Palidez
R634	Perdida anormal de peso
K65X	Peritonitis
Z763	Persona sana que acompaña al enfermo
R631	Polidipsia
R632	Polifagia
R35X	Poliuria
R293	Postura anormal
Z602	Problemas relacionados con persona que vive sola
H547	Privación sensorial
O121	Proteinuria gestacional
R620	Retardo del desarrollo
R33X	Retención de orina
R232	Rubor
O265	Síndrome de hipotensión materna
F402	Síndrome de miedo a caer
R400	Somnolencia
R191	Sonidos intestinales anormales
Z34X	Supervisión de embarazo normal
Z348	Supervisión de otros embarazos normales
Z340	Supervisión de primer embarazo normal
R301	Tenesmo vesical
R05X	Tos
Z930	Traqueotomía
F067	Trastorno cognoscitivo leve
F432	Trastornos de adaptación
G470	Trastornos del inicio y del mantenimiento del sueño [insomnios]
G47X	Trastornos del sueño
R13X	Trastornos de la deglución
L890	Úlcera de decúbito y por área de presión, etapa I
L891	Úlcera de decúbito, etapa II
L892	Úlcera de decúbito, etapa III
L893	Úlcera de decúbito, etapa IV
O219	Vómitos del embarazo, no especificados
O21X	Vómitos excesivos del embarazo

2E10-009-002



**Tabla 2. Códigos adicionales para actividades de Trabajo Social**

<b>CODIGO CIE-10 Y CLAVES INTERNAS USO EXCLUSIVO IMSS</b>	<b>DESCRIPCION</b>
<b>TS3.A</b>	A. Estudio médico social
<b>TS3.B</b>	B. Envío C.S.S. o Ext.
<b>Se sustituye por un atributo en las columnas 10</b>	C. Envío a otras instituciones
<b>Se sustituye por un atributo en las columnas 8</b>	D. Educación a grupos
<b>TS3.C</b>	E. Incumplimiento de indicación médica
<b>Se deroga</b>	F. Carencia de información Z768
<b>Se deroga</b>	G. Insuficiente información Z768
<b>TS3.D</b>	H. Problemas de repercusión familiar
<b>TS3.E</b>	I. Problemas de repercusión económica
<b>TS3.F</b>	J. Problemas de repercusión social
<b>TS3.G</b>	K. Problemas de repercusión laboral
<b>Se deroga</b>	L. Problemas administrativos Z768
<b>Se deroga</b>	M. Orientación social Z718
<b>TS1.A</b>	Investigación social
<b>TS1.B</b>	Reintegración del paciente a control médico
<b>TS1.C</b>	Apoyo Social
<b>TS1.D</b>	Seguimiento del caso
<b>TS1.E</b>	Estudio social médico con enfoque laboral
<b>TS1.F</b>	Investigación sociolaboral
<b>TS1.G</b>	Valoración Funcional Social
<b>TS1.H</b>	Valoración de Sobre carga del cuidador
<b>TS1.I</b>	Problemas de género y violencia
<b>Z30.0</b>	Necesidad de información en Planificación Familiar
<b>E100 al E149</b>	Nota: Pacientes con padecimientos de Diabetes Mellitus De acuerdo con el instructivo de llenado del ANEXO 2 "Informe de Servicios Profesionales" 4-30-6P/21, estos códigos deberán quedar conforme el numeral 24 del mismo en principal y de acuerdo con el numeral 25 deberán registrar el código correspondiente a la acción realizada.
<b>I10.X</b>	Pacientes con padecimientos de Hipertensión arterial De acuerdo con el instructivo de llenado del ANEXO 2 "Informe de Servicios Profesionales" <b>2E10-009-002</b>



**Tabla 2. Códigos adicionales para actividades de Trabajo Social**

<b>CODIGO CIE-10 Y CLAVES INTERNAS USO EXCLUSIVO IMSS</b>	<b>DESCRIPCION</b>
	4-30-6P/21, estos códigos deberán quedar conforme el numeral 24 del mismo en principal y de acuerdo con el numeral 25 deberán registrar el código correspondiente a la acción realizada.
<b>Z72.4</b>	Pacientes con problemas de sobrepeso u obesidad De acuerdo con el instructivo de llenado del ANEXO 2 “Informe de Servicios Profesionales” 4-30-6P/21, estos códigos deberán quedar conforme el numeral 24 del mismo en principal y de acuerdo con el numeral 25 deberán registrar el código correspondiente a la acción realizada.
<b>Z34.9</b>	Necesidad de información para el cuidado en el embarazo
<b>Z71.8</b>	Necesidad de información sobre cáncer
<b>Z53.2</b>	Rechazo al tratamiento
<b>Z60.2</b>	Problemas relacionados con persona que vive sola
<b>Z63.2</b>	Problemas relacionados con el apoyo familiar inadecuado
<b>Z50.8</b>	Paciente con necesidad de ortesis y prótesis
<b>TS1.J</b>	Investigación de casos con tiempos prolongados de incapacidad
<b>Z56.1</b>	Reintegración Laboral
<b>TS1.K</b>	Asesoría para el otorgamiento de las Prestaciones de la ley (Riesgo de Trabajo, Invalidez)
<b>Z35.6</b>	Adolescente embarazada
<b>Z63.8</b>	Dificultad para modificar la dinámica familiar
<b>TS1.L</b>	Expectativas diferentes de los integrantes de la familia que inciden en salud
<b>TS1.M</b>	Necesidad de apoyo tanatológico
<b>TS1.N</b>	Necesidad de información para donación de órganos y tejidos
<b>TS1.O</b>	Necesidad de información para donación de sangre
<b>TS1.P</b>	Necesidad de información para el ingreso al proceso quirúrgico
<b>TS1.Q</b>	Necesidad de información para la atención a pacientes renales
<b>TS1.R</b>	Necesidad de información para la atención obstétrica
<b>TS1.S</b>	Necesidad de información para la lactancia materna
<b>TS1.T</b>	Paciente integrado a programa de VIH/SIDA
<b>TS1.U</b>	Paciente integrado a programa de Hemodiálisis
<b>TS1.V</b>	Paciente integrado a programa de ADEC <b>2E10-009-002</b>
<b>TS1.W</b>	Paciente integrado a programa de Diálisis



**Tabla 2. Códigos adicionales para actividades de Trabajo Social**

<b>CODIGO CIE-10 Y CLAVES INTERNAS USO EXCLUSIVO IMSS</b>	<b>DESCRIPCION</b>
TS1.X	Paciente integrado a clínica de mama
TS1.Y	Paciente o persona abandonada
TS1.Z	Paciente en edad reproductiva con enfermedades crónico-degenerativas sin protección anticonceptiva
TS2.A	Paciente puérpera egresada sin protección anticonceptiva
TS2.B	Tour Obstétrico
TS2.C	Tour Quirúrgico
Z71.6	Problemas de Tabaquismo
Z71.4	Problemas de Alcoholismo
Z71.5	Problemas de Drogadicción
TS2.D	Necesidad de información por alta voluntaria
TS2.E	Paciente no derechohabiente
TS2.F	Necesidad de información por caso médico legal
TS2.G	Necesidad de Información para dotación de Oxígeno
TS2.H	Incorporación a grupos de autoayuda
<b>Se sustituye por un atributo en columna 7</b>	Pacientes sin redes de apoyo
TS2.I	Cierre de caso por Investigación social
TS2.J	Promoción altruista de donación sanguínea

**Tabla 3. Códigos adicionales para nutrición y dietética en síndromes geriátricos**

<b>Código CIE 10</b>	<b>Descripción</b>
M62.5	Sarcopenia
E40.X	Kuashiorkor = Desnutrición en niños por ausencia de nutrientes como las proteínas
E44.0	Desnutrición proteico-calórica moderada
E44.1	Desnutrición proteico-calórica leve
R13.X	Disfagia = Trastornos de deglución

2E10-009-002



**ANEXO 3**

**Ingresos, Registro Diario Hospital, 4-30-21/17-I  
2E10-009-003**





**ANEXO 3**  
**Ingresos, Registro Diario Hospital,**  
**4-30-21/17- I**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**Objetivo del formato:**

Registrar y controlar administrativamente los ingresos programados y no programados para hospitalización en cama censable de programas ambulatorios (cirugía ambulatoria y diálisis peritoneal) o de la Unidad de Cuidados intensivos. Así como para cumplir las funciones de recepción, control del expediente clínico, constituyéndose en instrumento de registro de las actividades en admisión hospitalaria.

**Responsable:**

Asistente Médica llenará un formato diario de las 00:00 a las 23:59 horas y se registrarán los pacientes con base a los siguientes criterios

- Admisión hospitalaria. - Se registrarán pacientes programados para hospitalización y cirugía ambulatoria y los ingresos a camas censables de pacientes que provienen de las áreas de Urgencias

Los pacientes ingresados en programas ambulatorios que por criterio médico tengan que hospitalizarse en camas censables, no se registrarán nuevamente en este formato, a éstos se les elaborará un Volante de Movimiento Intrahospitalario SIMO 1/17.

La Coordinadora de Asistentes Médicas o la persona que realice estas funciones, es la responsable de validar la información contenida en este formato, quién certificará, a través de su rúbrica, después del último renglón utilizado.

**Número de tantos:**

Original y copia.

**Distribución:**

El original se recibirá al siguiente día hábil de su llenado, en el ARIMAC/OIMAC, antes de las 9:00 am. El recibir el formato significará registrar su control. La Coordinadora de Asistentes Médicas será la responsable de entregar el paquete de información, recabando firma de recibido en la copia.

Las copias se conservarán en los controles o en los servicios generadores durante 30 días posteriores a su elaboración, para aclarar posibles dudas.

**Instrucciones específicas:**

En admisión hospitalaria se deberán registrar los movimientos intrahospitalarios actualizando con estos el kardex, 4-30-26 "Control de Ocupación de Camas".

En los ingresos a camas censables para el programa de cirugía ambulatoria, deberán registrarse en estos formatos la clave "CA", además del número de cama asignada.

En los ingresos a camas censables para el programa de diálisis peritoneal, deberán registrarse en estos formatos la clave "DP", además del número de cama asignada.

2E10-009-003



Los registros de los datos en el formato deberán hacerse a máquina, de tal manera que sea utilicen los renglones y los cuadros adecuadamente de no haber este recurso, el llenado se efectuará a mano utilizando letra de molde legible con tinta diferente al color a la que se empleó para la impresión del formato.

**2E10-009-003**





**ANEXO 3**  
**Ingresos, Registro Diario Hospital,**  
**4-30-21/17-I**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No	DATO	ANOTAR
1.	HOJA NÚMERO	El número progresivo que le corresponde, de acuerdo a las hojas que se elaboraron para la fecha específica.
2.	SERVICIO	El nombre del área de Admisión Hospitalaria y Unidad de Tococirugía (UTQ), según corresponda.
3.	UNIDAD	Nombre de la Unidad, indicando el tipo y número. Ejemplo: H.G.Z.M.F. 1, Hospital de Especialidades C.M.N.
4.	FECHA	Día, mes y año correspondiente a la fecha de registro, los números deberán ser arábigos y en el caso de estar solamente conformados por unidades, se agregará un "0" a la izquierda. Ejemplo: 08-02-16
5.	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	<p>El número de seguridad social del derechohabiente que se ingresa, este número está conformado por diez dígitos, los cuales deberán conservar invariablemente la siguiente distribución de bloques: cuatro dígitos iniciales, después dos y por último otros cuatro, separados por un guion</p> <p>Para los pacientes no derechohabientes se conformará por bloque un número de afiliación de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- En los primeros cuatro dígitos, se registrará la fecha (día y mes de la atención), anteponiendo un cero en el caso de que el día esté conformado por unidades. Ejemplo: primero de enero 0101</li><li>- En los otros dos dígitos, se colocarán las dos últimas cifras del año que transcurre (17, 18, 19, etc.),</li><li>- Los últimos cuatro dígitos, iniciarán con las claves siguientes: 93 si ingresa por Unidad de Tococirugía (UTQ)-y 99 para todos los ingresos por admisión hospitalaria,</li></ul>

2E10-009-003



**ANEXO 3**  
**Ingresos, Registro Diario Hospital,**  
**4-30-21/17-I**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**No**

**DATO**

**ANOTAR**

- Enseguida se colocará un número progresivo de dos cifras (01,02,03, etc.); para tener referencia de los números ya ocupados.

El número así conformado deberá ser el que se utilice en toda la papelería en que se documente al paciente:

Ejemplo: "No derechohabiente" 005-17-9301

6.

**AGREGADO  
MÉDICO**

El Número de Seguridad Social del derechohabiente que asiste a la Consulta Externa; en caso de cita previa, el dato se tomará de la agenda de citas.

Si el derechohabiente acude espontáneamente sin cita a la Consulta Externa o al Servicio de Urgencias; deberá de tomarse el número de la cartilla de salud.

Ejemplo: 10 78 60 5580

Los dígitos (números y letras) que conforman el agregado al número de seguridad social.

Ejemplo: 1M1959OR, manejado

- Carácter del derechohabiente

1. Asegurado
2. Esposa o Esposo o Concubina o Concubino
3. Hijos
4. Padres
5. Pensionado
6. Beneficiario de pensionado

- Sexo

M – Masculino, F Femenino

Año de nacimiento a cuatro dígitos  
ejemplo 1973

Régimen de seguridad social  
OR – Ordinario

**2E10-009-003**



**ANEXO 3**  
**Ingresos, Registro Diario Hospital,**  
**4-30-21/17-I**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
-----------	-------------	---------------

- ET - Eventual temporal y de la construcción
- EC – Estacionales del campo
- SA – Seguro Adicional
- ES – Seguro de salud para estudiantes
- SF – Seguro de familia
- PE - Pensionado
- ND – No Derechohabiente

Para los estudiantes que sean afiliados por convenio, deberán invariablemente, tener el carácter de derechohabiente 1.

Esta norma sólo es válida para registros médicos, no interfieren en lo referente a Servicios Técnicos para el registro y control de expedientes de la tarjeta de afiliación o de la tarjeta de adscripción a la clínica.

Ejemplo: 1M1971ES.

Para las personas que sean aseguradas por la contratación del seguro adicional, deberán invariablemente, tener el carácter de derechohabiente 1.

Ejemplo: 1F2017SA o 1M2017SA (de acuerdo al sexo)

7.	<b>EDAD EN SEMANAS PARA MENORES DE UN AÑO</b>	La edad en semanas del menor de un año al ingresar bajo el siguiente criterio: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si es menor de siete días, anotar una semana.</li> <li>• Si la fracción de semanas es menor o igual a tres días, anotar el número de semanas cumplidas.</li> <li>• Si la fracción de semanas es mayor o igual a cuatro días, anotar el número inmediato superior de las semanas cumplidas.</li> </ul>
----	---	---

8.	<b>NOMBRE</b>	El nombre completo del derechohabiente que solicita atención, iniciando por los apellidos paterno, materno y continuando con el nombre. El dato se tomará del carnet de citas, en el caso de "no
----	---------------	--



**ANEXO 3**  
**Ingresos, Registro Diario Hospital,**  
**4-30-21/17-I**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>										
		derechohabiente", o a la falta de carnet, el dato será informado verbalmente.  Ejemplo: Gutiérrez Olvera Martín.										
9.	TIPO	Tipo de unidad al que está adscrito el paciente que se ingresa Ejemplo: UMF, HGSMF, HGZMF.										
10.	NO.	Número económico de la Unidad de adscripción del paciente que ingresa. Ejemplo: 95										
11.	CLAVE PRESUPUEST AL	Clave presupuestal correspondiente a la Unidad de acuerdo al "Catálogo Único de Unidades Médicas en Servicio con Productividad" Ejemplo: 14 01 02 02 2151										
12.	DELEGACIÓN	Nombre de la delegación a la que pertenece la unidad de adscripción del paciente que ingresa.  Ejemplo: 15 Estado de México-Oriente										
13.	ESPECIALIDA D	La especialidad a la que ingresa el paciente:  En admisión hospitalaria, deberá tomarse de la orden de internamiento.  En la Unidad de Tococirugía (UTQ) de acuerdo a la orden médica, si el caso es ginecológico u obstétrico.  Ejemplo: Cardiología										
14.	DIV. CIR. 1 GO. 2 MED. 3 PED. 4	La clave de la División a la que corresponda la especialidad de acuerdo a los siguientes criterios: <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th>Número de clave</th> <th>División</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td align="center">1</td> <td>Cirugía</td> </tr> <tr> <td align="center">2</td> <td>Gineco-Obstetría</td> </tr> <tr> <td align="center">3</td> <td>Medicina</td> </tr> <tr> <td align="center">4</td> <td>Pediatría</td> </tr> </tbody> </table>	Número de clave	División	1	Cirugía	2	Gineco-Obstetría	3	Medicina	4	Pediatría
Número de clave	División											
1	Cirugía											
2	Gineco-Obstetría											
3	Medicina											
4	Pediatría											
15.	INGRESO: PROGRAMAD O	Una "X" cuando el ingreso se establece en forma programada y para el caso de atención obstétrica con control prenatal y pase del Médico Familiar.										

**2E10-009-003**



**ANEXO 3**  
**Ingresos, Registro Diario Hospital,**  
**4-30-21/17-I**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
16.	INGRESO: URGENTE	Una "X" cuando el ingreso se determina con carácter de urgencia y en el caso de atención obstétrica sin control prenatal.
17.	INGRESO: HORA	La hora en que se determinó el ingreso hospitalario. Este dato se registrará en horas y minutos.  Ejemplo: 08:00
18.	INGRESO: NÚMERO DE CAMA	El número de cama de acuerdo a los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"><li>• En admisión hospitalaria, se registrará el número de cama censable a la que ingresa el paciente a hospitalización, para los ingresos al programa de cirugía ambulatoria se registrará la sigla "CA", además el número de cama asignada.</li><li>• En los ingresos del programa de diálisis peritoneal, deberán registrarse la clave "DP", además del número de cama asignada.</li></ul>
19.	ORDENADO POR: MAT. MED	La matrícula del médico responsable que atiende al paciente.

2E10-009-003



**ANEXO 4**

**Egresos, Registro Diario Hospital, 4-30-21/17-E**  
**2E10-009-004**





**ANEXO 4**  
**Egresos, Registro Diario Hospital,**  
**4-30-21/17-E**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**Objetivo del formato:**

Registrar los egresos de Hospitalización, Admisión Hospitalaria, Unidad de Cuidados Intensivos, Toco cirugía, Cirugía Ambulatoria, y Diálisis Peritoneal, así garantizar la entrega del expediente clínico de los pacientes egresados.

**Responsable:**

Asistente Médica. En todas las unidades del régimen de seguridad social, que cuenten con Hospitalización, Centro de Costos A0 y que operen el programa de Cirugía Ambulatoria, así como la Unidad de Tococirugía (UTQ), centro de costos A6.

Se llenará un formato diario de las 00:00 a las 23:59 horas y se registrarán los pacientes que hayan sido dados de alta en el hospital y que previamente se registraron en un formato Ingresos, Registro Diario Hospital 4-30-21/17-I.

La Coordinadora de Asistentes Médicas o la persona que realice estas funciones, es la responsable de validar la información contenida en este formato, quién certificará, a través de su rúbrica, después del último renglón utilizado.

**Número de tantos:**

Original y copia.

**Distribución:**

El original se recibirá al siguiente día hábil de su llenado en el ARIMAC/OIMAC, el recibir el formato significará registrar su control.

La Coordinadora de Asistentes Médicas será la responsable de entregar el paquete de información, recabando firma de recibido en la copia.

La copia se conservará en los servicios respectivos durante 30 días posteriores a su elaboración, para aclarar posibles dudas.

**Instrucciones específicas:**

Los registros de los datos en el formato deberán hacerse a máquina, de tal manera que sea utilicen los renglones y los recuadros adecuadamente de no haber este recurso, el llenado se efectuará a mano utilizando letra de molde legible con tinta diferente al color a la que se empleó para la impresión del formato.

En los egresos a camas censables para el programa de cirugía ambulatoria, deberán registrarse en estos formatos la clave "CA", además del número de cama asignada.

En los egresos a camas censables para el programa de diálisis peritoneal, deberán registrarse en estos formatos la clave "DP", además del número de cama asignada.

**2E10-009-004**





**ANEXO 4**  
**Egresos, Registro Diario Hospital,**  
**4-30-21/17-E**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
1.	HOJA NÚMERO:	El número progresivo que le corresponde, de acuerdo a las hojas que se elaboraron para la fecha específica.
2.	SERVICIO:	El nombre del área de Admisión Hospitalaria y la Unidad de Tococirugía (UTQ), según corresponda.
3.	UNIDAD:	Nombre de la unidad, indicando el tipo y número. Ejemplo: H.G.Z.M.F. 1, Hospital de Especialidades C.M.N.
4.	FECHA:	Día, mes y año correspondiente a la fecha de registro, los números deberán ser arábigos y en el caso de estar solamente conformados por unidades, se agregará un "0" a la izquierda. Ejemplo: 08-02-16.
5.	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	El número de seguridad social del derechohabiente internado, conformado por diez dígitos, los cuales deberán conservar invariablemente la siguiente distribución de bloques: Cuatro dígitos iniciales, después dos y por último otros cuatro, separados por un guion.  Para los pacientes que no acreditaron su calidad de derechohabientes, el número conformado. Ejemplo: "No derechohabiente" 0405-16-9301.
6.	AGREGADO MÉDICO	Los dígitos (números y letras) que conforman el agregado al número de seguridad social.  Ejemplo: 1M1959OR, manejado  - Carácter del derechohabiente 1 Asegurado 2 Esposa o Esposo o Concubina o Concubino 3 Hijos 4 Padres 5 Pensionado 6 Beneficiario de pensionado  - Sexo M – Masculino, F Femenino

2E10-009-004



**ANEXO 4**  
**Egresos, Registro Diario Hospital,**  
**4-30-21/17-E**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**No DATO**

**ANOTAR**

- Año de nacimiento a cuatro dígitos  
ejemplo 1959

- Régimen de seguridad social

OR – Ordinario

ET - Eventual temporal y de la construcción

EC – Estacionales del campo

SA – Seguro Adicional

ES – Seguro de salud para estudiantes

SF – Seguro de familia

PE - Pensionado

ND – No Derechohabiente

Para los estudiantes que sean afiliados por convenio, deberán invariablemente, tener el carácter de derechohabiente 1.

Esta norma sólo es válida para registros médicos, no interfieren en lo referente a Servicios Técnicos para el registro y control de expedientes de la tarjeta de afiliación o de la tarjeta de adscripción a la clínica.

Ejemplo: 1M1971ES.

Para las personas que sean aseguradas por la contratación del seguro adicional, deberán invariablemente, tener el carácter de derechohabiente 1.

Ejemplo: 1F2017SA o 1M2017SA (de acuerdo al sexo)

7. NOMBRE: El nombre completo del derechohabiente, iniciando por los apellidos paterno, materno y continuando con el nombre.

8. DATOS DEL EGRESO: La especialidad de la que egresa el paciente, de acuerdo con el alta médica expedida por el responsable del paciente.

ESPECIALIDAD

O SERVICIO

Ejemplo: Cardiología.

2E10-009-004



**ANEXO 4**  
**Egresos, Registro Diario Hospital,**  
**4-30-21/17-E**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**ANOTAR**

**No DATO**

9. Div: La clave de la división a la que corresponda la especialidad de egreso de acuerdo a los siguientes criterios:

CIR. 1  
GO. 2  
MED. 3  
PED 4

Número de clave	División
1	Cirugía
2	Gineco-Obstetría
3	Medicina
4	Pediatría

10. HORA La hora en que se efectúa el egreso hospitalario. Este dato se registrará en horas y minutos.

Ejemplo: 08:00

11. NO. DE CAMA El número de cama que ocupaba al momento de determinarse el egreso hospitalario, de acuerdo a los siguientes criterios:

- En admisión hospitalaria, se registrará el número de cama censable a la que ingresó el paciente a hospitalización, para los ingresos al programa de cirugía ambulatoria se registrará la sigla "CA", además el número de asignada.
- En los ingresos del programa de diálisis peritoneal, deberán registrarse la clave "DP", además del número de cama asignada.

12. CON PASE A: Una "X" cuando el egreso del paciente se determina para atención en otra unidad hospitalaria, para lo cual se elabora pase de especialidad.  
OTRA UNIDAD.

13. UNIDAD ADSC. Una "x" cuando el egreso del paciente se determina para atención en su unidad de adscripción y para lo cual se elabora pase a su médico familiar.

14. CONSULTA Una "X" cuando el egreso del paciente se determina para atención en la consulta externa de especialidad de la propia unidad de atención.  
EXTERNA

15. DEFUNCIÓN: Una "X" cuando el motivo del egreso del hospital es un caso de defunción.

2E10-009-004



**ANEXO 4**  
**Egresos, Registro Diario Hospital,**  
**4-30-21/17-E**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**No DATO**

16. ORDENADO  
POR:  
MATRÍCULA  
DEL MÉDICO

**ANOTAR**

La matrícula del médico responsable que determina el egreso del paciente y elabora el alta hospitalaria.

**2E10-009-004**



**ANEXO 5**

**Ingresos, Registro Diario Servicio de Urgencias o Admisión Continua, 4-30-21/35/17-I  
2E10-009-005**





**ANEXO 5**  
**Ingresos, Registro Diario Servicio de Urgencias y/o Admisión Continua,**  
**4-30-21/35/17-I**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**Objetivo del formato;**

Registrar los ingresos de los pacientes que por criterio médico permanecieron en el área de observación del servicio de urgencias o admisión continua.

**Responsable:**

Elaborado por Asistente Médica del servicio de Urgencias o Admisión Continua o quién realice estas funciones, con el apoyo del personal de enfermería, específicamente la Jefa de Piso o la Enfermera responsable, para el registro total de los pacientes egresados, así como para el correcto registro del diagnóstico del egreso.

Se llenará un formato diario de las 00:00 a las 23:59 horas.

La Coordinadora de Asistentes Médicas o la persona que realice estas funciones, es la responsable de validar la información contenida en este formato, quién certificará a través de su rúbrica después del último renglón utilizado.

**Número de tantos:**

Original y copia.

**Distribución:**

El original se recibirá al siguiente día hábil de su llenado en el ARIMAC / OIMAC, el recibir el formato significará registrar su control.

La Coordinadora de Asistentes Médicas será la responsable de entregar el paquete de información.

La copia se conservará en los servicios respectivos durante 30 días posteriores a su elaboración, para aclarar posibles dudas.

**Instrucciones específicas:**

Los registros de los datos en el formato deberán hacerse a máquina, de tal manera que se utilicen los renglones y los recuadros adecuadamente de no haber este recurso, el llenado se efectuará a mano utilizando letra de molde legible y tinta de diferente color a la que se empleó para la impresión del formato.

2E10-009-005



**ANEXO 5**  
**Ingresos, Registro Diario Servicio de Urgencias y/o Admisión Continua,**  
**4-30-21/35/17-I**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No	DATO	ANOTAR
1.	HOJA NÚM.	El número consecutivo de la hoja
2.	UNIDAD	Nombre de la unidad, indicando el tipo y número.  Ejemplo: HGZ/MF 1, Hospital de Especialidades CMN SXXI.
3.	FECHA	Día, mes y año correspondiente a la fecha de registro, los números deberán ser arábigos y en el caso de estar solamente conformados por unidades, se agregará un "0" a la izquierda.  Ejemplo: 08-11-16.
4.	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	El número de seguridad social del derechohabiente que se interna, este número está conformado por diez dígitos, los cuales deberán conservar invariablemente la siguiente distribución de bloques: Cuatro dígitos iniciales, después dos y por último otros cuatro, separados por un guion. Para los pacientes que no pueden acreditar su calidad de derechohabientes se conformará por bloque un número de afiliación de la siguiente manera:  - En los primeros cuatro dígitos, se registrará la fecha (día y mes), anteponiendo un cero en el caso de que el dato esté conformado por unidades (1-9).  - En los otros dos dígitos, se colocarán las dos últimas cifras del año que transcurre (10, 11, 16 etc.).  - Los últimos cuatro dígitos, iniciarán con la clave 50, que identifica el servicio de urgencias, enseguida se colocará el número progresivo de dos cifras (01, 02, 03, ...); cruzando en la parte inferior del formato el número progresivo utilizado para tener referencia de los números ya ocupados.  El número así conformado deberá ser el que se utilice en toda la papelería en que se documente al paciente:  Ejemplo: "No derechohabiente" 0811-16-5001

**2E10-009-005**





**ANEXO 5**  
**Ingresos, Registro Diario Servicio de Urgencias y/o Admisión Continua,**  
**4-30-21/35/17-I**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
5.	AGREGADO	Los dígitos (números y letras) que conforman el agregado al número de seguridad social.

Ejemplo: 1M1959OR, manejado

- Carácter del derechohabiente

- 1 Asegurado
- 2 Esposa o Esposo o Concubina o Concubino
- 3 Hijos
- 4 Padres
- 5 Pensionado
- 6 Beneficiario de pensionado

- Sexo

M – Masculino, F Femenino

- Año de nacimiento a cuatro dígitos  
ejemplo 1959

- Régimen de seguridad social

- OR – Ordinario
- ET - Eventual temporal y de la construcción
- EC – Estacionales del campo
- SA – Seguro Adicional
- ES – Seguro de salud para estudiantes
- SF – Seguro de familia
- PE - Pensionado
- ND – No Derechohabiente

Para los estudiantes que sean afiliados por convenio, deberán invariablemente, tener el carácter de derechohabiente 1.

Esta norma sólo es válida para registros médicos, no interfieren en lo referente a Servicios Técnicos para el registro y control de expedientes de la tarjeta de afiliación o de la tarjeta de adscripción a la clínica.

Ejemplo: 1M1971ES.

**2E10-009-005**



**ANEXO 5**  
**Ingresos, Registro Diario Servicio de Urgencias y/o Admisión Continua,**  
**4-30-21/35/17-I**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**No            DATO**

**ANOTAR**

Para las personas que sean aseguradas por la contratación del seguro adicional, deberán invariablemente, tener el carácter de derechohabiente 1.

Ejemplo: 1F2017SA o 1M2017SA (de acuerdo al sexo)

6.      EDAD EN SEMANAS MENORES DE UN AÑO

La edad en semanas del menor de un año al ingresar bajo el siguiente criterio:

- Si es menor de siete días, anotar una semana.
- Si la fracción de semanas es menor o igual a tres días, anotar el número de semanas cumplidas.
- Si la fracción de semanas es mayor o igual a cuatro días, anotar el número inmediato superior de las semanas cumplidas.

7.      NOMBRE

El nombre completo del derechohabiente que solicita atención, iniciando por los apellidos paterno, materno y continuando con el nombre. El dato se tomará del carnet de citas, en el caso de "no derechohabiente", o a la falta de carnet, el dato será informado verbalmente.

Ejemplo: Gutiérrez Olvera Martín.

8.

**DATOS DEL INTERNAMIENTO**  
**UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN**

TIPO

Tipo de unidad al que está adscrito el paciente que se interna. Ejemplo: UMF, UMFH, HGSMF, HGZMF, etc.

9.      NÚMERO

Número económico de la unidad de adscripción del paciente que ingresa.

Ejemplo: 35

10.    DELEGACIÓN

Nombre de la Delegación a la que pertenece la unidad de adscripción del paciente que ingresa.

Ejemplo: Estado de México-Oriente

11.    HORA

La hora en que se determinó el ingreso. Este dato se registrará en horas y minutos.

**2E10-009-005**



**ANEXO 5**  
**Ingresos, Registro Diario Servicio de Urgencias y/o Admisión Continua,**  
**4-30-21/35/17-I**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No	DATO	ANOTAR
12.	NÚM. CAMA	Ejemplo: 14:36 El número de cama no censable que se le asigna al paciente para su estancia transitoria en observación.
13.	MATRÍCULA DEL MÉDICO QUE AUTORIZÓ INGRESO	La matrícula del médico que autorizo el ingreso
14.		<b>ÁREA DE INTERNAMIENTO</b>
	REGULAR	Una "X" si el lugar de internamiento en observación es regular.
15.	INTERMEDIA	Una "X" si el lugar de internamiento en observación es intermedia.

2E10-009-005



**ANEXO 6**

**Egresos, Registro Diario Servicio de Urgencias o Admisión Continua, 4-30-21/35/17-E  
2E10-009-006**





## ANEXO 6

### Egresos, Registro Diario Servicio de Urgencias o Admisión Continua, 4-30-21/35/17-E

#### INSTRUCTIVO DE LLENADO

**Objetivo del formato;**

Registrar los egresos de los pacientes que por criterio médico permanecieron en el área de observación del servicio de urgencias o admisión continua.

**Responsable:**

Elaborado por Asistente Médica del servicio de Urgencias o Admisión Continua o quién realice estas funciones, con el apoyo del personal de enfermería, específicamente la Jefa de Piso o la Enfermera responsable, para el registro total de los pacientes egresados, así como para el correcto registro del diagnóstico del egreso.

Se llenará un formato diario de las 00:00 a las 23:59 horas.

La Coordinadora de Asistentes Médicas o la persona que realice estas funciones, es la responsable de validar la información contenida en este formato, quién certificará a través de su rúbrica después del último renglón utilizado.

**Número de tantos:**

Original y copia.

**Distribución:**

El original se recibirá al siguiente día hábil de su llenado en el ARIMAC / OIMAC, el recibir el formato significará registrar su control.

La Coordinadora de Asistentes Médicas será la responsable de entregar el paquete de información.

La copia se conservará en los servicios respectivos durante 30 días posteriores a su elaboración, para aclarar posibles dudas.

**Instrucciones específicas:**

Los registros de los datos en el formato deberán hacerse a máquina, de tal manera que se utilicen los renglones y los cuadros adecuadamente de no haber este recurso, el llenado se efectuará a mano utilizando letra de molde legible y tinta de diferente color a la que se empleó para la impresión del formato.

2E10-009-006



## ANEXO 6

### Egresos, Registro Diario Servicio de Urgencias o Admisión Continua, 4-30-21/35/17-E

#### INSTRUCTIVO DE LLENADO

#### No. DATOS

#### ANOTAR

1. HOJA NÚMERO El número progresivo que le corresponde, de acuerdo a las hojas que se elaboraron para la fecha específica.
2. UNIDAD Nombre de la unidad, indicando el tipo y número.  
Ejemplo: HGZ/MF 1, Hospital de Especialidades CMN SXXI.
3. FECHA Día, mes y año correspondiente a la fecha de registro, los números deberán ser arábigos y en el caso de estar solamente conformados por unidades, se agregará un "0" a la izquierda.  
  
Ejemplo: 08-11-2015.
4. NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL El número de seguridad social del derechohabiente internado, conformado por diez dígitos, los cuales deberán conservar invariablemente la siguiente distribución de bloques: Cuatro dígitos iniciales, después dos y por último otros cuatro, separados por un guion.  
Para los pacientes que no acreditaron su calidad de derechohabientes, el número conformado.  
  
Ejemplo: "No derechohabiente" 0811-15-5001.
5. AGREGADO El agregado al número de seguridad social conformado como tradicionalmente se ha estructurado: Carácter del derechohabiente, Género, Año de nacimiento y Régimen de aseguramiento.  
  
En el caso de personas que no acreditaron su calidad de derechohabientes, se anotará un carácter "0" el Género (M o F), año de nacimiento y en los campos de régimen de aseguramiento, se anotarán las literales "ND", asimismo, para los del seguro para estudiantes, se registrará "ES"  
  
Ejemplo: Para no derechohabientes 0F1958ND, para estudiantes 1M1990ES
6. NOMBRE DEL PACIENTE El nombre completo del derechohabiente que solicita atención, iniciando por los apellidos paterno, materno y continuando con el nombre.  
Ejemplo: Gutiérrez Olvera Martín.

2E10-009-006



**ANEXO 6**

**Egresos, Registro Diario Servicio de Urgencias o Admisión Continua,  
4-30-21/35/17-E**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**No. DATOS**

**ANOTAR**

7.

**DATOS DEL EGRESADO:**

**HORA** La hora en que se determinó el egreso de observación. Este dato se registrará en horas y minutos.  
Ejemplo: 21:08

8. **NO. CAMA** El número de cama que ocupaba el paciente al momento de determinarse su egreso de observación.

9.

**CON PASE A:**

**DOMICILIO** Una "X" cuando al paciente se le envíe a su domicilio o a su unidad de adscripción.

10. **OTRA UNIDAD** Una "X" cuando el paciente se envíe para continuar su tratamiento en otra unidad.

11. **HOSPITAL MISMO** Una "X" cuando el paciente se hospitaliza en la misma unidad, para continuar su tratamiento.  
**HOSPITAL SERV/PISO**

12. **UCI** Una "X" cuando se determina el ingreso del paciente en la Unidad de Cuidados del Paciente en Estado Crítico.

13. **QUIRÓFANO** Una "X" cuando el paciente pasa al área quirúrgica, con lo cual se determina su ingreso hospitalario.

14. **DEFUNCIÓN** La hora de ocurrencia, cuando el paciente fallece durante su estancia en el servicio, en formato de horas y minutos.  
Ejemplo: 07:30

15. **ORDENADO POR:** La matrícula del médico que determina el egreso del paciente, este dato se transcribirá del expediente clínico o documentación del paciente.  
**MATRÍCULA DEL MÉDICO**

16. **DIAGNÓSTICO DE EGRESO** El principal diagnóstico de atención, motivo de la estancia en observación, y que determina el egreso y/o alta del paciente de acuerdo a la nota médica elaborada por el médico tratante.

**2E10-009-006**





**ANEXO 6**

**Egresos, Registro Diario Servicio de Urgencias o Admisión Continua,  
4-30-21/35/17-E**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**No. DATOS**

**ANOTAR**

17.

**AREA DE INTERNAMIENTO  
OBSERVACIÓN**

REGULAR Una "X" si el lugar de internamiento en observación es regular.

18. INTERMEDIA Una "X" si el lugar de internamiento en observación es intermedia.

2E10-009-006



**ANEXO 7**

**Volante de Movimiento Intrahospitalario, SIMO-1/17  
2E10-009-007**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS**

S I M O 1 / 17

**VOLANTE DE MOVIMIENTO INTRAHOSPITALARIO**

SERVICIO: \_\_\_\_\_ (1) \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_

NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL		AGREGADO		NOMBRE	
(3)		(4)		(5)	
DATOS	HORA	ESPECIALIDAD	DIVISIÓN	NÚMERO DE CAMA	DIAGNÓSTICO
ANTERIORES	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
ACTUALES	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)

**MÉDICO TRATANTE**

(16)

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA

**ENFERMERA RESPONSABLE**

(17)

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA

**ASISTENTE MÉDICA**

(18)

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA

2E10-009-007

**2E10-009-007**



**ANEXO 7**  
**Volante de Movimiento Intrahospitalario,**  
**SIMO-1/17**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**Objetivo del formato:**

Registrar y controlar los movimientos intrahospitalarios que se realizan de cama a cama, y de servicio a servicio, de los pacientes hospitalizados que por criterio médico, cuidados y tratamientos especiales o de índole administrativo se genera.

**Responsable:**

Elaborado por la Enfermera Jefa de Piso o la Enfermera responsable que realice estas funciones, en las áreas de hospitalización, de Unidad de Tococirugía (UTQ) y que operen los programas de Cirugía Ambulatoria y Diálisis Peritoneal.

La Subjefa de Enfermeras o la persona que realice las funciones de supervisión, es la responsable del seguimiento de las instrucciones establecidas en este documento y de validar la información contenida en este formato, quién certificará a través de su rúbrica al final del formato.

El médico tratante autoriza con su firma, el movimiento de cama

Se llenará un formato para cada movimiento que se genera y se registrarán los pacientes con cambios de especialidad, programa y/o cama en que se atiende en las áreas de hospitalización, con base a los siguientes criterios:

- Cambio de especialidad. - Para los casos en que se realiza reasignación de la especialidad o servicio en donde se atiende al paciente, diferente a la reportada en el momento de su ingreso, aun cuando no represente cambio de cama hospitalaria.
- Cambio de programa. - Para los pacientes ingresados en programas ambulatorios, que por criterio médico tengan que hospitalizarse en cama censable.
- Cambio de cama. - En todos los casos, en que se realice modificación en la asignación del número de cama que ocupa el paciente, en su estancia hospitalaria.

**Número de tantos:**

Original y copia.

**Distribución:**

El original se recibirá al siguiente día hábil de su llenado en el ARIMAC / OIMAC, el recibir el formato significará registrar su control.

La Coordinadora de Asistentes Médicas será la responsable de entregar el formato, recabando firma de recibido en la copia.

2E10-009-007



La copia se conservará en los servicios respectivos durante 30 días posteriores a su elaboración, para aclarar posibles dudas.

**Instrucciones específicas:**

Con base a los Volantes de Movimientos Intrahospitalarios registrados en el día, la Asistente Médica deberá actualizar el Kardex, "Control de ocupación de camas 4-30-26".

Los registros de los datos en el formato deberán hacerse a máquina, de tal manera que se utilicen los renglones y los cuadros adecuadamente, de no haber este recurso el llenado se efectuará a mano utilizando letra de molde legible, en tinta de diferente color a la que se empleó para la impresión del formato.

2E10-009-007



**ANEXO 7**  
**Volante de Movimiento Intrahospitalario,**  
**SIMO-1/17**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATOS</b>	<b>ANOTAR</b>
1.	SERVICIO	El nombre del área que reporta el movimiento, áreas de hospitalización o Unidad de Tococirugía (UTQ).
2.	FECHA	La fecha del día a que corresponde el movimiento intrahospitalario, se reporta con números arábigos en el caso de que el día o el mes sean unidades (1, 2, 3, etc.), se deberá de anteponer un cero para conformar decenas (01, 02, 03 etc.).
3.	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	El número de seguridad social del paciente al que se le realiza el movimiento. Este dato, deberá tomarse del expediente clínico o documentación del paciente.
4.	AGREGADO MÉDICO	El agregado número de seguridad social del paciente al que le realiza el movimiento, este dato deberá tomarse del expediente clínico o documentación del paciente.  Ejemplo: 3F2000OR
5.	NOMBRE	El nombre del paciente con movimiento intrahospitalario, este dato deberá tomarse del expediente clínico o documentación del paciente.
6.	HORA	La hora en que el paciente egresa del servicio anterior, en formato de horas y minutos.  Ejemplo: 8:00
7.	ESPECIALIDAD	El nombre de la especialidad de la que egresa el paciente. Ejemplo: Medicina Interna
8.	DIVISIÓN	El nombre de la división a la que corresponde la especialidad de la que egresa el paciente.  Ejemplo: Medicina

2E10-009-007



**ANEXO 7**  
**Volante de Movimiento Intrahospitalario,**  
**SIMO-1/17**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATOS	ANOTAR
9.	NÚMERO DE CAMA	El número de cama de la que egresa el paciente, de acuerdo a los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"><li>• En hospitalización, se registrará el número de cama censable que ocupaba el paciente.</li><li>• Para los movimientos del programa de cirugía ambulatoria se registrará la sigla "CA", además el número designado.</li></ul>
10.	DIAGNOSTICO	Anotar el último diagnóstico del paciente antes de su movimiento
11.	HORA	La hora en que ingresa al servicio actual, en formato de horas y minutos. Ejemplo: 8:00.
12.	ESPECIALIDAD	El nombre de la especialidad a la que ingresa el paciente. Ejemplo: Cirugía General.
13.	DIVISIÓN	El nombre de la división a que corresponde la especialidad a la que ingresa el paciente. Ejemplo: Cirugía.
14.	NÚMERO DE CAMA	El número de cama a la que ingresa el paciente en el área de hospitalización. <ul style="list-style-type: none"><li>• En los ingresos del programa de diálisis peritoneal, deberán registrarse la clave "DP", además del número de cama asignada.</li><li>• En la Unidad de Tococirugía (UTQ), para los movimientos del programa puerperio de riesgo bajo, se registrará la sigla "PB", además del número de cama asignada.</li></ul>
15.	DIAGNOSTICO	Anotar el último diagnóstico del paciente posterior a su movimiento
16.	MÉDICO TRATANTE	Nombre y firma del médico responsable de la atención del paciente, que autorizará el movimiento intrahospitalario.

2E10-009-007



**ANEXO 7**  
**Volante de Movimiento Intrahospitalario,**  
**SIMO-1/17**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATOS</b>	<b>ANOTAR</b>
17.	ENFERMERA RESPONSABLE	Nombre y firma del personal de enfermera responsable del movimiento intrahospitalario, así como del llenado del formato.
18.	ASISTENTE MÉDICA	Nombre y firma de la Asistente Médica de admisión hospitalaria.

2E10-009-007





**ANEXO 8**

**Ingresos, Registro Diario Unidad de Cuidados del Paciente  
en Estado Crítico, 4-30-21/A5/17- I  
2E10-009-008**





## ANEXO 8

### Ingresos, Registro Diario Unidad de Cuidados del Paciente en Estado Crítico, 4-30-21/A5/17-I

#### INSTRUCTIVO DE LLENADO

**Objetivo del formato:**

Registrar los ingresos de los pacientes atendidos en la Unidad de Cuidados del Paciente en Estado Crítico (UCI), represente o no un ingreso hospitalario en cama censable.

**Responsable:**

Elaborado por Enfermera Jefe de Piso, o la Enfermera responsable de la UCI o quién realice estas funciones.

La Subjefe de Enfermeras o la persona que realice las funciones de supervisión, es la responsable de validar la información contenida en este formato, quién certificará a través de su rúbrica después del último renglón utilizado.

Se llenará un formato diario de las 00:00 a las 23:59 horas y se registrarán los pacientes que por criterio médico ingresan a la UCI.

**Número de tantos:**

Original y copia.

**Distribución:**

El original se recibirá al siguiente día hábil de su llenado antes de las 9:00 am, en el ARIMAC u OIMAC, el recibir el formato significará registrar su control.

La entrega del paquete de información lo realizará el personal asignado de la Jefatura de Enfermeras.

La copia se conservará en los servicios respectivos durante 30 días posteriores a su elaboración, para aclarar posibles dudas.

**Instrucciones específicas:**

Los registros de los datos en el formato deberán hacerse a máquina, de tal manera que se utilicen los renglones y los cuadros adecuadamente, de no haber este recurso el llenado se efectuará a mano utilizando letra de molde legible, en tinta de diferente color a la que se empleó para la impresión del formato

2E10-009-008



## ANEXO 8

### Ingresos Registro Diario Unidad de Cuidados del Paciente en Estado Crítico, 4-30-21/A5/17-I

#### INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATOS	ANOTAR
1.	HOJA NÚMERO	El número de cada una de las hojas que se utilicen diariamente iniciando del uno en adelante, en forma progresiva.
2.	UNIDAD	El tipo y número de la unidad correspondiente:  Ejemplo: HGZ 4
3.	FECHA	Día, mes y año correspondiente a la fecha de registro, los números deberán ser arábigos y en el caso de estar solamente conformados por unidades, se agregará un "0" a la izquierda.  Ejemplo: 08-11-2015.
4.	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	El número de seguridad social del derechohabiente que se interna, tomado de la carpeta de contención del expediente clínico. Este número está conformado por diez dígitos, los cuales deberán conservar invariablemente la siguiente distribución de bloques: Cuatro dígitos iniciales, después dos y por último otros cuatro, separados por un guion.  Ejemplo: 0168-46-4435.
5.	AGREGADO	Los dígitos (números y letras) que conforman el agregado al número de seguridad social.  Ejemplo: 1M1959OR, manejado  - Carácter del derechohabiente 1. Asegurado 2. Esposa o Esposo o Concubina o Concubino 3. Hijos 4. Padres 5. Pensionado 6. Beneficiario de pensionado  - Sexo M – Masculino, F Femenino  Año de nacimiento a cuatro dígitos ejemplo 1959

2E10-009-008



**ANEXO 8**

**Ingresos Registro Diario Unidad de Cuidados del Paciente en Estado Crítico,  
 4-30-21/A5/17-I**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATOS	ANOTAR
		<p>Régimen de seguridad social            OR – Ordinario            ET - Eventual temporal y de la construcción            EC – Estacionales del campo            SA – Seguro Adicional            ES – Seguro de salud para estudiantes            SF – Seguro de familia            PE - Pensionado            ND – No Derechohabiente</p> <p>Para los estudiantes que sean afiliados por convenio, deberán invariablemente, tener el carácter de derechohabiente 1.</p> <p>Esta norma sólo es válida para registros médicos, no interfieren en lo referente a Servicios Técnicos para el registro y control de expedientes de la tarjeta de afiliación o de la tarjeta de adscripción a la clínica.</p> <p>Ejemplo: 1M1971ES.</p> <p>Para las personas que sean aseguradas por la contratación del seguro adicional, deberán invariablemente, tener el carácter de derechohabiente 1.</p>
6.	NOMBRE	<p>Ejemplo: 1F2017SA o 1M2017SA (de acuerdo al sexo)            El nombre del derechohabiente o persona que se interna, iniciando con el apellido paterno, materno y nombre(s).</p>
7.	HORA DE INGRESO A LA UCIN	<p>Ejemplo: Vázquez González Isaac            La hora en que ingresa el paciente al servicio, en horas y minutos.            Ejemplo: 20:50</p>
8.	NÚMERO DE CAMA	<p>El número de cama asignada al paciente.</p>
9.	ESPECIALIDAD	<p>Ejemplo: 25            El nombre de la especialidad que solicita el ingreso al servicio.            Ejemplo: cardiología.</p>

2E10-009-008



### ANEXO 8

#### Ingresos Registro Diario Unidad de Cuidados del Paciente en Estado Crítico, 4-30-21/A5/17-I

#### INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATOS	ANOTAR
10.	OTRA UNIDAD	Una "X" cuando el paciente proceda del servicio de otra unidad.
11.	SERVICIO DE ADMISIÓN CONTINUA O URGENCIAS	Una "X" cuando el paciente proceda del servicio de urgencias.
12.	QUIRÓFANO	Una "X" cuando el paciente proceda del área de quirófano.
13.	TOCOCIRUGÍA A	Una "X" cuando el paciente proceda del área de toco cirugía.
14.	PISO MISMO HOSPITAL	Una "X" cuando el paciente proceda del área de hospitalización de la misma unidad.
15.	ORDENADO POR: MATRÍCULA DEL MÉDICO	La matrícula del médico responsable del ingreso del paciente.

2E10-009-008



**ANEXO 9**

**Egresos, Registro Diario Unidad de Cuidados del Paciente  
en Estado Crítico, 4-30-21/A5/17-E  
2E10-009-009**







**ANEXO 9**  
**Egresos, Registro Diario Unidad de Cuidados del Paciente en Estado Crítico,**  
**4-30-21/A5/17-E**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**Objetivo del formato:**

Registrar los egresos de los pacientes atendidos en la Unidad de Cuidados del Paciente en Estado Crítico, debe tener un ingreso hospitalario en cama censable

**Responsable:**

Elaborado por Enfermera Jefe de Piso, o la Enfermera responsable de la UCI o quién realice estas funciones.

La Subjefe de Enfermeras o la persona que realice las funciones de supervisión, es la responsable de validar la información contenida en este formato, quién certificará a través de su rúbrica después del último renglón utilizado.

Se llenará un formato diario de las 00:00 a las 23:59 horas y se registrarán los pacientes que egresan de la UCI en Unidades Médicas Hospitalarias que cuenten con Unidad de Cuidados del Paciente en Estado Crítico, centro de costos A5.

**Número de tantos:**

Original y copia.

**Distribución:**

El original se recibirá al siguiente día hábil de su llenado en el ARIMAC/ OIMAC, el recibir el formato significará registrar su control. La entrega del paquete de información lo realizará el personal asignado de la Jefatura de Enfermeras.

La copia se conservará en los servicios respectivos durante 30 días posteriores a su elaboración, para aclarar posibles inconsistencias.

**Instrucciones específicas:**

Los registros de los datos en el formato deberán hacerse a máquina, de tal manera que se utilicen los renglones y los cuadros adecuadamente de no haber este recurso, el llenado se efectuará a mano utilizando letra de molde legible y tinta de diferente color a la que se empleó para la impresión del formato.

2E10-009-009



**ANEXO 9**  
**Egresos-Registro Diario Unidad de Cuidados del Paciente en Estado Crítico,**  
**4-30-21/A5/17-E**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No	DATO	ANOTAR
1.	UNIDAD	El tipo y número de la unidad tratante. Ejemplo: HGZ 4
2.	FECHA	Día, mes y año correspondiente a la fecha de registro, los números deberán ser arábigos y en el caso de estar solamente conformados por unidades, se agregará un "0" a la izquierda. Ejemplo: 08-11-2010.
3.	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	El número de seguridad social del paciente que egresa de la UCI, el dato deberá de transcribirse del expediente clínico o documentación del paciente. Ejemplo: 0168-46-4435.
4.	AGREGADO MÉDICO	El agregado al número de seguridad social del paciente que egresa de la UCI, el dato deberá de transcribirse del expediente clínico o documentación del paciente. Ejemplo: IM46OR
5.	NOMBRE	El nombre del paciente o persona que egresa de la UCI, el dato deberá de transcribirse del expediente clínico o documentación del paciente, iniciando con el apellido paterno, materno y nombre(s). Ejemplo: Vázquez González Isaac
6.	HORA DE EGRESO A LA UCIN	La hora del egreso del paciente, en formato de horas y minutos. Ejemplo: 20:50
7.	NÚMERO DE CAMA	El número de cama no censable de la que egresa el paciente. Ejemplo: 25
8.	DERIVADO A : UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN	Una "X" cuando el paciente que egresa se envíe a su unidad de adscripción.
9.	OTRA UNIDAD	Una "X" cuando el paciente se envíe para continuar su tratamiento en otra unidad.
10.	PISO MISMO HOSP.	Cuando el paciente se envíe al área de hospitalización de la misma unidad para continuar su tratamiento.
11.	DEFUNCIÓN	Se debe registrar la cama a la cual se envía en el mismo hospital En caso de fallecimiento, la hora del deceso del paciente, en formato de horas y minutos. Ejemplo: 20:15
12.	UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN TIPO	El tipo de unidad al que está adscrito el paciente que egresa. Ejemplo: UMF, HGSMF.

2E10-009-009



**ANEXO 9**  
**Egresos-Registro Diario Unidad de Cuidados del Paciente en Estado Crítico,**  
**4-30-21/A5/17-E**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
13.	NO.	El número económico con el que se identifica la unidad de adscripción del paciente que egresa. Ejemplo: 20
14.	DELEGACIÓN	El nombre de la delegación a la que pertenece la unidad de adscripción del paciente que egresa. Ejemplo: 05 Coahuila
15.	ORDENADO POR: MATRÍCULA DEL MÉDICO	La matrícula del médico que determina el egreso del paciente, este dato se transcribirá de la nota de alta del expediente clínico o documentación del paciente.
16.	DIAGNÓSTICO DE EGRESO (1ERO. Y 2DO.)	Los dos principales diagnósticos que motivaron la atención y que determina el egreso y/o alta del paciente, en orden de importancia.

2E10-009-009



**ANEXO 10**

**Partos, Productos y Abortos, 4-30-6B/17**  
**2E10-009-010**





**ANEXO 10**  
**Partos, Productos y Abortos,**  
**4-30-6B/17**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**Objetivo del Formato:**

Registrar a las pacientes con atención de parto o aborto y los productos de los nacimientos para cuantificar y cualificar los eventos realizados, en el área de Tococirugía.

**Instrucciones Generales**

El registro de este formato lo realiza el personal de enfermería asignado a la(s) sala(s) de expulsión de la Unidad Tocoquirúrgica (UTQ).

La o el Jefe de Piso o en quien se delegue esta función es responsable de validar la información registrada en este formato y certificará su correcto llenado a través de su rúbrica enseguida del último renglón utilizado.

La o el Subjefe de Enfermería o en quién se delegue la función, será responsable de supervisar y asesorar el cumplimiento a las instrucciones establecidas en este documento.

Se llenará un formato diario que inicia a las 00:00 y termina a las 23:59 horas, se registrarán las pacientes con atención de parto vaginal, cesárea (abdominal) o aborto; así como las características de los recién nacidos al nacer, se utilizará en todas las unidades médicas que cuenten con Unidad Tocoquirúrgica (UTQ) o sala de labor y expulsión, con centro de costos A6.

**Número de tantos:**

Original y copia.

**Entrega:**

El personal designado por la Jefe o el Jefe de Enfermeras entregará el original, al siguiente día hábil de su llenado, al personal del ARIMAC u OIMAC o en quién se delegue la función, al recibir el formato anotará en el original y la copia, el nombre, cargo y la fecha de recepción.

El original se guarda en el ARIMAC u OIMAC, durante por lo menos un año. La copia la conservará el personal de enfermería, durante por lo menos 60 días posteriores a su elaboración, preferentemente en el servicio para aclaraciones.

2E10-009-010



**ANEXO 10**  
**Partos, Productos y Abortos,**  
**4-30-6B/17**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**Instrucciones específicas:**

El registro de los datos en el formato se realizará con letra de molde, legible y tinta de diferente color de acuerdo al turno en que se llene, bajo el siguiente orden: turno matutino (tinta azul) turno vespertino (tinta verde), turno nocturno (tinta roja).

No	Dato	Anotar
1	UNIDAD	El tipo y número de la unidad médica hospitalaria que proporciona la atención.  Ejemplo: HGZ 4, HGR 1; HGZ MF 4, HGS MF 3, UMAE HGO 4
2	FECHA	El día, mes y año correspondiente a la fecha en la que se realiza el registro, con números arábigos, cuando se trate de una unidad agregar un cero "0" a la izquierda.  Ejemplo: 08-11-2015.
3	NO. PROG. POR DÍA	El número progresivo que le corresponde, con números arábigos, se inicia el conteo cada vez que inician las 00:00 hrs.
4	NÚMERO DE SALA	El número arábigo de identificación de sala de expulsión, en donde se realizó el evento.
5	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	El número de seguridad social de la paciente a la que se le proporciona atención en la Unidad de Tococirugía (UTQ), se transcribe del expediente clínico o de los formatos que lo integran.
6	AGREGADO MÉDICO	El agregado del número de seguridad social de la paciente a la que se le proporciona atención en la Unidad de Tococirugía (UTQ), se transcribe del expediente clínico o de los formatos que lo integran.  Ejemplo: 1F1989OR; 2F1990SF; 3F2002PE
7	NOMBRE DE LA MADRE	El nombre de la paciente que se atiende en el área de tococirugía, el dato deberá transcribirse de su expediente clínico o documentos oficiales, iniciando con el apellido paterno, materno y nombre(s).  Ejemplo: Vázquez González Isabel

2E10-009-010



**ANEXO 10**  
**Partos, Productos y Abortos,**  
**4-30-6B/17**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

- |    |   |  |
|----|---|--|
| 8  | GESTA                                     | El número de embarazos que ha tenido la paciente, independientemente de su resolución (parto, aborto o cesárea), expresado en números arábigos.<br>Ejemplo: 3  |
| 9  | HORA                                      | La hora en que ocurre el evento de aborto, parto o cesárea en formato de horas y minutos.<br>Ejemplo: 20:50  |
| 10 | ABORTO                                    | En esta columna, una cruz "X" cuando el producto de la concepción que nace, pesa menos de 500 gramos o tiene 22 semanas de gestación, completas.   |
| 11 | LEGRADO                                   | Una cruz "X" cuando se realizó este procedimiento en la sala de expulsión, con motivo de un aborto.  |
| 12 | PARTO VAGINAL<br>CON O SIN<br>EPISIOTOMÍA | La letra "C" (con episiotomía) cuando a la paciente le realizaron episiotomía. La letra "S" (sin episiotomía) cuando no realizaron este procedimiento.   |
| 13 | PARTO<br>DISTÓCICO                        | En la columna "Fórceps" una cruz "X" cuando se aplicó fórceps.<br><br>En la columna "Abdominal" una "X" cuando la resolución del embarazo fue a través de la operación cesárea.  |
| 14 | MÉTODO DE<br>PLANIFICACIÓN<br>FAMILIAR    | De acuerdo con la valoración del riesgo reproductivo (Características o circunstancias presentes en la mujer en edad fértil, que incrementan la probabilidad de presentar uno o más daños a la salud de la madre y/o el producto, durante un futuro embarazo, parto y/o puerperio), y la normatividad emitida por la División de Atención Prenatal y Planificación Familiar (DAPPF); se deberá registrar la aplicación del método de planificación familiar post evento obstétrico (Parto, Cesárea o Aborto), con las siguientes siglas según corresponda al caso:<br><br>La letra "S" sin riesgo y la letra "R" con riesgo, enseguida las iniciales "PF" (Planificación Familiar) y después las siglas "DIU" cuando se aplicó, el Dispositivo Intrauterino o las siglas "OTB", cuando se realizó una Oclusión Tubaria Bilateral.<br>Ejemplo: "SPF-DIU" o "SPF-OTB" y "RPF-DIU" o "RPF-OTB". |

2E10-009-010







**ANEXO 10**  
**Partos, Productos y Abortos,**  
**4-30-6B/17**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

- 25 NOMBRE DE QUIEN REALIZA EL REGISTRO El nombre de la enfermera o el enfermero que realiza el registro en este formato.

2E10-009-010



**ANEXO 11**

**Estancia de Productos, 4-30-6C/17  
2E10-009-011**





**ANEXO 11**  
**Estancia de Productos,**  
**4-30-6C/17**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**Objetivo del Formato:**

Registrar y controlar la estancia de los productos de los nacimientos de la atención de un parto, en las diferentes áreas de cuneros fisiológicos, patológicos y de transición, así como cuantificar y cualificar los movimientos realizados en estas áreas-

**Instrucciones Generales**

El registro de este formato lo realiza la enfermera responsable de la atención del recién nacido, en todas las Unidades Médicas del Régimen de Seguridad Social, que cuenten con servicios de cuna, para recién nacidos y con área con Toco cirugía, centro de costos A6.

La Jefe de Piso o en quien se delegue esta función es responsable de validar la información registrada en este formato y certificará su correcto llenado a través de su rúbrica enseguida del último renglón utilizado.

La o el Subjefe de Enfermería o en quién se delegue la función, será responsable de supervisar y asesorar el cumplimiento a las instrucciones establecidas en este documento.

Se llenará un formato diario que inicia a las 00:00 y termina a las 23:59 horas, se registrarán los productos nacidos vivos de la atención de un parto, tanto en camas no censables (cuneros fisiológico y de transición, para los recién nacidos sanos), como en camas censable (cuneros patológico y unidad de cuidados del neonato), para los recién nacidos con patología).

**Número de tantos:**

Original y copia.

**Entrega:**

El personal designado por la Jefe o el Jefe de Enfermeras entregará el original, al siguiente día hábil de su llenado, al personal del ARIMAC u OIMAC o en quién se delegue la función, al recibir el formato anotará en el original y la copia, el nombre, cargo y la fecha de recepción.

El original se guarda en el ARIMAC u OIMAC, durante por lo menos un año. La copia la conservará el personal de enfermería, durante por lo menos 60 días posteriores a su elaboración, preferentemente en el servicio para aclaraciones.

**2E10-009-011**



**Instrucciones específicas:**

El registro de los datos en el formato se realizará con letra de molde, legible y tinta de diferente color de acuerdo al turno en que se llene, bajo el siguiente orden: turno matutino (tinta azul) turno vespertino (tinta verde), turno nocturno (tinta roja).

2E10-009-011



**ANEXO 11**  
**Estancia de Productos,**  
**4-30-6C/17**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No	DATO	ANOTAR
1.	UNIDAD	El tipo y número de la unidad médica. Ejemplo: HGZ 4
2.	SERVICIO	El servicio que origina la información, cunero patológico, de transición o de unidad de cuidados del paciente en estado crítico para neonatos.
3.	FECHA	Día, mes y año correspondiente a la fecha de registro, los números deberán ser arábigos y en el caso de estar solamente conformados por unidades, se agregará un "0" a la izquierda.  Ejemplo: 08-11-2015.
4.	<b>NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL</b>	<b>NOMBRE DE LA MADRE:</b> El número de seguridad social del derechohabiente, conformado por diez dígitos, los cuales deberán conservar invariablemente la siguiente distribución de bloques:  Cuatro dígitos iniciales, después dos y por último otros cuatro, separados por un guion.  Para los pacientes que no acreditaron su calidad de derechohabientes, el número conformado.  Ejemplo: "No derechohabiente" 0811-15-9301. 2090-72-0345
5.	AGREGADO MÉDICO	El agregado al número de seguridad social de la madre, según norma establecida, el dato deberá tomarse del expediente clínico o la cartilla de citas de la paciente.  Ejemplo: 2F19800R.
6.	NOMBRE	El nombre de la madre del recién nacido atendida en la sala de expulsión, el dato deberá de transcribirse del expediente clínico o documentación de la madre, iniciando con el apellido paterno, materno y nombre(s).  Ejemplo: Vázquez González Isabel

2E10-009-011



**ANEXO 11**  
**Estancia de Productos,**  
**4-30-6C/17**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No	DATO	ANOTAR
7.	HORA	<b>INGRESO:</b> La hora en que ingresa el recién nacido al cuero, en formato de horas y minutos.  Ejemplo: 20:50 horas.
8.	NÚMERO DE CUNA O CAMA	El número de cuna, incubadora en donde se interna al recién nacido Ejemplo: C-17
9.	GÉNERO (M) (F)	El Género del producto, registrando las literales (M) para masculino o (F) para femenino.
10.	HORA	<b>EGRESOS:</b> La hora en que ocurre el egreso del recién nacido del cuero, en formato de horas y minutos.  Ejemplo: 09:00
11.	PESO	El peso del recién nacido al momento del egreso expresado en gramos.  Ejemplo: 2900
12.	OTRA UNIDAD	<b>DERIVADO A:</b> Una "X" cuando el recién nacido sea enviado para continuar su tratamiento en otra unidad.
13.	UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN	Una "X" cuando el recién nacido sea enviado a su unidad de adscripción.
14.	MISMA UNIDAD: CONSULTA EXTERNA	Una "X" cuando el recién nacido sea enviado al Servicio de Consulta Externa de la unidad, para continuar su tratamiento.
15.	HOSPITAL	Una "X" cuando el recién nacido sea enviado a otra área hospitalaria de la unidad (movimiento intrahospitalario), para continuar su tratamiento en cama censable.
16.	DEFUNCIÓN	En caso de fallecimiento del recién nacido en el cuero, la hora en que este ocurre en formato de horas y minutos.

2E10-009-011





**ANEXO 11**  
**Estancia de Productos,**  
**4-30-6C/17**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No	DATO	ANOTAR
17.	DIAGNÓSTICO	Ej: 20:15 El principal diagnóstico de atención, establecido en la estancia en el cunero, y que determina el egreso y/o alta del recién nacido.

2E10-009-011



**ANEXO 12**

**Intervenciones quirúrgicas efectuadas en quirófano, 4-30-27/21  
2E10-009-012**





## ANEXO 12

### Intervenciones quirúrgicas efectuadas en quirófano,

4-30-27/21

### INSTRUCTIVO DE LLENADO

**Objetivo:**

Registrar los datos relacionados con las intervenciones quirúrgicas.  
Se realiza un formato diario y por turno.

**Elabora:**

Enfermera Jefe de Piso

**Número de tantos:**

Se realiza en original

**Distribución:**

Entregarse al personal del ARIMAC / OIMAC del turno nocturno a las 9:00 am el día laboral siguiente de su elaboración.

Por tratarse de un documento de comprobación administrativa, el original y la copia deberán conservarse tanto en los servicios de Enfermería y en el Archivo Clínico por un espacio de seis meses a un año máximo, esto dependiendo al espacio disponible. La baja administrativa deberá realizarse de acuerdo con la normatividad definida.

El personal responsable de Enfermería que entrega y el personal del ARIMAC que recibe registrarán los datos solicitados en la "Bitácora de entrega- recepción de formatos fuentes", clave 2E10-009-019, (Anexo 19).

**Instrucciones específicas:**

El formato es tamaño doble carta.

El llenado del formato se debe realizar con letra manuscrita clara y legible, usando el color de indicado para cada turno

El personal de Enfermería es responsable de requisitar debidamente todos los campos, excepto COD CIE9

El personal del ARIMAC es responsable de codificar el o los procedimientos realizados en el quirófano.

2E10-009-012



**ANEXO 12**  
**Intervenciones quirúrgicas efectuadas en quirófano,**  
**4-30-27/21**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

- | <b>No</b> | <b>DATO</b>             | <b>ANOTAR</b>   |
|-----------|-------------------------|---|
| 1.        | OOAD                    | Nombre del Órgano Operativo de Administración Desconcentrado.<br><br>Ejemplo: Oaxaca  |
| 2.        | UNIDAD/UMAE             | El tipo y número de unidad hospitalaria correspondiente.<br><br>Ejemplo: Hospital General de Zona No. 47  |
| 3.        | UBICACIÓN DEL QUIRÓFANO | El lugar en donde se encuentra físicamente la sala quirúrgica.<br><br>Ejemplo:<br>Sala de procedimientos de cirugía plástica tercer piso<br>Sala de procedimientos de dermatología segundo piso |
| 4.        | FECHA                   | Con números arábigos día, mes y año. En caso de estar conformado por unidades, agregar un "0" a la izquierda.<br><br>Ejemplo: 08-02-20  |
| 5.        | NO. DE SALA             | De acuerdo con la nomenclatura, según el tipo de servicio que otorga la sala quirúrgica, así como el número asignado por la unidad médica con las siguientes claves:                            |

Tipo de Servicio	Número
<b>Q</b> Sala de operaciones	Q1,Q2,Q3,...
<b>U</b> Quirófano de urgencias	U1,U2,U3,...
<b>P</b> Sala de Procedimientos	P1,P2,P3,...
<b>T</b> Sala de Tococirugía	T1,T,2T,3...
<b>M</b> Sala Mixta (Cirugía y Tococirugía)	M1,M2,M3,...

NOTA: Con la intención de optimizar el registro, se pueden registrar las intervenciones realizadas en 24 horas, en una misma hoja.

- |    |                            |  |
|----|----------------------------|--|
| 6. | NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL | El número de seguridad social del derechohabiente de la persona intervenida, el cual está conformado por cuatro bloques y que deberá conservarse de acuerdo a la distribución: Cuatro dígitos iniciales, después dos y por último otros cuatro, separados por un guion.<br><br>Ejemplo: 3792-73-2080 |
|    |                            | <b>2E10-009-012</b>  |



**ANEXO 12**  
**Intervenciones quirúrgicas efectuadas en quirófano,**  
**4-30-27/21**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No	DATO	ANOTAR
7.	AGREGADO MÉDICO	<p>El agregado al número de seguridad social de acuerdo a la siguiente estructura:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Carácter del derechohabiente,</li><li>• Género,</li><li>• Año de nacimiento y</li><li>• Régimen de aseguramiento.</li></ul> <p>Ejemplo: 1F1970ORD</p>
8.	NOMBRE COMPLETO	<p>El nombre completo del derechohabiente que solicita la atención, iniciando por los apellidos paterno, materno y nombre(s).</p> <p>El dato se tomará del expediente clínico o documentos oficiales que porte el paciente.</p> <p>Ejemplo: Viveros Miranda María Carmen</p>
9.	NO. DE CAMA	<p>El número de cama que ocupa el paciente al que se le practica la intervención quirúrgica.</p> <p>Cuando se trate de un paciente del programa de cirugía ambulatoria, se registrará con la sigla "CA" y el número de cama asignada, sin espacios.</p> <p>Ejemplo1: CA2</p> <p>Cuando se trate de un paciente que provenga del Servicio de Urgencias se registrará con la sigla "U" y el número de cama asignada:</p> <p>Ejemplo 2: U1</p>
10.	ESPECIALIDAD	<p>El nombre de la especialidad a la que está adscrito el Médico no Familiar que realiza la o las(s) intervención(es) quirúrgica(s).</p>

2E10-009-012



**ANEXO 12**  
**Intervenciones quirúrgicas efectuadas en quirófano,**  
**4-30-27/21**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
-----------	-------------	---------------

NOTA: Cuando se trate de cirugías simultáneas registrar todas las especialidades que participan a fin de que sean consideradas en el cálculo de la productividad quirúrgica.

11.	DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO	El diagnóstico CIE-10 que determino el proceso de valoración clínica y paraclínica que precede a la cirugía, el cual es obtenido del expediente clínico, o la forma 4-30-59/17 incluyendo la anamnesis y el examen físico entre otros.
-----	---------------------------	--

12.	TIPO CIRUGÍA	Colocar la inicial "E" o "U" de que la cirugía sea:  Electiva: Procedimiento que se programa con el tiempo suficiente para completar los estudios, preparar al paciente y planificar la forma de realizarlo, tratando de disminuir el riesgo que conlleva.  Urgente: Procedimiento que debe agregarse a la programación quirúrgica en el momento en que se solicita ya que pone en riesgo la vida o la función de algún órgano del paciente.
-----	--------------	--

**TIEMPOS**

13.	INGRESO A LA SALA	En formato de 24 horas, la hora en que ingresa el paciente a la sala quirúrgica
-----	-------------------	---

Ejemplo: 08:05

14.	INICIO DE PROC. ANESTÉSICO	Hora en que el médico Anestesiólogo comienza la preparación para el procedimiento anestésico, en formato de hora y minutos.
-----	----------------------------	---

Ejemplo: 08:15

15.	INICIO PROC. QX	La hora en que se inició el procedimiento quirúrgico, en formato de horas y minutos.
-----	-----------------	--

Ejemplo: 08:30

16.	TERMINO PROD. QX	La hora en que se terminó el procedimiento quirúrgico, en formato de horas y minutos.
-----	------------------	---

Ejemplo: 09:10

17.	TÉRMINO DE PROC. ANESTÉSICO	Hora en que el médico Anestesiólogo concluye el procedimiento anestésico, en formato de hora y minutos.
-----	-----------------------------	---

**2E10-009-012**



**ANEXO 12**  
**Intervenciones quirúrgicas efectuadas en quirófano,**  
**4-30-27/21**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
		Ejemplo:09:40
18.	EGRESO DE LA SALA	En formato de 24 horas, la hora en sale el paciente de la sala quirúrgica.
		Ejemplo: 10:30
19.	NÚM. PROC.	Con el sistema binomial y en orden secuencias, los procedimientos quirúrgicos realizados al paciente durante la misma intervención quirúrgica
		El numerador será el número progresivo que le corresponde al procedimiento y el denominador el total de procedimientos efectuados.
		Ejemplo 1: 1 / 1
		Ejemplo 2: 1 / 2
		2 / 2
		Ejemplo 3: 1 / 3
		2 / 3
		3 / 3
20.	PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	El nombre del(os) procedimiento(s) quirúrgico(s) efectuado(s) al paciente en la intervención quirúrgica. Implican el uso de equipamiento, instrumental, instalaciones y profesionales especializados, dependiendo de la complejidad del procedimiento y de las condiciones clínicas del paciente. En este caso son indicados el médico(a) cirujano y se pueden realizar tanto de manera ambulatoria como a través de la hospitalización del paciente.
		Cuando en la intervención quirúrgica se efectuó más de un procedimiento, estos se deberán registrar considerando primordialmente el motivo de la cirugía, y posteriormente aquellos que tenga prioridad por costo o complejidad.
		Ejemplo 1: Vasectomía
		Ejemplo 2: Cesárea Kerr
		Oclusión tubaria bilateral

**2E10-009-012**





**ANEXO 12**  
**Intervenciones quirúrgicas efectuadas en quirófano,**  
**4-30-27/21**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No	DATO	ANOTAR
21.	COD CIE 9MC	El código de la Clasificación Internacional de Procedimientos en Medicina (CIE-9) que le corresponde al procedimiento(s) quirúrgico(s), el dato de este campo es registrado por personal del ARIMAC.  Ejemplo: 98.0 para Salpingoclasia
22.	DIAGNÓSTICO POSTOPERATO RIO	El diagnóstico post-operatorio que se estableció después de efectuada el procedimiento quirúrgico.  Ejemplo 1: Paridad satisfecha Ejemplo 2: Sufrimiento fetal Ejemplo 3: Colectomía Apendicetomía
23.	PROC. ANESTÉSICO	El código de identificación del tipo de anestesia que se emplea en el procedimiento quirúrgico, de acuerdo al siguiente criterio:  1. General balanceada (AGB) 2. Bloqueo peridural-regional (BPD) 3. Local Loco-Regional (LR) 4. General endovenosa (AGE) 5. Sedación (SE) 6. Local con Cuidados anestésicos monitoreados (Local) 7. Combinaciones: (LR+SE) regional con sedación
<b>MATRÍCULAS</b>		
24.	CIRUJANO (A)	El número de matrícula del o de los Médico(s) no Familiar(es) cirujano responsable del procedimiento quirúrgico.  Ejemplo: 9676889
25.	ANESTESIÓLO- GO(A)	El número de matrícula del Anestesiólogo(a), responsable del procedimiento anestésico.  Ejemplo: 7076890

**2E10-009-012**



**ANEXO 12**  
**Intervenciones quirúrgicas efectuadas en quirófano,**  
**4-30-27/21**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
26.	ENFERMERA QUIRÚRGICA	El número de matrícula de la Enfermera(o) Quirúrgica que participó proporcionado el instrumental en cada tiempo quirúrgico.  Ejemplo: 7676880

2E10-009-012



**ANEXO 13**

**Hoja de Alta Hospitalaria, Alta 1/21**  
**2E10-009-013**



### HOJA DE ALTA HOSPITALARIA

**IDENTIFICACIÓN:**

Nombre: <span style="float: right;">(1)</span>	Fecha de ingreso: <span style="float: right;">(2)</span>
No. Seguridad Social y Agregado Médico: <span style="float: right;">(3)</span>	Fecha y hora del egreso: <span style="float: right;">(4)</span>
Especialidad o Servicio al egreso: <span style="float: right;">(5)</span>	Número de cama: <span style="float: right;">(6)</span>

**MOTIVO DE EGRESO:** (7)

(1) Curación	(2) Abandono	(3) Voluntario
(4) Defunción	(5) Mejora	(6) Transitorio

**ENVÍO A:** (8)

(1) Consulta de Especialidad mismo Hospital	(2) Medicina Familiar
(3) Otro Hospital IMSS	(4) Otra Institución

**DIAGNÓSTICO:**

DIAGNÓSTICO	CODIFICACIÓN
DX Ingreso: <span style="float: right;">(9)</span>	
DX Egreso principal: <span style="float: right;">(10)</span>	
1er. DX. Secundario: <span style="float: right;">(11)</span>	(22)
2do. DX. Secundario:	
3er. DX. Secundario:	
4to. DX. Secundario:	
5to. DX. Secundario:	
1er. COMPLICACION INTRA: <span style="float: right;">(12)</span>	
2do. COMPLICACION INTRA:	

**PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN CAMA CENSABLE**

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN CAMA CENSABLE	CODIFICACIÓN
(13)	(23)

**EGRESO POR DEFUNCIÓN:**

EGRESO POR DEFUNCIÓN:	CODIFICACIÓN
1er. DX. Causa Directa (CD): <span style="float: right;">(14)</span>	(24)
2do. DX. Causa Directa (CD): <span style="float: right;">(15)</span>	
(1) Sin Necropsia <span style="float: right;">(16)</span> (2) Con Necropsia	

**PROGRAMA EN EL SE ATENDIÓ AL PACIENTE:** (17)

(1) Cirugía Ambulatoria	(2) Otro
-------------------------	----------

**MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR:** (18)

(1) Ovar LNG [	(2) Ovar DSG	(3) Iuy MXPGESTR.	(4) Iuy NORTSNESTR.	(5) Implante ETNG	(11) DIU T Cu. Intraú.
(13) DIU Intraú. estád.	(15) DIU Intraú. sup.	(17) DIU TCu. sup.	(21) Vasectomía	(23) O.T.R.	(25) Parche AC
(27) DIU medicado	(31) Iuy. Trimestral		(6) Ninguno	(33) Implante LNG	

**RAMA DE SEGURO: RIESGO DE TRABAJO** (19)

(1) Probable	(2) Confirmado	(3) Invalidez
--------------	----------------	---------------

Número de receta: (20)

Médico responsable del alta: (21)

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

ALTA-1/21

2E10-009-013



**ANEXO 13**  
**Hoja de Alta Hospitalaria,**  
**Alta 1/21**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**Objetivo del formato:**

Proporcionar la información básica de los pacientes egresados de hospitalización, y de los programas de corta estancia, a fin de conocer el comportamiento de los egresos hospitalarios, incluye defunciones.

**Elabora:**

Asistente Médica del servicio que egresa al paciente.

Personal Médico no Familiar responsable del alta hospitalaria en todas las unidades médicas que cuenten con área de hospitalización y que operen los programas de Cirugía Ambulatoria.

Personal del ARIMAC

**Número de tantos:**

Se deberá requisitar este formato por cada paciente que se atiende en el área de hospitalización o se incorpore a los programas ambulatorios.

Se requisita en original y copias.

**Distribución:**

El original debe entregarse al ARIMAC.

La copia se integra al expediente clínico tradicional.

La Coordinadora de Asistentes Médicas será responsable de realizar la entrega al ARIMAC de los formatos originales para su codificación y registro en el SIMO Central; a más tardar a las 09:00 horas del siguiente día hábil de su elaboración.

**Instrucciones específicas:**

El llenado del formato se debe llenar a máquina de escribir o en computadora; donde no exista el recurso, con letra clara y legible, usando tinta diferente al color de la impresión del formato.

La Asistente Médica es responsable de registrar debidamente los siguientes campos:

1. Nombre
2. No. de afiliación y agregado médico
3. Especialidad o Servicio al egreso
4. Fecha de ingreso

2E10-009-013



5. Fecha y hora de egreso
6. Número de cama

El personal Médico no Familiar, es responsable de registrar por cada uno de los pacientes atendidos los puntos que a continuación se enlistan:

7. Motivo de egreso
8. Envío a:
9. Diagnóstico Ingreso,
10. Diagnóstico de Egreso Principal
11. 1er.Diagnostico Secundario  
2do.Diagnostico Secundario  
3ero.Diagnostico Secundario  
4to.Diagnostico Secundario  
5to.Diagnostico Secundario
12. 1er. COMPLICACIÓN INTRA  
2da. COMPLICACIÓN INTRA
13. Procedimientos realizados en cama censable
14. 1er. DX Causa Básica (CB)
15. 2do. DX Causa Directa (CD)
16. Sin o con Necropsia
17. Programa en el que se atendió al paciente
18. Método de planificación familiar
19. Rama de Seguro: Riesgo de Trabajo
20. Número de recetas
21. Médico responsable del alta

El personal del ARIMAC, es responsable de registrar los campos:

22. Código(s) motivo de egreso CIE-10
23. Código(s) de procedimiento(s) en cama censable CIE-9
24. Código(s) motivo de egreso por defunción CIE-10.



**ANEXO 13**  
**Hoja de Alta Hospitalaria,**  
**Alta 1/21**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
1.	NOMBRE	El nombre del paciente iniciando por apellido paterno, materno y nombre(s), el dato deberá de transcribirse del expediente clínico o de la documentación de la estancia hospitalaria del paciente. Ejemplo: Reyes Muñoz Virginia.
2.	FECHA DE INGRESO	Día, mes y año correspondiente a la fecha del ingreso hospitalario del paciente, se deberá registra en números arábigos y en el caso de estar solamente conformados por unidades, se agregará un "0" a la izquierda. Ejemplo: 08-11-2015.
3.	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y AGREGADO MÉDICO	El número de seguridad social y el agregado médico de identidad del paciente, el dato deberá de transcribirse del expediente clínico o de la documentación de la estancia hospitalaria del paciente. Ejemplo: 0174-56-9989 2F19600R.
4.	FECHA Y HORA DE EGRESO	Día, mes y año, así como la hora y minutos en los que el médico determina el egreso del paciente, en números arábigos. Ejemplo: 19-10-2015 / 12:30.
5.	ESPECIALIDAD O SERVICIO AL EGRESO	El nombre de la especialidad o servicio a cargo del paciente al momento del egreso. Ejemplo: Cardiología.
6.	NÚMERO DE CAMA	El número de cama que ocupaba el paciente al momento de determinarse el egreso hospitalario, de acuerdo a los siguientes criterios: El número de cama censable a la que ingresó al hospital. En el programa de cirugía ambulatoria se registrará la sigla "CA", además el número de asignada. En el programa puerperio de bajo riesgo la sigla "PB", además del número de cama asignada.
7.	MOTIVO DE EGRESO	Una "X en el paréntesis de la opción correspondiente al motivo del egreso.  (1) Curación (2) Abandono (3) Voluntario

2E10-009-013



**ANEXO 13**  
**Hoja de Alta Hospitalaria,**  
**Alta 1/21**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
8.	ENVÍO A	<p>(4) Defunción (5) Mejora (6) Transitorio</p> <p>Una "X en el paréntesis de la opción correspondiente al "pase", que se establece para continuar la atención del paciente.</p> <p>(1) Consulta de especialidad mismo hospital (2) Medicina familiar (3) Otro hospital IMSS (4) Otra institución</p>
<b>DIAGNÓSTICO</b>		
9.	DIAGNÓSTICO: DE INGRESO	Causa principal del ingreso de un paciente al hospital, que de acuerdo con el criterio médico se establece para la atención de un proceso patológico, para la realización de procedimientos específicos o para la aplicación de un tratamiento determinado.
10.	DIAGNÓSTICO EGRESO PRINCIPAL	<p>La afección principal que se determina al egreso y que generó la atención hospitalaria.</p> <p>Afección principal, se define como "la afección diagnosticada al final del proceso de atención de la salud como la causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación que tuvo el paciente. Si hay más de una afección así caracterizada, debe seleccionarse la que se considera causante del mayor uso de recurso".</p>
11.	1er; 2do; 3er; 4to; 5to. DX SECUNDARIOS	Otras afecciones o problemas que coexisten con la principal causa de atención hospitalaria y afectan el tratamiento del paciente.
12.	1er y 2do. COMPLICACIÓN INTRAHOSPITA- LARIA	Afecciones que se desarrollan a lo largo de la estancia hospitalaria y que se identifican como complicaciones ocurridas durante el internamiento
13.	PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN CAMA CENSABLE	Los procedimientos médicos realizados al paciente por el personal médico y paramédico que ocupa una cama censable, dar prioridad al registro de procedimientos que requieren un mayor uso de recurso.

**2E10-009-013**





**ANEXO 13**  
**Hoja de Alta Hospitalaria,**  
**Alta 1/21**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
<b>EGRESO POR DEFUNCIÓN:</b>		
14.	1er. DX Causa Básica (CB)	La causa básica de defunción que produjo la muerte del paciente. Debe ser la misma que se registró en el certificado de defunción.
15.	2do. DX Causa Directa (CD)	La causa directa de la defunción de acuerdo al registro en el certificado de defunción.
16.	(1) Sin Necropsia (2) Con Necropsia	Una "X" en el paréntesis de la opción correspondiente a los conceptos de defunción "Sin autopsia" o "Con autopsia", según sea el caso.
17.	PROGRAMA EN EL QUE SE ATENDIÓ EL PACIENTE	Una "X" en el paréntesis de la opción correspondiente al programa específico de atención hospitalaria del paciente.  (1) Cirugía Ambulatoria (2) Otro
18.	MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR:	Una "X" el paréntesis de la opción correspondiente a la acción realizada de planificación familiar, de acuerdo al método de aceptación y a la calificación del riesgo reproductivo, normado.
19.	RAMO DE SEGURO	Una "X" en el paréntesis de la opción que corresponda al ramo de seguro al que pertenecen las acciones otorgadas al paciente. Riesgos de trabajo. "Son los accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo del trabajo".  Probable. - Es cuando el asegurado o familiar refieran la ocurrencia del riesgo (Accidente o enfermedad), con motivo del trabajo, sin presentar la forma MT-1 o ST-1 "Aviso para calificar probable riesgo de trabajo".  Confirmado. - Es cuando el asegurado o familiar presenten el formato MT-1 o ST-1 "Aviso para calificar probable riesgo de trabajo", con la leyenda "Si de trabajo", nombre y firma del médico de Salud en el trabajo que calificó el riesgo en el reverso del mismo.

2E10-009-013



**ANEXO 13**  
**Hoja de Alta Hospitalaria,**  
**Alta 1/21**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
		<p>Invalidez. - Existe cuando el asegurado se encuentre imposibilitado para procurarse, mediante un trabajo igual, remuneración superior al 50% de su remuneración habitual percibida durante el último año de trabajo y que esa imposibilidad derive de una enfermedad o accidente no profesionales. (Art. 119 de la Ley del Seguro Social).</p> <p>Cuando el asegurado o familiar se le otorgue atención médica que se relacione con la determinación de un estado de invalidez, deberá presentar su forma MT-4 o ST-4 "Dictamen de invalidez".</p>
20.	NÚMERO DE RECETAS	Con números arábigos el total de recetas expedidas al egreso del hospital.
21.	MÉDICO RESPONSABLE DEL ALTA	El nombre completo del médico que otorga el alta del paciente y es responsable del llenado de la parte médica del formato, iniciando por el apellido paterno, materno y nombre(es), así como la matrícula y su firma.
22.	CODIFICACIÓN	<p>La clave de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionado con la Salud Décima Revisión (CIE-10), correspondientes a cada uno de los diagnósticos, según la lista tabular de inclusiones y subcategorías de cuatro caracteres.</p> <p>La persona que efectúa la codificación empleará las recomendaciones y las reglas de reselección de Morbilidad normadas por la clasificación antes citada.</p>
23.	CODIFICACIÓN	La clave de la CIE-10, correspondientes al egreso por defunción, según la lista tabular de inclusiones y subcategorías de cuatro caracteres. La persona que efectúa la codificación empleará los procedimientos y las reglas de Selección de Mortalidad normadas por la clasificación antes citada.
24.	CODIFICACIÓN	La clave de la CIE-9MC, correspondientes al egreso por defunción, según la lista tabular de inclusiones y subcategorías de cuatro caracteres. La persona que efectúa la codificación

2E10-009-013



**ANEXO 13**  
**Hoja de Alta Hospitalaria,**  
**Alta 1/21**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**No**

**DATO**

**ANOTAR**

empleará los procedimientos y las reglas de Selección de Mortalidad normadas por la clasificación antes citada

2E10-009-013



**ANEXO 14**

**Volante de Modificación de Datos de Paciente en Hospitalización, SIM0 2/17  
2E10-009-014**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS  
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS

SIM 0-2/17

**VOLANTE DE MODIFICACION DE DATOS DE PACIENTE EN HOSPITALIZACION**

SERVICIO \_\_\_\_\_ (1) FECHA: \_\_\_\_\_ (2)

**DATOS ANTERIORES**

NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	AGREGADO	NOMBRE
(3)	(4)	(5)
ADSCRIPCION (TIPO, NUMERO Y DELEGACION)		CLAVE PRESUPUESTAL
(6)		(7)

**DATOS ACTUALES**

NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	AGREGADO	NOMBRE
(8)	(9)	(10)
ADSCRIPCION (TIPO, NUMERO Y DELEGACION)		CLAVE PRESUPUESTAL
(11)		(12)

RESPONSABLE: \_\_\_\_\_ (13)  
NOMBRE Y FIRMA

2E10-009-014

**2E10-009-014**



**ANEXO 14**  
**Volante de Modificación de Datos de Paciente en Hospitalización,**  
**SIMO 2/17**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**OBJETIVO DEL FORMATO:**

Registrar e informar los cambios en los datos de identificación de los pacientes que se atienden en las áreas de hospitalización

**Responsable:**

Asistente Médica o quién realice estas funciones en las áreas de hospitalización y que operen los programas de Cirugía Ambulatoria, Diálisis Peritoneal.

La Coordinadora de Asistentes Médicas o quién realice estas funciones, es responsable de validar la información, quien certificará a través de su rúbrica.

**Número de tantos:**

Original y copia.

**Distribución:**

El original se recibirá al siguiente día hábil de su llenado en el ARIMAC, el recibir el formato significará registrar su control.

La Coordinadora de Asistentes Médicas será la responsable de entregar el paquete de información, recabando firma de recibido en la copia.

La copia se conservará en los servicios respectivos durante 30 días posteriores a su elaboración, para aclarar posibles desviaciones.

**Instrucciones específicas:**

Los registros de los datos en el formato deberán hacerse a máquina, de tal manera que se utilicen los renglones y los recuadros adecuadamente de no haber este recurso, el llenado se efectuará a mano utilizando letra de molde legible y tinta de diferente color a la que se empleó para la impresión del formato.

Este formato se elaborará para cada paciente que tiene cambios en sus datos de identificación y será instrumentado el registro por la Asistente Médica del área de hospitalización.

2E10-009-014



**ANEXO 14**  
**Volante de Modificación de Datos de Paciente en Hospitalización,**  
**SIMO 2/17**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No	DATO	ANOTAR
1.	SERVICIO	El nombre del área que reporta, áreas de hospitalización.
2.	FECHA	La fecha del día que se reporta con números arábigos en el caso de que el día o el mes sean unidades (1, 2, 3, etc.), se deberá de anteponer un cero para conformar decenas (01, 02, 03, etc.).
3.	NÚMERO SEGURIDAD SOCIAL	DE El número de seguridad social que tiene registrado actualmente el paciente, este dato es el que se reporta en el expediente clínico al momento de su ingreso hospitalario.  Ejemplo: 1978 60 7784-2
4.	AGREGADO	El agregado médico del número de seguridad social que tiene registrado el paciente al momento de su ingreso hospitalario.  Ejemplo: 3F2000 OR.
5.	NOMBRE	El nombre con que se tiene registrado del paciente al momento de su ingreso hospitalario.
6.	ADSCRIPCIÓN (TIPO, NÚMERO Y DELEGACIÓN)	El tipo, número y delegación de la unidad de adscripción de medicina familiar que le corresponde al paciente.
7.	CLAVE PRESUPUESTAL	La clave presupuestal de la unidad de medicina familiar que le corresponde al asegurado de acuerdo a su domicilio.
8.	NÚMERO SEGURIDAD SOCIAL	DE El número de seguridad social correcto del paciente.  Corresponde al que realmente le pertenece y se registra en el expediente clínico y en todos los documentos de la atención hospitalaria.
9.	AGREGADO	El agregado médico del número de afiliación correcto del paciente. Corresponde al que realmente le pertenece y se registra en el expediente clínico y en todos los documentos de la atención hospitalaria.

2E10-009-014



**ANEXO 14**  
**Volante de Modificación de Datos de Paciente en Hospitalización,**  
**SIMO 2/17**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
10.	NOMBRE	El nombre correcto del paciente. Corresponde al que realmente le pertenece y se registra en el expediente clínico y en toda la documentación hospitalaria.
11.	ADSCRIPCIÓN (TIPO, NÚMERO Y DELEGACIÓN)	El tipo, número y delegación de la unidad de adscripción de medicina familiar que realmente le corresponda al paciente.
12.	CLAVE PRESUPUESTAL	La clave presupuestal de la Unidad de Medicina Familiar que realmente le corresponde al asegurado de acuerdo a su domicilio.
13.	RESPONSABLE	Nombre y firma de la Asistente Médica responsable de la elaboración del Volante de Modificación de Datos.

2E10-009-014





**ANEXO 15**

**Hoja de Alta Hospitalaria Neonatal, Alta 1 Neo/17**  
**2E10-009-015**



**HOJA DE ALTA HOSPITALARIA NEONATAL**

**IDENTIFICACION**

UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN	<b>1</b>	UNIDAD DE ATENCIÓN	<b>2</b>
NOMBRE	<b>3</b>	FECHA DE INGRESO	<b>4</b>
NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y AGREGADO	<b>5</b>	FECHA Y HORA DE EGRESO	<b>6</b>
ESPECIALIDAD O SERVICIO AL EGRESO	<b>7</b>	NÚMERO DE BACINETE/CUNA	<b>8</b>

**ENVIO A**

**9**

- |                      |                           |
|----------------------|---------------------------|
| (1) OTRA UNIDAD      | (2) UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN |
| (3) CONSULTA EXTERNA | (4) DEFUNCIÓN             |

**DIAGNÓSTICO**

**CODIFICACIÓN**

DE INGRESO:	<b>10</b>	<b>23</b>
DE EGRESO:	<b>11</b>	<b>24</b>
(1) PRINCIPAL	<b>12</b>	
(2) SECUNDARIO	<b>13</b>	
(3) OTRO		
1er COMPLICACIÓN INTRA		
2a COMPLICACIÓN INTRA	<b>13</b>	
3a COMPLICACIÓN INTRA		

**EGRESO POR DEFUNCIÓN**

**CODIFICACIÓN**

1er Dx	<b>14</b>	<b>25</b>
2o Dx	<b>15</b>	

**MOTIVO DE EGRESO**

**16**

- |                            |              |                          |                          |
|----------------------------|--------------|--------------------------|--------------------------|
| (1) CURACION               | (2) ABANDONO | (3) VOLUNTARIO           | (4) TRASLADO             |
| (5) NO AMERITA TRATAMIENTO | (6) MEJORIA  | (7) DEFUNCIÓN SIN AUTOP. | (8) DEFUNCIÓN CON AUTOP. |

**TIPO DE ALIMENTACION**

**17**

- |                                 |           |               |             |
|---------------------------------|-----------|---------------|-------------|
| (1) Lactancia Materna Exclusiva | (2) Mixta | (3) Sucedáneo | (4) Ninguna |
|---------------------------------|-----------|---------------|-------------|

**PROCEDIMIENTOS**

**18**

- |                                   |                          |                                    |
|-----------------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| (1) Pinzamiento tardío del cordón | (4) Surfactante          | (7) Salinoferesis                  |
| (2) Apego inmediato               | (5) Fototerapia          | (8) Ultrasonido transfontanelar    |
| (3) Reanimación neonatal          | (6) Exanguinotransfusión | (9) Sonda de pleurostomía          |
| Ventilación (10) Oxígeno          | (11) Ventilación CPAP    | (12) Ventilación Mecánica asistida |
| (13) Ninguna                      | <b>19</b>                |                                    |

**TAMIZ (Realizados en el hospital)**

**20**

- |                |          |             |
|----------------|----------|-------------|
| (1) Metabólico | (3) Otro | (5) Otro    |
| (2) Otro       | (4) Otro | (6) Ninguno |

Peso al egreso del hospital **21** gramos

**MEDICO RESPONSABLE DEL ALTA**

**22**

Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Matrícula \_\_\_\_\_

2E10-009-015

Hoja Alta 1 Neo/17

**2E10-009-015**



**ANEXO 15**  
**Hoja de Alta Hospitalaria Neonatal,**  
**Alta 1 Neo/17**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**Objetivo del formato:**

Registrar los egresos de los pacientes neonatos, incluyendo defunciones o traslados a otros hospitales.

**Responsable del registro:**

La o el médico no familiar (neonatólogo o pediatra) Tratante;  
La asistente médica de los datos de la sección "identificación";  
El personal del ARIMAC de la codificación clínica.

**Número de tantos:**

La Hoja de Alta Hospitalaria Neonatal deberá llenarse en original y copia.

**Distribución:**

El original se entrega al ARIMAC para su codificación, captura en el SIMO y guarda.

La copia se glosa en el expediente clínico.

**Instrucciones específicas:**

1. El registro del formato es manual, a máquina o computadora.
2. La o el médico no familiar avala la información registrada mediante su firma.
3. La asistente médica obtiene del expediente clínico el original de éste formato, lo entrega a su jefa inmediato superior.
4. La Coordinadora de Asistentes Médicas, entrega al día siguiente hábil antes de las 9 am al ARIMAC los formatos.
5. El personal del ARIMAC recibe de la Coordinadora de Asistente Médica los formatos:
6. Verifica que la información registrada en el formato, que sea completa y legible para su captura en el SIMO, en caso de inconsistencia, notifica a la Asistente Médica para su corrección por el médico no familiar.
7. Codifica los diagnósticos de ingreso y de egreso, así como las complicaciones intrahospitalarias (INTRA), conforme a las reglas de codificación en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) vigente.

La asistente médica, registra los datos de identificación del paciente (numerales 1 al 8)

El personal Médico no Familiar, es responsable de registrar por cada uno de los pacientes atendidos los puntos que a continuación se enlistan:

9. Envío a:
10. Diagnóstico Ingreso

2E10-009-015



**ANEXO 15**  
**Hoja de Alta Hospitalaria Neonatal,**  
**Alta 1 Neo/17**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

11. Diagnóstico de egreso principal
12. Diagnóstico de egreso (secundario, otro)
13. Diagnóstico de complicación intra (1º, 2º, 3º)
14. Egreso por Defunción: 1er. Diagnóstico
15. Egreso por Defunción: 2º Diagnóstico
16. Motivo de egreso
17. Tipo de alimentación
18. Procedimientos
19. Ventilación
20. Tamiz
21. Peso al egreso de hospital
22. Médico responsable del Alta

El personal del ARIMAC, es responsable de registrar los campos:

23. Código(s) motivo de ingreso CIE-10
24. Código(s) motivo de egreso CIE-10
25. Código(s) motivo de egreso por defunción CIE-10.

2E10-009-015



**ANEXO 15**  
**Hoja de Alta Hospitalaria Neonatal,**  
**Alta 1 Neo/17**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No	DATO	ANOTAR
<b>Identificación</b>		<b>Sección a llenar por la Asistente Médica</b>
1	UNIDAD ADSCRIPCIÓN	<p>DE La unidad médica de primer nivel de atención a la que está adscrita la madre.</p> <p>Ejemplo: UMF 36, HGZ MF 2.</p>
2	UNIDAD DE ATENCIÓN	<p>La unidad médica hospitalaria donde recibió atención la persona recién nacida.</p> <p>Ejemplo: HGR 1</p>
3	NOMBRE	<p>Las siglas R/N (recién nacido) y enseguida los apellidos de la madre.</p> <p>Ejemplo: R/N López Rodríguez</p> <p>Cuando el neonato tenga acta de nacimiento y estado dado de alta en el IMSS, transcriba el nombre completo, sin abreviaturas inicie con el o los nombres propios y enseguida los apellidos.</p> <p>Ejemplo: José Luis – López – Rodríguez José Luis – Díaz –López Mauricio – Antonio – Miguel Maria Carmen – Hernández - (No tiene)</p>
4	FECHA DE INGRESO	<p>La fecha de ingreso (día, mes y año), con números arábigos, cuando el neonato ingresa a hospitalización (alojamiento conjunto, cunero patológico o unidad de cuidados neonatales), con números arábigos</p> <p>Ejemplo: 01/08/2017</p>
5	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y AGREGADO	<p>DE El número de seguridad social de la madre, se transcribe del expediente clínico o de documentos oficiales.</p> <p>Ejemplo: 23 89 72 1460-9</p>

**2E10-009-015**



**ANEXO 15**  
**Hoja de Alta Hospitalaria Neonatal,**  
**Alta 1 Neo/17**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

Enseguida el agregado del número de seguridad social del neonato, se construye:

- **3** número que corresponde a: (hijo o hija)-
- **F / M** género de la persona recién nacida;  
**F**.- Femenino  
**M**.- Masculino
- **2017** año de nacimiento a cuatro dígitos

Enseguida el régimen de seguridad al que está adscrita la madre:

Ejemplo: 3 F 2017 OR  
3 M 2017 **SA**  
3 F 2017 **PE**

OR: Ordinario  
SA: Seguro Adicional  
PE: Pensionado

(\*) NOTA: Cuando antes del egreso hospitalario, la o el recién nacido se registró en el IMSS (dado de alta en el IMSS), en el expediente clínico y en los formatos fuente se anota el número de seguridad y agregado asignado.

6 FECHA DE EGRESO

La fecha de egreso del hospital (día, mes y año), con números arábigos.

Ejemplo: 09/08/2017

2E10-009-015



**ANEXO 15**  
**Hoja de Alta Hospitalaria Neonatal,**  
**Alta 1 Neo/17**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

7 ESPECIALIDAD O SERVICIO AL EGRESO El nombre del servicio o área del que egresa el neonato: alojamiento conjunto, cunero patológico, unidad de cuidados intensivos (UCIN).

Servicios 2º y 3er nivel	Área de responsabilidad	Clave 4 posiciones SIMO Central
Alojamiento conjunto	32	6000
Cunero patológico	33	6100
Unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN)	33	4900

Servicios 3er nivel		
Prematuros	33	6101

8 NÚMERO DE BACINETE/CUNA DE De acuerdo al área o servicio del que egresa del hospital el neonato, con el siguiente criterio:

- Alojamiento conjunto.- El número de cama de la madre y enseguida las iniciales AC.
- Cunero patológico.- El número de cuna que corresponde.
- Unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN).-El número de cuna que corresponde.
- Prematuros.- El número de cuna que corresponde.

9 **Secciones a llenar por la o el Médico no Familiar que registra el alta**  
**ENVÍO A** Una "X" en el paréntesis de **una** de las 4 opciones registradas

10 **DIAGNÓSTICO DE INGRESO** Con letra clara y sin abreviaturas el diagnóstico motivo del ingreso hospitalario al área o servicio (no registre síntomas o signos): alojamiento conjunto, cunero

2E10-009-015



**ANEXO 15**  
**Hoja de Alta Hospitalaria Neonatal,**  
**Alta 1 Neo/17**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

patológico o unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN).

- 11 **DIAGNÓSTICO EGRESO (1) PRINCIPAL** **DE** Con letra legible y sin abreviaturas el diagnóstico o afección principal motivo de la atención hospitalaria.

Quando existen más de dos diagnósticos seleccione el diagnóstico o afección más importante o de mayor gravedad motivo de la atención hospitalaria, cuando no sea posible determinarlo seleccione el que requirió mayor uso de recursos.

**Definición de Afección Principal.-** “La afección diagnosticada al final del proceso de atención de la salud como la causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación que tuvo el paciente”.

- 12 **DIAGNÓSTICO EGRESO (2) Secundario (3) Otro** **DE** El o los diagnósticos motivos de atención hospitalaria, secundario u otro, a la afección principal, por orden de severidad.

- 13 **DIAGNÓSTICO DE 1er Complicación Intra 2ª Complicación Intra 3ª Complicación Intra** La o las complicaciones intrahospitalarias, es decir las adquiridas durante o con motivo de la estancia en el hospital, por orden de severidad, de acuerdo con los criterios vigentes.

**Egreso por defunción**

- 14 1er Dx (egreso por defunción) La causa directa que ocasiono la defunción.

- 15 2do. Dx (egreso por defunción) La causa básica que ocasiono la defunción.

- 16 **MOTIVO DE EGRESO** Una “X” en el paréntesis de **una** de las 8 opciones señaladas.

Registre una cruz “X” en el paréntesis correspondiente para señalar la realización la autopsia:

- (1) SI  
(2) NO

2E10-009-015





**ANEXO 15**  
**Hoja de Alta Hospitalaria Neonatal,**  
**Alta 1 Neo/17**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

- 17 **TIPO DE** Una "X" en **una** de las opciones registradas.
- 18 **ALIMENTACIÓN PROCEDIMIENTOS** Una "X" en el o los procedimientos realizados durante la estancia hospitalaria.
- 19 **VENTILACIÓN** Una "X" en el círculo correspondiente, cuando al neonato se le otorgó:
- (10) Oxígeno;  
(11) CPAP (presión positiva continua en vías respiratorias) y/o;  
(12) Mecánica Asistida.
- Cuando al neonato no se le realizó alguno de los procedimientos anteriores cruce "X" en la opción (13) Ninguno.
- 20 **TAMIZ (Realizados en el hospital)** **en el** Con "X" la variable Tamiz metabólico: Cuando al neonato se le efectuó esta detección en el hospital.
- En las opciones "Otros", numerales (2), (3), (4), (5), el nombre del estudio realizado al neonato, en su caso,
- Ejemplo:
- (2) Tamiz visual: Cuando al neonato se le efectuó esta detección en el hospital, cruce una "X"
- (3) Tamiz Auditivo: Cuando al neonato se le efectuó esta detección en el hospital, cruce una "X"
- (4) Tamiz de Cadera: Cuando al neonato se le efectuó esta detección en el hospital, cruce una "X"
- (5) "Otros", el nombre del estudio realizado al neonato, en su caso. Ejemplo: Tamiz Cardiológico
- Una "X" en la opción (6) Ninguno, cuando al neonato, no se le realizaron estudios de tamizaje.

2E10-009-015



**ANEXO 15**  
**Hoja de Alta Hospitalaria Neonatal,**  
**Alta 1 Neo/17**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

- |   |                                      |  |
|---|--------------------------------------|--|
| 21  | PESO AL EGRESO<br>DEL HOSPITAL       | El peso del recién nacido en gramos, al egreso del hospital  |
| 22  | MÉDICO<br>RESPONSABLE<br>DEL<br>ALTA | El nombre completo, matrícula de la o él médico que otorga el alta, y su firma.  |
| <b>Sección a llenar por el personal responsable de la codificación en el<br/>ARIMAC u OIMAC</b> |                                      |  |
| 23  | CODIFICACIÓN                         | El código de ingreso que le corresponde de acuerdo con los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) vigente.              |
| 24  | CODIFICACIÓN                         | El código de egreso que le corresponde de acuerdo con los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) vigente.               |
| 25  | CODIFICACIÓN                         | El código de egreso por defunción que le corresponde de acuerdo con los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) vigente. |

2E10-003-015



**ANEXO 16**

**Autorización, Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica, 4-30-59/17  
2E10-009-016**



### Anverso

<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS</b> <b>UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA</b> <b>COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD</b> <b>AUTORIZACIÓN, SOLICITUD Y REGISTRO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA 4-30-59/17</b>	
<b>DATOS GENERALES Y AUTORIZACIÓN</b>	
Unidad Médica Hospitalaria: <b>1</b>	
Nombre: _____ <small>Apellido paterno, materno y nombre (s)</small>	No. de Seguridad Social ____/____/____ <b>3</b>
<b>AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE</b>	
Autorizo a los médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social para que efectúen las intervenciones quirúrgicas que sean necesarias para el alivio o curación de mi padecimiento, en la inteligencia de que no desconozco los riesgos a que quedo sujeto por el procedimiento quirúrgico y anestésico.	Paciente, familiar o persona legalmente _____ <b>4</b> Nombre y Firma
<b>SOLICITUD DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA</b>	
Fecha de solicitud: ____/____/____ <small>DD MM AA</small>	Fecha y hora solicitada: ____/____/____ <small>DD MM AA Hora Minutos</small>
Diagnóstico preoperatorio: _____ <b>7</b>	
Operación proyectada: _____ <b>8</b>	
Tipo de cirugía <b>9</b> Urgencia ( ) Reintervención ( ) Electiva ( ) Concertada Si ( ) No ( )	
Sangre: Tipo <b>10</b>	Rh <sub>0</sub> (D) <b>11</b> En Quirófano: <b>12</b> <b>13</b> ml. En reserva: <b>14</b> ml. <b>15</b>
Anestesia sugerida: <b>16</b> Local ( ) Regional ( ) General ( )	Tiempo estimado para la intervención quirúrgica: <b>17</b> ____/____ <small>Horas Minutos</small>
Equipo o material especial que se va a requerir para la intervención quirúrgica: _____ _____ _____ <b>18</b>	Médico no Familiar cirujano _____ <b>19</b> Nombre, matrícula y firma
<b>PROGRAMACIÓN DEL QUIRÓFANO</b>	
Día: <b>20</b>	Hora: <b>21</b> Sala: <b>22</b> Jefe de Servicio <b>23</b> Nombre, matrícula y firma
<b>REGISTRO DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA</b>	
Anestesia administrada: _____ <b>24</b>	Cirugía efectuada: _____ <b>25</b>

2E10-009-016





**ANEXO 16**  
**Autorización, Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica,**  
**4-30-59/17**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**Objetivo del formato:**

Registrar la autorización del paciente para la realización de la Intervención Quirúrgica, proporcionar información para la programación de las salas de intervención quirúrgica, y mantener registros de los detalles de la cirugía efectuada y de quienes participaron en ella.

**Responsable**

Enfermera  
Medico No Familiar.

**Número de tantos:**

Original y copia

**Distribución:**

El original se incluirá en el legajo del expediente clínico del paciente sometido al acto quirúrgico, al término del mismo.

La copia deberá ser entregada a la Enfermera responsable de recopilar el formato 4-30-27/21, quien posterior a la intervención quirúrgica, concentrará ambos formatos 4-30-27/21 y 4-30-59/17, para su entrega a la Enfermera Jefe de Quirófano.

**Instrucciones específicas:**

El llenado del formato se debe realizar a máquina, donde no exista el recurso, con letra clara y legible, usando tinta diferente al color de la impresión.

Se elaborará por cada día de actividades laborales y por turno.

**El médico no familiar requisita los datos:**

1. Unidad Médica Hospitalaria
2. Nombre
3. No. De Seguridad Social
5. Fecha de solicitud
6. Fecha y hora solicitada
7. Diagnostico Preoperatorio
8. Operación Proyectada
9. Tipo de cirugía
10. Sangre tipo
11. En quirófano
12. En reserva
13. Anestesia sugerida
14. Tiempo estimado para la intervención quirúrgica
15. Equipo material especial que va a requerir

2E10-009-016



16. Nombre, matrícula y firma del médico no familiar cirujano
17. Cirugía efectuada
18. Descripción de la Técnica
19. Examen histopatológico transoperatorio
20. Hallazgos operatorios
21. Clasificación de la herida
22. Implante
23. Tipo
24. Manejo de la herida
25. Abierta piel y tejido subcutáneos
26. Ostomías
27. Tipo
28. Localización
29. Colocación de drenaje
30. Abierto
31. Antimicrobiano
32. Nombre del antimicrobiano

**El médico No Familiar Jefe de Quirófanos, analiza, previo a la cirugía; tiempos y movimientos de salas quirúrgicas para posteriormente determinar**

**Jefe de Quirófano**

33. Día
34. Hora
35. Sala
36. Nombre, matrícula y firma del Jefe de Servicio

**El médico No Familiar Anestesiólogo, deberá registrar, al término de la cirugía.**

37. Anestesia administrada
38. **Médico No Familiar Anestesiólogo**

La Enfermera General y Enfermera Especialista Quirúrgica, deberán registrar al término de la cirugía:

- Cuenta de gasas, compresas e instrumental, completas y correctos
- .- Enfermera Especialista: Nombre, Matrícula y Firma
  - .- Enfermera General: Nombre, Matrícula y Firma

**Médico Cirujano**

39. Cirugía efectuada
40. Descripción de la Técnica
41. Examen histopatológico transoperatorio

2E10-009-016



- 42. Hallazgos operatorios
- 43. Clasificación de la herida
- 44. Implante
- 45. Tipo
- 46. Manejo de la herida
- 47. Abierta piel y tejido subcutáneos
- 48. Ostmías
- 49. Tipo
- 50. Localización
- 51. Colocación de drenaje
- 52. Abierto
- 53. Antimicrobiano
- 54. Nombre del antimicrobiano
  
- 55. Fecha de inicio
- 45. Complicaciones transoperatorias
- 46. Diagnostico postoperatorio

**Nombre y firma del personal responsable que intervino en la Cirugía**

- 56. Nombre y firma Cirujano
- 57. Nombre y firma Anestesiólogo
- 58. Nombre y firma de la Enfermera Especialista
- 59. Nombre y firma de la Enfermera General
- 60. Nombre de los ayudantes

2E10-009-016





**ANEXO 16**  
**Autorización, Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica,**  
**4-30-59/17**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No	DATO	ANOTAR
1.	UNIDAD MÉDICA HOSPITALARIA	El tipo y número y nombre de la unidad hospitalaria correspondiente. Ejemplo: Hospital General de Zona 47
2.	NOMBRE	El nombre del paciente para el cual se destina la solicitud de intervención quirúrgica, empezando con el apellido paterno, apellido materno y nombre(s). Este dato deberá transcribirse del Expediente Clínico u otro documento con el que se recibe al paciente
3.	NO. DE SEGURIDAD SOCIAL	Ejemplo: Oros Gómez Daniel El número de Seguridad Social del paciente, además de los dígitos (número y letras) que conforman el agregado. Este deberá transcribirse del Expediente Clínico u otro documento con el que se recibe al paciente
4.	PACIENTE, FAMILIAR O PERSONA LEGALMENTE RESPONSABLE	Ejemplo: 1210 55 1670 1M1959OR <b>AUTORIZACION DEL PACIENTE</b> El nombre del paciente, familiar o persona legalmente responsable que autoriza la intervención quirúrgica, empezando con el apellido paterno, apellido materno y nombre(s). Este dato deberá <b>escribirlo de puño y letra</b> el paciente o familiar responsable o Tutor Legal del paciente
<b>SOLICITUD DE LA INTERVENCION QUIRURGICA</b>		
5.	FECHA DE SOLICITUD	Día, mes y año correspondientes a la fecha en que se está realizando el llenado de la "Autorización de intervención quirúrgica".  Los números deberán ser arábigos y en el caso de estar solamente conformados por una unidad, se agregará un "0" a la izquierda.  Ejemplo: 15 / 09 / 2016
6.	FECHA Y HORA SOLICITADA	Día, mes y año correspondientes a la fecha en que es solicitada la realización de la cirugía.

2E10-009-016



**ANEXO 16**  
**Autorización, Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica,**  
**4-30-59/17**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No	DATO	ANOTAR
		<p>Los números deberán ser arábigos y en el caso de estar solamente conformados por una unidad, se agregará un "0" a la izquierda.</p> <p>El momento horario quirúrgico solicitado, en formato de 24 hrs.</p> <p>Ejemplo: 19 / 09 / 2010                      20 : 45</p>
7.	DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO	<p>La causa principal del motivo del procedimiento quirúrgico, que de acuerdo al criterio médico se establece para la atención de un padecimiento, para la realización de un procedimiento quirúrgico específico o para la aplicación de un tratamiento determinado.</p> <p>Ejemplo: Apendicitis aguda</p>
8.	OPERACIÓN PROYECTADA	<p>El nombre del(os) procedimiento(s) quirúrgico(s) que se va(n) a realizar en la sala de operaciones.</p> <p>Ejemplo: Apendicectomía</p>
9.	TIPO DE CIRUGÍA	<p>Una "X" en el paréntesis que corresponda electiva, urgencia o reintervención.</p> <p>Ejemplo. Electiva (X)</p>
		<p>*) NOTA: Reintervención: Realización de una segunda intervención quirúrgica, en menos de 48 horas, relacionada al primer acto quirúrgico.</p>
10.	SANGRE TIPO	<p>El grupo de sangre que tenga el paciente que se va a intervenir quirúrgicamente:</p> <p>Ejemplo 1: "A"</p> <p>Ejemplo 2: "B"</p> <p>Ejemplo 3: "O"</p>
11.	RHo (D)	<p>El factor Rh que tenga el paciente que se va a intervenir quirúrgicamente.</p> <p>Ejemplo 1: Rh negativo</p> <p>Ejemplo 2: Rh positivo</p> <p>No utilizar signos</p>

**2E10-009-016**



**ANEXO 16**  
**Autorización, Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica,**  
**4-30-59/17**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No	DATO	ANOTAR
12.	EN QUIRÓFANO	<p>Las siglas del componente sanguíneo que se requiere durante el trans-operatorio:</p> <p>CE .- concentrado eritrocitario P .- plasma CP .- concentrado plaquetario</p> <p>(*) NOTA: en caso de requerir otro tipo de componente sanguíneo, se deberá anotar el nombre del mismo:</p> <p>Ejemplo: Factor X</p>
13.	ML.	<p>La cantidad en mililitros de algún componente sanguíneo (concentrado eritrocitario, plasma fresco, concentrado plaquetario) que se requiere tener cruzada.</p> <p>Ejemplo: 500 ml</p>
14.	EN RESERVA	<p>Las siglas del componente sanguíneo que se requiere mantener en reserva para el paciente.</p> <p>CE concentrado eritrocitario P plasma CP concentrado plaquetario</p> <p>(*) NOTA: en caso de requerir otro tipo de componente sanguíneo, se deberá anotar el nombre del mismo:</p> <p>Ejemplo: P (plasma)</p>
15.	ML	<p>La cantidad en mililitros de algún componente sanguíneo (concentrado eritrocitario, plasma fresco, concentrado plaquetario) que se requiere tener cruzada en reserva.</p> <p>Ejemplo: 50 ml</p>
16.	ANESTESIA SUGERIDA	<p>Una "X" en el paréntesis que corresponda (local, regional o general)</p> <p>Local, Regional General</p>

2E10-009-016



**ANEXO 16**  
**Autorización, Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica,**  
**4-30-59/17**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No	DATO	ANOTAR
17.	TIEMPO ESTIMADO PARA LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	Tiempo, expresado en Horas y minutos, que se considera por el Médico No Familiar Cirujano, en el que se realizará la cirugía.  Ejemplo: 01:30
18.	EQUIPO O MATERIAL QUE SE VA A REQUERIR PARA LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	La descripción, del equipo o material específico que se va a requerir para este procedimiento quirúrgico  Ejemplo: Set Cirugía General, Pinzas de anillos.
19.	MÉDICO NO FAMILIAR CIRUJANO	El nombre del Médico No Familiar Cirujano, iniciando con Apellido paterno, materno y nombre, así como número de matrícula y firma autógrafa del mismo  Ejemplo: Vázquez Chávez Jorge A. 10996574 Firma

**PROGRAMACIÓN DEL QUIRÓFANO**

20.	DÍA	Día, mes y año correspondiente a la fecha otorgada posterior al análisis de tiempos y movimientos del jefe de quirófano.  Los números deberán ser arábigos y en el caso de estar solamente conformados por una unidad, agregar un "0" a la izquierda.  Ejemplo: 14 / 08 / 2015
21.	HORA	El momento horario, expresado en tiempos de ocupación de la sala quirúrgica que se le otorga al procedimiento quirúrgico.  Ejemplo: 20:45 2º tiempo (1ª. Seguir)

2E10-009-016



**ANEXO 16**  
**Autorización, Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica,**  
**4-30-59/17**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
22.	SALA	El número de sala de operaciones en donde se llevará a cabo el procedimiento quirúrgico.
23.	JEFE DE SERVICIO	El nombre del Médico Jefe de Servicio del Quirófano. Iniciando con Apellido paterno, materno y nombre(s); así como número de matrícula y firma <u>autógrafa</u> del mismo

Ejemplo: Vidal González Luis Fco.  
7535024  
Firma

**REGISTRO DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA**

24.	ANESTESIA ADMINISTRADA	El tipo de anestesia que se emplea durante el procedimiento quirúrgico, de acuerdo al siguiente criterio y los medicamentos anestésicos administrados: 1.- General 2.- Bloqueo 3.- Local 4.- Regional
-----	------------------------	---

Ejemplo: Bloqueo peridural  
.- Bupivacaina, Ropivacaina y Lidocaina

25.	CIRUGÍA EFECTUADA	El nombre del(los) procedimiento(s) quirúrgico(s) efectuado(s). Si en la intervención quirúrgica se efectuó más de un procedimiento, estos se deberán registrar en renglones inferiores en orden secuencial. Ejemplo 1: Laparotomía exploradora Ejemplo 2: Cesárea Kerr Ejemplo 3: Salpingoclasia bilateral
-----	-------------------	--

26.	DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA	En forma detallada describir el procedimiento quirúrgico realizado, registrando vías de abordaje, procedimiento específico, tipo de cierre y cobertura de herida.
-----	---------------------------	---

27.	EXAMEN HISTOPATOLÓGICO	El nombre del examen histopatológico solicitado y el informe del mismo, según el caso.
-----	------------------------	--

2E10-009-016



**ANEXO 16**  
**Autorización, Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica,**  
**4-30-59/17**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No	DATO	ANOTAR
	TRANSOPERAT ORIO SOLICITADO E INFORME	Ejemplo: apéndice cecal; longitud 5 cm, color amarilla, textura indurada, epitelio neoplásico, luz con infiltrado inflamatorio agudo. Datos compatibles con CA
28.	HALLAZGOS OPERATORIOS	En su caso los hallazgos operatorios en función del diagnóstico. Ejemplo: Apéndice cecal engrosado e invaginado en el ciego
29.	CLASIFICACIÓN DE LA HERIDA	Una "X" en el paréntesis que corresponda: <ul style="list-style-type: none"><li>• limpia,</li><li>• limpia con implante,</li><li>• limpia contaminada,</li><li>• contaminada</li><li>• sucia</li></ul> Ejemplo: Limpia contaminada ( X )
30.	IMPLANTE	Una "X" en el paréntesis que corresponda:  <b>SI.</b> - Se colocó un implante médico en el paciente. <b>NO.</b> - No se utilizó implante alguno.  Ejemplo: SI ( X )
31.	TIPO	Los tipos de implantes: Ejemplos: 1) Ortopédicos (cadera, rodilla, hombro, etc.) 2) Prótesis valvulares de corazón: <ul style="list-style-type: none"><li>-Válvulas médicas</li><li>-Desfibrilador interno</li><li>-Marcapaso</li><li>-Dispositivo de asistencia ventricular izquierda</li><li>-Corazón artificial total</li></ul> 3) Neuroquirúrgico 4) De mama 5) De pene 6) Fijadores de hueso

2E10-009-016



**ANEXO 16**  
**Autorización, Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica,**  
**4-30-59/17**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No	DATO	ANOTAR
		7) Vasculares: Líneas vasculares, puerto; catéter venoso permanente, venoso central, arterial, circuitos arterio-venosos.
32.	HERIDA TÉRMINO DE LA CX	AL Una "X" en el paréntesis que corresponda: <ul style="list-style-type: none"><li>• Cerrada</li><li>• Abierta</li><li>• Abierta piel y tejidos subcutáneos</li><li>• Abierta fascias</li></ul>
33.	OSTOMÍAS	Ejemplo: Abierta piel y tejidos subcutáneos (X) Una "X" en el paréntesis que corresponda sí o no.
34.	TIPO	El(os) nombre o descripción del(os) tipo(s) de Ostromía(s) realizada durante el evento quirúrgico.  Ejemplo: 1. Tubo Digestivo: <ul style="list-style-type: none"><li>a) Esofagostomía</li><li>b) Gastrostomía</li><li>c) Ileostomía</li><li>d) Colostomía</li></ul> 2. Vías Respiratorias: <ul style="list-style-type: none"><li>a) Traqueostomía</li><li>b) Pleurotomía</li></ul> 3. Vías Urinarias: <ul style="list-style-type: none"><li>a) Nefrostomía</li><li>b) Cistostomía</li></ul> 4. Sistema Nervioso Central: <ul style="list-style-type: none"><li>a) ventriculostomía</li><li>b) derivación externa del espacio subdural</li></ul>
35.	LOCALIZACIÓN	El sitio anatómico en el que se coloca la ostromía. Ejemplo: Cuello anterior, Vía Aérea
36.	COLOCACIÓN DE DRENAJE	Una "X" en el paréntesis que corresponda Sí o No, especificar con una "X" si el drenaje es abierto o cerrado, según corresponda.

2E10-009-016



**ANEXO 16**  
**Autorización, Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica,**  
**4-30-59/17**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
		Ejemplo: SI ( <b>X</b> )    Abierto ( <b>X</b> )
37.	ANTIMICROBIAN O	Una "X" en el paréntesis que corresponda:  <ul style="list-style-type: none"> <li>• PROFILÁCTICO o TERAPÉUTICO</li> </ul> Ejemplo: Profiláctico ( <b>X</b> )
38.	NOMBRE DEL ANTIMICROBIAN O	El nombre genérico del antimicrobiano a utilizar.
39.	FECHA Y HORA DE INICIO	El día, mes y año, así como el momento horario expresado en horas y minutos en el que se inicia la aplicación del antimicrobiano.  Ejemplo: 14 / 08 / 2015    07:40
40.	CUENTA CON GASAS, COMPRESAS E INSTRUMENTAL	Realizar la cuenta de gasas, compresas e instrumental utilizado en la cirugía, marcar con una "X" en el recuadro correspondiente:  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si ( ) cuenta completa y correcta</li> <li>• No ( ) cuenta incompleta y/o incorrecta</li> </ul> Ejemplo: Si ( <b>X</b> )  (*) NOTA: En caso de cuenta incompleta y/o incorrecta, o falta de pieza(s) del instrumental, al término de cirugía, anotar en el espacio correspondiente. <b>MÉDICOS NO FAMILIARES</b>
41.	CIRUJANO	El apellido paterno, materno y nombre(s), del Médico No Familiar Cirujano, que realizó la cirugía; así como matrícula y firma <u>autógrafa</u>  Ejemplo: Vázquez Chávez Jorge A. 10996574 Firma
42.	ANESTESIOLÓG O	El apellido paterno, materno y nombre(s), del Médico No Familiar Anestesiólogo, que realiza el procedimiento anestésico en la cirugía; así como matrícula y firma autógrafa.  Ejemplo: Cerón Martínez Ma. De los Angeles 99152824 Firma

**2E10-009-016**





**ANEXO 16**  
**Autorización, Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica,**  
**4-30-59/17**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No	DATO	ANOTAR
<b>ENFERMERÍA</b>		
43.	ENFERMERA ESPECIALISTA	El apellido paterno, materno y nombre(s), de la Enfermera Especialista Quirúrgica, que Instrumenta la cirugía; así también se registra matrícula y firma <u>autógrafa</u> .  Ejemplo: López Hernández Carmen 10567438 Firma
44.	ENFERMERA GENERAL	El nombre de la enfermera que asiste (Circulante) el procedimiento quirúrgico, iniciando con apellido paterno, materno y nombre(s); así como matrícula y firma <u>autógrafa</u>  Ejemplo: Garduño Ramírez Martha P. 10876543 Firma
45.	NOMBRE DE LOS AYUDANTES	El nombre(s), apellido paterno y materno de cada uno de los ayudantes que participan en la cirugía; así como abreviatura de categoría  Ejemplo: Luis Carlos Méndez Rizo – Med. Ad. Avelino Colin Martínez – R II CG.
46.	COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS	En caso de presentar complicaciones durante el evento quirúrgico, anotar una “X” en el paréntesis que corresponda:  • Si ( ) • No ( )  Asi como la descripción completa de la(s) complicación(es) presentada(s)  Ejemplo: SI ( X ) Desgarre mínimo del ciego en la porción cecal al momento de cierre
47.	DIAGNÓSTICO POSTOPERATORIO	El diagnóstico post-operatorio que se estableció después de efectuada el procedimiento quirúrgico. Ejemplo 1: Apendicitis aguda.

2E10-009-016



**ANEXO 16**  
**Autorización, Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica,**  
**4-30-59/17**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
-----------	-------------	---------------

Ejemplo 2: Sufrimiento fetal agudo.

Ejemplo 3: Litiasis vesicular

2E10-009-016



**ANEXO 17**

**Cédula de validación de datos INDOQ Central  
2E10-009-017**



“Cedula de validación de datos INDOQ”

1

UNIDAD MÉDICA

Indicador de Oportunidad Quirúrgica

		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
INDOQ (Reporte Cirugía Programadas)	Total de intervenciones quirúrgicas electivas realizadas no concertadas, dentro de los 20 días hábiles o menos a partir de la solicitud del cirujano tratante.	2												0
INDOQ (Reporte Cirugía Realizadas)	Total de pacientes con solicitud otorgada por el médico tratante para cirugía electiva no concertada	3												0
INDOQ (Reporte Cirugía Suspendidas)	Número de cirugías electivas suspendidas en el mes en Unidades Médicas de Alta Especialidad	4												0
Formato 4-30-27 /90 Intervenciones Quirúrgicas efectuadas en Quirofano	Total de Intervenciones Quirúrgicas Programadas registradas en el formato 4-30/27.	5												0
Cobertura de registro de intervenciones quirúrgicas programadas en el indooq.	Reporta el número de pacientes que fueron oportunamente programados a partir de la fecha de solicitud, a la primera, segunda, cuarta semana, octava semana, doceava semana, mas de doce días, así como la cantidad de pacientes que en ese periodo quedaron pendientes de programar, descontando las solicitudes registradas como CONCERTADAS	6												7

8

NOMBRE

2E10-009-017



## ANEXO 17

### Cedula de validación de datos INDOQ Central

#### INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1.	Unidad médica	El tipo y número de unidad médica correspondiente Ejemplo: Hospital General de Zona 47
2.	Oportunidad intervenciones quirúrgicas realizadas	Total de intervenciones quirúrgicas electivas realizadas no concertadas, dentro de los 20 días hábiles o menos a partir de la solicitud del cirujano tratante.
3.	Oportunidad intervenciones quirúrgicas realizadas	Total de pacientes con solicitud otorgada por el médico tratantes para la cirugía electiva no concertada.
4.	Motivos de suspensión - cirugías programadas Formato 4-30-27	Número de cirugías electivas suspendidas en el mes Unidades Médicas de Alta Especialidad.
5.	intervenciones quirúrgicas realizadas en quirófano	Total de intervenciones quirúrgicas programadas registradas en el formato 4-30-27.
6.	Cobertura de registro de intervenciones quirúrgicas programadas en el INDOQ Central.	Resultado obtenido de total de pacientes con solicitud otorgada por el médico tratantes para la cirugía electiva no concertada entre el total de intervenciones quirúrgicas programadas registradas en el formato 4-30-27 por 100.
7.	Total	Total obtenido de la suma de las variables capturadas durante el año.
8.	Nombre	De los personajes que intervienen en la generación y validación de la información registrada en el INDOQ Central.

2E10-009-017



**ANEXO 18**

**Instructivo de operación sobre el uso del Sistema Indicador de Oportunidad  
Quirúrgica Central, INDOQ Central  
Versión 1.0.  
2E10-018-001**



Dirección de Prestaciones Médicas  
Unidad de Educación, Investigación y  
Políticas de Salud  
Coordinación de Planeación en Salud  
División de Información en Salud

Instructivo de operación sobre el uso de sistema para el  
Indicador de Oportunidad Quirúrgica  
INDOQ Central  
Versión 1.0

Septiembre 2020

*Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large signature, a cross, and the name JCCPA.*

2E10-018-001



Contenido

1. Antecedentes .....	3
2. Objetivo del documento.....	3
3. Marco de referencia.....	3
4. Características del Sistema.....	3
5. Abrevialuras .....	4
6. Proceso de registro, control de Información .....	4
6.1. Consulta Externa.....	4
6.2. Cirugía.....	5
7. Consulta de indicadores y reportes.....	7
8. Firmas de autorización .....	8

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten mark]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten mark]*

2E10-018-001





### 1. Antecedentes

En los últimos años el instituto ha presentado un gran progreso en sus sistemas de información, la incorporación tecnológica, ha permitido incorporar mejores sistemas para la captación de datos. INDOQ en su versión Central, permitirá sistematizar el registro de la información que se genera en los servicios de consulta externa y cirugías de nuestros hospitales.

De esta manera, la información que se utiliza para determinar la oportunidad quirúrgica será cada vez más confiable y oportuna.

INDOQ Central, es la herramienta utilizada para medir el nivel de oportunidad en la programación de las intervenciones quirúrgicas.

### 2. Objetivo del documento

Describir las actividades específicas del personal que involucrado en la captura del Sistema de Indicador de Oportunidad Quirúrgica INDOQ Central., para que a través de los indicadores de oportunidad se evalúe a las Unidades Médicas, y conocer la disponibilidad de acceso y la prestación de los servicios médicos a toda la población derechohabiente.

### 3. Marco de referencia

- Norma que establece las disposiciones en materia de información en salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social 2000-001-015.
- Manual Metodológico de Indicadores Médicos 2019-2025.
- Procedimiento para el registro de la atención médica en el Sistema de Información Médico Operativo 2E10-003-002.
- Manual de usuario del Sistema para el Indicador de Oportunidad Quirúrgica INDOQ Central versión 1.0

### 4. Características del Sistema

- Sistema interno, con acceso desde la intranet del Instituto.
- Pantalla de captura con todos los datos contenidos en los formatos fuente normados y autorizados

Handwritten notes and signatures in blue ink, including a large signature and the word "LADA" written vertically.



- Generación de archivos, los cuales se transfieren de manera automática hacia los servidores centrales del Instituto, eliminando la integración de información.

## 5. Abreviaturas

**ARIMAC:** Área de Información Médica y Archivo Clínico.

**CIAE:** Coordinador de Información y Análisis Estratégico.

**INDOQC:** Sistema de Indicador de Oportunidad Quirúrgica Central

**OIMAC:** Oficina de Información Médica y Archivo Clínico.

**SIMOC:** Sistema de Información Médico Operativo Central.

## 6. Proceso de registro, control de información

### 6.1. Consulta Externa

El médico usuario del Módulo de Consulta Externa (MOCE), registrará los diagnósticos secundarios: U580 (solicitud de cirugía No concertada) y U581 (solicitud de cirugía concertada), a fin de que queden registrados en el sistema y puedan reflejarse en la impresión de la forma Control e Informa de Consulta Externa 4-30-6/17.

ARIMAC recibe procedente de la consulta, los formatos 4-30-6/17, e identificará estos códigos en dicho formato, para el registro de solicitudes de cirugía en SIMO Central.

ARIMAC, al realizar la captura de la 4-30-6/17, vigilará el registro correcto de estos códigos U580 y U581 de solicitud de cirugía como diagnósticos complementarios en SIMO Central.

El registro manual de la Solicitud de Cirugía, en la forma Control e Informe de Consulta Externa 4-30-6 /17 se puede realizar de dos formas:

- En el formato vigente 4-30-6/17 se incluyen los numerales 10 (Requiere Intervención Quirúrgica) y 11 (Solicitud de Cirugía), en los cuales el médico de la consulta externa debe marcar en el numeral 10 "SI" y en el numeral 11 "C" o "N" de concertada o No concertada, según sea el caso.
- En caso de aún tener existencia del formato anterior 4-30-6/90, no se incluyen los numerales mencionados anteriormente, por tal motivo y con pluma el Médico debe escribir 11 – "C" para una solicitud de cirugía concertada u 11 – "N" para

2E10-018-001



solicitud de cirugía No concertada y esta sea captada en el área de OIMAC y/o ARIMAC para su registro correspondiente en SIMO Central.

El sistema INDOQ Central se alimenta de dos formas respecto a las solicitudes de cirugía:

- A través de la captura de la solicitud de cirugía que se registra en la Consulta Externa de SIMO Central en el área de OIMAC y/o ARIMAC, estas son transferidas electrónicamente al día siguiente al aplicativo INDOQ Central.
- A través del registro manual de la solicitud de cirugía, directamente en el aplicativo INDOQ Central, por parte del área del Servicio de Cirugía.

## 6.2. Cirugía

Los formatos fuentes que alimenten el Sistema Indicador de Oportunidad Quirúrgica (INDOQ Central) son:

- "Solicitud para la Intervención Quirúrgica" con clave 4-30-59/17 e;
- "Intervenciones Quirúrgicas Efectuadas en el Quirófano" con clave 4-30-27/20.

La Directora o el Director de la Unidad Médica en conjunto con la o el titular de la Jefatura de División o Servicio de Cirugía designarán el lugar y al personal responsable de registrar los datos relativos al proceso de la oportunidad quirúrgica en el Sistema Indicador de Oportunidad Quirúrgica (INDOQ Central).

La Directora o el Director de la Unidad Médica, el Subdirector o Subdirectora Médica, el Jefe o Jefa de División o Servicio de Cirugía, el Jefe o Jefa de Enfermería de la División o Servicio de Cirugía son responsables de validar el correcto llenado de los formatos fuente "Solicitud para la Intervención Quirúrgica" 4-30-59/17 e "Intervenciones quirúrgicas efectuadas en quirófano" 4-30-27/17 y que estos se encuentren registrados correctamente en sistema, teniendo especial cuidado en los datos referentes a las cirugías no concertadas y electivas.

El registro en el Sistema Indicador de Oportunidad Quirúrgica (INDOQC), de los formatos fuentes antes mencionados deberá realizarse diariamente directo en el aplicativo que se encuentra en línea.

Las y los titulares de Dirección, Subdirección Médica de la Unidad, y Jefatura de División o Servicio de Cirugía serán responsables de consultar, supervisar y validar el correcto

2E10-018-001





registro de los formatos fuente en el Sistema Indicador de Oportunidad Quirúrgica (INDOQC), en forma periódica previo al cierre mensual.

Los cierres de información serán mensuales, en el periodo comprendido del día 26 del mes anterior al día 25 de mes que se reporta.

El personal de la Oficina de Información Médica y Archivo Clínico OIMAC o ARIMAC será responsable de registrar y supervisar el correcto registro del formato fuente "Intervenciones quirúrgicas efectuadas en el quirófano" 4-30-27/17 en el Sistema de Información Médico Operativo Central (SIMOC).

La Jefa o el Jefe del Grupo o responsable del OIMAC o ARIMAC, realizará una validación de la información registrada entre el Sistema de Información Médico Operativo (SIMOC) y en el Sistema Indicador de Oportunidad Quirúrgica (INDOQC). En caso de diferencias notificará al titular de la Dirección de la Unidad mediante nota informativa para las correcciones pertinentes.

Antes del cierre mensual, las y los titulares de la CIAE y OIMAC, realizarán una validación de la información registrada entre el Sistema de Información Médico Operativo (SIMOC) y en el del Sistema Indicador de Oportunidad Quirúrgica (INDOQC). En caso de diferencias notificará al titular de la Dirección de la Unidad Mediante nota informativa para correcciones pertinentes y su caso la recepción de nuevo archivo de enlace correspondiente.

Las y los titulares de la CIAE, OIMAC y las Áreas Normativas de los Órganos Operativos de Administración Desconcentrada OOAD, recibirán notificación por parte de Nivel Central respecto a cada cierre mensual.

Persona responsable de la captura en el INDOQ Central, recibe a más tardar a las 09:00 horas del siguiente día hábil al de su elaboración, de parte del personal responsable del área de Cirugía, los formatos "Autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica" 4-30-59/17, 2E10-009-016 Anexo 16, y valida los datos.

¿La información es correcta?

- No. Devuelve los formatos "Autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica" 4-30-59/17, 2E10-009-016 Anexo 16 incorrectos al personal responsable del área de Cirugía y solicita las correcciones pertinentes. Regresa a la actividad 1.

2E10-018-001



- Sí. Procede al registro de la información en el sistema INDOQ, de los formatos "Autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica" 4-30-59/17, 2E10-009-016 Anexo 16; y elabora una "Relación de control de captura de formatos".

Genera periódicamente y/o de acuerdo con solicitud de la Dirección de la Unidad o la Jefatura de Cirugía, en el sistema INDOQ, reportes de indicadores conforme al siguiente manual de usuario.

Los días 26 de cada mes o al siguiente día hábil, verificando que se haya concluido el registro de la información hasta el día 25; genera el archivo de enlace, conforme a las fechas de cierre establecidas por la División de Información en Salud.

Notifica al personal responsable del área de Cirugía del cierre mensual y genera los reportes electrónicos correspondientes al periodo, para su validación.

#### 7. Consulta de indicadores y reportes

Los indicadores de oportunidad evalúan a los Hospitales de Segundo Nivel, así como a las Unidades Médicas de Alta Especialidad, a fin de medir la disponibilidad, el acceso y la prestación de los servicios médicos a toda la población derechohabiente.

El indicador de desempeño, establecido se define en el Manual Metodológico de Indicadores Médico Vigente.

La consulta de resultados puede realizarse a través de la liga:

Para los Órganos Operativos de Administración Desconcentrada

[http://tableros.imss.gob.mx/t/PrestacionesMedicas/views/INDOQCDELEGACIONAL/INDOQC?%3Aembed=y&%3AshowShareOptions=true&%3Adisplay\\_count=no&%3AshowVizHome=no](http://tableros.imss.gob.mx/t/PrestacionesMedicas/views/INDOQCDELEGACIONAL/INDOQC?%3Aembed=y&%3AshowShareOptions=true&%3Adisplay_count=no&%3AshowVizHome=no)

Para las Unidades Médicas de Alta Especialidad

[http://tableros.imss.gob.mx/t/PrestacionesMedicas/views/INDOQC UMAE/INDOQC?:embed=y&:showShareOptions=true&:display\\_count=no&:showVizHome=no](http://tableros.imss.gob.mx/t/PrestacionesMedicas/views/INDOQC UMAE/INDOQC?:embed=y&:showShareOptions=true&:display_count=no&:showVizHome=no)



**8. Firmas de autorización**

Revisó	Aprobó
 <b>Act. Nancy Minerva Torres Rojas</b> Jefe de la División de Información Epidemiológica	 <b>Dr. Ramón Alberto Rascón Pacheco</b> Titular de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica
 <b>Ing. Joaquín Papaqui Hernández</b> Jefe de la División de Información en Salud	 <b>Dr. Juan Gerardo Durán Arenas</b> Titular de la Coordinación de Planeación en Salud
 <b>Dra. Jazmy Jyhan Laborie Nassar</b> Jefe de la División de Hospitales	 <b>Dr. Raúl Peña Viveros</b> Titular de la Coordinación de Atención Integral en el Segundo Nivel
 <b>Dra. Italy Adriana Arvizu</b> Jefe de la División de Evaluación y Rendición de Cuentas de los Procesos de la Atención Médica	 <b>Dr. Efraín Arizmendi Uribe</b> Titular de la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad



**ANEXO 19**

**Bitácora de Recepción de Formatos Fuente**  
**2E10-009-019**



**ANEXO 19**  
**Bitácora de Recepción de Formatos Fuente**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS		<i>Bitácora de recepción de formatos fuente</i>								
N o.	Nombre o clave del formato fuente	Nombre del Servicio	Fecha de Elaboración	Fecha de Entrega	Hora de Entrega	Total de Formatos	Total de registros en el formato	Nombre y firma de quien entrega	Nombre y firma de quien recibe	Observaciones
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										

2E10-009-019





**ANEXO 19**  
**Bitácora de Recepción de Formatos Fuente**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**Elabora:**

El Oficial de Estadística,  
Coordinador de Estadística o  
Jefe de Grupo o responsable del Área.

**Número de tantos:**

Original y copia

**Distribución:**

Se resguarda en el área del ARIMAC.

**Instrucciones específicas:**

El personal del ARIMAC llena la “**Bitácora de Recepción de Formatos Fuente**” al momento de recibir los formatos de la Coordinadora de Asistente Médica:

**Consulta externa:**

- 4-30-6/17 Control e Informe de la Consulta Externa
- 4-30-6P/21 Informe de Servicios Profesionales
- 4-30-6 URG/21 Control e Informe de la Consulta en el Servicio de Urgencias

**Hospitalización:**

- 4-30-21/35/17-I Ingresos-Registro diario –“Servicio de urgencias o admisión continua”
  - 4-30-21/35/17-E Egresos-Registro diario –“Servicio de urgencias o admisión continua”
  - 4-30-21/17-I “Ingresos “Registro diario hospital”
  - 4-30-21/17-E “Egresos “Registro diario hospital”
- SIMO 2/17 “Volante de modificación de datos de pacientes en servicios de hospitalización”

Se recibirá de Enfermería los formatos:

- 4-30-21/A5/17-I Ingresos registro diario – “Unidad de cuidados del paciente en estado crítico
- 4-30-21/A5/17-E Egresos registro diario – “Unidad de cuidados del paciente en estado crítico
- 4-30-6B/17 Partos, productos y abortos
- 4-30-6C/17 Estancia de productos
- 4-30-27/21 Intervenciones Quirúrgicas efectuadas en quirófano
- SIMO-1/17 Volante de movimiento intrahospitalario
- SIMO-2/17 Volante de Modificación de Datos de Paciente en Hospitalización
- Alta 1/21 Hoja de Alta Hospitalaria
- Alta 1 Neo/17 Hoja de Alta Hospitalaria Neonatal

Se entregará una copia de la Bitácora a la Coordinadora de Asistente Médica y a la o el Subjefe de enfermería para cualquier aclaración a futuro.

2E10-009-019



El formato original de la Bitácora deberá ser resguardado de acuerdo al tiempo establecido para la conservación de documentos de comprobación administrativa en el ARIMAC.

**ANEXO 19**  
**Bitácoras de Recepción de Formatos Fuente**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR
1	Nombre y clave del formato fuente	El nombre o clave del formato fuente que se entrega
2	Nombre del servicio	El nombre del servicio. Ejemplo: Urgencias Tococirugía
3	Fecha de elaboración	La fecha cuando se elabora el documento
4	Fecha de entrega	La fecha cuando se realiza la entrega
5	Hora de entrega	La hora de recepción
6	Total de formatos	El número de hojas que se entrega
7	Total de registros	El número de registro que tiene escrito en el formato fuente
8	Nombre y firma de quien entrega	El nombre y firma de la persona que entrega los formatos
9	Nombre y firma de quien recibe	El nombre y firma de la persona que recibe los formatos
10	Observaciones	En el caso de la consulta externa anotar el total de las 4-30-6/17 que se entregan por servicio:  Ejemplo:  Ginecología (21) total de 4-30-6/17 (2) Nefrología (26) total de 4-30-6/17 (1)

2E10-009-019



**ANEXO 20**

**Control e Informe de Consulta en el Servicio de Urgencias, 4-30-6 URG/21  
2E10-009-020**



**Anverso**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

**CONTROL E INFORME DE CONSULTA**  
**EN EL SERVICIO DE URGENCIAS 4-30-6 URG/21**

UNIDAD 1	FECHA			MATRICULA DEL MÉDICO TITULAR <input type="checkbox"/> SUPLENTE <input type="checkbox"/>	CLAVE SERVICIO 6	ÁREA		TURNO 9	HORAS 10
	DÍA 2	MES 3	AÑO 4			TRIAGE 7	PRIMER CONTACTO 8		

CLAVE PRESUPUESTAL 11	NOMBRE DEL MÉDICO 12
--------------------------	-------------------------

TRIAGE	PROCEDIMIENTOS EN CONSULTORIO DE PRIMER CONTACTO O ÁREA DE REANIMACIÓN	DESTINO	LUGAR DEL ACCIDENTE
1. Rojo 2. Naranja 3. Amarillo 4. Verde 5. Azul	1. Abordaje endovascular menor 2. Asist y sop ventilatorio invasivo y no invasivo 3. Cardioversión desfibrilación 4. Cistotomía 5. Colocación de catéter para hemodiálisis 6. Colocación de sonda nasogástrica 7. Colocación de sonda urinaria 8. Colocación de sonda de balón 9. Cricotiroidectomía 10. Curaciones 11. Drenaje de absceso 12. Electrocardiograma 13. Fibrinolisis 14. Lavado gástrico 15. Lavado peritoneal 16. Marcapasos temporales 17. Paracentesis 18. Punción lumbar 19. Reanimación cardiopulmonar 20. Reducción de fracturas 21. Sutures 22. Toracocentesis 23. Transfusión de Hemoderivados 24. Retiro de cuerpo extraño	1. Observación 2. Envío unidad IMSS 3. Envío unidad no IMSS 4. Alta por mejoría 5. Alta voluntaria 6. Abandono o fuga	1. Hogar 2. Trabajo 3. Vía pública 4. Recreación 5. Escuela 6. Otros

No. PROGRESIVO 15	HORA DE LLEGADA A URGENCIAS 16	HORA DE INICIO 17	HORA DE TÉRMINO 18	HORA DE INICIO CONSULTA 19	TRIAGE 20	ENVÍO CONSOLIDADO A UMF 21	PROC. 1er CONTACTO/CHOQUE 22	PROCEDIMIENTOS EN PRIMER CONTACTO /ÁREA DE REANIMACIÓN 23	DESTINO 24	ACCIDENTES Y LESIONES PROBABLES DE TRÁFICO 25	DÍAS DE INCAPACIDAD 26	Nombre del Derechohabiente 13	Número de Seguridad Social y Agregado Médico 14

1	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL 27	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO 28	29	30
	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	31	32
2	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	33	34
	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	35	36

**Reverso**

24	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO 34	35	36
	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	37	38

Firma del médico

2E10-009-020



**ANEXO 20**  
**Control e Informe de Consulta en el Servicio de Urgencias,**  
**4-30-6 URG/21**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**Objetivo del formato:**

Registras las actividades de atención médica en urgencias, identificando los tiempos de recepción, inicio y término en Triage y de la consulta de primer contacto y del área de observación, para generar información relacionada a la productividad y eficiencia del servicio.

**Elabora:**

Asistente Médica;  
Personal Médico no Familiar;  
Personal del ARIMAC.

**Número de tantos:**

Favor de requisitar en original y copia.

Este formato lo utiliza en una sola ocasión el médico que recibe al paciente en el servicio de urgencias, registrando los tiempos de Triage, y cuando es atendido en la consulta de primer contacto y/o área de reanimación.

Este es un documento de carácter administrativo.

No se requiere elaborar este formato cuando el paciente ya fue ingresado al área de observación intermedia o regular, en este caso, deberán utilizarse los formatos "Ingresos, Registro Diario Servicio de Urgencias y/o Admisión Continua, 4-30-21/35/17-I", y "Egresos, Registro Diario Servicio de Urgencias o Admisión Continua, 4-30-21/35/17-E". Véase el Procedimiento para el Registro de la Atención Médica en el Sistema de Información Médico Operativo 2E10-003-002.

**Distribución:**

El original debe entregarse a las 8 am del día hábil siguiente en el servicio de ARIMAC.

La o el titular de la Coordinación de Asistentes Médicas, elaboran la "Bitácora de recepción de formatos fuente", clave 2E10-009-019 (Anexo 19). como soporte de la entrega del formato al ARIMAC.

El original se conservará en el servicio de ARIMAC de acuerdo a los tiempos de establecidos para los documentos de carácter administrativos.

2E10-009-020



**ANEXO 20**  
**Control e Informe de Consulta en el Servicio de Urgencias,**  
**4-30-6 URG/21**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

La copia, se conservará en el servicio de urgencia de acuerdo con los tiempos de establecidos para los documentos de carácter administrativos.

**Instrucciones específicas:**

El llenado del formato se debe realizar a máquina o computadora, y en donde no exista el recurso, a mano con letra manuscrita clara y legible, usando tinta diferente al color de la impresión del formato.

La **Asistente Médica** es responsable de requisitar debidamente los siguientes campos:

- |    |  |
|----|--|
| 1  | Unidad   |
| 2  | Día  |
| 3  | Mes  |
| 4  | Año  |
|    | <b>Matrícula del médico que otorga la consulta</b> |
| 5  | Titular-suplente                                   |
| 6  | Matrícula  |
| 7  | Clave del servicio                                 |
|    | <b>Área:</b>                                       |
| 8  | Triage   |
| 9  | Primer Contacto                                    |
| 10 | Turno  |
| 11 | Horas  |
| 12 | Clave presupuestal                                 |
| 13 | Nombre del Médico                                  |
| 14 | Nombre del Derechohabiente                         |
| 15 | Número de Seguridad Social                         |
| 16 | Agregado Médico                                    |

Las y los **Médicos tratantes** son responsables de registrar debidamente los campos contenidos en los recuadros que a continuación se enlistan:

- |    |                                 |
|----|---------------------------------|
| 17 | A Hora de llegada a urgencias   |
| 18 | B Hora de Inicio de TRIAGE      |
| 19 | C Hora de Término de TRIAGE     |
| 20 | D Hora de Inicio de la Consulta |
| 21 | 1 Triage                        |
| 22 | 2 Envío primer/segundo nivel    |
| 23 | 3 Reanimación                   |

2E10-009-020



**ANEXO 20**  
**Control e Informe de Consulta en el Servicio de Urgencias,**  
**4-30-6 URG/21**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

24	4 Procedimientos en Primer Contacto / Área de Reanimación
27	5 Destino
28	6 Lugar Accidente
29	6 Lesiones
30	7 Probable riesgo de trabajo
31	8 Días de incapacidad
32	Diagnóstico principal
33	Diagnóstico secundario
36	Firma del médico tratante

El personal del **ARIMAC** es responsable de registrar los campos:

34	Codificación del diagnóstico principal
35	Codificación del diagnóstico secundario

La persona que realiza la codificación de los motivos de atención será responsable de la aplicación de los pasos para la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión (CIE-10).

La codificación clínica sirve para almacenar los datos en los sistemas de información y se conforma por cuatro caracteres alfanuméricos, el primer carácter es una letra y los tres siguientes son números. Ejemplo:A169.

En los casos de la codificación doble (tumores, causas externas y daga y asterisco), se deberá codificar la naturaleza de la enfermedad, las causas externas y la manifestación de la enfermedad.



**ANEXO 20**  
**Control e Informe de Consulta en el Servicio de Urgencias**  
**4-30-6/21 URG**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>				
1.	Unidad	Denominación de la unidad médica. Ejemplo: HGR No. 1.				
2.	Día	El día números arábigos ejemplo: 01.				
3.	Mes	El mes números arábigos ejemplo: 02.				
4.	Año	El año en números arábigos ejemplo: 2017.				
5.	Titular suplente	Una X en el recuadro correspondiente con la matrícula del médico ya sea titular o suplente.				
6.	Matrícula	Matrícula del Médico.				
7.	Clave Servicio	Clave del servicio que corresponde a la atención de acuerdo al “Catálogo de Claves de Servicio y Especialidades”.				
Está compuesto de 4 dígitos, en este caso:						
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="690 1123 836 1165">Clave</th> <th data-bbox="836 1123 1258 1165">Descripción</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="690 1165 836 1218">0050</td> <td data-bbox="836 1165 1258 1218">Urgencias</td> </tr> </tbody> </table>			Clave	Descripción	0050	Urgencias
Clave	Descripción					
0050	Urgencias					
8.	Área Triage	Una “X” si el registro es de Triage.				
9.	Primer contacto	Una “X”, cuando el registro sea en la consulta de Primer Contacto.				
<p>De acuerdo con el proceso de urgencias, si el paciente fue clasificado en TRIAGE con color Rojo o Naranja, debe mantenerse en Observación, seleccionando la opción “1. Observación” del punto 5. Destino: (véase Numeral 22 de este instructivo de llenado), además de su ingreso en el formato “Ingresos, Registro Diario Servicio de Urgencia y/o Admisión Continua, 4-30-21/35-I clave 2E10-009-005 (Anexo 5).</p>						
10.	Turno	<p>La primera letra del turno que corresponda: “M”, “V” y “JA”, donde M es Matutino, V Vespertino y JA Jornada Acumulada.</p> <p align="right"><b>2E10-009-020</b></p>				





**ANEXO 20**  
**Control e Informe de Consulta en el Servicio de Urgencias**  
**4-30-6/21 URG**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
11.	Horas	Las horas de la jornada del médico tratante, ejemplo: 6 horas, 8 horas y 12 horas.
12.	Clave Presupuestal	Los 12 caracteres de la clave presupuestal que le corresponde a la unidad médica.
13.	Nombre del Médico	El nombre completo del médico, iniciando por el o los nombre(s) seguido por el apellido paterno y materno
14.	Nombre del Derechohabiente	Ejemplo: José Juan López Hernández. El nombre completo del derechohabiente, iniciando por el o los nombre(s) seguido por el apellido paterno y materno.
15.	Número de seguridad social	Número de Seguridad Social  Deberá de registrar el número de seguridad social, conforme la cartilla o el comprobante de asignación de número de seguridad social de IMSS DIGITAL.  Ejemplo: 2389 74 1469  Un paciente "No derechohabiente", puede generar su número de seguridad social, obteniendo la constancia impresa de la página IMSS DIGITAL con estatus de "No vigente".  Cuando se trate de un desconocido o no se puede obtener el número de seguridad social, este se conformará con los dígitos:  Dos dígitos: Día, ejemplo 07. Dos dígitos: Mes, ejemplo 08. Dos dígitos: Año, ejemplo 20. Dos dígitos: Folio consecutivo que se controla por las asistentes médicas, ejemplo 01. Dígito: cero, ejemplo 0. Dígito sexo, ejemplo F, Femenino y M, Masculino. Dos dígitos: ND que significa "No Derechohabiente".  Ejemplo:170820/01/0MND

**2E10-009-020**



**ANEXO 20**  
**Control e Informe de Consulta en el Servicio de Urgencias**  
**4-30-6/21 URG**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
16.	Agregado Médico	<p>Los caracteres del agregado médico más el régimen de seguridad social.</p> <p>Ejemplo:  Derechohabiente      1F1974 OR  No derechohabiente    0M1974 ND</p>
17.	A. Hora de llegada a urgencias	La hora de la llegada al servicio de urgencias ejemplo: 08:25.
18.	B. Hora de inicio de Triage	<p align="center"><b>Triage</b></p> La hora de inicio en el Triage, ejemplo: 08:28.
19.	C. Hora de término de Triage	La hora de término en el Triage, ejemplo: 08:30.
20.	D. Hora de inicio de la consulta	La hora de inicio de la consulta ejemplo: 8:35.
21.	1. Triage	Un número de acuerdo a la clasificación del Triage, 1. Rojo, 2. Naranja, 3. Amarillo, 4. Verde y 5. Azul
22.	2. Envío a primer/segundo nivel	<p>Cuando el paciente en Triage es identificado con color Amarillo, Verde y Azul, marcar una "X" si fue enviado a su Unidad de Medicina Familiar o enviado a una Unidad Médica de Segundo Nivel.</p> <p>Dejar el espacio en blanco, si el paciente permanece en el servicio para ser atendido en el consultorio de primer contacto.</p> <p>Si el paciente se envía a Observación, registre el punto 5. Destino, véase numeral 25 de este instructivo.</p>
23.	3. Reanimación	Una "X", si el paciente fue atendido en el área de reanimación.
24.	4. Procedimientos en consultorio de primer contacto o	El número o números de acuerdo con el (los) procedimiento(s) realizado(s), conforme al listado de opciones señaladas.

**2E10-009-020**



**ANEXO 20**  
**Control e Informe de Consulta en el Servicio de Urgencias**  
**4-30-6/21 URG**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**No.**

**DATO**

**ANOTAR**

área de  
reanimación

Ejemplo:

1	13	21
9	16	

Claves

1. Abordaje endovascular menor (37.34)
2. Asistencia y soporte ventilatorio invasivo y no invasivo (96.05)
3. Cardioversión desfibrilación (99.62)
4. Cistostomía (57.19)
5. Colocación de catéter para hemodiálisis (38.95)
6. Colocación de sonda nasogástrica (96.07)
7. Colocación de sonda urinaria (00.H8)
8. Colocación de sonda balón (96.06)
9. Cricotiroidectomía (30.29)
10. Curaciones (00.F9)
11. Drenaje de absceso (86.04)
12. Electrocardiograma (89.52)
13. Fibrinólisis (99.10)
14. Lavado gástrico (96.33)
15. Lavado peritoneal (54.25)
16. Marcapasos temporales (37.7-)
17. Paracentesis (54.91)
18. Punción lumbar (87.21)
19. Reanimación cardiopulmonar (99.60)
20. Reducción de fracturas (79.0-)
21. Suturas (86.59)
22. Toracocentesis (34.91)
23. Retiro de cuerpo extraño (98.20)
24. Transfusión de concentrado de hematíes (99.04)
25. Transfusión de plaquetas (99.05)
26. Transfusión de coagulación (99.06)
27. Transfusión de plasma (99.07)

**2E10-009-020**



**ANEXO 20**  
**Control e Informe de Consulta en el Servicio de Urgencias**  
**4-30-6/21 URG**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
------------	-------------	---------------

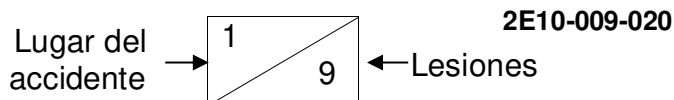
25.	5. Destino	<p>El número de acuerdo con las siguientes opciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Observación</li> <li>2. Envío unidad IMSS</li> <li>3. Envío unidad no IMSS</li> <li>4. Alta por mejoría</li> <li>5. Alta voluntaria</li> <li>6. Abandono o Fuga</li> </ol>
-----	------------	---

En caso de que haya una defunción, se debe realizar un ingreso al área de observación, seleccionando la opción "1. Observación" y realizar su Ingreso en el formato "Ingresos, Registro Diario Servicio de Urgencia y/o Admisión Continua,4-30-21/35-I clave 2E10-009-005 (Anexo 5) y posteriormente su Egreso en el formato "Egresos, Registro Diario Servicio de Urgencia y/o Admisión Continua,4-30-21/35-E. clave 2E10-009-006 (Anexo 6) y certificar la defunción conforme al Procedimiento para el Registro de Certificado de Defunción y de Muerte Fetal en el Sistema de Mortalidad 2E10-003-001.

Además debe registrar los procedimientos realizados conforme a las opciones establecidas en el numeral 24 del presente procedimiento.

26.	6.Lugar del accidente	<p>En la parte superior del cuadro, el número de acuerdo a las- siguientes opciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hogar</li> <li>2. Trabajo</li> <li>3. Vía pública</li> <li>4. Recreación</li> <li>5. Escuela</li> <li>6. Otros</li> </ol>
-----	-----------------------	--

Ejemplo:





**ANEXO 20**  
**Control e Informe de Consulta en el Servicio de Urgencias**  
**4-30-6/21 URG**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
27.	6. Lesiones	La diferencia más importante entre una lesión “herida” cerrada y otra abierta es que, en una herida cerrada, la piel no está cortada y permanece intacta.  1. Cerrada 2. Abierta
28.	7. Probable Riesgo de trabajo	Una X si existe probabilidad de riesgo de trabajo.  Es importante considerar que los sistemas no reconocen los días festivos o inhábiles.
29.	8. Días de Incapacidad	Los días de incapacidad expedidos al paciente.
30.	Diagnóstico Principal	La afección o enfermedad identificada, considerar que se utiliza en el análisis de la morbilidad del o los diagnósticos integrados al paciente. Ejemplo: Diabetes mellitus tipo 1 con complicación renal.  Causa única es la principal afección que se trató o investigó durante el episodio de atención de la salud.  La afección principal se define como la afección diagnosticada al final del proceso de atención de la salud como la causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación que tuvo el paciente. Si hay más de una afección así caracterizada, debe seleccionarse la que se considera causante del mayor uso de recursos. Si no se hizo ningún diagnóstico, debe seleccionarse el síntoma principal, hallazgo anormal o problema más importante como afección principal  Si no se han establecido diagnósticos definitivos al final del episodio de atención, debe registrarse la información que permita el mayor grado de especificidad y conocimiento sobre la afección que requirió cuidados o investigación.

2E10-009-020



**ANEXO 20**  
**Control e Informe de Consulta en el Servicio de Urgencias**  
**4-30-6/21 URG**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
31.	Diagnóstico secundario	<p>Esto debe hacerse registrando el síntoma, hallazgo anormal o problema, en vez de calificar un diagnóstico con términos tales como “posible”, “dudoso”, o “sospecha de “, que haya sido considerado, pero no establecido.</p> <p>Aquel diagnóstico que no siendo el principal coexiste en la enfermedad principal en el momento del ingreso, o se desarrolle a lo largo de la estancia hospitalaria, e influya en la duración de esta o en el tratamiento administrado.</p>
32.	Código	<p>El código alfanumérico, con base a la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10), que le corresponda de acuerdo al diagnóstico principal o motivo de consulta.</p> <p>La persona que efectúa la codificación empleará las recomendaciones y las reglas de re-selección de Morbilidad normadas por la clasificación antes citada; asimismo, la codificación de los motivos o diagnósticos deberá realizarse a cuatro caracteres.</p> <p>Para codificar motivos o causas de accidentes y lesiones reportadas por el médico en el servicio de urgencias, se utilizará la lista tabular para la naturaleza de la lesión y en la parte sombreada se anotará en cuatro posiciones la causa externa del capítulo correspondiente de la CIE-10.</p>
33.	Código	<p>El código alfanumérico, con base a la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10), que le corresponda de acuerdo con el diagnóstico secundario.</p> <p>Para codificar motivos o causas de accidentes y lesiones reportadas por el médico en el servicio de urgencias, se utilizará la lista tabular para la naturaleza de la lesión y en la parte sombreada se</p>

2E10-009-020



**ANEXO 20**  
**Control e Informe de Consulta en el Servicio de Urgencias**  
**4-30-6/21 URG**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
34.	Firma del médico tratante	anotará en cuatro posiciones la causa externa del capítulo correspondiente de la CIE-10.  En el renglón siguiente al empleado para registrar al último paciente al que se le otorgó atención médica, se deberá validar la información contenida en el formato a través de la firma del médico tratante.

2E10-009-020



**ANEXO 21**

**Manual de usuario del Sistema Indicador de la Oportunidad Quirúrgica  
INDOQ Central  
2E10-005-001**





# Manual de usuario del Sistema de Oportunidad Quirúrgica INDOQ Central Versión 1.0

Septiembre, 2020.

Autorizado por:

Ing. Joaquín Papaqui Hernández

Titular de la División de Información en Salud

Dirección de Prestaciones Médicas  
Coordinación de Planeación en Salud  
División de Información en Salud  
Ciudad de México

Página 1 de 15

2E10-005-001



## Directorio

---

Dr. Víctor Hugo Borja Aburto  
Director de Prestaciones Médicas

Dr. Efraín Arizmendi Uribe  
Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Dr. Raúl Peña Viveros  
Coordinador de Atención Integral en el Segundo Nivel

Dr. Alberto Rasoón Pacheco  
Coordinador de Vigilancia Epidemiológica

Dr. Juan Pablo Villa Darragán  
Coordinador de Planeación en Salud

Ing. Joaquín Papaqui Hernández  
División de Información en Salud

Expertos Tecnológicos  
Ing. Felipe Ruiz Reyes  
Lic. Alonso Moreli Alanís García  
Lic. Olga Yazmin Victoria Carrasco





Tabla de contenido

---

**DIRECTORIO** ..... 2

**ANTECEDENTES** ..... 4

**¿QUÉ ES EL INDOQ CENTRAL?**..... 4

**OBJETIVO DEL APLICATIVO** ..... 4

**FUNCIONALIDAD DEL APLICATIVO** ..... 5

**FLUJO DEL PROCESO DE CAPTURA** ..... 6





### Antecedentes

El 06 de marzo de 2019 a través del oficio circular número 09 55 24 61 2400 /DERD/ 2019 /0210, se instruye a todas las Unidades Médicas de Alta Especialidad, se registre en la consulta externa de las especialidades médicas la solicitud de la cirugía, cuando se determine que el paciente es candidato y acepta como opción terapéutica una intervención quirúrgica, señalando cuando la cirugía es concertada o no concertada.

La solicitud de cirugía será consignada, con la fecha de la consulta en que se lleve a cabo dicha anotación. Una vez que se ha concluido el protocolo preoperatorio y el paciente ratifica la aceptación de la cirugía, firma la "Autorización, Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica", 4-30-59/17 y el consentimiento informado. Este formato debe ser utilizado exclusivamente por el personal responsable de elaborar la solicitud para programación.

Los códigos utilizados para codificar como diagnóstico adicional o complementario son U58.0 "Cirugía no concertada" o U58.1 "Cirugía concertada". Al capturar la atención en el Sistema de Información Médico Operativo SIMO Central, el INDOQ Central solicitará la fecha de solicitud, la cual deberá coincidir con la fecha del formato fuente "Control e Informe de Consulta Externa" 4-30-6/17.

### ¿Qué es el INDOQ CENTRAL?

Es un aplicativo informático que se ha desarrollado como parte de las acciones de las "Iniciativas de Mejora del Proceso de Pase de Cirugía" y con la finalidad de mejorar la oportunidad y calidad de la información respecto a las etapas de programación, reprogramación, cancelación y registro de intervenciones quirúrgicas.

### Objetivo del aplicativo.

El objetivo de la herramienta es automatizar el registro y seguimiento de las actividades quirúrgicas en el segundo y tercer nivel, desde que el médico especialista hace una solicitud de cirugía hasta que esta se realiza.

*[Handwritten marks]*





### Funcionalidad del aplicativo

---

- Funciona en línea e integra la información en una base de datos centralizada;
- Recolecta diariamente y de manera automática las solicitudes de cirugía registradas en la consulta de especialidades del SIMO Central, es decir, aquellas que se capturan con código U580 y U581;
- Programación y Reprogramación de Cirugías;
- Cancelación cirugías programadas;
- Registro de cirugías realizadas;
- Disponibilidad en línea de la lista de espera de solicitudes de cirugía;
- Relación de cirugías programadas con la opción de reprogramarlas, cancelarlas o hacer el registro de realización;
- Lista de cancelación de cirugías en un período
- Lista de cirugías realizadas en un periodo;
- Se Incluye una función para el registro directo de solicitudes de cirugía que provienen de otras áreas, como la de hospitalización, referencias de otro hospital, y otros orígenes. **Las consultas de Urgencias no se incluyen en la captura de este aplicativo;**

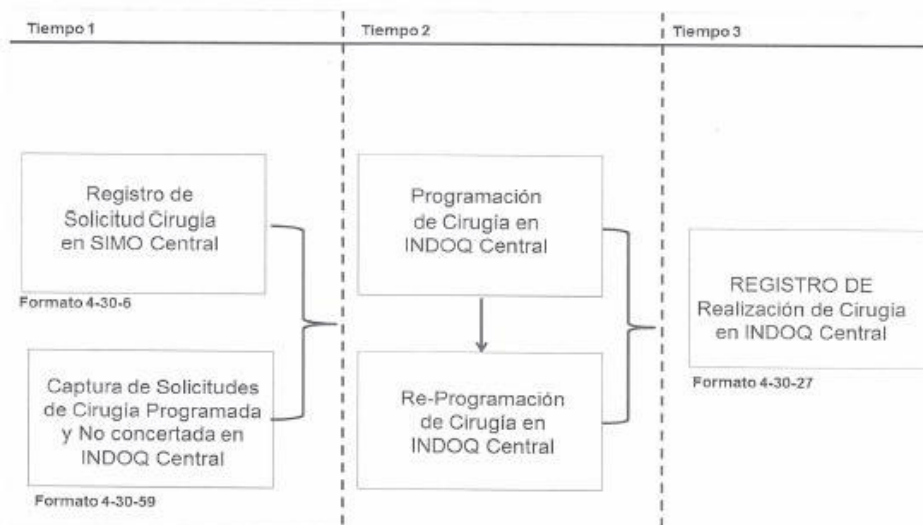




### Flujo del proceso de captura.

Es importante que la información sea capturada en los tiempos indicados:

- Tiempo 1: Lectura automática de solicitudes desde SIMO Central (Lo hace aplicativo) y captura directa de solicitudes de cirugías programadas en INDOQ Central;
- Tiempo 2: Registro de programación, reprogramación o cancelación de cirugías en INDOQ Central;
- Tiempo 3: Registro de cirugías realizadas en INDOQ Central.



El enlace para acceder al aplicativo es <http://indogc.imss.gob.mx>





### 1.0 Registrarse en el Aplicativo

- Para actividades de captura, primero debe registrarse como usuario con el perfil de "Unidad", para tal efecto acceda a esta función haciendo clic en el enlace denominado "Registrarse", que se encuentra en la pantalla principal, en la ventana que pregunta por las credenciales de acceso, como se observa en la siguiente pantalla.



- Para el auto-registro hay que capturar los datos indicados en la siguiente pantalla y seguir el procedimiento que se describe en el lado derecho de la misma.

Es importante considerar que en esta primera versión de INDOQC sólo se tiene disponible el perfil de "Unidad", o sea el perfil para usuarios de nivel unidad médica. Considerar que sólo se pueden registrar usuarios que cuenten con credenciales de acceso a la red institucional IMSS.

**Registro de Usuarios:**

Datos del nuevo usuario:

Perfil de usuario: 0- Seleccionar

Delegación: 00- Nacional

Unidad: 000000000000- Seleccionar unidad

Nombre:

Apellido paterno:

Apellido materno:

Matrícula:

Código Institucional:

Clave de Acceso:

**PROCEDIMIENTO:**

1. Seleccione un perfil de usuario
2. El perfil delegacional puede manejar información de cualquier unidad de su delegación
3. El perfil unidad puede manejar información sólo de su unidad
4. Registrar los datos solicitados
5. Todos los datos son obligatorios, excepto Apellido Paterno
6. El correo institucional debe tener la sintaxis correcta
7. El correo y clave de acceso se reflejará a las credenciales del correo institucional
8. Al hacer clic en el botón "Aceptar", se realiza el proceso de registro
9. El proceso de registro valida sus credenciales contra el dominio institucional
10. Si los datos de correo y clave de acceso son incorrectos, no se realizará el registro



## 2.0 Acceso al Aplicativo

Una vez que se ha registrado, puede acceder al aplicativo, para lo cual se deben ingresar las credenciales de acceso a la red institucional. Si el acceso es correcto, se desplegarán en el extremo superior derecho los datos que corresponden al perfil: delegación, usuario, unidad y perfil.

## 3.0 Descripción General

En la parte posterior se encuentra el menú principal, con cuatro opciones:

- **Programación:** Programación de intervenciones quirúrgicas
- **Reprograma, Cancelar y Registrar:** Despliega la lista de Cx programadas, a fin de reprogramar, cancelar o registrar la cirugía realizada
- **CxRealizadas:** Despliega una lista de cirugías realizadas y permite ver el detalle
- **Cancelaciones:** Despliega una lista de cancelaciones y permite ver el detalle
- **Salir:** Finaliza la sesión actual
- **Manual:** Manual de usuario para el uso del aplicativo

NSS	AM	Nombre	FechaSol
2225640242	29129808	HROVEDA VALLA JUAN MANUEL	05/12/2017
8888882281	18120205	BARBOSA RIVALLIO JESUS ENRIQUE	25/11/2017
3182411025	07194890	ORTIZ PEREZ EMERSON	05/12/2017
2297250436	24198201	PEREA CAMPA JONITA	28/11/2017
2243871838	19198701	ORTIGA ROSAS JAZMIN YADIRA	04/12/2017
6888611527	03120109	CONRAN HERNANDEZ DAVID ARTURO	29/11/2017
2297200531	18129909	TALAMANTES NIWAISO DENITO	05/12/2017
2297620042	49122204	PERFALY LUCERO ANGEL	01/12/2017
2279380021	81194290	OLIVEROS HERNANDEZ GUADALUPE	29/11/2017
2297200021	49124209	SIWARRIO TALAMANTES PABLO	03/12/2017
2270250005	29136804	OMARCA COSTA HANNA PAULLA	12/12/2017
2207480001	88094899	RAMIREZ VAZQUEZ MANUEL	04/12/2017
2297471135	19099709	GUILLEN PEZA ROMAN GUADALUPE	27/11/2017
4381623386	21197701	RAMON MARSA ROSARIO	06/12/2017
2293780021	21127601	LDA CASTILLO MARIE ISABEL	20/11/2017
1776580037	28011209	AVILES COSTA LEONARDO	08/11/2017

Para las opciones del menú principal, la lista de pacientes se muestra en la ventana izquierda, mientras que en la ventana derecha se desplegarán los formularios de captura o la información detallada del paciente seleccionado.





#### 4.0 Programación de Intervenciones Quirúrgicas

- Al acceder al aplicativo, se carga de manera automática la lista de solicitudes de programación pendientes, la cual proviene de las consultas de especialidades que se registradas en SIMO CENTRAL.
- Mediante el buscador ubicado en la parte superior izquierda, se pueden hacer búsquedas por nss, agregado médico, nombre o diagnóstico, con el fin de facilitar las actividades de la programación.

**MÉXICO** **IMSS** **INDOQ Central**

Programación | Reprogramar-Cancelar-RegistrarCx | CxRealiz. | Cancelaciones | Reportes | Salir | Manual | Módulo de Programación

Delegación: 03 Usuario: fdpezo@imss.gub.mx  
Unidad: H6SHF 2 Cl. Constitución Perfil: unidad

Buscar: Nss,AM,Nombre,Fecha,Diag: **GARCIA** Botón de "Buscar"

**Lista de Solicitudes de Cirugía para Programación**

NSS	AM	Nombre	FechaSol	
227890099	2F196008	GARCIA COSTA MARIA PAULA	12/12/2017	>>>
219123223	1F197208	GARCIA GARCIA LIVIA AURORA	06/12/2017	>>>
221261026	4F197208	ORZCO GARCIA ROSALBA	28/11/2017	>>>
220821405	4F196408	REYES GARCIA ROSA	30/11/2017	>>>

Total de Solicitudes Pendientes: 4

Dato ingresado para búsqueda de paciente

- Una vez ubicado el paciente, con un clic se selecciona de la lista, para que del lado derecho se despliegue la pantalla de registro de datos de programación. Observe que en la parte superior derecha se despliegan los datos de solicitud.

**MÉXICO** **IMSS** **INDOQ Central**

Programación | Reprogramar-Cancelar-RegistrarCx | CxRealiz. | Cancelaciones | Reportes | Salir | Manual | Módulo de Programación

Delegación: 03 Usuario: fdpezo@imss.gub.mx  
Unidad: H6SHF 2 Cl. Constitución Perfil: unidad

Buscar: Nss,AM,Nombre,Fecha,Diag: GARCIA

**Lista de Solicitudes de Cirugía para Programación**

NSS	AM	Nombre	FechaSol	
227890099	2F196008	GARCIA COSTA MARIA PAULA	12/12/2017	>>>
219123223	1F197208	GARCIA GARCIA LIVIA AURORA	06/12/2017	>>>
221261026	4F197208	ORZCO GARCIA ROSALBA	28/11/2017	>>>
220821405	4F196408	REYES GARCIA ROSA	30/11/2017	>>>

Total de Solicitudes Pendientes: 4

**Datos de Solicitud de Cirugía:**

Médico Sol: ... Mat.Sol: 1010999  
Especialidad: 1649-Cirujía General Fed.Sol: 12/12/2017  
Diag.Principal: 6001-CÁLCULO DE LA VESICULA BILIAR CON OTRAS COLELITIASIS  
Nombre: GARCIA COSTA MARIA PAULA

**Captura de Datos de Programación de Cirugía:**

Fecha: \_\_\_\_\_  
Matrícula del médico: \_\_\_\_\_  
Concertado=1, No Concertado=0

Grabar... Cerrar...

Programar cirugía.



- Se capturan los datos indicados en el formulario de captura, todos son obligatorios y deben ser validos, de lo contrario serán rechazados por el validador. En este caso, la fecha de programación debe ser mayor o igual que la fecha de solicitud, la matricula es un dato numérico y el valor de concertado puede ser 1 o 0.
- Al final se graban los datos capturados, haciendo clic en el botón "Grabar..." si son correctos el registro queda concluído, de lo contrario haga las correcciones necesarias e intente la grabación nuevamente.

### 5.0 Reprogramación, Cancelación y Registro

En este módulo se realizan las programaciones, se hacen cancelaciones y se registran los datos de cirugías realizadas. En todos los casos se pueden buscar paciente por NSS, Agregado Médico, Nombre, Fecha de Solicitud y Diagnóstico.

Para entrar a este módulo, en el menú principal haga clic en la opción: "Programar-Cancelar-ReprogramarCx"; desplegará el aplicativo una pantalla como la que se muestra a continuación, donde se pueden observar tres enlaces para las funciones de Cancelar, Registrar y Reprogramar una cirugía:



*[Handwritten signature]*



### 5.1 Reprogramación de Cx

- Buscar al paciente requerido para la reprogramación; si no se ve en la lista, con la barra de desplazamiento muévela hacia arriba o hacia abajo; o bien, haga uso del buscador para encontrar al paciente requerido.
- Una vez identificado el renglón del paciente, selecciónelo haciendo clic en el link "Rp" de color verde y el aplicativo desplegará en la ventana del lado derecho el formulario para capturar los datos de la reprogramación. Observe que en la parte superior derecha se despliegan los datos de la solicitud.
- Se procede a capturar los datos indicados en el formulario, todos son obligatorios y deben ser validos, de lo contrario serán rechazados por el validador. En este caso, la fecha de reprogramación debe ser mayor o igual que la fecha de solicitud, la matricula es un dato numérico y el valor de concertado puede ser 1 o 0.

**INDOQ Central**  
Módulo de Reprogramación de Cirugías

Delegación: 03      Usuario: fclg@msi@imss.gob.mx  
Unidad: HGGP-2 CL. Constitución      Perfil: unidad

Buscar: No./AH/Nombre/Fecha

NOSS	AH	Nombre	FechaSol			
220202049	1M1955GR	CAZARES SUMADOSI FRANCISCO GERARDO	03/08/2017	Ca	Cx	Rp
220681940	1P1989DR	MARTINEZ SALDAÑA CRISTINA	28/07/2017	Ca	Cx	Rp
220664036	1M2000GR	SALAZAR OCHOA ANSELMO ALONSO	28/07/2017	Ca	Cx	Rp
229590030	1M2000GR	SALAZAR OCHOA ANSELMO ALONSO	28/07/2017	Ca	Cx	Rp
228960036	1M2000GR	SALAZAR OCHOA ANSELMO ALONSO	28/07/2017	Ca	Cx	Rp
229660036	1M2000GR	SALAZAR OCHOA ANSELMO ALONSO	28/07/2017	Ca	Cx	Rp
270374164	1P1972DR	LAGA CASTRO ROSA ISELA	28/07/2017	Ca	Cx	Rp
226850804	1M1900GR	GONZALEZ GONZALEZ MANUEL SALVADOR	07/08/2017	Ca	Cx	Rp
216941089	0P1949DR	SABE BARCELO HERMELINDA	01/08/2017	Ca	Cx	Rp
220771070	1M1971GR	MARTINEZ MARTINEZ JUAN JOSE	21/07/2017	Ca	Cx	Rp
229570113	4P1904DR	IBARRA RAMOS MARCELENA	28/07/2017	Ca	Cx	Rp
227950037	1P1999DR	RUIVALCABA HAZCAS N GUADALUPE	09/08/2017	Ca	Cx	Rp

**Datos de Solicitud de Cirugía:**

Médico Sol: --      Fecha Sol: 03/08/2017  
Especialidad: 1000-Cirugía General      Fecha Sol: 03/08/2017  
Diag.Principal: N776-PRELUCCIO REEDURANTE, FIMOSIS Y PARAFIMOSIS  
Nombre: CAZARES SUMADOSI FRANCISCO GERARDO

**Reprogramación de Cirugía:**

Fecha Program.: 03/08/2017  
Fecha Reprogram.:  
Fecha:  
Matricula del médico:  
Concertado=1, No Concertado=0  
Motivo Reprogramación: Seleccionar

- Grabar los datos capturados, haciendo clic en el botón "Grabar..." si son correctos, el registro queda concluido, de lo contrario, haga las correcciones necesarias e intente la grabación nuevamente.
- Para las validaciones hay que considerar que la fecha de reprogramación debe ser mayor que la fecha de solicitud, el valor de concertado sólo puede ser 1 o 0, y que la captura de la especialidad y motivo de reprogramación son obligatorias.



## 5.2 Cancelaciones de Cirugías

Buscar al paciente requerido para la cancelación; si no se ve en la lista, podría ser buscado mediante el buscador o desplazando la lista de pacientes hacia arriba o hacia abajo.

Una vez identificado el renglón del paciente por cancelar, se selecciona haciendo clic en el link "Ca" de color verde y el aplicativo desplegará en la ventana del lado derecho el formulario para capturar los datos de cancelación.

The screenshot shows the 'INDOQ Central' interface. On the left, there is a table titled 'Lista de Cirugías Programadas/Reprogramadas'. A red arrow points to the 'Ca' (Cancel) button in the first row. On the right, a form titled 'Módulo de Reprogramación de Cirugías' is displayed, containing fields for patient information, surgery details, and a dropdown menu for 'Motivos Cancelación' with 'Circunstancia' selected. Buttons for 'Grabar' and 'Cancelar' are at the bottom.

RES	AM	Nombre	FechaSol	Ca	Cx	Rp
220336049	18180308	CAZARES SUAREZ FRANCISCO (SINARI)	03/08/2017	Ca	Cx	Rp
220608140	07195808	MARTINEZ SALDARÑA CRISTINA	20/07/2017	Ca	Cx	Rp
220944036	08200808	SALAZAR OCHOA ANGELMO ALONSO	20/07/2017	Ca	Cx	Rp
220944036	28300808	SALAZAR OCHOA ANGELMO ALONSO	28/07/2017	Ca	Cx	Rp
220944036	28090808	SALAZAR OCHOA ANGELMO ALONSO	28/07/2017	Ca	Cx	Rp
220944036	28020808	SALAZAR OCHOA ANGELMO ALONSO	28/07/2017	Ca	Cx	Rp
078073454	07187208	LAGA CASTRO ROSA ISBELA	20/07/2017	Ca	Cx	Rp
220608140	08100808	GONZALEZ GONZALEZ MANUEL SALVADOR	07/08/2017	Ca	Cx	Rp
210346100	07194908	JAIMÉ SARCELO HERVELINDA	09/08/2017	Ca	Cx	Rp
220720020	08197108	MARTINEZ MARTINEZ JUAN JOSE	31/07/2017	Ca	Cx	Rp
220770112	07193408	USARRA RAMOS MARCELO	30/07/2017	Ca	Cx	Rp
220306237	17193808	RUIZ CARA MACIAS M GUADALUPE	09/08/2017	Ca	Cx	Rp

Se procede a capturar los datos indicados en el formulario. En este caso, sólo el motivo de cancelación, que es obligatorio para poder grabar el movimiento de cancelación.

Grabar el registro de cancelación haciendo clic en el botón grabar.

*[Handwritten signature]*







### 5.3 Registro de Cirugías Realizadas

- Buscar al paciente al que se le corresponde la cirugía; si no se ve en la lista, podría ser buscado mediante el buscador o desplazando la lista de pacientes hacia arriba o hacia abajo.
- Una vez identificado el renglón del paciente requerido, este se selecciona haciendo clic en el link "Cx" de color verde; el aplicativo desplegará en la ventana del lado derecho el formulario para capturar los datos la cirugía realizada.

- Se capturan los datos indicados en el formulario, todos son obligatorios y deben ser válidos para poder grabar el registro. La fecha de la cirugía realizada debe ser mayor o igual que la fecha de programación/reprogramación; para seleccionar el procedimiento quirúrgico se debe ingresar la palabra a buscar y de la lista que se muestra como resultado de la búsqueda, se selecciona un procedimiento. En el campo "Otra Iqx" se puede capturar la descripción de otra Cirugía, aunque no es obligatorio.

*[Handwritten signature]*



### 6.0 Registro de Solicitudes Nuevas, que no provienen de SIMO CENTRAL

Mediante esta función se registran solicitudes nuevas que no provienen de SIMO CENTRAL, sino de otras áreas como hospital, referencias de otro hospital y otros orígenes.

The screenshot shows the 'INDOQ Central' interface. At the top, there are navigation links: Programación, Reprogramar-Cancelar-RegistrarCx, CxReaiz, Cancelaciones, Reportes, Salir, and Manual. The user is logged in as 'fder.nst@imss.gub.mx' from the 'Unidad: HOSPI 2 C6. Constitución'. The main content area is titled 'Lista de Solicitudes de Cirugía para Programación' and contains a table with the following data:

RIS	AM	Nombre	FechaVl	
2297602243	20190403	HERRERA VILLA ADON MAMEL	01/12/2017	+
8898622341	EMIS3503	SANTISTA MURILLO JESUS ENRIQUE	28/11/2017	+
3143411933	0719499E	ORTIZ PEREZ BENIGNA	04/12/2017	+
3247731436	2418890R	BEREA CANSA JOVITA	20/11/2017	+
3283671339	1411670R	ORTIGA ROSA SAIYON YADIRA	04/12/2017	+
6490611927	EMIS1408	CORRAO HERNANDEZ DAVID ARTURO	28/11/2017	+
2297793307	EMIS750C	TALAMANTES SALLARDO BENITO	04/12/2017	+
2297621045	4419340N	HERRERA LUCIANO ANSEL	01/12/2017	+
2276301921	0718232P	GUTIERREZ HERNANDEZ GUADALUPE	28/11/2017	+

A red callout box points to the '+' icon in the first row, containing the text: 'Clic en el botón de más para registrar una nueva solicitud'.

Hacer clic en el botón del signo "+", para que se despliegue el formulario de captura para el registro de las nueva solicitud.

*[Handwritten signature]*





GOBIERNO DE  
**MÉXICO**



**2020**  
LEONA VICARIO

### Nueva Solicitud de Cirugía Programada

Afiliación:  Agregado Med:

Nombre:

Paterno:  Materno:

Fechas de: Solicitud Cx:  Fecha Solicitada Cx:

Matrícula Médico Sol.:

Especialidad:

Buscar Diagnóstico:  Diagnóstico a buscar

A543 >> **Diagnóstico seleccionado**

Cve	CIE10
<b>Seleccionar</b> A543	A543-INFECCIÓN GONOCÓCICA DEL OJO
<b>Seleccionar</b> Z135	Z135-EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TRASTORNOS
<b>Seleccionar</b> D	D-DESCRIPCIÓN DE LESIONES Y ENFERMEDADES
<b>Seleccionar</b> C	C-CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y ANEXOS
<b>Seleccionar</b> C699	C699-TUMOR MALIGNO DEL OJO, PARTE NO ESPECIFICADA
<b>Seleccionar</b> W440	W440-CUERPO EXTRAÑO QUE PENETRA POR EL OJO U ORIFICIO NATURAL, VIVIENDA
<b>Seleccionar</b> W441	W441-CUERPO EXTRAÑO QUE PENETRA POR EL OJO U ORIFICIO NATURAL, INSTITUCIÓN RESIDENCIAL
<b>Seleccionar</b> W442	W442-CUERPO EXTRAÑO QUE PENETRA POR EL OJO U

- Capturar los datos indicados en el formulario. Considerar las siguientes validaciones indispensables: Afiliación es un datos numérico de 10 posiciones, el Agregado Médico tiene un conjunto de reglas que se deben cumplir, el nombre y apellido paterno son obligatorios, la fecha de solicitud de cirugía debe ser menor o igual a la fecha solicitada, la matrícula del médico es un dato numérico y hay que seleccionar una especialidad. Para agregar el diagnostico, primero se realiza la búsqueda y posterior a esto se debe seleccionar de la lista uno.