GACETA DEL GOBIERNO

Periódico Oficial del Gobierno del Estado Libre y Soberano de México
REGISTRO DGC NUM. 001 1021 CARACTERISTICAS 113282801

Mariano Matamoros Sur No. 308 C.P. 50130
Tomo CLXXXI A:202/3/001/02
Número de ejemplares impresos: 500

Toluca de Lerdo, Méx., miércoles 28 de junio del 2006
No. 122

SUMARIO:

SECRETARIA DE SALUD

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA OPERACION DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN LAS UNIDADES MEDICAS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION DEL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MEXICO.

"2006. AÑO DEL PRESIDENTE DE MEXICO, BENITO PABLO JUAREZ GARCIA"

SECCION TERCERA

PODER EJECUTIVO DEL ESTADO

Gobierno del Estado de México
Secretaría de Salud
Instituto de Salud del Estado de México

ISEM

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA OPERACIÓN DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN LAS UNIDADES MÉDICAS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO

NOVIEMBRE DE 2005

CONTENIDO

I. PRESENTACIÓN.....
II. BASE LEGAL.....
III. OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS.....
IV. ALCANCE.....
V. SISTEMA OPERATIVO.....
VI. POLÍTICAS.....
VII. PROCEDIMIENTOS.....
7.1. Referencia de Pacientes de la Comunidad a Unidad Médica de Primer Nivel de Atención...
7.1.1. Objetivo.....

7.1.2. Descripción de Actividades.....
7.1.3. Diagrama de Flujo.....
7.2. Referencia de Pacientes del Primer Nivel al Segundo Nivel de Atención.....
7.2.1. Objetivo.....
7.2.2. Descripción de Actividades.....
7.2.3. Diagrama de Flujo.....
7.3. Contrarreferencia de Pacientes al Primer Nivel de Atención y Comunidad.....
7.3.1. Objetivo.....
7.3.2. Descripción de Actividades.....
7.3.3. Diagrama de Flujo.....
VIII. FORMATOS E INSTRUCTIVOS DE LLENADO.....
1. Referencia de Comunidad a Unidad Médica de Primer Nivel.....
2. Libreta de Control de Referencia de Comunidad a Unidad Médica de Primer Nivel.....
3. Hoja Diaria de Consulta Externa.....
4. Sistema de Referencia y Contrarreferencia.....
5. Libreta de Control de Referencia y Contrarreferencia de Unidad Médica de Primer Nivel a Unidad Médica de Segundo Nivel.....
6. Referencia y Contrarreferencia de Pacientes/ Concentrado Mensual Jurisdiccional....
IX. ANEXOS.....
ANEXO 1: Funciones.....
X. SIMBOLOGÍA.....
XI. VALIDACIÓN.....
XII. ACTUALIZACIÓN.....

I. PRESENTACIÓN

Las acciones de la presente administración se enfocan hacia un nuevo proceso de libertades de Reforma de Estado del Estado de México, pensada inicialmente para la seguridad y la justicia, la participación de las organizaciones civiles, la rendición de cuentas y la transparencia pública, la estabilización y la apertura económica, con una inversión dirigida a la productividad y el empleo, el financiamiento para el desarrollo, y una política social compensatoria dirigida a la sustentabilidad y el largo plazo.

El cumplimiento de estas acciones requiere de una reforma administrativa que propicie la autocorrección gubernamental, revise las formas de organización e introduzca nuevos procedimientos de coordinación, presupuestación y programación, así como mecanismos de seguimiento, evaluación y rendición de cuentas; una reforma de políticas públicas que reasigne funciones y responsabilidades de las unidades administrativas, con el fin de depurar el sector público, evitar la duplicidad y la dispersión de actividades y recursos, y se supervisen los programas gubernamentales.

Así la gran reforma mexiquense, a reserva de alcanzar sus respectivos consensos, tiempos y mecanismos de aplicación, tiene cinco niveles, entre ellos, el referente a Reformas de Gobierno que considera fusiones administrativas, desregulaciones, eliminación de trámites, innovaciones y actuaciones con base en políticas públicas, el rediseño del ejercicio público, la coordinación intergubernamental, y la modernización administrativa, acciones básicas para hacer congruentes los planes y programas del las dependencias y organismos auxiliares del gobierno estatal con el Plan de Desarrollo del Estado de México 2005-2011.

En este contexto, la Unidad de Modernización Administrativa del Instituto de Salud del Estado de México elaboró el presente **"Manual de Procedimientos para la Operación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en las Unidades Médicas del Primer Nivel de Atención del Instituto de Salud del Estado de México"** como un instrumento administrativo para agilizar y facilitar las acciones del personal involucrado en la prestación de los servicios de salud en el primer nivel de atención, que propicie la calidad y calidez en la atención a la población abierta.

El manual en cuestión permitirá precisar las funciones, deslindar responsabilidades, evitar duplicidades, detectar omisiones, contar con un medio de información y, en general, mejorar la productividad de las unidades médicas y elevar la calidad de los servicios que ofrecen. El documento contiene un objetivo, las normas que indican su marco de actuación, la descripción de los procesos y su representación mediante diagramas de flujo que exponen de manera esquemática los pasos a seguir para su realización, así como los formatos que se utilizan para concentrar la información que se genere con sus respectivos instructivos de llenado para requisitarlos en forma adecuada.

II. BASE LEGAL

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
   Diario Oficial de la Federación, 5 de febrero de 1917, reformas y adiciones.

2. Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México.
Gaceta del Gobierno, 10, 14 y 17 de noviembre de 1917, reformas y adiciones.
3. Ley General de Salud.
Diario Oficial de la Federación, 7 de febrero de 1984, reformas y adiciones.
4. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
Diario Oficial de la Federación, 29 de diciembre de 1976, reformas y adiciones.
5. Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de México.
Gaceta del Gobierno, 17 de septiembre de 1981, reformas y adiciones.
6. Ley para la Coordinación y Control de Organismos Auxiliares del Estado de México.
Gaceta del Gobierno, 24 de 1983, reformas y adiciones.
7. Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado y Municipios.
Gaceta del Gobierno, 11 de septiembre de 1990, reformas y adiciones.
8. Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México.
Gaceta del Gobierno, 30 de abril de 2004.
9. Código Administrativo del Estado de México.
Gaceta del Gobierno, 13 de diciembre de 2001, reformas y adiciones.
10. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica
Diario Oficial, 29 de abril de 1986.
11. Reglamento de Salud del Estado de México
Gaceta del Gobierno, 13 de marzo de 2002, reformas.
12. Acuerdo No. 79, relativo a la aplicación, instrumentación y actualización del Manual de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes y envio de muestras y especímenes.
Diario Oficial de la Federación, 5 de septiembre de 1988.
13. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
14. Norma Oficial Mexicana NOM-020-SSA2-1994, para la prestación de servicios de atención médica en unidades móviles tipo ambulancia.
15. Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA-1998, del expediente clínico.
16. Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la atención de la salud del niño.

III. OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

GENERAL:

Favorecer la atención médica oportuna integral y de calidad en las unidades médicas del Instituto de Salud del Estado de México, mediante el adecuado y ágil flujo de pacientes referidos y contrarreferidos entre los diferentes niveles de atención.

ESPECÍFICOS:

Homologar los mecanismos de operación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en las unidades médicas del Instituto de Salud del Estado de México.

Facilitar el traslado de pacientes con urgencia médica entre las unidades médicas del primer nivel y el segundo nivel de atención.

Promover la coordinación entre los niveles administrativos y operativos de las unidades médicas del Instituto de Salud del Estado de México que intervengan en el proceso de referencia y contrarreferencia.

IV. ALCANCE

El presente manual constituye un instrumento administrativo que establece los lineamientos de carácter general y obligatorio para las unidades médico administrativas que intervienen en cada uno de los procedimientos que se realizan en la referencia y contrarreferencia de pacientes.

El documento es aplicable para el primer nivel de atención, y sólo se reconoce la acción que el segundo nivel hace para contrarreferir al paciente y que interviene en el Sistema de Referencia y Contrarreferencia, de conformidad con los lineamientos establecidos.

V. SISTEMA OPERATIVO

Insumos

A. CONJUNTO DE FACULTADES Y FUNCIONES

Disposiciones legales y administrativas relacionadas con el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes en el primer nivel de atención.

- **Constitución federal y local, leyes, reglamentos, acuerdos y normas oficiales mexicanas.**

B. COMBINACIÓN DE RECURSOS

- **Infraestructura en salud**
- **Recursos materiales**
- **Recursos financieros**
- **Recursos técnicos**

C. EL MARCO JURÍDICO Y LOS RECURSOS PERMITEN REALIZAR FUNCIONES DE:

- **Atención médica de calidad**
- **Referencia de Pacientes**
- **Seguimiento de Pacientes referidos**
- **Atención médica y seguimiento de tratamiento de pacientes contrarreferidos.**

D. OTROS INSUMOS COMO EL OBJETIVO DE:

- Contribuir a que cada paciente reciba la atención médica integral conforme a su padecimiento y que la unidad a la que sea enviado para su tratamiento resulte la más conveniente, así como establecer un sistema de atención médica, escalonado, permanente y continuo entre los niveles de atención que permita coordinar los procedimientos de envío de pacientes entre las diferentes unidades médicas del Instituto de Salud del Estado de México, incluso a otras unidades del sector.

Proceso

PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFRENCIA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

REFERENCIA DE PACIENTES DE LA COMUNIDAD A UNIDAD MÉDICA DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

REFERENCIA DE PACIENTES DEL PRIMER NIVEL AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES AL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN Y COMUNIDAD

ESTRUCTURA, MÉTODOS, PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS DE LOS NIVELES DE ATENCIÓN

ACTITUDES Y APTITUDES DEL PERSONAL

Resultados

- Atención médica integral otorgada a pacientes conforme a su padecimiento.
- Oportuna y certera atención de padecimientos.
- Certeza en los diagnósticos realizados.
- Sistema de atención médica, escalonado, permanente y continuo entre los niveles de atención.
- Efectividad en el uso de recursos y del capital humano.

Estos resultados se evalúan en razón de su eficacia, su eficiencia y su institucionalidad, comparándolos con las demandas y necesidades presentadas, con los objetivos propuestos, los programas formulados, así como con el apoyo de los factores o elementos del entorno, los cuales al manifestar un logro, un acuerdo o una desviación o un desacuerdo, generan una:

REALIMENTACIÓN: que representa la influencia que los servicios y promoción de los programas tienen sobre el entorno, de modo que forma, modifica o transforma los insumos o entradas subsecuentes.

MEDIO AMBIENTE (ENTORNO): Población abierta como usuarios de los servicios. Otras instituciones del sector salud relacionadas con la prestación de los servicios y programas institucionales.

VI. POLÍTICAS

217B50000-01 / 11-05

El Sistema de Referencia y Contrarreferencia se constituye como un mecanismo de coordinación que permita dar respuesta efectiva al Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta.

217B50000-02 / 11-05

La Referencia y Contrarreferencia de pacientes pediátricos se realizará en el marco de los lineamientos nacionales que norman esta actividad.

217B50000-03 / 11-05

En el Instituto, la Coordinación de Salud es la instancia responsable de regular el procedimiento y, a través de su organización interna, vigilar su cumplimiento.

217B50000-04 / 11-05

La responsabilidad de la adecuada operación del sistema recae en los jefes jurisdiccionales y los directores o responsables de las unidades operativas.

217B50000-05 / 11-05

La operación del sistema se realizará mediante el uso de la lista de padecimientos, el formato de Sistema de Referencia y Contrarreferencia y el directorio de unidades médicas.

217B50000-06 / 11-05

Los pacientes serán aceptados en las unidades de acuerdo a la complejidad de su padecimiento y el nivel resolutivo de la unidad que lo atenderá.

217B50000-07 / 11-05

El personal médico y paramédico deberá conocer y consultar la lista de padecimientos por niveles de atención con el objeto de apoyar a realizar una acertada referencia.

217B50000-08 / 11-05

La atención médica se brindará teniendo en cuenta la complejidad de la patología del paciente y los recursos de la unidad que lo atiende.

217B50000-09 / 11-05

En todos los casos deberá efectuarse el registro de los pacientes referidos y contrarreferidos en el expediente clínico, en los formatos del SIS y en los registros específicos del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de cada nivel de atención.

217B50000-10 / 11-05

Es responsabilidad del paciente, en su caso, del padre o tutor, realizar el trámite de referencia ante la unidad médica que se le indique, para lo cual el médico informará correctamente el trámite, procedimiento o gestión que deberá realizar.

217B50000-11 / 11-05

Los pacientes detectados en comunidad, sólo podrán ser referidos al primer nivel de atención, en consecuencia, únicamente las unidades de primer nivel podrán referir a los pacientes al siguiente nivel de atención.

217B50000-12 / 11-05

Los Técnicos en Atención Primaria a la Salud deberán complementar el formato de Referencia de Comunidad a Unidad Médica de Primer Nivel, detallando el motivo por el cual refiere al paciente, considerando que previo al envío debió atenderlo de acuerdo a los Lineamientos de Operación TAPS.

217B50000-13 / 11-05

Deberá justificarse el envío a un siguiente nivel de atención como urgente, de acuerdo a lo indicado por la Ley General de Salud, a fin de optimizar los recursos disponibles y la infraestructura en salud, así como para evitar tiempos de espera prolongados.

217B50000-14 / 11-05

En los centros de salud que cuenten con Módulo de Orientación y Referencia (MOR), el trámite para la atención de las referencias su registro y seguimiento correspondiente deberá, invariablemente, realizarse por el responsable de éste.

217B50000-15 / 11-05

En todos los casos, se comunicará al paciente o a su familiar el nombre y domicilio de la unidad a donde se le envía y se le detallará el procedimiento a seguir, enfatizando la importancia de su regreso a la unidad de origen, acompañado de la Hoja de Contrarreferencia.

217B50000-16 / 11-05

Será responsabilidad del paciente o, en su caso, del padre o tutor presentarse a la brevedad requerida a la unidad de referencia, tanto de la comunidad a la unidad de primer nivel, como de ésta a la de segundo nivel.

217B50000-17 / 11-05

Deberá existir una constante coordinación y comunicación entre los Técnicos en Atención Primaria a la Salud y el personal de la unidad médica, para que en los casos que el paciente no regrese después de haber sido enviado a otro nivel de atención, se efectúe la visita domiciliaria para corroborar su asistencia y la situación que guarda su estado de salud.

217B50000-18 / 11-05

La contrarreferencia tendrá como contraparte la referencia de un paciente y deberá complementarse correctamente, con el propósito de que permita apoyar al médico tratante en el seguimiento del tratamiento, así como para fortalecer los diagnósticos de subsecuentes referencias.

217B50000-19 / 11-05

La contrarreferencia debe llevar claramente especificado el diagnóstico con el cual fue tratado, así como las recomendaciones para el manejo que debe dársele y si puede o no volvérsele a referir por el mismo padecimiento.

217B50000-20 / 11-05

Los pacientes atendidos en el primer nivel de atención, que por su padecimiento requieren ser referidos a un tercer nivel, sólo lo podrán hacer una vez que lleguen al segundo nivel de atención y la rapidez del envío dependerá de la información que se proporcione en la referencia.

217B50000-21 / 11-05

Los pacientes referidos a hospitales del segundo nivel deberán presentarse dentro de los siguientes cinco días hábiles a partir de recibir su referencia, para lo cual el TAPS deberá conocer los casos de esta naturaleza para efectuar el seguimiento en la comunidad.

VII. PROCEDIMIENTOS

7.1. Referencia de Pacientes de la Comunidad a Unidad Médica de Primer Nivel de Atención

7.1.1. Objetivo

Establecer el proceso que debe seguir el Técnico en Atención Primaria a la Salud (TAPS) en su comunidad de adscripción, desde el momento en que detecta padecimientos de personas de la población abierta que requieren de la atención del médico general y a las cuales refieren al centro de salud correspondiente, hasta que le han sido contrarreferidos para su seguimiento a fin de lograr su recuperación.

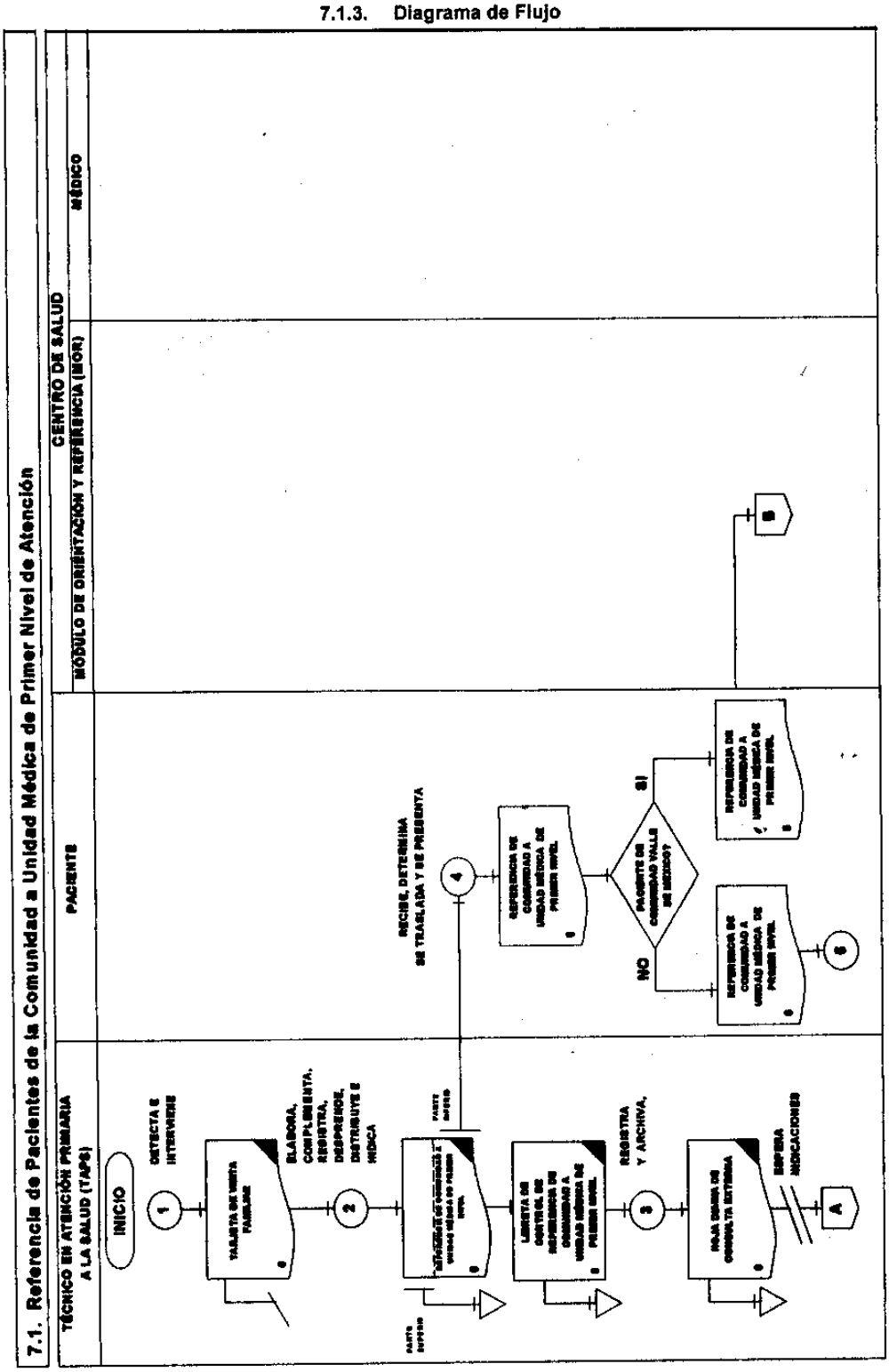
7.1.2. Descripción de Actividades

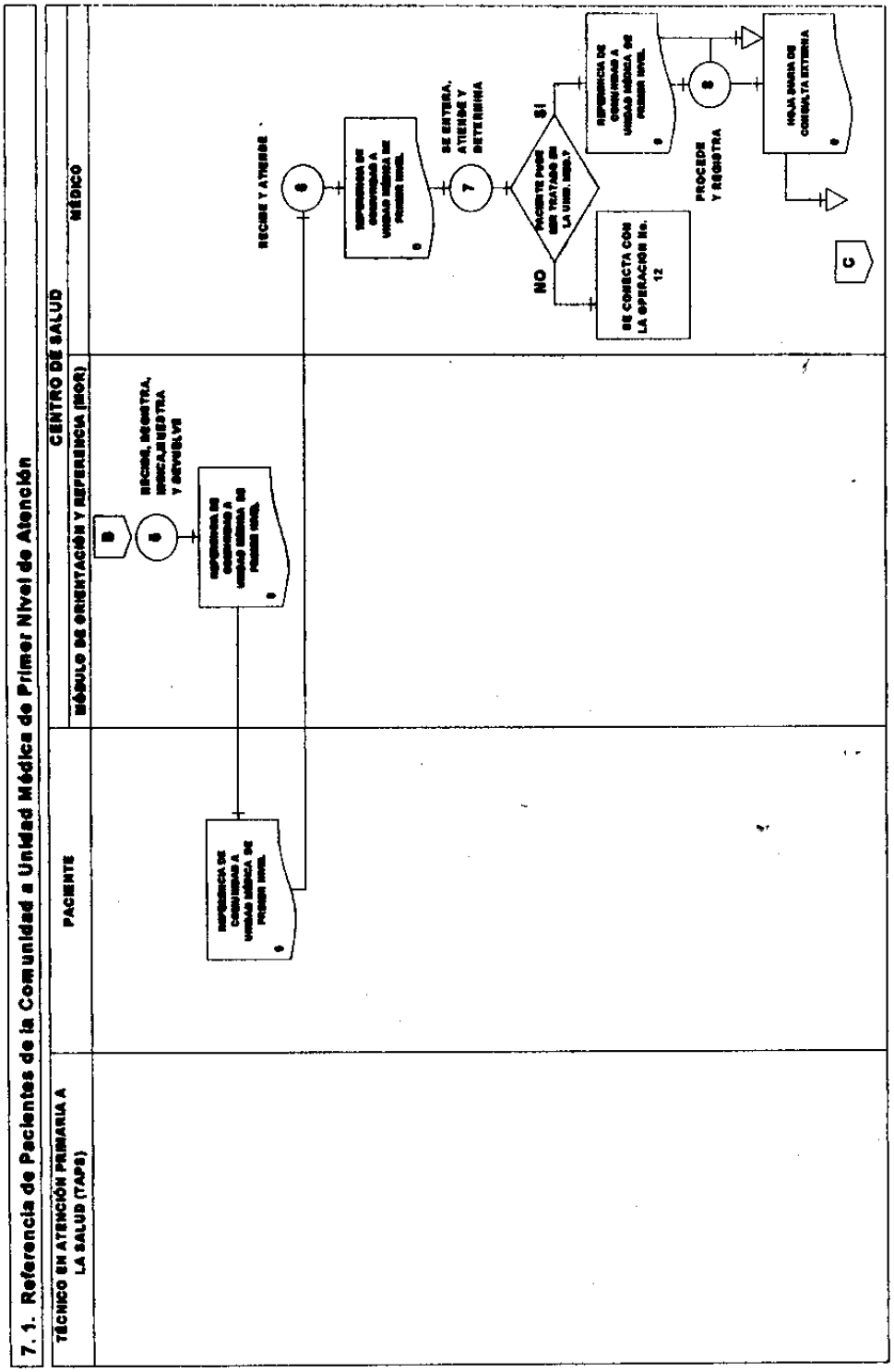
No.	Responsable	Descripción
1	Técnico en Atención Primaria a la Salud (TAPS)	Con base en la visita que efectúa a las diferentes familias que le corresponden de acuerdo a su ámbito de adscripción, mismas que están registradas en la "*Tarjeta de Visita Familiar*", detecta enfermos con padecimientos que requieren atención inmediata, ya sea para diagnóstico de médico general o de un especialista, de acuerdo a los Lineamientos de Operación TAPS.
2	Técnico en Atención Primaria a la Salud (TAPS)	Procede a elaborar el formato de "*Referencia de Comunidad a Unidad Médica de Primer Nivel*", en original, complementando correctamente cada uno de los campos de las dos partes del formato, detallando los motivos del envío. Procede a realizar el registro de la referencia en la "*Libreta de Control de Referencia de Comunidad a Unidad Médica de Primer Nivel*", sin omitir el

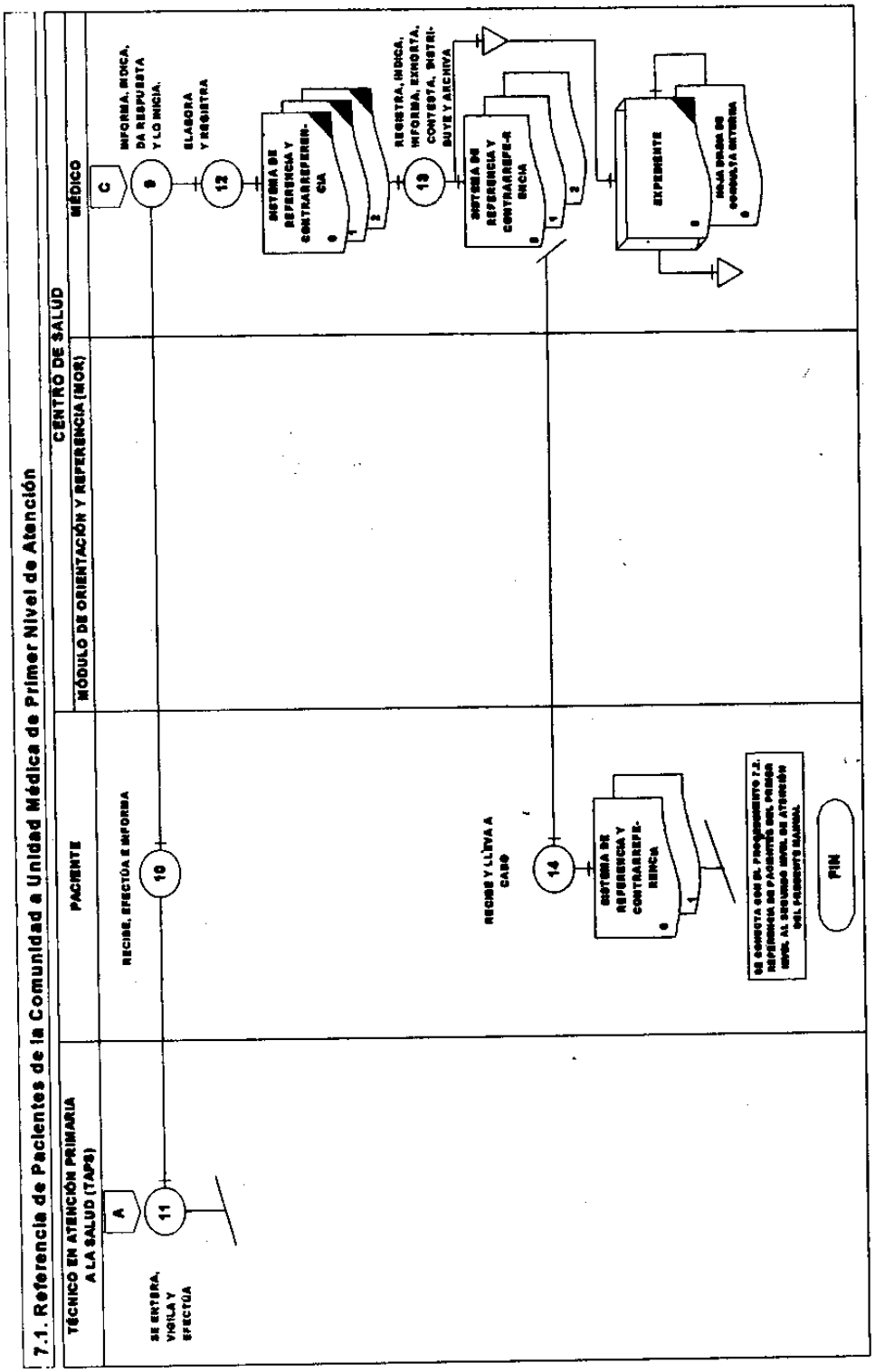
		número de control y de folio que corresponda al envío. Desprende la parte superior del documento, distribuyendo de la siguiente manera: • La parte superior la archiva para su control y seguimiento; y • La otra parte del formato la entrega al paciente, indicándole con precisión el procedimiento que debe efectuar ante la unidad de salud a la cual se está enviando; asimismo, le indica que se hará el seguimiento al tratamiento que indique el médico y, en su caso, que le deberá informar en la visita si es referido a otra unidad.
3	Técnico en Atención Primaria a la Salud (TAPS)	Concluido el día, registra en la *"Hoja Diaria de Consulta Externa"*, los diferentes pacientes que fueron referidos a los centros de salud para su atención. Documento que archiva para su control y para requisitar el formato *"Referencia y Contrarreferencia de Pacientes/ Concentrado Mensual Jurisdiccional"*, y reporte mensualmente a su correspondiente Coordinador Municipal, quien será el responsable de integrar la información para la Jurisdicción Sanitaria y, mensualmente, poder contar con el número de casos referidos de las comunidades a unidades de primer nivel de atención.
4	Paciente	Recibe el formato de *"Referencia de Comunidad a Unidad Médica de Primer Nivel"*, en original, se traslada a la unidad de salud que le corresponde y se presenta a consulta, de acuerdo al siguiente criterio: • Si es paciente de una comunidad del Valle de México (municipios de Nezahualcóyotl o Ecatepec), se presenta al Módulo de Orientación y Referencia (MOR) del centro de salud que le corresponde y el procedimiento continúa en la siguiente operación. • Si el paciente es de cualquier otra comunidad del resto de la entidad, el procedimiento continúa en la actividad número 6.
5	Centro de Salud/ Módulo de Orientación y Referencia (MOR)	Recibe el formato de *"Referencia de Comunidad a Unidad Médica de Primer Nivel"*, en original, que le presenta el paciente y procede a efectuar el registro de la referencia y su control, indica al paciente el procedimiento a seguir para obtener la consulta. Una vez efectuado el trámite administrativo muestra el consultorio al que deberá acudir a recibir la atención, devolviéndole el formato de referencia.
6	Centro de Salud/ Médico	Una vez que el paciente efectúa las actividades administrativas señaladas en el Manual de Procedimientos de Consulta Externa en el Primer Nivel de Atención, atiende al paciente, quien le presenta el formato de *"Referencia de Comunidad a Unidad Médica de Primer Nivel"*, en original, debidamente complementado por el TAPS.
7	Centro de Salud/ Médico	Se entera de los motivos de la referencia y procede a la atención del paciente a fin de obtener la mayor información para establecer el diagnóstico y, en su caso, establecer el tratamiento. Determina si el paciente puede ser tratado en la unidad médica: • Si el paciente puede ser tratado en la unidad médica de primer nivel, el procedimiento se conecta con la siguiente operación. • Si la unidad médica de primer nivel no cuenta con la infraestructura necesaria para atender el padecimiento, el paciente requiere de ser atendido por un especialista; se requiere una segunda opinión para ratificar o rectificar el diagnóstico, no ha reaccionado al tratamiento; o se requiere de estudios de diagnóstico los cuales no se pueden efectuar en la unidad, el procedimiento continua en la operación número 12.
8	Centro de Salud/ Médico	Cuando el paciente puede ser atendido en el centro de salud, procede a dar la atención de acuerdo a lo establecido en el proceso de consulta externa en

		el primer nivel de atención. Registra en la *"Hoja Diaria de Consulta Externa"* los datos requeridos y los necesarios para informar de la referencia.
9	Centro de Salud/ Médico	Informa sobre su diagnóstico, da las indicaciones y recomendaciones necesarias para lograr su mejoría. Si requiere de continuar con la atención de médico general, informa sobre la fecha de la próxima consulta y da respuesta a las dudas que tenga el paciente en cuanto a su padecimiento, diagnóstico y tratamiento. Asimismo, indica al paciente que deberá informar a su TAPS sobre los resultados de la consulta para su seguimiento y, tratándose de un paciente que requiere de un Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES), lo inicia y da indicaciones para que el TAPS supervise la ministración del medicamento.
10	Paciente	Recibe las indicaciones del médico. Efectúa el tratamiento indicado. En su domicilio, al recibir la visita del TAPS, informa de la atención recibida.
11	Técnico en Atención Primera a la Salud (TAPS)	En la visita domiciliaria que realiza al paciente se entera del diagnóstico determinado por el médico y del tratamiento recomendado. En caso de que el paciente haya requerido de un Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES), procede a vigilar la ministración de los medicamentos y efectuar los registros necesarios para el control de los pacientes referidos.
12	Centro de Salud/ Médico	En caso de que el Paciente no pueda ser atendido en el centro de salud, procede a la elaboración del formato *"Sistema de Referencia y Contrarreferencia"*, en original y dos copias. En el cual registra con precisión los datos requeridos de la referencia, detallando los motivos de la misma, lo que servirá de justificación para el envío al siguiente nivel de atención que garantice la continuidad de la atención del paciente.
13	Centro de Salud/ Médico	Una vez complementado el formato *"Sistema de Referencia y Contrarreferencia"*, registra en el expediente el diagnóstico y los motivos de la referencia; da indicaciones al paciente, informándole con exactitud el procedimiento que deberá seguir para que sea atendido en la unidad médica de segundo nivel; asimismo, le exhorta a regresar a la unidad de salud una vez que se lo indique el médico del nivel al que se le está enviando. Contesta las dudas que le surjan al paciente. Distribuye los tantos del formato de la siguiente forma: • El original y la primera copia los entrega al paciente. • La segunda copia la anexa al expediente del paciente. Registra los datos relacionados con la referencia en la *"Hoja Diaria de Consulta Externa"*, así como en la *"Libreta de Control de Referencia y Contrarreferencia de Unidad Médica de Primer Nivel a Unidad Médica de Segundo Nivel"*. Archiva el Expediente Clínico Familiar.
14	Paciente	Recibe el original y la copia de la *"Referencia y Contrarreferencia"*, así como la información necesaria para llevar a cabo el procedimiento en la unidad de segundo nivel. Se conecta con el Procedimiento 7.2. Referencia de Pacientes del Primer Nivel al Segundo Nivel de Atención, del presente Manual.

7.1.3. Diagrama de Flujo




7. 1. Referencia de Pacientes de la Comunidad a Unidad Médica de Primer Nivel de Atención
TÉCNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD (TAPS)
PACIENTE
CENTRO DE SALUD
MÓDULO DE ORIENTACIÓN Y REFERENCIA (MOR)
MÉDICO
B
RECIBE, REGISTRA, INDICA, MUESTRA Y DEVUELVE
REFERENCIA DE COMUNIDAD A UNIDAD MÉDICA DE PRIMER NIVEL
RECIBE Y ATIENDE
SE ENTERA, ATIENDE Y DETERMINA
PACIENTE PUDE SER TRATADO EN LA UNID. MED.?
NO
SI
SE CONECTA CON LA OPERACIÓN No. 12
PROCEDE Y REGISTRA
HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA
C


7.1. Referencia de Pacientes de la Comunidad a Unidad Médica de Primer Nivel de Atención
CENTRO DE SALUD
MÉDICO
MÓDULO DE ORIENTACIÓN Y REFERENCIA (MOR)
PACIENTE
TÉCNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD (TAPS)
C
INFORMA, INDICA, DA RESPUESTA Y LO INICIA.
ELABORA Y REGISTRA
12
SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA
REGISTRA, INDICA, INFORMA, EXHORTA, CONTESTA, DISTRIBUYE Y ARCHIVA
13
SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA
EXPEDIENTE
HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA
RECIBE, EFECTÚA E INFORMA
10
RECIBE Y LLEVA A CABO
14
SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA
SE ENTERA, VIGILA Y EFECTÚA
A
11
FIN

7.2. Referencia de Pacientes del Primer Nivel al Segundo Nivel de Atención

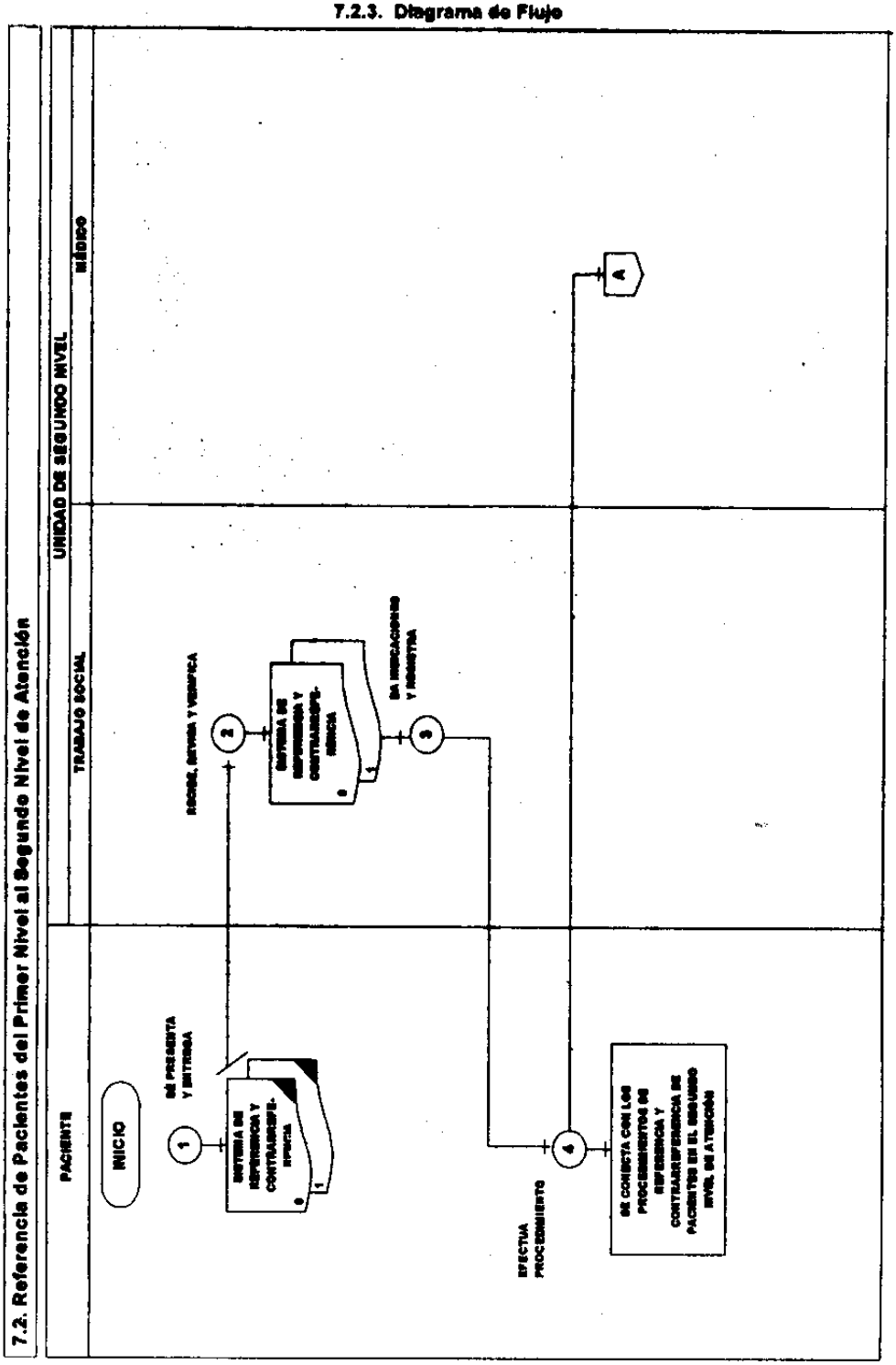
7.2.1. Objetivo

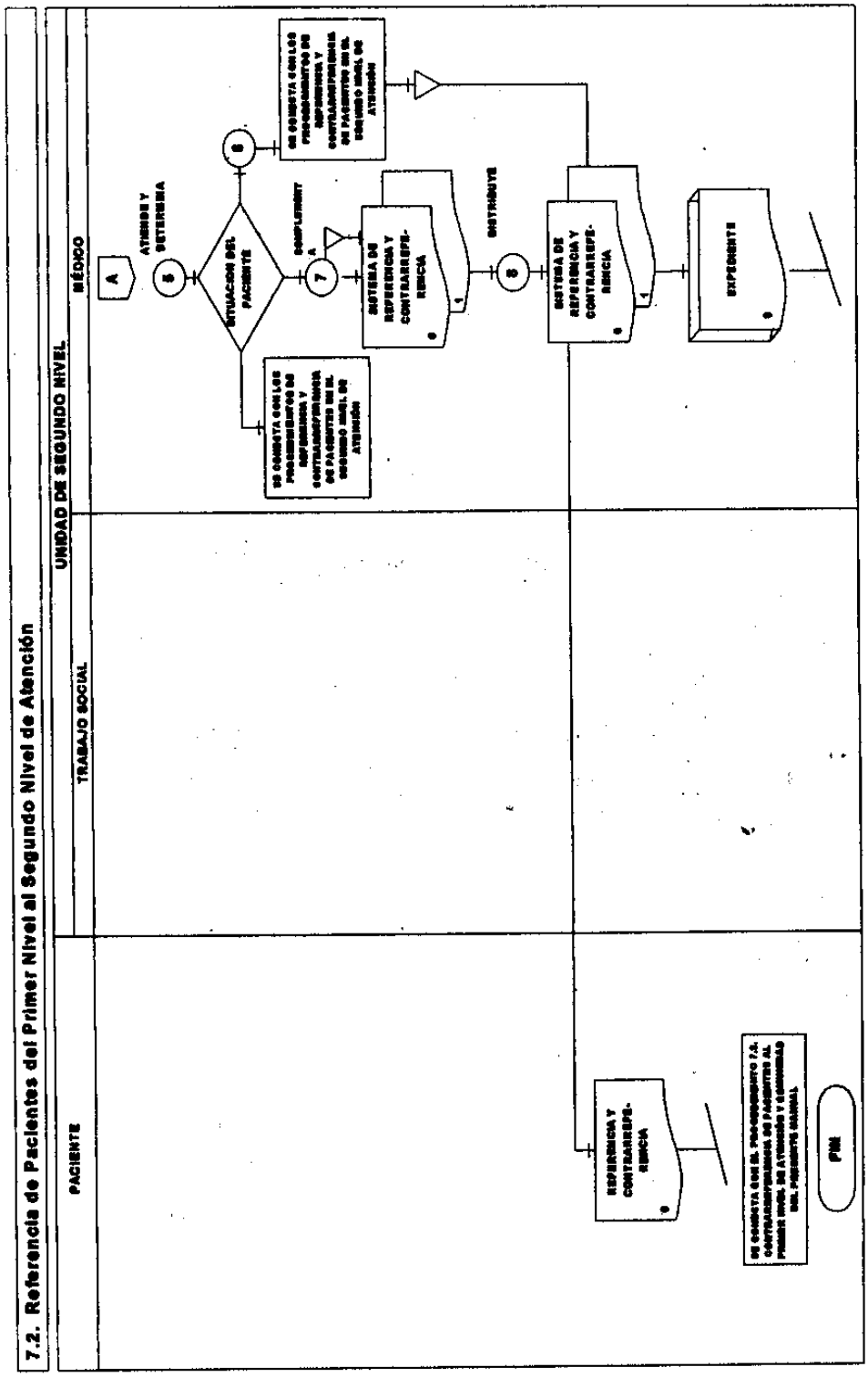
Efectuar el seguimiento de los pacientes que han sido referidos al segundo nivel de atención, con el propósito de verificar que éstos realicen el proceso, que la unidad médica de segundo nivel reciba al paciente, medir los tiempos de respuesta y vigilar el cumplimiento de las indicaciones médicas para garantizar la salud o mejorar la calidad de vida del paciente.

7.2.2. Descripción de Actividades

No.	Responsable	Descripción
1	Paciente	Durante los cincos días hábiles a partir de su consulta, se presenta en la unidad médica de segundo nivel, a donde le fue indicado, entregando el original y la copia del *"Sistema de Referencia y Contrarreferencia"*.
2	Unidad de Segundo Nivel/ Trabajo Social	Recibe al paciente con el formato *"Sistema de Referencia y Contrarreferencia"*, revisa y verifica la información para determinar la especialidad a la que habrá de presentarse el paciente, con base en los mecanismos establecidos en la unidad médica.
3	Unidad de Segundo Nivel/ Trabajo Social	Da indicaciones al paciente para presentarse a su consulta con el médico especialista. Así mismo, realiza el registro de la referencia para efectuar el seguimiento, hasta su contrarreferencia, con base en lo indicado en los procedimientos de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes en el Segundo Nivel de Atención.
4	Paciente	Efectúa el procedimiento administrativo establecido por la unidad de segundo nivel para recibir la atención médica por un médico especialista, desde la obtención de la consulta y, en su caso, consultas subsecuentes, estudios de diagnóstico, tratamiento, hasta su alta y contrarreferencia a su unidad de primer nivel. Se conecta con los procedimientos de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes en el Segundo Nivel de Atención.
5	Unidad de Segundo Nivel/ Médico	Una vez efectuada la atención que requiere el paciente durante todo el proceso, determina: • El paciente requiere de atención en el nivel de atención de la unidad médica que lo trata, pero no se cuenta con la infraestructura necesaria para atenderlo o con el especialista requerido, se llevará a cabo el procedimiento de Transferencia de Pacientes, conectándose con los procedimientos de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes en el Segundo Nivel de Atención. • El paciente no ha tenido una respuesta al tratamiento, requiere de la opinión de un subespecialista, necesita estudios, diagnóstico especializado de los cuales no dispone la unidad médica o requiere la atención de una especialidad de tercer nivel, el procedimiento continúa en la siguiente operación. • El paciente logró su mejoría y puede continuar con su tratamiento en la unidad médica de primer nivel, el procedimiento continúa en la operación número 7.
6	Unidad de Segundo Nivel/ Médico	Cuando el paciente requiere de ser atendido en una unidad médica de tercer nivel, procede a efectuar el procedimiento de referencia de acuerdo a lo establecido en los procedimientos de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes en el Segundo Nivel de Atención.
7	Unidad de Segundo Nivel/ Médico	Cuando el paciente alcanzó su mejoría y debe seguirse su vigilancia o continuar su tratamiento en su unidad de salud de primer nivel, procede a complementar el formato *"Sistema de Referencia y Contrarreferencia"*, en el reverso del original y la copia (Hoja de Contrarreferencia), en donde se le precisará: • Un resumen clínico que deberá incluir la situación por la cual el paciente acudió al segundo nivel. • El manejo que se dio al padecimiento del paciente, así como los diagnósticos de ingreso y de egreso. Es importante la información que se proporcione en el formato de Contrarreferencia al médico del primer nivel de atención para realimentar los procesos de referencia, apoyar la formación del capital humano y, en su caso, evitar referencias inadecuadas al contar el médico general con mayor información que, en lo sucesivo, le permita efectuar referencias con certeza.
8	Unidad de Segundo Nivel/ Médico	Procede a efectuar la distribución del formato de *"Sistema de Referencia y Contrarreferencia"*: • La copia, la anexa al expediente del paciente. • El original, lo entrega al paciente indicándole que deberá presentarlo en su centro de salud para continuar con la vigilancia por parte de su médico o, en su caso, para continuar con tratamiento según indicaciones. Se conecta con el Procedimiento 7.3. Contrarreferencia de Pacientes al Primer Nivel de Atención y Comunidad.

7.2.3. Diagrama de Flujo




7.2. Referencia de Pacientes del Primer Nivel al Segundo Nivel de Atención
UNIDAD DE SEGUNDO NIVEL
PACIENTE
TRABAJO SOCIAL
MÉDICO
A
ATIENDE Y DETERMINA
5
SITUACION DEL PACIENTE
6
DE CONSULTA CON LOS PROCEDIMIENTOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN
COMPLEMENTA
7
SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFE-RENCIA
DISTRIBUYE
8
SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFE-RENCIA
EXPEDIENTE
REFERENCIA Y CONTRARREFE-RENCIA
FIN

7.3. Contrarreferencia de Pacientes al Primer Nivel de Atención y Comunidad

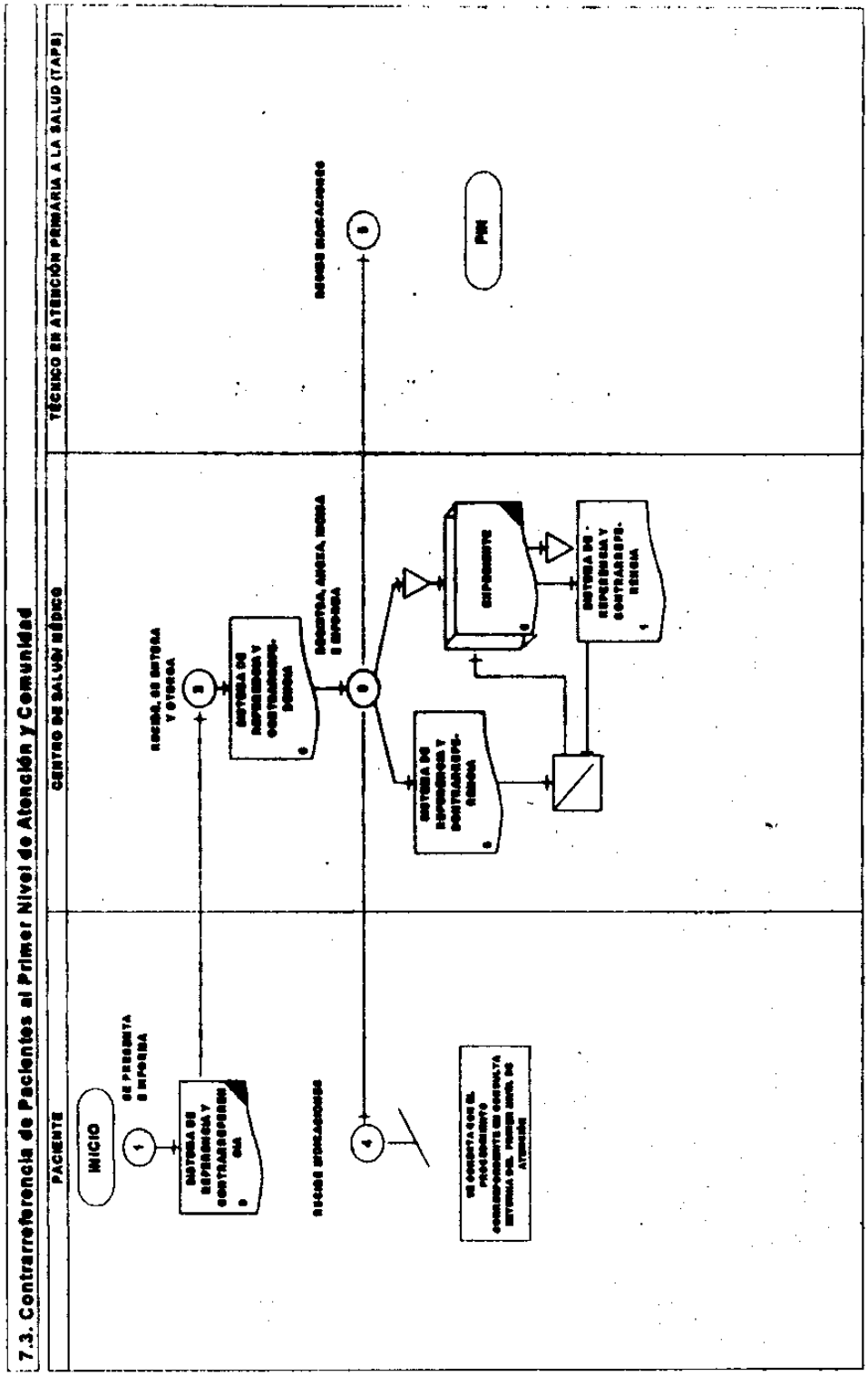
7.3.1. Objetivo

Lograr la adecuada comunicación que debe existir entre los niveles de atención, mediante la información que proporcione el segundo o tercer nivel de atención a la atención primaria, para lograr la atención integral a la población abierta.

7.3.2. Descripción de Actividades

No.	Responsable	Descripción
1	Paciente	Con el original del formato *"Sistema de Referencia y Contrarreferencia"* y las indicaciones del médico especialista se presenta en su centro de salud. Asimismo, en la visita domiciliaria que efectúe el TAPS, le informará sobre los resultados obtenidos en su(s) consulta(s) con el médico especialista Con base en los procedimientos establecidos para la consulta externa en el primer nivel de atención, presenta al médico el formato de *"Sistema de Referencia y Contrarreferencia"*, informándole lo que le fue indicado en la unidad de segundo nivel.
2	Centro de Salud/ Médico	Recibe el formato *"Sistema de Referencia y Contrarreferencia"* que le fue entregada al paciente, se entera del diagnóstico con el que regresa y del manejo indicado al paciente. La información recibida le permitirá evaluar el diagnóstico inicial con el de egreso y fortalecer posteriores referencias al segundo nivel de atención. Considerando las recomendaciones para el manejo del paciente en la unidad, otorga la consulta médica. Si el paciente tiene un padecimiento crónico deberá efectuarse el seguimiento en coordinación con el TAPS.
3	Centro de Salud/ Médico	Registra en el expediente del paciente los resultados de la referencia al segundo nivel de atención. Anexa el original del formato *"Sistema de Referencia y Contrarreferencia"* junto con la copia que constaba en el expediente, lo que permite concluir el proceso. Da indicaciones al paciente ya sea para continuar el tratamiento o para su seguimiento y vigilancia. Informa al TAPS de los resultados y, en caso de requerirse, le indica el o los procedimientos para el manejo del paciente.
4	Paciente	Recibe las indicaciones del médico y, en caso de requerir consulta subsecuente, se conecta con el procedimiento correspondiente en Consulta Externa del Primer Nivel de Atención.
5	Técnico en Atención Primaria a la Salud (TAPS)	Recibe las indicaciones del médico para vigilar el manejo del padecimiento del paciente y llevar el control correspondiente.

7.3.3. Diagrama de Flujo



VIII. FORMATOS E INSTRUCTIVOS DE LLENADO

FOLIO:

INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO
SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA
REFERENCIA DE COMUNIDAD A UNIDAD MEDICA DE PRIMER NIVEL

☐ ADULTO ☐ PEDIÁTRICO

FECHA DE REFERENCIA _____ HORA DE REFERENCIA _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____

DOMICILIO DEL PACIENTE _____

MOTIVO DE ENVÍO _____

EDAD		GÉNERO	
AÑOS	MESES	M	F

URG.

UNIDAD A LA QUE SE REFIERE _____

NOMBRE DE QUIEN REFIERE _____ MICRO REGIÓN Y/O AGEBS _____

NOTA: El talón es de manejo exclusivo de primer nivel.

217B50401-007-05

Gobierno del Estado de México
Secretaría de Salud
Instituto de Salud del Estado de México

FOLIO:

☐ ADULTO ☐ PEDIÁTRICO

Referencia de Comunidad a Unidad Médica de Primer Nivel

JURISDICCIÓN:	COORDINACIÓN MUNICIPAL:	UNIDAD DE SALUD A LA QUE SE REFIERE AL PACIENTE:

MICROREGIÓN Y/O AGEBS :	NOMBRE DE QUIEN REFIERE:

FECHA DE REFERENCIA:	HORA DE LA REFERENCIA:	EDAD		SEXO	
		AÑOS	MESES	M	F
NOMBRE DEL PACIENTE:					

DOMICILIO DEL PACIENTE:	URG.

MOTIVO DE ENVÍO:

_____

_____

_____

_____

217B50401-007-05

"REFERENCIA DE COMUNIDAD A UNIDAD MÉDICA DE PRIMER NIVEL"

El formato **"REFERENCIA DE COMUNIDAD A UNIDAD MÉDICA DE PRIMER NIVEL"** (217B50401-007-05) será utilizado por el Técnico en Atención Primaria a la Salud (TAPS) para referir a pacientes de la comunidad a unidad médica de primer nivel y será requisitado de acuerdo al siguiente:

INSTRUCTIVO DE LLENADO

PARTE SUPERIOR: PARA MANEJO EXCLUSIVO DEL PRIMER NIVEL.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	**FOLIO:**	Anotar el número de folio que asigna el Departamento de Atención Médica de Primer Nivel, para el registro y seguimiento del paciente.
2	**ADULTO/ PEDIÁTRICO**	Marcar con una **X** el espacio según corresponda, si el paciente es mayor de 13 años de edad se indicará como adulto, si es menor de 13 años, se indicará como pediátrico.
3	**FECHA DE REFERENCIA**	Anotar el día, mes y año en que el paciente es referido de la comunidad a una unidad médica de primer nivel.
4	**HORA DE REFERENCIA**	Anotar la hora y minutos en que se requisita el formato y se refiere al paciente a la unidad médica de primer nivel.
5	**EDAD**	Anotar el número de años cumplidos, meses cuando el paciente sea menor de un año o días cuando el paciente sea menor de un mes.
6	**SEXO**	Marcar con una **X** el espacio que corresponda: "M" masculino (hombre) o "F" femenino (mujer).
7	**URG.**	Señalar el espacio con una **X** si la referencia se considera de urgencia.
8	**NOMBRE DEL PACIENTE**	Anotar el nombre completo del paciente.
9	**DOMICILIO DEL PACIENTE**	Anotar el nombre de la calle, número, población, código postal, ciudad, teléfono del paciente.
10	**MOTIVO DE ENVIO**	Se deberán describir las causas por las cuales se está enviando al paciente al centro de salud o, en su caso, los principales síntomas que presenta.
11	**UNIDAD A LA QUE SE REFIERE**	Anotar el nombre del centro de salud al que se refiere al paciente.
12	**NOMBRE DE QUIEN REFIERE**	Anotar el nombre completo del Técnico en Atención Primaria a la Salud (TAPS).
13	**MICRORREGIÓN Y/O AGEBS**	Anotar el nombre de la microrregión y/o área geográfica a la que está adscrito el Técnico en Atención Primaria a la Salud (TAPS).

PARTE INFERIOR: PARA EL PACIENTE.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	FOLIO:	Anotar el número de folio que se asigna por el Departamento de Atención Médica de Primer Nivel, el cual permitirá hacer el registro y seguimiento del paciente y que corresponde al mismo número de la parte superior.
2	ADULTO/ PEDIÁTRICO	Marcar con una X el espacio según corresponda, si el paciente es mayor de 13 años se indicará como adulto, si el paciente es menor de 13 años se indicarán como pediátrico.
3	JURISDICCIÓN:	Anotar el nombre de la jurisdicción sanitaria a la que pertenece el paciente.
4	COORDINACIÓN MUNICIPAL:	Anotar el nombre completo de la coordinación municipal a la que pertenece el domicilio del paciente.
5	UNIDAD DE SALUD A LA QUE SE REFIERE AL PACIENTE:	Anotar el nombre del centro de salud al que se refiere al paciente.
6	MICRORREGIÓN Y/O AGEBS:	Anotar el nombre de la microrregión y/o área geográfica a la que pertenece el domicilio del paciente.
7	NOMBRE DE QUIEN REFIERE:	Anotar nombre completo del Técnico en Atención Primaria a la Salud (TAPS), que efectúa la referencia.
8	FECHA DE REFERENCIA:	Anotar el día, mes y año en que el paciente es referido de la comunidad al centro de salud.
9	HORA DE REFERENCIA:	Anotar la hora y minutos en que se requisita el formato y se refiere al paciente al centro de salud.
10	EDAD: AÑOS/ MESES	Anotar el número de años cumplidos que tenga el paciente, o meses, cuando sea menor de un año.
11	SEXO:	Marcar el espacio que corresponda con una X: "M" masculino (hombre) o "F" femenino (mujer).
12	URG.	Señale con una X si la referencia se considera de urgencia.
13	NOMBRE DEL PACIENTE.	Anotar el nombre completo del paciente.
14	DOMICILIO DEL PACIENTE.	Anotar el nombre de la calle, número, población, código postal, ciudad y, en su caso, teléfono del paciente.
15	MOTIVO DE ENVÍO:	Se deberán describir las causas por las cuales se está enviando al paciente al centro de salud o, en su caso los principales síntomas que presenta. En la medida de lo posible, detallar la sintomatología que presenta el paciente y, si es el caso, mencionar los antecedentes y tratamientos que se le hayan dado.

Gobierno del Estado de México
Secretaría de Salud
Instituto de Salud del Estado de México

ISEM

Libreta de Control de Referencia de Comunidad a Unidad Médica de Primer Nivel (Rayado de la Libreta tipo Florete)

No. Progresivo de Control		Fecha y Hora de Referencia	No. Folio	Nombre del Paciente	Edad y Sexo		Domicilio del Paciente	Nombre de la Microrregión o AMEBS	Motivo por el cual se refiere	Unidad a la que refiere	Urgencias		Nombre y Firma del TAPS que refiere	Seguimiento de la Referencia		Observaciones
Anual	Mensual				M	F					Sí	No		Fecha de visita	Estado de Salud del Paciente	

217B50401-008-05

"LIBRETA DE CONTROL DE REFERENCIA DE COMUNIDAD A UNIDAD MÉDICA DE PRIMER NIVEL" (Rayado de la Libreta tipo Florete)

El formato **"LIBRETA DE CONTROL DE REFERENCIA DE COMUNIDAD A UNIDAD MÉDICA DE PRIMER NIVEL"** (Rayado de la Libreta tipo Florete) (217B50401-008-05) será utilizado por el Técnico en Atención Primaria a la Salud (TAPS), para registrar a los pacientes referidos de la comunidad a unidades médicas de primer nivel y será requisitado de acuerdo al siguiente:

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	**No. PROGRESIVO DE CONTROL ANUAL/ MENSUAL**	Anotar el número progresivo de control de referencia anual y el número progresivo de control de referencia mensual correspondiente a cada paciente que es referido, iniciando numeración cada mes.
2	**FECHA Y HORA DE REFERENCIA**	Anotar el día, mes, año y la hora en que el paciente se refiere a la unidad médica de primer nivel.
3	**No. FOLIO**	Anotar el número de folio asignado al paciente referido.
4	**NOMBRE DEL PACIENTE**	Anotar el nombre completo del paciente referido.
5	**EDAD Y SEXO (M) (F)**	Anotar en el cuadro correspondiente a la columna M cuando el paciente sea del sexo masculino, o en el cuadro correspondiente a la columna F cuando el paciente sea del sexo femenino, su edad en número de años, meses si es menor de un año o días si no ha cumplido un mes de vida.
6	**DOMICILIO DEL PACIENTE**	Anotar la calle, número y colonia donde vive el paciente.
7	**NOMBRE DE LA MICRORREGION O AGEBS**	Anotar el nombre de la microrregión o AGEB'S correspondiente al domicilio del paciente.
8	**MOTIVO POR EL CUAL SE REFIERE**	Anotar la causa por la cual es referido el paciente.
9	**UNIDAD A LA QUE SE REFIERE**	Anotar el nombre de la unidad médica de primer nivel a la que se refiere al paciente.
10	**URGENCIAS (SI) (NO)**	Anotar una **X** en el cuadro correspondiente, indicando si el motivo por el que se envía al paciente es o no una urgencia.
11	**NOMBRE Y FIRMA DEL TAPS QUE REFIERE**	Anotar el nombre completo y la firma del TAPS que realizó la referencia.
12	**SEGUIMIENTO DE REFERENCIA** **FECHA DE VISITA** **ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE**	Anotar el día, mes y año de la visita de seguimiento del paciente, así como su estado de salud.
13	**OBSERVACIONES**	Anotar otros datos relevantes y complementarios o aquellas objeciones relacionadas con la referencia.

SIS-SS-01-P

D.G.I.S.

HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA

FECHA: DÍA | MES | AÑO

UNIDAD:

JURISDICCIÓN:

LOCALIDAD:

SERVICIO:

NOMBRE:

TIPO MED [ ] ENF [ ] TAP'S [ ]

No.	NOMBRE y/o EXPEDIENTE	EDAD	SEXO	PRIMERA VEZ	SUBSECUENTE	NÚMERO DE ASISTENCIA EN EL AÑO	REFERIDO	CONTRARREFERIDO	DIAGNÓSTICO – PROGRAMA: 1 ENF. TRANSMISIBLES	2 ENF. CRÓNICO DEGENERATIVAS	3 OTRAS ENFERMEDADES	4 CONSULTA A SANOS	5 PLANIFICACIÓN FAMILIAR	CONTROL PRENATAL: 6 PRIMER TRIMESTRE	7 SEGUNDO TRIMESTRE	8 TERCER TRIMESTRE	9 ANÁLISIS CLÍNICOS	10 ALTO RIESGO	11 CONSULTA A PUÉRPERA	ESTADO DE NUTRICIÓN MENOR DE 5: 12 OBESIDAD Y SOBREPESO	13 NORMAL	CON DESNUTRICIÓN: 14 LEVE	15 MODERADA	16 GRAVE	IRA MENOR DE 5 TRATAMIENTO: 17 SÓLO SINTOMÁTICO	18 CON ANTIBIÓTICO	HIDRATACIÓN ORAL – DIARREA AGUDA MENOR DE 5 – NÚMERO DE SOBRES: PLAN A	PLAN B	PLAN C	RECUPERADOS	SOBRES EN PROMOCIÓN	PLANIFICACIÓN FAMILIAR – MÉTODO: ORAL	INYECTABLE MENSUAL	INYECTABLE BIMENSUAL	IMPLANTE SUBDÉRMICO	DIU	QUIRÚRGICO	PRESERVATIVO	OTRO	NINGUNO	ATENCIÓN: PRIMERA VEZ	SUBSECUENTE	DETECCIONES: DIABETES MELLITUS	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	OBESIDAD	AGUDEZA VISUAL	OSTEOPOROSIS	TUBERCULOSIS	SÍFILIS	CONDONES PREVENCIÓN ITS	MENOPAUSIA Y CLIMATERIO	DERECHOHABIENTE: IMSS	ISSSTE	SEGURO POPULAR	OTRAS	PROGRESA
									1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18																														
									1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18																														
									1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18																														
									1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18																														
									1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18																														
									1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18																														
									1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18																														
									1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18																														
									1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18																														
									1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18																														

INSTRUCTIVO DE LLENADO
HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA

SIS-SS-01-P

CONCEPTO	INSTRUCCIÓN
Generalidades	
Responsable del llenado	Médico, enfermera y/o Técnico en Atención Primaria a la Salud (TAPS), en servicio de consulta externa.
Manejo de la forma	Utilice una hoja para reportar las consultas otorgadas en el día. En caso de que al finalizar la jornada de trabajo queden renglones en blanco, puede utilizar la misma hoja para reportar las actividades de varios días. Sólo es necesario dejar un renglón entre cada día para señalar la fecha. La enfermera deberá llenar este formato, solamente si brinda servicios finales a la población, es decir, cuando la atención no es en apoyo al Médico u Odontólogo. Al finalizar la consulta del día, revisar el llenado de la forma y turnarla al Departamento de Estadística. En caso de no existir éste en la unidad, proceda a llenar la forma Concentración de Actividades de Consulta Externa (SIS-SS-01-ID), en el renglón correspondiente al día.
Llenado de la forma	Utilice letra legible, de molde y tinta para el requisitado de la información.
Datos de identificación Fecha Unidad Jurisdicción Localidad sede Servicio Nombre Tipo	Anote con números arábigos, el día, mes y año a que corresponde la información. Anote el tipo y nombre de la unidad médica. Anote el número y el nombre de la Jurisdicción Sanitaria de la cual depende la unidad. Anote el nombre oficial de la localidad en la cual se ubica la unidad. Para áreas urbanas, la colonia. Anote el servicio, especialidad o identificación del módulo al que está asignado el médico, enfermera o TAPS. Consigne el nombre del personal responsable (médico, enfermera o TAPS), que otorga la consulta. Esta sección sirve para identificar la profesión de la persona que otorga la consulta, señalando con "X", según corresponda: MED = Médico ENF = Enfermera TAPS = Técnico en Atención Primaria a la Salud.
No.	Anote con números arábigos en orden sucesivo, el número que corresponda a la consulta en el día que informa. Al usar la misma hoja para informar la consulta de varios días, sólo es necesario dejar un renglón en blanco e iniciar la numeración.
Nombre y/o expediente	Anote el número del expediente clínico asignado al paciente o el nombre completo de éste, para el caso de pacientes con seguro popular, su número de afiliación.
Edad	Registre con números arábigos, la edad cumplida del paciente. Para menores de un mes anote en días, consignando a continuación la letra "D". Para niños mayores de un mes, pero menores de un año anote en meses consignando a continuación la letra "M". Para pacientes mayores de un año anote en años, consignando a continuación la letra "A". Cuando un paciente refiera que no recuerda la fecha de su nacimiento, debe indagar este dato y en caso de no conseguirlo, anotar la edad que estime que tiene el paciente. Ejemplos: EDAD Niños de 5 años 3 meses 5 A Paciente de 18 meses 1 A Niño de 28 días 28 D Niño de 2 meses 3 días 2 M Recuerde que para todos los menores de 5 años debe llevar la vigilancia nutricional a través de la tarjeta de control respectiva.

Sexo	Anote el sexo del paciente según corresponda. F = Femenino M = Masculino
Primera vez	Marque con "X" esta columna cuando el motivo de la consulta sea nuevo. En el caso de que el paciente se haya curado y solicite atención por haber presentado nuevamente el mismo u otro padecimiento, se considerará como consulta de Primera Vez. En caso de Atención Prenatal se considerará de primera vez la consulta en la que se confirme el embarazo, en caso del puerperio se tomará en cuenta la primera consulta a que acuda la paciente dentro de los 42 días siguientes al parto. Si una embarazada acude en fecha posterior a consulta por un padecimiento ajeno a la atención y control de embarazo, y ésta sea la primera vez que la paciente registra dicha enfermedad, se inscribirá como primera vez en el padecimiento. Para efectos de Planificación Familiar se considera como consulta de primera vez, la atención otorgada a una persona que en la unidad médica no tiene registro previo de planificación familiar, independientemente de que la persona haya asistido a esa misma unidad por otros motivos; o la atención proporcionada a una persona cuyo registro señala baja o una cita de planificación familiar no cumplida desde hace tres meses o más.
Subsecuente	Marque con "X" cuando el motivo de la consulta sea de seguimiento de una enfermedad o de un estado fisiológico en control. Para efectos de Planificación Familiar se considera como consulta subsecuente, si la persona ya tiene registro previo en la unidad médica como usuario de este programa (Tarjeta de control de usuario del programa de Planificación Familiar), independientemente del método anticonceptivo de que se trate.
Número de asistencia en el año	Anote con números arábigos el número de veces que el paciente ha sido atendido en el servicio o módulo durante el año; use como apoyo el expediente clínico.
Referido	Marque con "X" el espacio cuando el paciente sea canalizado a una unidad de mayor complejidad.
Contrarreferido	Marque con "X" este espacio cuando al paciente una vez tratado se envía a la unidad que lo refirió (de origen). Se considera unidad de origen aquélla a la que debe estar adscrito el paciente por su domicilio habitual.
Diagnóstico	Anote con toda claridad el padecimiento o enfermedad que originó la consulta. En caso de infecciones respiratorias agudas, especifique claramente el tipo de infección de que se trata (neumonía, amigdalitis, faringitis, etc.). En el caso de enfermedades de transmisión sexual, anote claramente el nombre de ésta cuando el diagnóstico se haya confirmado. Para los casos de paludismo y dengue, anote si al enfermo se le realizó toma de muestras. Anote además, si se otorgó Tratamiento de Cura Radical, al paciente con paludismo. Anote claramente en este espacio, las personas que solicitaron tratamiento por picadura de alacrán. Si la persona solicita tratamiento por contacto con algún animal con rabia, anótelo en este espacio.
Programa	Toda consulta otorgada debe ser registrada en un programa (Rubros 1 al 5) éstos son excluyentes entre sí por lo que debe marcar con "X" sólo uno de ellos. Esto indica que si en la consulta se brinda atención por más de un padecimiento o motivo, sólo se registra como programa aquél que a juicio del otorgante es el que la generó. Para el registro del programa considere lo siguiente:
Enf. transmisibles	Referido a la atención de casos de cualquiera de las enfermedades consideradas como transmisibles. Para los casos nuevos, llene además el reporte epidemiológico correspondiente.
Enf. Crónico-degenerativas	Referido a la atención de casos de enfermedades crónico-degenerativas sujetas a

	programa; como son: diabetes mellitus, hipertensión arterial, cáncer cérvico-uterino, cáncer de mama, etc.
Otras enfermedades	Referido a la atención de casos de otras enfermedades (excluyendo transmisibles y crónico-degenerativas).
Consulta a sanos	Referido al caso en que el diagnóstico fue de sano. Especialmente a las consultas impartidas para el control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño, control del embarazo y del puerperio; apoyo para la expedición de tarjetas de salud y certificados escolares o de trabajo.
Planificación familiar	Se refiere a la promoción o vigilancia de métodos para el control de la fecundidad. Registre este programa cuando esta actividad es la que motivó la demanda del servicio. En caso de que adicionalmente a la atención brindada se otorgue información o métodos de control de la fecundidad, anote el programa que corresponda al padecimiento tratado como principal y en el apartado PLANIFICACION FAMILIAR consigne lo correspondiente al método y a la característica de la atención.
Control prenatal Trimestre Gestacional	Consulta otorgada a una embarazada. Cruce el número que corresponda al trimestre gestacional en el que se encuentre la embarazada en el momento de la consulta. En caso de presentar preeclampsia, eclampsia o hemorragia, anótelo en el diagnóstico. No omitir marcar las columnas 3 ó 4 de acuerdo al estado de salud de la embarazada.
Análisis clínicos	Marque con "X" si la embarazada presenta los resultados de sus análisis de laboratorio.
Alto riesgo	Marque además con "X" si la embarazada es de alto riesgo considerando los valores de la hoja o instrumentos específicos para calificar el riesgo.
Consulta a puérpera	Consulta otorgada para la vigilancia del puerperio, que se brinda durante las 6 semanas o 42 días que siguen al parto, en caso de presentar infección, anótelo en el diagnóstico. No omitir marcar las columnas 3 ó 4 de acuerdo a su estado de salud.
Estado de nutrición Menor de 5 años	Este rubro capta la información de la valoración y seguimiento del estado de nutrición de todos los menores de 5 años que acuden a consulta. En la valoración nutricional utilice siempre las gráficas de peso/edad, talla/edad y complementariamente la de peso/talla.
Obesidad/sobrepeso Normal	En la primera consulta, incorpórelo a la vigilancia nutricional llenando la tarjeta de control y realice seguimiento en las consultas subsecuentes con la periodicidad establecida en la Norma Oficial Mexicana respectiva.
Con desnutrición leve Con desnutrición moderada Con desnutrición grave	Cruce el número que corresponda a estado nutricional del niño (columnas 12 a la 16), considerando el resultado de la gráfica de peso para la edad, según el sexo.
IRA. Menor de 5 años. Tratamiento	Considere en este rubro a los pacientes menores de 5 años que presentan todo tipo de infecciones respiratorias agudas. Marque con "X" la columna correspondiente al tipo de tratamiento prescrito al paciente.
Sólo sintomático	Caso atendido sin prescripción de uso de antimicrobianos.
Con antibiótico	Caso en el que se prescribió el uso de antimicrobianos.
Hidratación oral	Se refiere a la identificación de casos de diarrea y al reparto de sobres de hidratación oral para prevenir o promover la recuperación de los niños deshidratados.
Diarrea aguda. Menor de 5 años	Considera a todos los pacientes menores de 5 años, atendidos por diarrea, enfermedad diarreica, síndrome diarreico, infección intestinal, gastroenteritis aguda o cualquier padecimiento en el que se observe la presencia de heces líquidas, o acuosas, en número mayor de 3 en 24 horas. Anote el número de sobres entregados en la columna que corresponda al Plan de tratamiento. En caso de que no se proporcione sobre; registre cero (0).
Número de sobres Plan A	Tratamiento preventivo de la deshidratación en el cual se prescribe la solución oral en pacientes sin deshidratación.

Plan B	Tratamiento curativo de la deshidratación, cuando se prescribe la solución oral para recuperar al niño deshidratado.
Plan C	Tratamiento curativo del choque (manejo del choque hipovolémico), para corregir la deshidratación grave por vía intravenosa.
Recuperados	Marque con "X" si el paciente fue recuperado de la deshidratación debida a enfermedad diarreica.
Sóbres en promoción	Anote el número de sobres distribuidos por cualquier otro motivo distinto a la atención de casos de diarrea en menores de 5 años.
Planificación familiar	Deben registrarse todas las consultas en que otorgue el servicio de Planificación Familiar, independientemente del motivo que haya generado dicha consulta. Esta sección está dividida en dos rubros: Método y Atención.
Método:	Permite identificar el método anticonceptivo que usará la persona entre la consulta que se le está proporcionando y la siguiente consulta. Asimismo, permite llevar un control del consumo de anticonceptivos en la unidad médica. Registre en la columna correspondiente, la cantidad de anticonceptivos que otorgó al usuario durante la consulta, de acuerdo con lo siguiente:
Oral	El número de ciclos prescritos.
Inyectable mensual Inyectable bimensual	El número de inyecciones proporcionadas según se trate de evitar el embarazo durante un lapso de uno o dos meses.
Implante subdérmico	Anote 1 (uno), si durante la consulta realiza una inserción o reinserción de implante subdérmico. 0 (cero), si durante la consulta sólo revisa el implante subdérmico.
DIU	Anote 1 (uno), si durante la consulta se realiza una inserción o reinserción del dispositivo intrauterino. 0 (cero), si durante la consulta sólo revisa el dispositivo intrauterino.
Quirúrgico	Anote 1 (uno) si en la consulta realizó una vasectomía sin bisturí, y 0 (cero) si se trata de una revisión posterior a la intervención quirúrgica (OTB o vasectomía).
Preservativo	El número de condones proporcionados (en unidades).
Otro	El número según presentación.
Ninguno	Marque con "X" cuando sólo se de información o cuando la persona no desee usar ningún método de apoyo antes de la intervención quirúrgica. Observaciones: - Si durante la consulta únicamente extiende receta para que el material anticonceptivo se adquiera en una farmacia particular, registre 0 (cero), en la columna correspondiente al método. - Si la persona manifiesta su interés por adoptar el método quirúrgico, registre el método anticonceptivo que estará usando entre la presente consulta y la fecha de la intervención quirúrgica.
Atención:	Marque con "X" el tipo de atención que se le otorgó al usuario, de acuerdo con la siguiente clasificación:
Primera vez	Atención otorgada a una persona que en la unidad médica no tiene registro previo de Planificación Familiar. Independientemente de que exista padecimiento de primera vez o subsecuente. También se considera de primera vez, aquélla que se proporciona a una persona cuyo expediente o registro señala baja o una cita no cumplida de planificación familiar, por tres meses.
Subsecuente	Atención otorgada a una persona que ya tiene registro previo de Planificación Familiar, independientemente del método anticonceptivo con que se controle.

Detecciones	Búsqueda intencionada de un padecimiento en personas aparentemente sanas a través de la toma de muestras, exámenes o signos que permitan su identificación temprana. Anote en la columna que corresponda al padecimiento buscado de acuerdo al resultado: P= Positivo N= Negativo
Diabetes mellitus	Debe realizar tamizaje una vez al año a los pacientes de 20 años y más que acudan a consulta, independientemente del motivo que la ocasionó, considere positiva si se obtiene una glucemia capilar casual mayor a 140mg/dl. El registro en este formato se realizará únicamente cuando no sea aplicado el cuestionario de detección integrada.
Hipertensión arterial	La detección debe realizarse una vez al año a los pacientes de 20 años y más que asistan a consulta, independientemente del motivo que la ocasionó, considere positiva si se identifica en la detección presencia de la presión arterial mayor a 140 mm Hg (sistólica) y/o 90mm Hg (diastólica) . El registro en este formato se realizará únicamente cuando no sea aplicado el cuestionario de detección integrada.
Obesidad	La detección debe realizarse una vez al año a los pacientes de 20 años y más que asistan a consulta, independientemente del motivo que la ocasionó, de acuerdo al índice de masa corporal (IMC) anote: N (normal), si el valor es < 25; S (sobrepeso) 25.0 a 26.9 y O (obesidad) > 27.
Agudeza visual	La detección debe realizarse una vez al año a los pacientes de 20 años y más que asistan a consulta, independientemente del motivo que la ocasionó, marque con "X" esta columna en caso de haberse llevado a cabo esta actividad.
Osteoporosis	La detección debe realizarse una vez al año a los pacientes de 60 años y más que asistan a consulta, independientemente del motivo que la ocasionó, en base a cuestionario considere positiva o negativa la detección.
Tuberculosis	Deberá practicarse baciloscopía a toda persona con tos y expectoración, o hemoptisis sin importar el tiempo de evolución y de acuerdo al resultado anote la letra correspondiente.
Sífilis	Deberá practicarse PRR (Prueba Rápida de Reagina), en grupos de riesgo tales como: embarazadas, prostitutas, homosexuales y para la expedición de certificados médicos, anote la letra que corresponda al resultado.
Condones prevención ITS	Anote el número de condones entregados a población en riesgo, para prevenir las infecciones de transmisión sexual.
Menopausia y climaterio	En caso de que la paciente de 40 o más años de edad que acude a consulta por cualquier motivo y presente signos o síntomas característicos de la menopausia y/o climaterio como son: bochornos, sudoración nocturna, angustia o ansiedad, irritabilidad, trastornos del sueño, resequedad o comezón en la vagina, depresión o tristeza, desinterés por la actividad sexual, irregularidad en la menstruación o ausencia de la misma, marque con "X" esta columna; si el motivo de la consulta es la menopausia y/o climaterio, márquelo también.
Derechohabiente IMSS ISSSTE Seguro popular Otras	Este espacio está destinado a cuantificar las consultas otorgadas a personas que tienen derecho a servicios médicos en la seguridad social; marque con "X" la columna de la institución de la cual sea derechohabiente el consultante. En el concepto "Otras" no incluya a los pacientes de población abierta.
Proesa	Registre este componente, marcando con "X" el espacio correspondiente, cuando la atención a la persona contempla orientación sobre el componente, historia clínica, pruebas de capacidad física, determinación del índice de masa corporal (IMC), programa personalizado de actividad física y entrega de guía de ejercicio.

INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO
SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

FECHA DE REFERENCIA _____ No. DE CONTROL _____

EDAD		SEXO
AÑOS	MESES	M F

NOMBRE DEL PACIENTE _____

DOMICILIO DEL PACIENTE _____ URG.

MOTIVO DE ENVIO _____ DIAGNOSTICO PRESUNCIONAL _____

UNIDAD A LA QUE SE REFIERE _____ ESPECIALIDAD O SERVICIO _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE REFIERE _____

NOTA: El talón es de manejo exclusivo de primer nivel

INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MEXICO
HOJA DE REFERENCIA

No. de control: _____ **URGENCIA: SI** _____ **NO** _____

II

NOMBRE (S) _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE S

NUMERO DE EXPEDIENTE _____ EDAD _____ SEXO _____

III

UNIDAD QUE REFIERE _____

IV

UNIDAD A LA QUE SE REFIERE _____

DOMICILIO _____
CALLE NÚMERO COLONIA

SERVICIO AL QUE SE ENVIA _____

V

MOTIVO DE LA REFERENCIA (RESUMEN CLÍNICO DEL PADECIMIENTO): T.A. ____ TEMP. ____ F.R. ____ F.C. ____ PESO ____ TALLA ____

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA _____

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO QUE REFIERE

217B21302-009-04

VISITA DOMICILIARIA

VI

FECHA DE VISITA _____ FECHA DE ALTA _____

SE LE ATENDIO: SI _____ NO _____ NOMBRE DE LA UNIDAD _____

¿POR QUE? _____

OBSERVACIONES _____

NOTA: El talón es de manejo exclusivo de primer nivel

HOJA DE CONTRARREFERENCIA

VII

UNIDAD MÉDICA QUE CONTRARREFIERE

NOMBRE _____

SERVICIO _____

VIII

MANEJO DEL PACIENTE

RESUMEN _____

DIAGNÓSTICO DE INGRESO _____

DIAGNÓSTICO DE EGRESO _____

INSTRUCCIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE EN SU UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN:

_____

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO QUE REFIERE

217B21302-009-04

"SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA"

El formato **"SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA"** (217B21302-009-04) será utilizado por los diferentes hospitales generales del instituto; para documentar la referencia y/o contrarreferencia de un paciente y registrar los datos clínicos más relevantes de los mismos en este procedimiento, debiendo ser requisitado de acuerdo al siguiente:

INSTRUCTIVO DE LLENADO

La parte superior del formato es un talón que se conserva en el archivo de la unidad que refiere; siendo controlado por enfermería o trabajo social, y cuenta con los datos siguientes:

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
	TALÓN	
I		
1	**FECHA DE REFERENCIA**	Anotar el día, mes y año en que el paciente es referido a otra unidad médica.
2	**No. DE CONTROL**	Corresponde al folio; anotar de manera progresiva el número de folio correspondiente a este formato.
3	**NOMBRE DEL PACIENTE**	Anotar el nombre completo del paciente.
4	**EDAD**	Anotar con números arábigos la edad del paciente en años cumplidos, meses cuando el paciente sea menor de un año o días cuando el paciente sea menor de un mes.
5	**SEXO**	Anotar una M o una F según se trate de masculino o femenino respectivamente.
6	**DOMICILIO DEL PACIENTE**	Anotar el nombre de la calle, número, código postal, ciudad y teléfono.
7	**URG.**	Anotar SI cuando la referencia se considera de urgencia, y NO cuando la referencia no se considera de urgencia.
8	**MOTIVO DE ENVIO**	Anotar el motivo que origina la referencia del paciente a otra unidad médica (interconsulta con especialista, tratamiento, estudios de especialidad, etcétera).
9	**DIAGNOSTICO PRESUNCIONAL**	Anotar el diagnóstico establecido por el médico que refiere al paciente.
10	**URGENCIA**	Señalar con una "X" si la referencia se considera de urgencia.
11	**UNIDAD A LA QUE SE REFIERE**	Anotar el nombre de la unidad médica a la que se refiere el paciente.
12	**ESPECIALIDAD O SERVICIO**	Anotar el nombre de la especialidad o servicio a la que se envía al paciente.
13	**NOMBRE DEL MEDICO QUE REFIERE**	Anotar nombre y apellidos del médico tratante y especificar si es médico general o especialista.
	HOJA DE REFERENCIA	
La parte inferior del formato es la Hoja de Referencia y cuenta con los siguientes rubros:		
14	**NÚMERO DE CONTROL:**	Anotar el número de folio correspondiente al formato.
15	**URGENCIA:**	Anotar una X en la respuesta si cuando la referencia se considera de urgencia, o una X en la respuesta no cuando la referencia no se considera de urgencia. En caso de que el paciente requiera atención de urgencia, consultar procedimiento "traslado de pacientes".
II		
16	**NOMBRE(S)**	Anotar el nombre del paciente iniciando por el apellido paterno, materno y nombres.
17	**NÚMERO DE EXPEDIENTE**	Anotar el número correspondiente al expediente clínico del paciente.
18	**EDAD**	Anotar con número arábigo la edad del paciente en años cumplidos, meses cuando el paciente sea menor de un año o días para los menores de un mes.
19	**SEXO**	Anotar masculino o femenino según el caso.
III		
20	**UNIDAD QUE REFIERE**	Anotar el nombre de la unidad médica que refiere al paciente.
IV.		

21	UNIDAD A LA QUE SE REFIERE	Anotar el nombre de la unidad médica a la que se refiere al paciente.
22	DOMICILIO:	Anotar el nombre de la calle, número, colonia y ciudad donde se ubica la unidad a la que se refiere el paciente.
23	SERVICIO AL QUE SE ENVIA	Anotar el nombre del servicio médico al que se envía al paciente.
V		
24	MOTIVO DE LA REFERENCIA (RESUMEN CLÍNICO DEL PADECIMIENTO):	Describir de manera clara y completa incluyendo signos y síntomas del padecimiento que motiva la referencia del paciente a otra unidad médica. En caso de que la referencia sea motivada únicamente con fines de estudio de laboratorio o gabinete deberá justificarse en este rubro. Anotar en el rubro correspondiente la tensión arterial, temperatura, frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca, peso y talla del paciente.
25	IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA	Anotar el diagnóstico definitivo o presuncional que apoye la referencia.
26	NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD	Registra el nombre completo y firma del médico responsable de la unidad que refiere al paciente, con el propósito de avalar el procedimiento.
27	NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO QUE REFIERE	Registrar el nombre completo y firma del médico o técnico en atención primaria de la salud que refiere al paciente.

VISITA DOMICILIARIA (REVERSO)

La parte superior corresponde a los datos de la visita domiciliaria que se le realizará al paciente para su control; cuenta con los siguientes rubros:

VI		
28	FECHA DE VISITA	Anotar la fecha en que realizó la visita domiciliaria de seguimiento.
29	FECHA DE ALTA	Anotar la fecha en que se dio de alta al paciente en la unidad que lo atendió.
30	SE LE ATENDIO: SI/ NO	Marcar con una "X" en el lugar correspondiente, si fue atendido se agregará la fecha, si no fue atendido se anotará el motivo.
31	NOMBRE DE LA UNIDAD	Anotar el nombre de la unidad a la que se asistió.
32	OBSERVACIONES	Hacer las anotaciones que se consideren necesarias de la visita realizada.

HOJA DE CONTRARREFERENCIA (REVERSO)

La parte inferior de la hoja es desprendible y corresponde a la contrarreferencia, la cual cuenta con los datos siguientes:

VII		
UNIDAD MÉDICA QUE CONTRARREFIERE		
33	NOMBRE	Anotar el nombre de la unidad médica que emite la contrarreferencia del paciente.
34	SERVICIO	Anotar el nombre del servicio que atendió al paciente.
VIII		
MANEJO DEL PACIENTE		
35	RESUMEN	Anotar las condiciones clínicas en las que el paciente referido ingresa a la unidad médica, así como su evolución durante su estancia en la misma y las medidas terapéuticas que se llevaron a cabo, señalando el nombre de los medicamentos, la dosis y duración del tratamiento.
36	DIAGNÓSTICO DE INGRESO	Anotar el o los diagnósticos clínicos probables, motivo de su ingreso.
37	DIAGNÓSTICO DE EGRESO	Anotar el diagnóstico definitivo del paciente en forma clara.
38	INSTRUCCIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE EN SU UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN:	Anotar sugerencias o comentarios sobre el caso clínico para el control subsecuente del paciente en su unidad de origen, en éste se incluirá las sugerencias del manejo dietético, higiénico, dar por terminado el tratamiento, indicar si se continuará el tratamiento, regreso o consulta subsecuente al servicio y la fecha, así como informar en el caso de enviar al paciente a otra área de especialidad.
39	NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD	Anotar el nombre completo y firma del responsable de la unidad que refiere.
40	NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO QUE REFIERE	Anotar el nombre completo y la firma del médico que refiere al paciente.

Gobierno del Estado de México
Secretaría de Salud
Instituto de Salud del Estado de México

ISEM

Libreta de Control de Referencia y Contrarreferencia de la Unidad Médica (Rayado de la Libreta tipo Florete)

No. Progresivo de Control		Fecha y Hora de Referencia	No. Folio	No. Expediente	Nombre del Paciente	Edad y Sexo		Domicilio del Paciente	Diagnóstico Presuntivo	Urgencias		Servicio al que se le refiere	Motivo por el cual se refiere	Unidad a la que se refiere	Nombre y Firma del Médico que refiere	Contrarreferencia		Seguimiento de la Referencia		Observaciones
Anual	Mensual					M	F			Sí	No					Fecha	Diagnóstico Egreso	Fecha de la Visita	Estado de Salud del Paciente	

217B50401-012-06

"LIBRETA DE CONTROL DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE UNIDAD MÉDICA DE PRIMER NIVEL A UNIDAD MÉDICA DE SEGUNDO NIVEL" (Rayado de la Libreta tipo Florete)

La **"LIBRETA DE CONTROL DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE UNIDAD MÉDICA DE PRIMER NIVEL A UNIDAD MÉDICA DE SEGUNDO NIVEL"** (Rayado de la Libreta tipo Florete) (217B50401-012-05) será utilizado por el médico de la unidad de primer nivel para registrar a los pacientes referidos de la unidades médicas de primer nivel a la unidad médica de segundo nivel de atención y será requisitado de acuerdo al siguiente:

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	**No. PROGRESIVO DE CONTROL ANUAL/ MENSUAL**	Anotar el número progresivo de control de referencia anual y control de referencia mensual correspondiente a cada paciente que es referido, iniciando numeración cada mes.
2	**FECHA Y HORA DE REFERENCIA**	Anotar el día, mes, año y la hora en que el paciente se refiere a la unidad médica de primer nivel.
3	**No. FOLIO**	Anotar el número de folio asignado al paciente referido.
4	**No. DE EXPEDIENTE**	Anotar el número asignado al expediente del paciente referido.
5	**NOMBRE DEL PACIENTE**	Anotar el nombre completo del paciente referido.
6	**EDAD Y SEXO (M) (F)**	Anotar en el cuadro correspondiente a la columna **M** si el paciente es del sexo masculino o **F** si es del sexo femenino, la edad en número de años, meses si es menor de un año o días, si no ha cumplido un mes de vida.
7	**DOMICILIO DEL PACIENTE**	Anotar la calle, número y colonia donde vive el paciente que es referido.
8	**DIAGNÓSTICO PRESUNCIONAL**	Anotar el diagnóstico establecido por el médico que refiere al paciente.
9	**URGENCIAS (SI) (NO)**	Anotar una **X** en el cuadro correspondiente, si el motivo por el que se envía al paciente es, o no es urgencia.
10	**SERVICIO AL QUE SE LE REFIERE**	Anotar el servicio médico de la unidad de segundo nivel al que se refiere al paciente.
11	**MOTIVO POR EL CUAL SE REFIERE**	Anotar la causa por la cual es referido el paciente a la unidad médica de segundo nivel.
12	**UNIDAD A LA QUE SE REFIERE**	Anotar el nombre de la unidad médica de segundo nivel a la que se refiere el paciente.
13	**NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO QUE REFIERE**	Anotar el nombre completo y la firma del médico que refiere al paciente.
14	**CONTRARREFERENCIA** **FECHA** **DIAGNÓSTICO EGRESO**	Anotar la fecha en la que el paciente fue contrarreferido y el diagnóstico definitivo.
15	**SEGUIMIENTO DE LA REFERENCIA** **FECHA DE VISITA** **ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE**	Anotar el día, mes y año del seguimiento del paciente, así como el estado de salud del paciente en esa fecha.
16	**OBSERVACIONES**	Anotar otros datos relevantes, complementarios, o aquellas objeciones relacionadas con la referencia.

Gobierno del Estado de México
Secretaría de Salud
Instituto de Salud del Estado de México

ISEM

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES / CONCENTRADO MENSUAL JURISDICCIONAL

REGIÓN:	JURISDICCIÓN:	AÑO:	MES:	HOJA NÚMERO:	DE:

NÚM. PROGR.	UNIDAD MÉDICA	PACIENTES REFERIDOS (EDAD Y SEXO)														PACIENTES	
		-1		1 - 4		5 - 14		15 - 49		50 - 64		65 y +		TOTAL		CONTRARREFERIDOS	PENDIENTES DE CONTRARREFERIR
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		

217B50401-011-05

ANVERSO

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES / CONCENTRADO MENSUAL JURISDICCIONAL

PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS DE REFERENCIA			ESPECIALIDADES SOLICITADAS			UNIDADES HOSPITALARIAS A DONDE SE REFIRIERON LOS PACIENTES	
DIAGNÓSTICO	NÚM.	%	ESPECIALIDAD	NÚM.	%	UNIDAD	NIVEL
TOTAL			TOTAL				

ELABORÓ	REVISÓ	AUTORIZÓ
INFORMÁTICA	SUPERVISIÓN OPERATIVA	JEFE DE JURISDICCIÓN

217B50401-011-05

REVERSO

"REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES/ CONCENTRADO MENSUAL JURISDICCIONAL"

El formato **"REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES/ CONCENTRADO MENSUAL JURISDICCIONAL"**(217B50401-011-05) será utilizado por el Técnico en Atención Primaria a la Salud (TAPS) para registrar y reportar al Coordinador Municipal los pacientes que fueron referidos a las unidades médicas de primer nivel de atención y será requisitado de acuerdo al siguiente:

INSTRUCTIVO DE LLENADO

ANVERSO

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	**REGIÓN:**	Anotar el nombre completo de la región que corresponde al Técnico en Atención Primaria a la Salud (TAPS)
2	**JURISDICCIÓN:**	Anotar la denominación asignada a la jurisdicción sanitaria a la que pertenece.
3	**AÑO:**	Anotar con número arábigo el año al que corresponde el concentrado mensual.
4	**MES:**	Anotar el nombre del mes al que corresponde el concentrado.
5	**HOJA NÚMERO:**	Anotar con número arábigo, el número progresivo que le corresponde.
6	**DE:**	Anotar con número arábigo el número total de hojas que se utilizaron en el concentrado.
7	**NÚM. PROG.**	Registrar con número arábigo, por renglón, el número que le corresponda en forma ascendente.
8	**UNIDAD MÉDICA**	Anotar el nombre completo de la unidad médica (centro de salud) que refiere pacientes.
9	**PACIENTES REFERIDOS (EDAD Y SEXO) TOTAL**	Anotar dentro de la casilla correspondiente el número de pacientes referidos por mes, según su edad y sexo (M- Masculino, F- Femenino). Así como el total de los diferentes grupos.
	PACIENTES	
10	**CONTRARREFERIDOS**	Anotar en el espacio correspondiente el número de pacientes contrarreferidos por mes de acuerdo a su edad, por unidad médica y considerando su sexo .
11	**PENDIENTES DE CONTRARREFERIR**	Anotar en esta columna, con número arábigo, el total de los pacientes que aún no han sido contrarreferidos, registro que se realizará por la unidad médica que refirió.

REVERSO

	PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS DE REFERENCIA	
12	**DIAGNÓSTICO**	Anotar en orden de frecuencia los principales diagnósticos por los que se refieren los pacientes.
13	**NÚM.**	Efectuar el cálculo y anotar con número arábigo el porcentaje de pacientes por diagnóstico, determinado del total de referencias realizadas.
14	**%**	Anotar con número arábigo el porcentaje que representa el número total de pacientes referidos por diagnóstico.
	ESPECIALIDADES SOLICITADAS	
15	**ESPECIALIDAD**	Anotar el nombre de la especialidad que se ha solicitado en la referencia de pacientes.
16	**NÚM.**	Anotar con número arábigo los pacientes que se refieren a cada especialidad.
17	**%**	Anotar con número arábigo el porcentaje de pacientes que son referidos a cada especialidad, calculado del total de referencias realizadas.

	UNIDADES HOSPITALARIAS A DONDE SE REFIRIERON LOS PACIENTES	
18	**UNIDAD**	Anotar en orden de frecuencia, el nombre de las unidades médicas a donde se refieren los pacientes.
19	**NIVEL**	Anotar con número ordinal, el nivel de atención correspondiente a la unidad médica a donde se refiere al paciente.
20	**PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS DE REFERENCIA TOTAL**	Anotar con número arábigo el total de los principales diagnósticos y la suma de porcentajes.
21	**ESPECIALIDADES SOLICITADAS TOTAL**	Anotar el número total de especialidades solicitadas y la suma de porcentajes.
22	**ELABORÓ**	Anotar nombre y firma de quien elaboró el formato.
23	**REVISÓ**	Anotar nombre y firma de la persona que revisó la información.
24	**AUTORIZÓ**	Anotar el nombre y la firma de la persona que autoriza la información.

IX. ANEXOS

ANEXO 1:

Funciones

Del Técnico en Atención Primaria a la Salud:

Referir al centro de salud a:

- Usuarias para aplicación de DIU y métodos quirúrgicos;
- Adolescentes para atención especializada, aplicación de DIU y métodos quirúrgicos;
- Identificar y referir a mujeres embarazadas a la atención del parto, brindarles orientación y consejería; así como ofertarles de manera sistemática métodos de planificación familiar después de resuelto su evento obstétrico;
- A toda mujer embarazada para la administración de sulfato ferroso, ácido fólico y control prenatal;
- A los niños que encuentre con desviaciones en su crecimiento y desarrollo;
- Los casos sospechosos de patología mamaria para su diagnóstico, tratamiento y control;
- A toda mujer con manifestaciones clínicas del síndrome perimenopáusico;
- A niños menores de cinco años con diarrea y/o deshidratación para tratamiento y atención especializada y oportuna;
- A pacientes en los que se identifique la presencia de infecciones respiratorias agudas, así como complicaciones graves de éstas para la atención médica oportuna;
- A personas que al aplicar el cuestionario de detección integral de diabetes, hipertensión, obesidad y enfermedad prostática (personas mayores de 20 años de edad) y para detección de cáncer de próstata a partir de los 40 años de edad sea positivo, para su confirmación diagnóstica, tratamiento y control;
- A personas cuando se presente un foco rábico y ocurra una exposición o cuando hayan sido agredidas para su valoración médica inmediata y, en su caso, atención y tratamiento;
- Todo caso sospechoso de brucelosis, paludismo, dengue, taeniosis/cisticercosis, leptospirosis para la confirmación del diagnóstico y el tratamiento;
- A pacientes luego de la administración del suero antialacrán;
- A tosedores identificados para su diagnóstico y tratamiento;
- A los contactos positivos o sospechosos de tuberculosis;
- A pacientes para su control en caso de lepra;
- Al enfermo, que al realizar las acciones de control de los casos con VIH/SIDA y de otras enfermedades de transmisión sexual, mediante la consideración de características clínicas y los antecedentes, se detecte estas enfermedades; y,

- En forma inmediata los casos sospechosos de cólera detectados en la comunidad, informando al médico de la unidad y al coordinador municipal de salud.

  Asimismo:
- Efectuar el seguimiento de los pacientes de casos diagnosticados con comprobación bacteriológica ingresados a Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES) prescrito por el médico de la unidad;
- Brindar seguimiento de los casos que fueron referidos al centro de salud, para la vigilancia de la atención oportuna, la evolución de la enfermedad y cumplimiento de las indicaciones médicas del tratamiento y control para evitar las complicaciones;
- Llevar el registro preciso en la Libreta de Control de Pacientes Referidos de Comunidad a Unidad Médica, así como los demás registros del Sistema de Información en Salud.

Del Médico del Primer Nivel de Atención:

Referir a los hospitales de la Red a:

- Pacientes cuya respuesta al tratamiento seguido en la unidad de salud no ha sido favorable;
- Pacientes que por las características del padecimiento que presentan, deben ser atendidos por un médico especialista;
- Pacientes que debido a la baja o nula respuesta a la terapéutica seguida, deben ser atendidos por médico especialista; y
- Pacientes que es necesario obtener la precisión en el diagnóstico, por lo que se requiere una segunda opinión de un especialista.

  Asimismo:
- Efectuar las acciones necesarias que justifiquen plenamente la referencia del paciente a una unidad del Segundo Nivel de Atención;
- Registrar los datos requeridos en el expediente del paciente que permitan fundamentar el proceso de referencia que se realiza;
- Elaborar correctamente el formato de Referencia, precisando todos y cada uno de los datos que contiene dicho formato e incluir en el expediente del paciente la copia correspondiente;
- Atender y efectuar el seguimiento a los pacientes que han sido contrarreferidos al centro de salud, teniendo en cuenta las indicaciones médicas;
- Revisar la información contenida en las contrarreferencias de pacientes, con el propósito de verificar si se realizó un diagnóstico preciso, para una acertada referencia al segundo nivel de atención;
- Participar en los procesos de formación y actualización de atención médica que se realicen a nivel jurisdiccional; así como, en los intercambios de información que se tengan con personal del segundo nivel de atención con el objeto de ratificar o rectificar la información que se tiene para referir pacientes;
- Llevar el registro preciso en los formatos ex profeso de los pacientes referidos y contrarreferidos, así como los demás registros del Sistema de Información en Salud; y
- Las demás que estén vinculadas con el Sistema de Referencia y Contrarreferencia de pacientes.

X. SIMBOLOGÍA

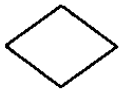
Para la elaboración de los diagramas se utilizaron símbolos o figuras que representan a cada persona, puesto o unidad administrativa que tiene relación con el procedimiento, lo cual se presenta por medio de columnas verticales. Las formas de representación fueron en consideración a la simbología siguiente:

	INICIO O FINAL DEL PROCESO. Señala el principio o terminación de un procedimiento. Cuando se utilice para indicar el principio de un procedimiento se anotará la palabra INICIO y cuando se termine, se escribirá la palabra FIN.
	ACTIVIDAD COMBINADA. Se utiliza en los casos en que en un mismo paso se realiza una operación y una verificación.
	ANEXO DE DOCUMENTOS. Indica que dos o más documentos se anexan para concentrarse en un sólo paquete, el cual permite identificar las copias o juegos de los documentos existentes e involucrados en el procedimiento.
	ARCHIVO DEFINITIVO. Marca el fin de la participación de un documento o material en un procedimiento, por lo que se procede a archivar de manera definitiva, a excepción de que emplee en otros procedimientos.

ARCHIVO TEMPORAL. Se utiliza cuando un documento o material por algún motivo debe guardarse durante un periodo de tiempo indefinido para después utilizarlo en otra actividad, significa espera y se aplica cuando el uso del documento o material se conecta con otra operación.

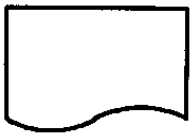
CONECTOR DE HOJA EN UN MISMO PROCEDIMIENTO. Este símbolo se utiliza con la finalidad de evitar las hojas de gran tamaño, el cual muestra al finalizar la hoja, hacia donde va y al principio de la siguiente hoja de donde viene; dentro de la figura una letra (mayúscula) del alfabeto, empezando con la "A" para el primer conector y se continuará con la secuencia de las letras del alfabeto.

CONECTOR DE PROCEDIMIENTOS. Es utilizado para señalar que un procedimiento proviene o es la continuación de otros. Es importante anotar, dentro del símbolo, el nombre del procedimiento del cual se deriva o hacia donde va.



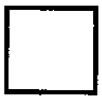
DECISIÓN. Se emplea cuando en la actividad se requiere preguntar si algo procede o no, identificando dos o más alternativas de solución. Para fines de mayor claridad y entendimiento, se describirá brevemente en el centro del símbolo lo que va a suceder, cerrándose la descripción con el signo de interrogación.

DESTRUCCIÓN DE DOCUMENTOS. Representa la eliminación de un documento cuando por diversas causas ya no es necesaria su participación en el procedimiento.



FORMATO IMPRESO. Se aplica en formas impresas, documentos, reportes, listados, etc., y se anota después de cada operación, indicando dentro del símbolo el nombre del formato; cuando se requiera indicar el número de copias de formatos utilizados o que existen en una operación, se escribirá la cantidad en la esquina inferior izquierda; en el caso de graficarse un original se utilizará la letra "O". Cuando el número de copias es elevado, se interrumpe la secuencia, después de la primera se deja una sin número y la última contendrá el número final de copias; ahora bien, si se desconoce el número de copias, en el primer símbolo se anotará una "X" y en el último "N".

Finalmente para indicar que el formato se elabora en ese momento, se marcará en el ángulo inferior derecho un triángulo lleno.



FORMATO NO IMPRESO. Indica que el formato usado en el procedimiento es un modelo que no está impreso; se distingue del anterior, únicamente en la forma, las demás especificaciones para su uso son iguales.

FUERA DE FLUJO. Cuando por necesidades del procedimiento, una determinada actividad o participación ya no es requerida dentro del mismo, se opta por utiliza el signo de fuera de flujo para finalizar su intervención en el procedimiento.

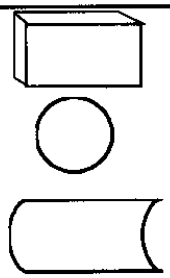
INSPECCIÓN. El cuadro es utilizado como símbolo de inspección, revisión, verificación, o bien, cuando se examine una acción, un formato o una actividad; así como para consultar o cotejar sin modificar las características de la acción o actividad.

INTERRUPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO. En ocasiones el procedimiento requiere de una interrupción para ejecutar alguna actividad o bien para dar tiempo al usuario de realizar una acción o reunir determinada documentación. Por ello, el presente símbolo se emplea cuando el procedimiento requiere de una espera necesaria e insoslayable.

LINEA CONTINUA. Marca el flujo de información, documentos o materiales que se están realizando en el área. Su dirección se maneja a través de terminar la línea con una pequeña línea vertical; puede ser utilizada en la dirección que se requiera y para unir cualquier actividad.

LINEA DE GUIONES. Es empleado para identificar una consulta, cotejar o conciliar la información; invariablemente deberá salir de una inspección o actividad combinada; debe dirigirse a uno o varios formatos específicos y puede trazarse en el sentido que se necesite, al igual que la línea continua se termina con una pequeña línea vertical.

LINEA DE COMUNICACIÓN. Indica que existe flujo de información, la cual se realiza a través de teléfono, telex, fax modem, etc. La dirección del flujo se indica como en los casos de las líneas de guiones y continua.



PAQUETE DE MATERIALES. Se emplea para representar un conjunto de materiales, dinero o todo aquello que sea en especie.

OPERACIÓN. Muestra las principales fases del procedimiento y se emplea cuando la acción cambia. Así mismo se anotará dentro del símbolo un número en secuencia, y se escribirá una breve descripción de lo que sucede al margen del mismo.

REGISTRO Y/O CONTROLES. Se usará cuando se trate de registrar o efectuar alguna anotación en formatos específicos o libretas de control. Aparecerá cuando exista la necesidad de consultar un documento o simplemente cotejar información. Se deberá anotar al margen del símbolo el nombre con el cual se puede identificar el registro o control.
Cuando se registra información, llegará al símbolo una línea continua, cuando se hable de consultar o cotejar la línea debe ser de guiones terminando de igual manera en el símbolo.

XI. VALIDACIÓN

DRA. MARIA ELENA BARRERA TAPIA
SECRETARIA DE SALUD Y
DIRECTORA GENERAL
(RUBRICA).

M. en A. SANTIAGO G. VELASCO MONROY
COORDINADOR DE ADMINISTRACIÓN
Y FINANZAS
(RUBRICA).

DR. JESUS LUIS RUBÍ SALAZAR
COORDINADOR DE SALUD
(RUBRICA).

LAE. MARTHA MEJÍA MARQUEZ
JEFE DE LA UNIDAD DE MODERNIZACIÓN
ADMINISTRATIVA
(RUBRICA).

DR. ROBERTO MARTINEZ POBLETE
DIRECTOR DE SERVICIOS DE SALUD
(RUBRICA).

DR. ANGEL SALINAS ARNAUT
SUBDIRECTOR DE ATENCIÓN MÉDICA
(RUBRICA).

DRA. SILVIA MARÍA AGUILAR VILLA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDIC
DE PRIMER NIVEL
(RUBRICA).

XII ACTUALIZACIÓN

Manual de Procedimientos para la Operación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en las Unidades Médicas del Primer Nivel de Atención del Instituto de Salud del Estado de México, noviembre de 2005.

Autorizado en la Sesión Ordinaria de Consejo del Instituto de Salud del Estado de México No. 143, de fecha 16 de febrero de 2006.

© MP/ 93

Manual de Procedimientos para la Operación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en las Unidades Médicas del Primer Nivel de Atención del Instituto de Salud del Estado de México.

Secretaría de Salud
Instituto de Salud del Estado de México

Responsables de su elaboración e integración:

Dr. Angel Salinas Arnaut.- Subdirector de Atención Médica
L.A.E. Martha Mejía Márquez.- Jefe de la Unidad de Modernización Administrativa
Dra. Silvia María Aguilar Villa.- Jefe del Departamento de Atención Médica de Primer Nivel.
Lic. Armando Santín Pérez.- Jefe del Departamento de Desarrollo Institucional.
P.L.A.E. Delfino González López.- Analista del Departamento de Desarrollo Institucional.

Toluca, México
Noviembre, 2005.