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 CLXXXIV A:202/3/001/02
Número de ejemplares impresos: 300

Toluca de Lerdo, Méx., viernes 14 de diciembre del 2007
No. 118

SUMARIO:

SECRETARIA DE SALUD

MANUAL DEL PROCEDIMIENTO DE HOSPITALIZACION EN UNIDADES MEDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD.

MANUAL DEL PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA EN UNIDADES MEDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA DE CONTROL DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL DE CURACION SERVICIO SUBROGADO.

REGLAMENTO INTERNO DE LOS HOSPITALES PSIQUIATRICOS DEL ISEM.

"2007. AÑO DE LA CORREGIDORA DOÑA JOSEFA ORTIZ DE DOMINGUEZ"

SECCION TERCERA

PODER EJECUTIVO DEL ESTADO

SECRETARIA DE SALUD

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

ISEM

MANUAL DEL PROCEDIMIENTO DE HOSPITALIZACION EN UNIDADES MEDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD

JULIO DE 2007

Derechos reservados

Primera edición julio de 2007
Gobierno del Estado de México
Secretaría de Salud
Instituto de Salud del Estado de México
Independencia Ote. 1009
Colonia Reforma
C. P. 50070

Impreso y hecho en Toluca, Méx.
Printed and made in Toluca, Méx.

La reproducción parcial o total de este documento podrá efectuarse mediante la autorización ex profeso de la fuente y dándole el crédito correspondiente.

"El cimiento de la seguridad integral será la organización innovadora de la administración pública. Los tiempos exigen renovar a las instituciones, para hacerlas más eficientes, coordinando adecuadamente sus actividades para resolver los problemas reales de la población"

Enrique Peña Nieto

INDICE

Presentación	I
Aprobación	II
Objetivo General	III
Identificación e Interacción de Procesos	IV
Relación de Procesos y Procedimientos	V
Descripción del Procedimiento	VI
1. Atención en el servicio de hospitalización.	
Simbología	VII
Registro de Ediciones	VIII
Distribución	IX
Validación	X

PRESENTACIÓN

La sociedad mexiquense exige de su gobierno cercanía y responsabilidad para lograr, con hechos, obras y acciones, mejores condiciones de vida y constante prosperidad.

Por ello, el licenciado Enrique Peña Nieto, Gobernador Constitucional del Estado de México, impulsa la construcción de un gobierno eficiente y de resultados, cuya premisa fundamental es la generación de acuerdos y consensos para la solución de las demandas sociales.

El buen gobierno se sustenta en una administración pública más eficiente en el uso de sus recursos y más eficaz en el logro de sus propósitos. El ciudadano es el factor principal de su atención y la solución de los problemas públicos su prioridad.

En este contexto, la Administración Pública Estatal transita a un nuevo modelo de gestión, orientado a la generación de resultados de valor para la ciudadanía. Este modelo propugna para garantizar la estabilidad de las instituciones que han demostrado su eficacia, pero también por el cambio de aquellas que es necesario modernizar.

La solidez y el buen desempeño de las instituciones gubernamentales tienen como base las mejores prácticas administrativas emanadas de la permanente revisión y actualización de las estructuras organizacionales y sistemas de trabajo, del diseño e instrumentación de proyectos de innovación y del establecimiento de sistemas de gestión de la calidad.

El presente Manual del Procedimiento de Hospitalización documenta la acción organizada para dar cumplimiento a la misión de las Unidades Médicas de Alta Especialidad del Instituto de Salud del Estado de México. La estructura organizativa, la división del trabajo, los mecanismos de coordinación y comunicación, las funciones y actividades encomendadas, el nivel de centralización o descentralización, los procesos clave de la organización y los resultados que se obtienen, son algunos de los aspectos que delinean la gestión administrativa de este organismo auxiliar del Ejecutivo Estatal.

Este documento contribuye a la planificación, conocimiento, aprendizaje y evaluación de la acción administrativa. El reto impostergable es la transformación de la cultura de las dependencias y organismos auxiliares hacia nuevos esquemas de responsabilidad, transparencia, organización, liderazgo y productividad.

APROBACIÓN

Con fundamento en el artículo 293, fracción IV del Reglamento de Salud del Estado de México, el H. Consejo Interno del Instituto de Salud del Estado de México, en sesión ordinaria número 152, aprobó el presente **"Manual del Procedimiento de Hospitalización en Unidades Médicas de Alta Especialidad"**, el cual contiene la información referente a consideraciones generales, sistema operativo y procedimientos, así como las directrices para el logro de los objetivos institucionales.

FECHA DE ACUERDO	NÚMERO DE ACUERDO
25 DE JULIO DE 2007	ISE/152/009

M. EN A. EDUARDO FRANCISCO BERTERAME BARQUÍN
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN Y
SECRETARIO DEL CONSEJO INTERNO DEL ISEM
(RÚBRICA)

PROCEDIMIENTO: ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN	**Edición:** Primera **Fecha:** Julio de 2007 **Código:** 217B **Página:** III

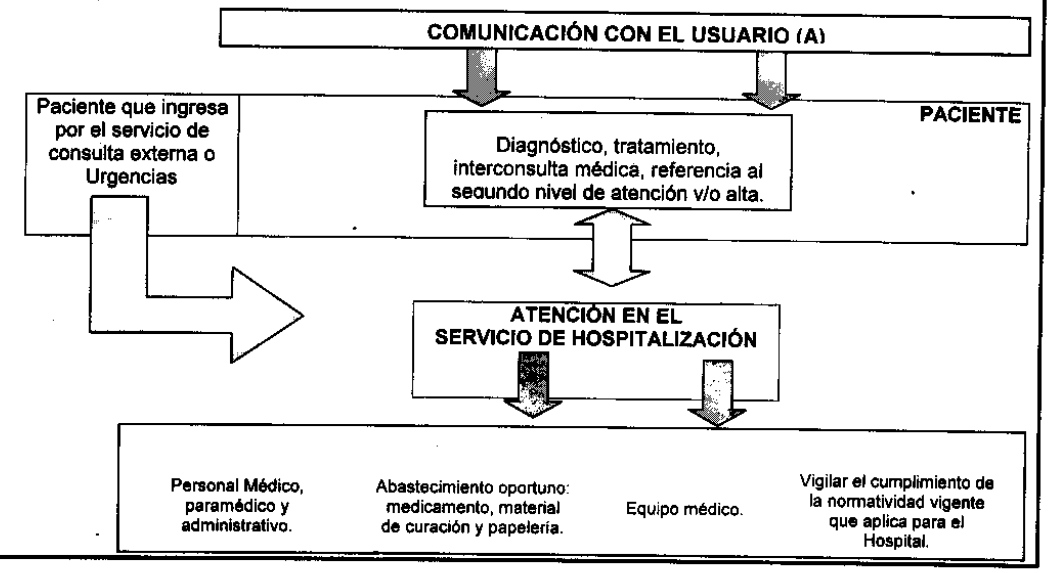
OBJETIVO GENERAL

Incrementar la calidad en atención que se le proporciona al paciente mediante brindando atención médica integral con calidez y calidad en las áreas que intervienen en el servicio de hospitalización.

PROCEDIMIENTO: ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN	**Edición:** Primera **Fecha:** Julio de 2007 **Código:** 217B **Página:** IV

IDENTIFICACIÓN E INTERACCIÓN DE PROCESOS

Mapa de procesos de alto nivel



PROCEDIMIENTO: ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN	**Edición:** Primera **Fecha:** Julio de 2007 **Código:** 217B **Página:** V

RELACIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso:

Servicio de hospitalización:

Del ingreso del paciente al servicio de hospitalización al diagnóstico, tratamiento y alta del paciente.

Procedimiento:

Atención en el servicio de hospitalización.

PROCEDIMIENTO: ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN	**Edición:** Primera
	Fecha: Julio de 2007
	Código: 217B
	Página: VI

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO 1: ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

Nombre del Procedimiento:

Atención en el servicio de hospitalización.

Objetivo:

Establecer el procedimiento para proporcionar atención integral de calidad y calidez a los pacientes hospitalizados, a fin de asegurar el reestablecimiento de su salud hasta el alta de los mismos.

Alcance:

Aplica a todo el personal de las áreas que intervienen en el servicio de hospitalización.

Referencias:

- Ley General de Salud.
  (Diario Oficial de la Federación, 07 de febrero de 1984, reformas y adiciones).
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Salud.
  (Diario Oficial de la Federación, 07 de febrero de 1984, reformas y adiciones)
- Código Administrativo del Estado de México.
  (Gaceta del Gobierno, 13 de diciembre de 2001, reformas, adiciones.)
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
  (Diario Oficial de la Federación, 14 de mayo de 1986).
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. (Diario Oficial de la Federación, 14 de mayo de 1986).
- Reglamento de Salud del Estado de México.
  (Gaceta del Gobierno, 13 de marzo de 2002.)

  Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de información en salud.
- Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico.

Responsabilidades:

El Director de la Unidad Médica de Alta Especialidad es el encargado de planear, ejecutar y controlar la prestación de los servicios de salud a la población, así como efectuar la gestión y aplicación de los recursos financieros, materiales y humanos que requieren las áreas médicas y administrativas en la realización de los objetivos y funciones encomendadas a la unidad hospitalaria. Así como, evaluar los programas de salud de las áreas de servicios médicos, paramédicos, auxiliares de diagnóstico y tratamiento, así como de el área administrativa.

Médico deberá de:

- Proporcionar atención médica a los pacientes mediante valoración y diagnóstico oportuno.
- Solicitar estudios de laboratorio y gabinete para valorar el estado de salud de los pacientes.
- Dar información suficiente, oportuna, clara y veraz al paciente y/o familiares o representante legal.
- Determinar si el paciente amerita consulta subsecuente, interconsulta médica, o referencia a segundo nivel de atención.

Enfermera deberá de:

- Contribuir con los servicios médicos del hospital, para la atención integral del paciente hospitalizado, mediante las técnicas de enfermerías necesarias y suficientes, que permitan la recuperación física y psicosomática del paciente.

- Coordinar las funciones y procedimientos con los jefes de servicios médicos, paramédicos, auxiliares de diagnóstico y áreas administrativas.
- Orientar a los pacientes y familiares en la importancia de su participación para mejorar los resultados del tratamiento del paciente.
- Trasladar a los pacientes con medidas de seguridad necesarias tanto al interior como al exterior del hospital.

Trabajo Social deberá de:

- Realizar estudio socioeconómico requerido para la atención integral de los pacientes hospitalizados.
- Mantener actualizada la información del paciente contenida en los formularios de trabajo social que incluyan estudios e investigaciones, evolución, resultados de tratamiento y seguimiento del caso.

Definiciones de la NOM-040-SSA2-2004, en materia de información en salud.

Atención médica: El conjunto de servicios que se proporcionan al individuo con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

Canalización: Será la referencia de todo paciente que acuda a preconsulta y requiera de atención a otra unidad.

Expediente clínico: Al conjunto de documentos, gráficos e imagenológicos de de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.

Egreso hospitalario: Al evento de salida del paciente de hospitalización que implica la desocupación de una cama censable. Incluye altas por curación, mejoría, traslado a otra unidad hospitalaria, defunción, alta voluntaria o fuga.

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

Reingreso: Al paciente que ingresa nuevamente en el año a la unidad médica por la misma afección o diagnóstico.

Servicio de hospitalización: Al servicio que cuenta con camas censables para atender pacientes internos, proporcionar atención médica con el fin de realizar diagnósticos, aplicar tratamientos y cuidados continuos de enfermería.

Usuario: Toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica.

Interconsulta: Procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud a fin de proporcionar atención integral al paciente, a solicitud del médico tratante.

Insumos:

- Solicitud de internamiento del paciente.

Resultado:

- Diagnóstico, tratamiento, interconsulta médica, alta del paciente por referencia al segundo nivel, por mejoría o por ausencia de signos vitales.

Interacción con otros procedimientos:

- Servicio de urgencias de Unidades Médicas de Alta Especialidad.
- Servicio de consulta externa de especialidad.
- Determinación y control de las cuotas de recuperación del área de hospitalización.

Políticas:

1. Este Manual es de aplicación en el Servicio de Hospitalización en las Unidades Médicas de Alta Especialidad.
2. Es un instrumento de apoyo al cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana para la Prestación de Servicios de Atención Médica.
3. El Director del Hospital es el responsable de difundir y supervisar el cumplimiento de los programas de salud.
4. El jefe del servicio de hospitalización deberá estar al tanto de las decisiones que en su ausencia tome el personal a su cargo, a fin de asegurar el buen manejo y restablecimiento del paciente.
5. Todo padecimiento o evento de pacientes recibidos en el servicio de hospitalización, deberá ser documentado debidamente de acuerdo a los protocolos de ingreso y atención médica del paciente y demás disposiciones aplicables.

6. El personal de Hospitalización debe atender al paciente en un ambiente en que predomine una relación terapéutica tanto en la atención médica como en la comunicación.
7. El número de folio del recibo único de pago deberá ser registrado en los formatos en que se cuente con el apartado destinado para ello, lo anterior a fin de garantizar el pago correspondiente al servicio proporcionado al paciente o en caso contrario el documento de acredite la exención del pago.
8. El servicio de hospitalización opera los 365 días del año, las 24 horas del día para atención y tratamiento del paciente.
9. El ingreso del paciente al hospital se realiza de lunes a domingo de 8:00 a 18:00 horas en el entendido que la unidad hospitalaria cuente con el personal especializado y el numero de elementos suficientes para brindar el servicio.
10. Las indicaciones médicas deberán ser escritas con letra de molde o con máquina de escribir sin abreviaturas, se manejara nombre genérico de los medicamentos; con la opción de completar con el nombre comercial entre paréntesis y con mayúsculas, agregando nombre completo y firma de quien realiza las indicaciones al final de la nota.
11. El área de Admisión hospitalaria deberá verificar si el paciente cuenta con el seguro popular. En su caso le indica que pase al módulo correspondiente para la certificación de la vigencia del mismo y corroborar si el padecimiento está contenido en la lista de Causes.
12. Cuando un paciente ingrese al área de hospitalización deberá ser acompañado por la enfermera y/o médico de urgencias hasta entregarlo con la enfermera de hospitalización.
13. El médico tratante deberá apegarse a las Normas Oficiales Mexicanas que rigen la prestación de servicios de atención médica.

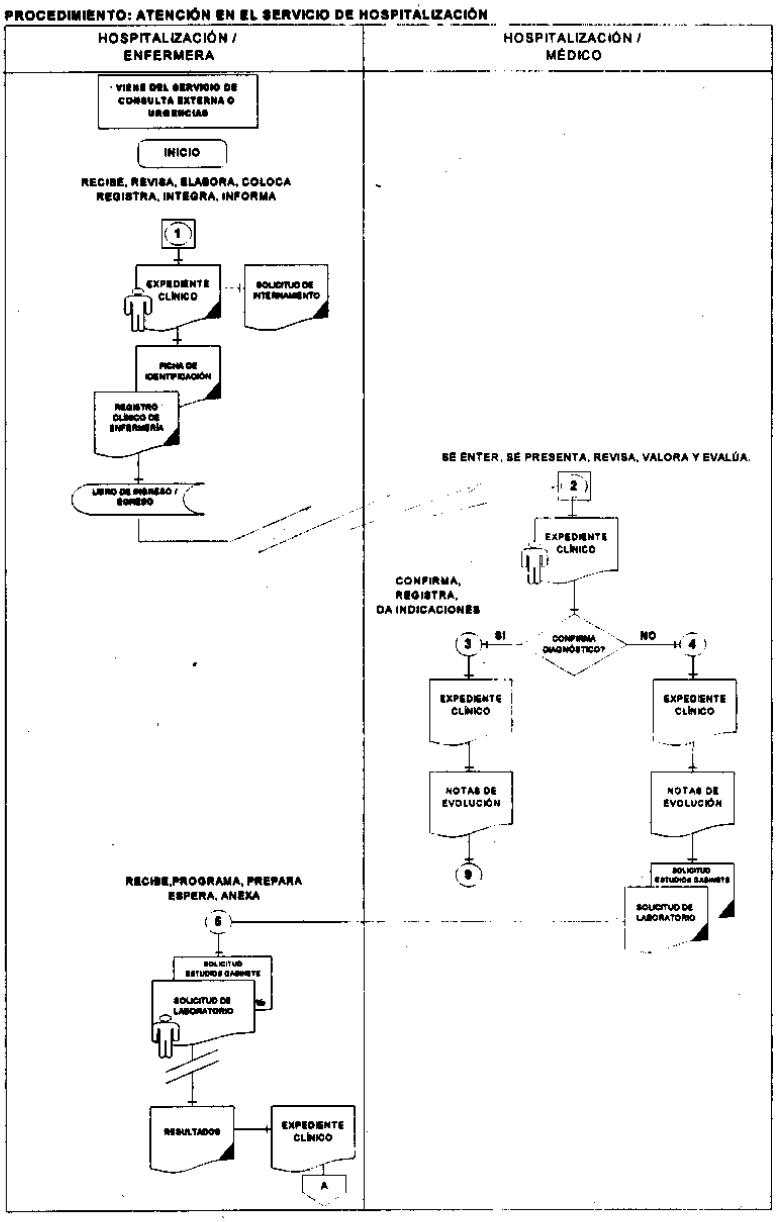
Desarrollo:

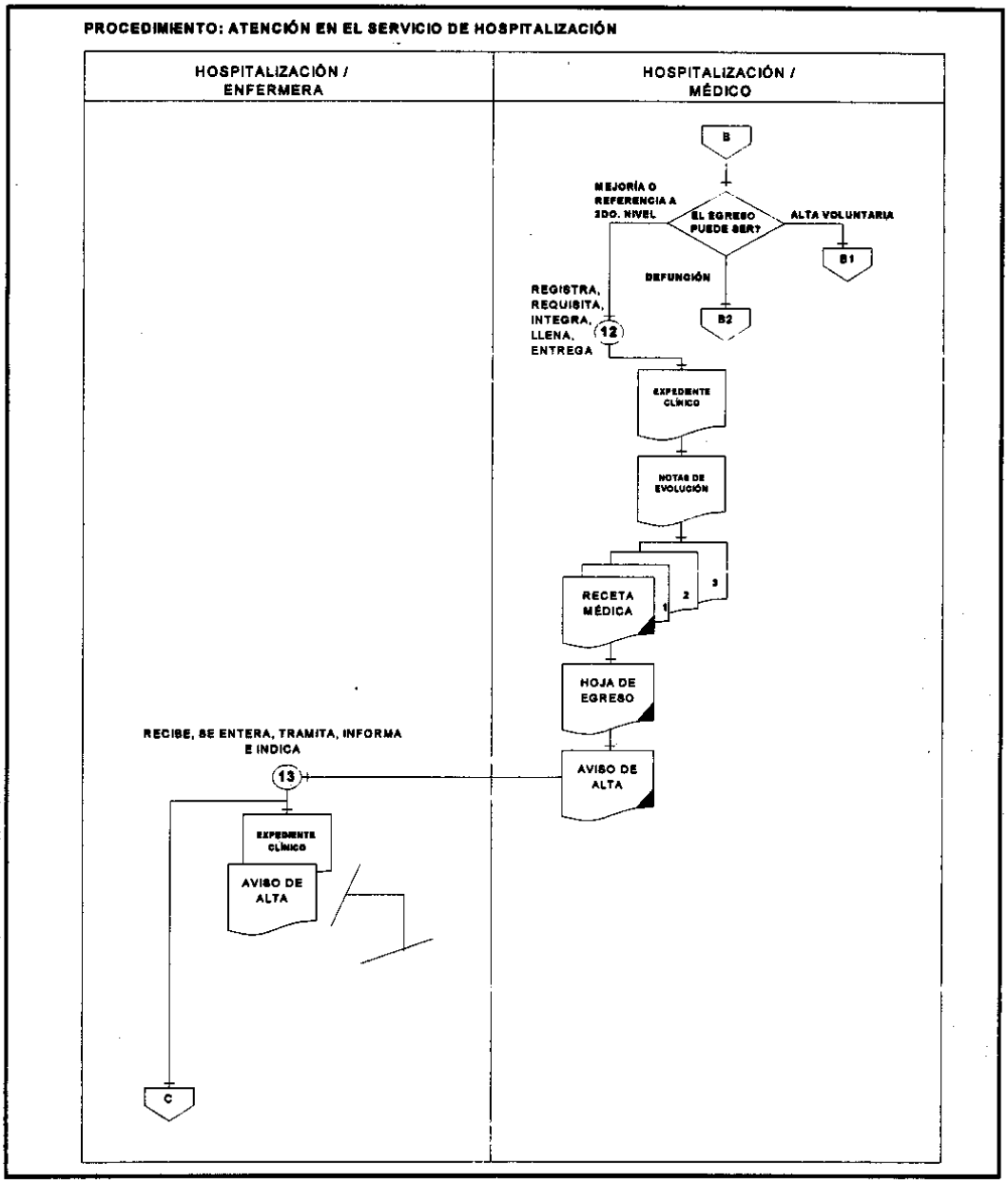
PROCEDIMIENTO 1: Atención en el servicio de hospitalización.

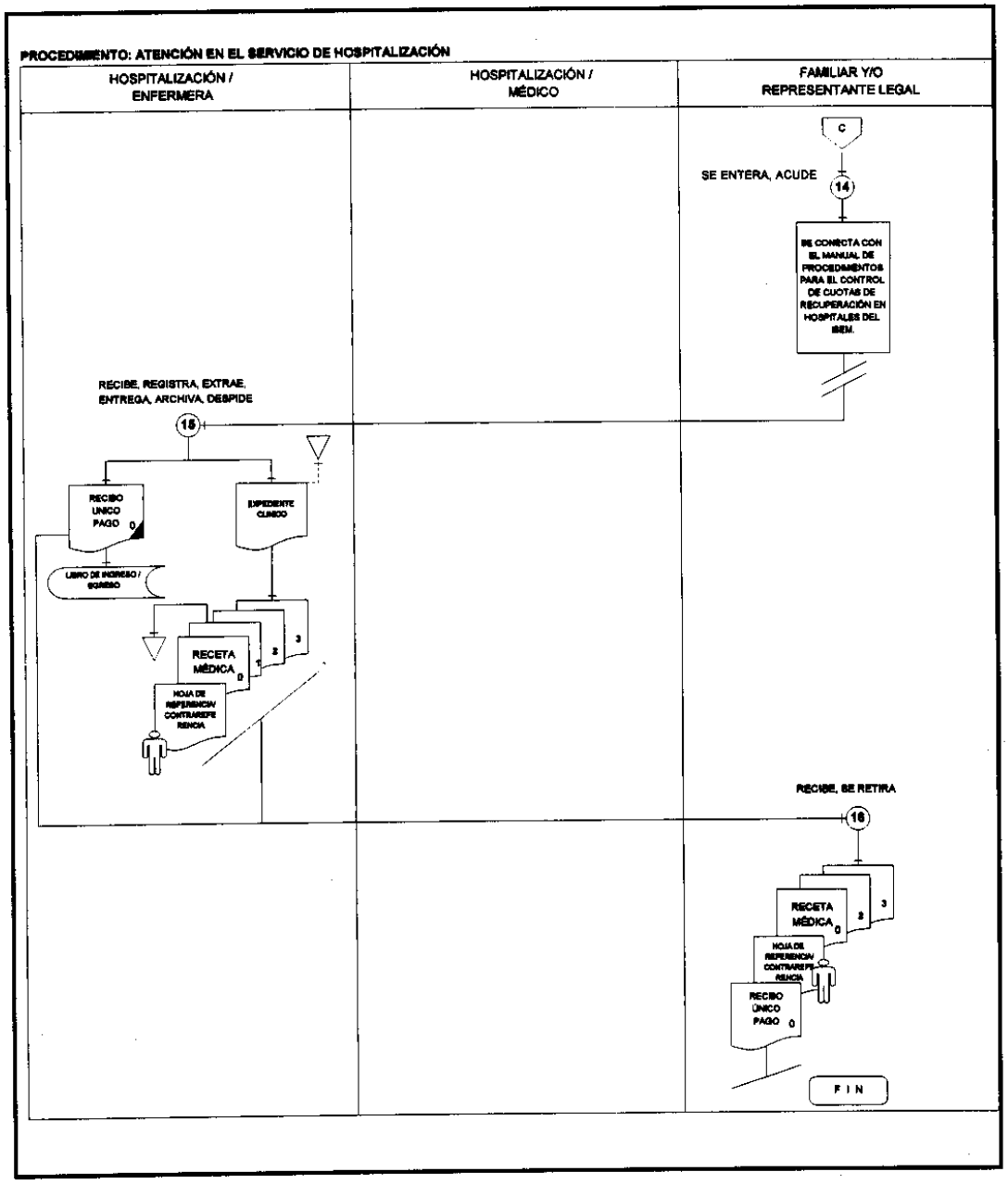
DESCRIPCION		
No.	**RESPONSABLE**	**ACTIVIDAD**
		Viene del servicio de consulta externa o urgencias.
1	**Hospitalización / Enfermera**	Recibe al paciente y **"Expediente clínico"** revisa que dentro de éste se encuentre la **"Solicitud de internamiento"**, elabora la **"Ficha de identificación"** y la coloca al pie de la cama, registra el nuevo ingreso en **"Libro de ingresos y egresos"** y datos del paciente en la hoja **"Registro clínico de enfermería"** la integra en el **"Expediente clínico"**, informa al médico de piso del nuevo ingreso.
2	**Hospitalización / Médico**	Se entera del nuevo ingreso, se presenta, revisa el **"Expediente clínico"**, valora al paciente y evalúa el diagnóstico y tratamiento.
3	**Hospitalización / Médico**	Confirma el diagnóstico y tratamiento, registra en el formato **"Notas de evolución"** y da indicaciones a la enfermera. (se conecta a la operación No. 9).
4	**Hospitalización / Médico**	No confirma el diagnóstico, registra datos en el formato **"Notas de evolución"**, llena la **"Solicitud de Laboratorio"** y **"Solicitud de estudios de gabinete"**, informa al paciente que necesita practicarse estudios y establecer diagnóstico y tratamiento, ambas solicitudes las entrega a la enfermera en servicio.
5	**Hospitalización/ Enfermera**	Recibe **"Solicitud de Laboratorio"** y **"Solicitud de estudios de gabinete"**, programa fecha y hora para que le practiquen los estudios, prepara al paciente y espera los resultados, una vez obtenidos los **"Resultados"** de los estudios los anexa al **"Expediente clínico"**.

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
6	**Hospitalización / Médico**	Analiza los resultados de los estudios practicados al paciente, registra en el formato **"Notas de evolución"** y determina el diagnóstico y tratamiento a seguir.
7	**Hospitalización / Médico**	Confirma el diagnóstico y tratamiento y determina continuar el tratamiento, registra la confirmación del tratamiento en el formato **"Notas de evolución"** y da indicaciones a la enfermera en servicio, (se conecta a la operación No.10).
8	**Hospitalización / Médico**	Determina que el paciente necesita una interconsulta de especialidad, registra en **"Notas de evolución"**, llena el formato **"Solicitud-recepción de interconsulta médica"** y le da indicaciones a la enfermera en servicio, (se conecta a la operación No. 10).
9	**Hospitalización / Médico**	Determina cirugía, registra en el formato **"Notas de evolución"**, requisita el formato **"Intervención Quirúrgica"**, se lo entrega a la enfermera en servicio.
10	**Hospitalización/ Enfermera**	Se entera de que el paciente continúa con el tratamiento, necesita una interconsulta médica o va a cirugía; recibe en su caso el formato **"Solicitud-recepción de interconsulta médica", "Intervención Quirúrgica"** hace los trámites correspondientes y prepara al paciente para interconsulta médica o cirugía. Espera a que el paciente salga de la cirugía y/o las indicaciones de la interconsulta médica para proporcionar los cuidados requeridos, registra cualquier cambio en la hoja **"Registro clínico de enfermería".**
11	**Hospitalización/ Médico**	Se entera, revisa el **"Expediente clínico"** vigila la evolución del paciente y autoriza el alta del paciente por mejoría o referencia a segundo nivel, por alta voluntaria o por defunción.
12	**Hospitalización/ Médico**	Cuando el alta ocurra por mejoría del paciente, registra la fecha de alta en el formato **"Notas de evolución"**, requisita la **"Receta médica"** en original y tres copias, la **"Hoja de egreso" "Hoja de referencia y contrarreferencia"** en su caso, integra al **"Expediente clínico"**, llena también el formato **"Aviso de alta"** y se lo entrega a la enfermera en servicio.
13	**Hospitalización/ Enfermera**	Recibe el **"Aviso de alta"** se entera que el paciente va a ser dado de alta, tramita el egreso del paciente, informa a los familiares que su paciente va a ser dado de alta, les indica que pasen a Trabajo Social.
14	**Familiar y/o representante legal**	Se entera que su familiar va a ser dado de alta y las indicaciones de que deben pasar a Trabajo social, y acude, (se conecta con el manual de procedimientos para el control de cuotas de recuperación en hospitales del ISEM).
15	**Hospitalización/ Enfermera**	Recibe del paciente el **"Recibo único de pago"** y registra el número de folio en el **"Libro de ingreso y egreso"**, extrae del **"Expediente clínico"** la **"Receta médica"**, en su caso la **"Hoja de Contrarreferencia"** y entrega a los familiares: Al paciente, el original del **"Recibo único de pago"**, el original 2ª y 3ª copia de la **"Receta médica"**, y la **"Hoja de Contrarreferencia"**, la 1ª copia **"Receta médica"** archiva, los despide.
16	**Hospitalización/ Familiar y/o representante legal**	Recibe, a su paciente, el **"Recibo único de pago"**, el original 2ª y 3ª copia de la **"Receta médica"**, y la **"Hoja de Contrarreferencia"** en su caso, y se retira.
17	**Hospitalización/ Médico**	Cuando el alta sea por voluntad del paciente, registra la fecha de alta en el formato **"Notas de evolución"**, requisita la **"Hoja de egreso"**, **"Cuenta paciente"** e integra al **"Expediente clínico"**, llena también el formato **"Aviso de alta"** y se lo entrega a la enfermera en servicio, (se conecta a la operación No. 16).
18	**Hospitalización / Médico**	Cuando el alta sea por defunción del paciente, registra el deceso en el formato **"Notas de evolución"**, requisita el **"Certificado de defunción"** en original y 4 copias, , llena también el formato **"Aviso de alta"**, y le entrega ambos formatos a la enfermera en servicio para que realice los trámites correspondientes, (se conecta a la operación No. 16).
19	**Hospitalización / Enfermera**	Recibe formato **"Certificado de defunción"** en original y 4 copias, y el **"Aviso de alta"**, inicia trámites correspondientes.

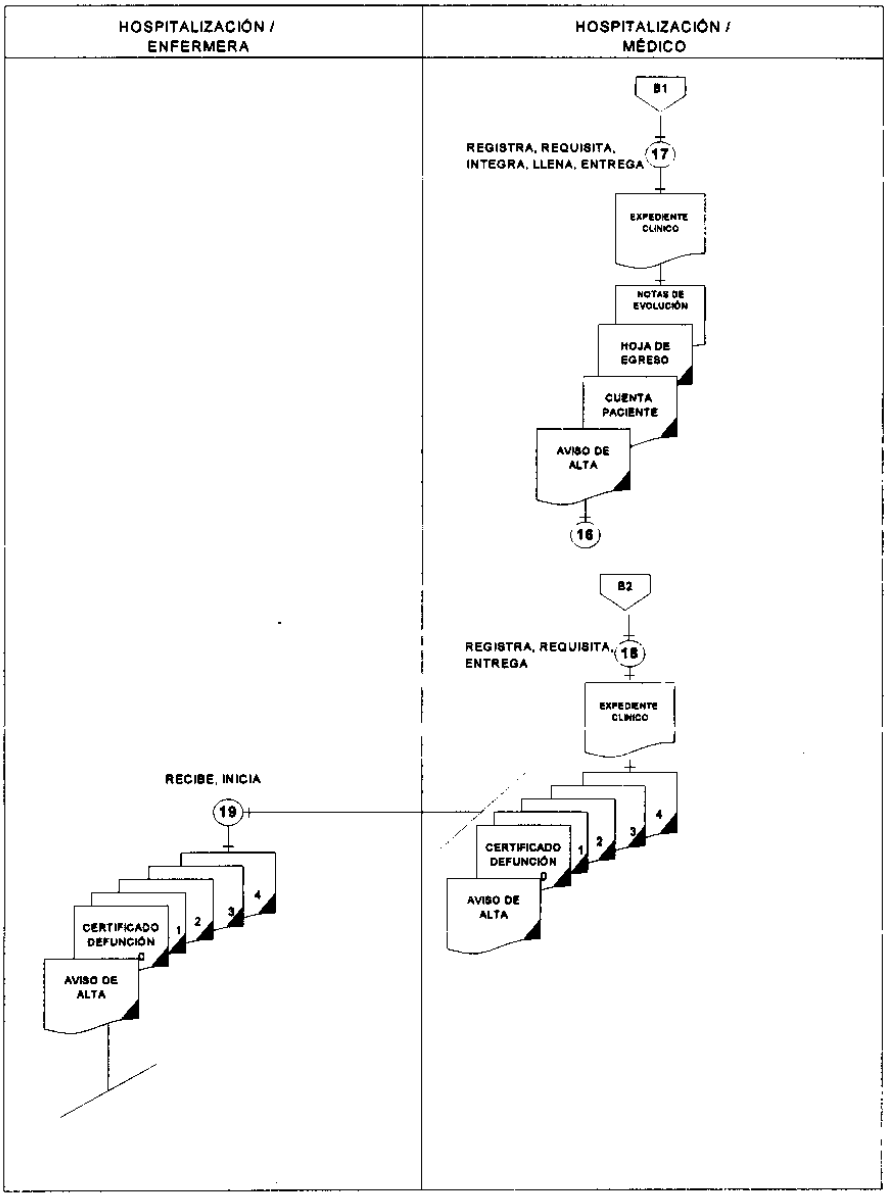
Diagramación:




PROCEDIMIENTO: ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN
HOSPITALIZACIÓN / ENFERMERA
HOSPITALIZACIÓN / MÉDICO
B
MEJORÍA O REFERENCIA A 2DO. NIVEL
EL EGRESO PUEDE SER?
ALTA VOLUNTARIA
B1
DEFUNCIÓN
B2
REGISTRA, REQUISITA, INTEGRA, LLENA, ENTREGA
12
EXPEDIENTE CLÍNICO
NOTAS DE EVOLUCIÓN
RECETA MÉDICA
1
2
3
HOJA DE EGRESO
AVISO DE ALTA
RECIBE, SE ENTERA, TRAMITA, INFORMA E INDICA
13
EXPEDIENTE CLÍNICO
AVISO DE ALTA
C


PROCEDIMIENTO: ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN
HOSPITALIZACIÓN / ENFERMERA
HOSPITALIZACIÓN / MÉDICO
FAMILIAR Y/O REPRESENTANTE LEGAL
C
SE ENTERA, ACUDE
14
SE CONECTA CON EL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN EN HOSPITALES DEL IMSM.
RECIBE, REGISTRA, EXTRAE, ENTREGA, ARCHIVA, DESPIDE
15
RECIBO UNICO PAGO 0
EXPEDIENTE CLINICO
LIBRO DE INGRESO / EGRESO
RECETA MÉDICA 0
1
2
3
HOJA DE REFERENCIA/ CONTRAREFERENCIA
RECIBE, SE RETIRA
16
RECETA MÉDICA 0
2
3
HOJA DE REFERENCIA/ CONTRAREFERENCIA
RECIBO ÚNICO PAGO 0
F I N

PROCEDIMIENTO: ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN



Medición

Indicador para medir capacidad de respuesta:

Número mensual de ingresos hospitalarios
----------= Porcentaje de usuarios atendidos
Número mensual de egresos hospitalarios

Registro de evidencias:

Los ingresos y egresos de pacientes en el servicio de hospitalización se registran para su control en la "libreta de control de ingresos y egresos hospitalarios".

Formatos e instructivos:

1. Solicitud de internamiento
2. Tarjeta de identificación
3. Registro clínico de enfermería
4. Notas de evolución
5. Solicitud de laboratorio
6. Solicitud de estudio de gabinete
7. Solicitud-recepción de interconsulta médica
8. Intervención Quirúrgica
9. Sistema de referencia y contrarreferencia
10. Receta médica
11. Hoja de egreso
12. Aviso de alta
13. Cuenta paciente

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

ISEM

Solicitud de Internamiento

INTERNAMIENTO:
VOLUNTARIO ☐ INVOLUNTARIO ☐ OBLIGATORIO ☐

UNIDAD MÉDICA:	LUGAR:	FECHA:	HORA:

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S))	NO. EXPEDIENTE:

EDAD:	GÉNERO: ☐ MASCULINO ☐ FEMENINO	*OCUPACIÓN:*	ESTADO CIVIL:

DOMICILIO (CALLE, NÚMERO, COLONIA, LOCALIDAD, MUNICIPIO, ESTADO)	TELÉFONO:

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:	PARENTESCO:
DOMICILIO:	TELÉFONO:

INGRESA POR EL SERVICIO DE: CONSULTA EXTERNA ☐ URGENCIAS ☐	INGRESO AL SERVICIO DE:	FECHA DE INGRESO:	HORA DE INGRESO:

DIAGNÓSTICO DE INGRESO

SOLICITANTE	MÉDICO QUE HACE EL INGRESO
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA
PARENTESCO: / TELÉFONO:	
DOMICILIO:	

217B20000-036-07

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
SOLICITUD DE INTERNAMIENTO (217B20000-036-07)

Objetivo:
- Contar con un documento que contenga los datos generales del paciente a ingresar al servicio de hospitalización.

Distribución y Destinatario:
- El formato se genera en original y se integra al expediente clínico del paciente.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	INTERNAMIENTO VOLUNTARIO INVOLUNTARIO OBLIGATORIO	Anotar con una "X" la opción que corresponda.
2	UNIDAD MÉDICA	Anotar el nombre oficial de la unidad hospitalaria.
3	LUGAR:	Anotar el domicilio completo de la unidad médica.
4	FECHA	Anotar el día, mes y año en que se interna al paciente.
5	HORA:	Anotar la hora y minutos en que ingresa el paciente.
6	NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APPELLIDO MATERNO Y NOMBRE (S)	Anotar apellidos y nombre (s) completo (s) del paciente.
7	NÚMERO DE EXPDEDIENTE:	Anotar el número de expediente que le fue asignado al paciente.
8	EDAD:	Anotar el número de años cumplidos del paciente.
9	GÉNERO: MASCULINO FEMENINO	Marcar con una "X", el género que corresponda el paciente.
10	OCUPACIÓN	Anotar el oficio o profesión a la que se dedica el paciente.
11	ESTADO CIVIL	Anotar si es soltero, casado, viudo, divorciado, unión libre.
12	DOMICILIO	Anotar el nombre de la calle, número, colonia, municipio y entidad federativa del domicilio actual del paciente.
13	TELÉFONO	Anotar el número telefónico completo con clave lada (en su caso) en donde se pueda localizar.
14	EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A	Anotar el nombre del familiar o responsable del paciente.
15	PARENTESCO:	Anotar el tipo de parentesco que tiene con el paciente.
16	DOMICILIO:	Anotar el nombre de la calle, número, colonia, municipio y entidad federativa del domicilio actual del familiar o responsable del paciente.
17	TELÉFONO:	Anotar el número telefónico completo con clave lada (en su caso) en donde se pueda localizar.
18	INGRESA POR EL SERVICIO DE	Marque con un "X" el recuadro que corresponda según haya ingresado el paciente.
19	INGRESO AL SERVICIO DE	Anotar el nombre del servicio al cual ingresa el paciente.
20	FECHA DE INGRESO	Anotar el día, mes y año en que ingresa el paciente.
21	HORA DE INGRESO	Anotar le hora y minutos en que ingresa el paciente.
22	DIAGNÓSTICO DE INGRESO	Describa concretamente la patología por la cual ingreso el paciente.
23	SOLICITANTE NOMBRE Y FIRMA:	Anotar el nombre completo y firma del familiar o persona que se hace responsable del paciente.
24	PARENTESCO:	Anotar el tipo de parentesco que tiene con el paciente.
25	TELÉFONO:	Anotar el número telefónico completo con clave lada (en su caso) en donde se pueda localizar.
26	DOMICILIO:	Anotar el nombre de la calle, número, colonia, municipio y entidad federativa del domicilio actual del familiar o responsable del paciente.
27	NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO QUE HACE EL INGRESO	Anotar el nombre completo y firma del médico que autoriza el ingreso del paciente.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Tarjeta de Identificación

UNIDAD MÉDICA:	NÚMERO DE EXPEDIENTE
FECHA DE APERTURA:	

NOMBRE DEL PACIENTE:

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

NOMBRE(S)

EDAD:	FECHA DE NACIMIENTO:	GÉNERO: MASCULINO ☐ FEMENINO ☐

SERVICIO:

217B20000-068-07

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN (217B20000-068-07)

Objetivo:
- Contar con un documento visible con datos generales en la cama que se le asigne al paciente.

Distribución y Destinatario:
- El formato se genera en original y se coloca en la cama asignada al paciente.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD MÉDICA	Anotar el nombre oficial de la unidad médica hospitalaria.
2	NÚMERO EXPEDIENTE	Anotar el número de expediente que le fué asignado al paciente.
3	FECHA DE APERTURA	Anotar el día, mes y año en que se interna al paciente.
4	NOMBRE DE PACIENTE	Anotar apellido paterno, materno y nombres completos del paciente.
5	EDAD	Número de años cumplidos del paciente.
6	FECHA DE NACIMIENTO	Anotar día, mes y año en que nació el paciente.
7	GÉNERO	Marcar con una "X", el género al que corresponda el paciente.
8	SERVICIO	Anotar el nombre del servicio al cual ingresa el paciente.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

ISEM

Registro Clínico de Enfermería

UNIDAD MÉDICA	SERVICIO	CAMA	NÚMERO DE EXPEDIENTE	FECHA	
NOMBRE DEL PACIENTE	HABITUS EXTERIOR	EDAD	GÉNERO ☐ MASCULINO ☐ FEMENINO	PESO	TALLA

	SIGNOS													INGRESOS		EGRESOS							REACTIVOS			
HORA	TEMPERATURA	FRECUENCIA CARDIACA	FRECUENCIA RESPIRATORIA	PRESIÓN ARTERIAL	LLENADO CAPILAR	PERÍMETRO ABDOMINAL PREPRANDIAL	PERÍMETRO ABDOMINAL POSPRANDIAL	COLOR	ACTIVIDAD	GLASGOW	BILIVERNAK	APGAR	PRESIÓN VENOSA CENTRAL	VÍA ORAL	VÍA PARENTERAL	ORINA	EVACUACIONES	VÓMITO	SUCCIÓN	SELLO DE AGUA	ILEOSTOMÍA O COLOSTOMÍA	CANALIZACIONES	NOMBRE DEL REACTIVO	HECES	ORINA	SANGRE
8																										
9																										
10																										
11																										
12																										
13																										
14																										
BALANCE PARCIAL TURNO MATUTINO																										
15																										
16																										
17																										
18																										
19																										
20																										
BALANCE PARCIAL TURNO VESPERTINO																										
21																										
22																										
23																										
24																										
1																										
2																										
3																										
4																										
5																										
6																										
7																										
BALANCE PARCIAL TURNO NOCTURNO																										

BALANCE TOTAL POR DÍA	INGRESOS	EGRESOS	BALANCE

COLOR: I – ICTÉRICO; P.- PÁLIDO; RB.- RUBICUNDO; R.- ROSADO; M.- MARMÓREO; C.- CIANÓTICO; T.- TERROSO.
ACTIVIDAD: ++ ACTIVO SIN ESTÍMULO; + ACTIVO AL ESTÍMULO; - FLÁCIDO; T TEMBLORES FINOS; I IRRITABLE; E ESPÁSTICO; R RÍGIDO

217B20000-031-06

DIETA INDICADA

DESAYUNO	COMIDA	CENA

TERAPÉUTICA INDICADA

MEDICAMENTOS				SOLUCIONES PARENTERALES	HORA		OBSERVACIONES
NOMBRE	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACIÓN	HORARIO		INICIO	TÉRMINO	
							TURNO MATUTINO
							TURNO VESPERTINO
							TURNO NOCTURNO

ENFERMERA TURNO MATUTINO	ENFERMERA TURNO VESPERTINO	ENFERMERA TURNO NOCTURNO

217B20000-031-06

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:

REGISTRO CLÍNICO DE ENFERMERÍA (217B20000-31-06)

Objetivo:

- Contar con un documento que permita al área de enfermería llevar un registro personal de signos y síntomas del paciente; para que el médico tratante cheque la evolución del mismo.

Distribución y Destinatario:

- El formato se genera original, lo controla el área de enfermería y se archiva en el expediente clínico del paciente.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD MÉDICA	Anotar el nombre oficial de la unidad médica.
2	SERVICIO	Anotar el nombre de la especialidad o servicio en que se encuentra el paciente.
3	CAMA	Anotar el número de cama en que se encuentra el paciente.
4	NÚMERO DE EXPEDIENTE	Anotar el número de expediente que se le asigna al paciente para su identificación.
5	FECHA	Anotar el día, mes y año en que se requisita el formato.
6	NOMBRE DEL PACIENTE	Anotar el nombre completo y apellidos del paciente.
7	HABITUS EXTERIOR	Describa brevemente la apariencia que refleja el paciente.
8	EDAD	Anotar el número de años cumplidos del paciente.
9	GÉNERO: MASCULINO FEMENINO	Marcar con una "X", el recuadro que corresponda.
10	PESO	Anotar en kilogramos y gramos el peso del paciente.
11	TALLA	Anotar en metros y centímetros la talla del paciente.
12	TEMPERATURA	Anotar la temperatura corporal del paciente.
13	FRECUENCIA CARDIACA	Anotar el número de veces que late el corazón por minuto.
14	FRECUENCIA RESPIRATORIA	Anotar el número de veces en que se expanden los pulmones al inspirar y expirar por minuto.
15	PRESIÓN ARTERIAL	Anotar las cifras sistólica y diastólica, mínima y máxima.
16	LLENADO CAPILAR	Anotar el registro correspondiente.
17	PERÍMETRO ABDOMINAL PREPRANDIAL	Anotar la medición del abdomen en ayunas.
18	PERÍMETRO ABDOMINAL POSPRANDIAL	Anotar la medición del abdomen después de ingerir alimentos.
19	COLOR	Anotar el color en base a las iniciales: I=Ictérico, P=pálido, RB=rubicundo, R=rosado, M=marmóreo, C=cianótico, T=terroso.
20	ACTIVIDAD	Anotar la actividad en base a las iniciales:++ Activo sin estímulo, +Activo al estímulo, - Flácido, T Temblores Finos, I Irritable, E Espástico, R Rígido.
21	GLASGOW	Registrar el estado de conciencia del paciente.
22	SILVERMAN	Registrar la calificación a la actividad respiratoria (0,1,2).
23	APGAR	Registrar la frecuencia cardiaca, tono muscular, irritabilidad, respuesta a estimulación de piel. (0,1,2).
24	PRESIÓN VENOSA CENTRAL	Medir con exactitud la presión venosa central.
25	VÍA ORAL	Registrar toda ingesta de líquidos que tome el paciente en ml.
26	VÍA PARENTERAL	Anotar todos los líquidos que ingresaron al paciente vía venosa.
27	ORINA	Anotar la cantidad de orina expulsada durante un turno.

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:

REGISTRO CLÍNICO DE ENFERMERÍA (217B20000-31-06)

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
28	EVACUACIONES	Anotar el número de veces y características que defeca el paciente.
29	VÓMITO	Anotar el número de veces que el paciente vomita y las características del mismo.
30	SUCCIÓN	Anotar la cantidad de líquidos que salieron por la sonda nasogástica en mililitros.
31	SELLO DE AGUA	Anotar la cantidad en ml. occ. de sangre y líquidos que egresan por sonda insertada a pulmón.
32	ILEOSTOMIA O COLOSTOMÍA	Anotar el número de veces y características de las heces.
33	CANALIZACIONES	Anotar la cantidad y características de material que drenen por penrose.
34	NOMBRE DEL REACTIVO	Registrar la medición de los reactivos (labstix, bililabstix)
35	HECES	Registrar el reactivo en heces.
36	ORINA	Registrar el reactivo en orina.
37	SANGRE	Registrar el reactivo destrostix de la sangre.
38	BALANCE PARCIAL TURNO MATUTINO	Anotar la sumatoria de todas las columnas en el turno matutino.
39	BALANCE PARCIAL TURNO VESPERTINO	Anotar la sumatoria de todas las columnas en el turno vespertino.
40	BALANCE PARCIAL TURNO NOCTURNO	Anotar la sumatoria de todas las columnas en el turno nocturno.
41	BALANCE TOTAL POR DÍA	Anotar la cantidad total en ml. de ingresos (+) y egresos (-) de líquidos.
42	INGRESOS	Anotar el total de ingresos.
43	EGRESOS	Anotar el total de egresos.
44	BALANCE	Anotar el balance del día de los tres últimos reactivos.
45	DIETA INDICADA DESAYUNO COMIDA CENA	Registrar el tipo de dieta indicada en las notas médicas.
	TERAPEÚTICA INDICADA	
	MEDICAMENTOS	
46	NOMBRE	Especificar el nombre del medicamento,.
47	DOSIS	Anotar la dosis especificada.
48	VIA DE ADMINISTRACIÓN	Anotar la vía de administración, vo vía oral, iv vía intravenosa, sc subcutáneo, etc.
49	HORARIO	Indicar la hora exacta en que le corresponda tomar el medicamento.
50	SOLUCIONES PARENTERALES	Anotar el nombre de la solución parenteral que se aplica al paciente.
50	SOLUCIONES PARENTERALES	Anotar el nombre de la solución parenteral que se aplica al paciente.
51	HORA: INICIO TERMINO	Registrar la hora de inicio y de termino en que aplica la solución parenteral.
	OBSERVACIONES	
52	TURNO MATUTINO	Registra brevemente incidencias relevantes que indiquen algún cambio importante en el tratamiento del paciente en el turno matutino.
53	TURNO VESPERTINO	Registra brevemente incidencias relevantes que indiquen algún cambio importante en el tratamiento del paciente en el turno vespertino.
54	TURNO NOCTURNO	Registra brevemente incidencias relevantes que indiquen algún cambio importante en el tratamiento del paciente en el turno nocturno.
55	ENFERMERA TURNO MATUTINO	Anotar claramente el nombre y apellidos de la enfermera responsable del turno matutino.
56	ENFERMERA TURNO MATUTINO	Anotar claramente el nombre y apellidos de la enfermera responsable del turno vespertino.
57	ENFERMERA TURNO MATUTINO	Anotar claramente el nombre y apellidos de la enfermera responsable del turno nocturno.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

ISEM

Notas de Evolución HOJA No.

UNIDAD MÉDICA	*EXPEDIENTE*

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S))	*EDAD*	*GÉNERO* ☐ MASC ☐ FEM

FECHA Y HORA	NOTAS DE EVOLUCIÓN

NOTA: TODAS LAS NOTAS MÉDICAS DEBERÁN ESTAR FIRMADAS POR EL MÉDICO ADSCRITO DEL SERVICIO

217B20000-016-06

FECHA Y HORA	NOTAS DE EVOLUCIÓN

217B20000-016-06

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
NOTAS DE EVOLUCIÓN (217B20000-016-06).

Objetivo:

- Registrar el estado de salud del paciente y cómo va evolucionando a los tratamientos suministrados.

Distribución y Destinatario:

- El formato se genera en original, y se queda dentro del Expediente Clínico.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	HOJA NO.	Anotar el número de la foja.
2	UNIDAD MÉDICA	Nombre completo de la Unidad Médica donde se requisita la nota de evolución.
3	EXPEDIENTE	Número del expediente del paciente.
4	NOMBRE DEL PACIENTE	Nombre completo del paciente en el siguiente orden: Apellido Paterno, Apellido Materno y Nombre(s).
5	EDAD	Edad del paciente.
6	GÉNERO	Refiere el género del usuario, colocando una x en el cuadro que corresponda.
7	FECHA Y HORA	Fecha y hora en la que se realiza el registro de la Nota de Evolución.
8	NOTAS DE EVOLUCIÓN	Se describe el estado de salud del paciente y cómo ha evolucionado a los tratamientos suministrados.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

ISEM

Solicitud de Laboratorio

UNIDAD MÉDICA | EXPEDIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE | EDAD | GENERO MASC ☐ FEM ☐

FECHA DE SOLICITUD | FECHA DE ENTREGA DE RESULTADOS | HOSPITALIZACION ☐ | CONSULTA EXTERNA ☐

MEDICO | SERVICIO | CAMA

☐ HEMATOLOGIA - INMUNOLOGIA

20112 FORMULA ROJA
- Hemoglobina ____ (g/dl)
- Hematocrito ____ %
- CMH ____ % VCM ____ MC G ____
- Hematies ____ mm3

20113 FORMULA BLANCA
- Leucocitos ____ %
- Linfocitos ____ %
- Monocitos ____ %
- Eosinófilos ____ %
- Basofilos ____ %
- Segmentados ____ %
- Bandas ____ %
- Metamielocitos ____ %
- Mielocitos ____ %
- Anormalidades

20107 Plaquetas ____ /mm3
20109 V.S.G. ____ mm/h
20108 Reticulocitos ____ %
20127 T. Sangrado ____ min
20131 T. Protombina ____ seg
Testigo ____ seg
20132 T.P.T ____ seg
Testigo ____ seg
20133 T. Trombina ____ seg
Testigo ____ seg
20136 Fibrinógeno ____ mg/dl
20116 Grupo Sanguíneo ____
Factor Rh D ____
19231 Coombs Directo ____
Coombs Indirecto ____
19232

19223 Células LE ____
19213 Antiestreptolisinas ____
19214 Proteina C Reactiva ____
19215 Factor Reumatoide ____
19208 V.D.R.L. ____
19205 Reacciones Febriles ____
Tifico "O" ____
19207 Rosa de Bengala ____
19835 C.H.G.C ____ U/l
19836 H.G.C. (P.I.E.) ____

☐ QUIMICA SANGUINEA

19301 Glucosa ____ mg/dl
19304 Urea ____ mg/dl
19306 Creatinina ____ mg/dl
19307 Acido úrico ____ mg/dl
19312 Colesterol ____ mg/dl
19702 Triglicéridos ____ mg/dl
19309 Proteinas Totales ____ gr/dl
19620 Albúmina ____ gr/dl
Globulina ____ gr/dl
Relación A/G ____
19303 Tolerancia a la Glucosa:
Glucosa Basal ____ mg/dl
Glucosa 60 minutos ____ mg/dl
Glucosa 120 minutos ____ mg/dl

19301 Glucosa postprandial ____ mg/dl
1 hora ____ 2 horas ____ mg/dl
19308 Bilirrubina total ____ mg/dl
Dir ____ Indir ____ U/l
19403 Fosfata alcalina ____ U/l
19404 Fosfata ácida ____ U/l
19405 Fracción Prostática ____ U/l
19401 T.G.O. (AST) ____ U/l
19402 T.G.P. (ALT) ____ U/l
19406 Amilasa ____ U/l
19409 Lipasa ____ U/l
19406 LDH ____

19312 H.D.L. Colesterol ____ mg/dl
19312 L.D.L. Colesterol ____ mg/dl
19410 C.P.K. Total ____ U/l
19612 Calcio ____ mg/dl
19611 Fósforo ____ mg/dl
19609 Magnesio ____ mEq/l
19601 Sodio ____ mEq/l
19602 Potasio ____ mEq/l
19613 Cloro ____ mEq/l
19612 Depuración de creatinina ____ ml/min
19410 C.K.M.B. ____ U/L

☐ 20201 EXAMEN GENERAL DE ORINA

Aspecto ____ Color ____ Densidad ____ pH ____ Glucosa ____
Proteínas ____ Acetona ____ Hemoglobina ____ Bilirrubina ____ Nitritos ____
Urobilinógeno ____ Leucocitos ____ Eritrocitos ____ Cilindros ____ Bacterias ____
Cristales ____ Otros ____

☐ BACTERIOLOGÍA – PARASITOLOGÍA

CULTIVOS
- 19105 Faringeo
- 19105 Nasal
- 19105 Otico
- 19105 Urocultivo
- 19105 Hemocultivo
- 19105 Vaginal
- 19105 Coprocultivo
- 19105 Espermocultivo
- 19105 Expectoración
- 19105 Uretral
- 19105 Líquido Cefalorráquideo
- 19105 Ocular
- 19105 Otros

20002 Coproparasitoscópico
1 ____
2 ____
3 ____

20006 Amiba en fresco ____
Grahem ____
Plasmodium ____
Sangre oculta en heces ____
Otros estudios en heces ____
Espermatobioscopia ____
Eosinofilos en moco nasal ____

20106 Microscopies ____
Tinción de Gram ____
Tinción de BAAR ____
Tinta china ____

RESULTADOS
Microorganismo aislado
____
____
____

☐ PRUEBA DE SENSIBILIDAD

1. Amikacina ____
2. Ampicilina ____
3. Carbenicilina ____
4. Cefalotina ____
5. Cefotaxima ____
6. Cefotaxima ____
7. Cloranfenicol ____
8. Gentamicina ____
9. Netilmicina ____
10. Nitrofurantoina ____
11. Pefloxacina ____
12. TMP-SMX ____
13. Cefuroxima ____
14. Dicloxacilina ____
15. Tetracicline ____
17. Ceftazidima ____
18. Eritromicina ____
19. Lincomicina ____
20. Penicilina ____

S= Sensible R= Resistente

ELABORO

Nombre y Firma

217B20000-025-06

ALORES DE REFERENCIA

Considerando una altura snm de 2,200 – 2,600

DETERMINACION	HOMBRE	MUJER	NEONATOS	NIÑOS (<1 AÑO)	NIÑOS (>1 AÑO)
Hemoglobina (g/dl)	15 - 18	13.5 - 17	12.8 - 18	10 7 - 13	13 - 15
Hematocrito (%)	45 - 47	40 - 52	40 - 62	33 - 39	38 - 45
Leucocitos (miles/mm3)	4 11	4 11	9 30	6 18	4.5 – 14.5
Neutrofilos (%)	40 - 70	40 - 70	52	28	51
Linfocitos (%)	20 - 45	20 - 45	30	60	38
Monocitos (%)	2 10	2 10	5 18	4 8	3 4
Eosinofilos (%)	1 3	1 3	0 2	0 3	0 3
Basofilos (%)	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
En Banda (%)	0 5	0 5	0 9	0 3	0 3

VALORES ABSOLUTOS DE LEUCOCITOS: (No. LEUCOCITOS (%) 100)

V.S.G. (mm/hr)	0 10	0 15	0 2	0 2	3 15
Reticulocitos %	0.5 1.5	0.5 1.5	2 6	0.5 2.0	0.5 1.5
Plaquetas (por mm3)			15,000 a 400,000		
Volumen Globular Medio (micras cúbicas)			82 - 98		
Concentración Médica de Globulina Globular %			32 - 36		
Hematies	4.0 – 5x10/mm3		4.0 - 6.0 x 10/mm3		

QUÍMICA SANGUINEA

Glucosa	65 - 110	mg/dl				H.D.L. Colesterol mayor de	30	mg/dl
Urea	15 - 39	mg/dl	Glucosa	120 menor 140	mg/dl/min	L.D.L. Colesterol menor de	150	mg/dl
Creatinina	0.7 - 1.4	mg/dl	Glucosa	60 menor 140	mg/dl/min	C.K.M.B.	0 - 22	U/L
Ac. Urico	2.6 - 7.2	mg/dl	B. Directa	0.0 - 0.2	mg/dl	C.K	20 - 184	U/L
Colesterol	140 - 220	mg/dl	B. Indirecta	Hasta 1.0	mg/dl	Calcio	8.4 - 10.2	mg/dl
Triglicéridos	35 - 120	mg/dl	B. Total	0 -2 - 1.0	mg/dl	Fósforo Inorgánico	2.5 - 4.8	meq/L
Proteínas Totales	6.0 - 6.8	g/dl	Fosf.					
Albumina	3.5 - 5-5	g/dl	Alcalina	0 - 138	U/L	Magnesio	1.6 - 2.6	meq/L
Globulina	3.0 - 4.8	g/dl	Fost.			Sodio Serico	135 - 145	meq/L
			Acida	0 - 9.0	U/L	Sodio Urinario	80 - 100	meq/L
			Fracc. Prost.	0 -3	U/L	Potasio Urinario	40 - 80	meq/L
			A.S.T. (TGO)	8 - 31	U/L	Potasio Serico	3.5 - 4.5	meq/L
						Cloruros	98 - 109	meq/L
			A.L.T. (TGP)	4 - 36	U/L	Dep. de	70 –110	meq/L
						Creatinina		meq/L
			Amilasa	18 - 87	U/L			
			Lipasa	7 - 59	U/L			
			L.T.H.	89 - 221	U/L			

EXAMEN GENERAL DE ORINA

EXAMEN FISICO

Ph	5.0 - 8.0 (promedio 6.0)
Color:	Amarillo, Paja o Ambar
Aspecto:	Transparente o Ligeramente turbio
Densidad:	1.010 – 1.025

EXAMEN QUIMICO

Glucosa	Negativo
Proteinas (albumina)	1 – 14 mg/dl (no detectable por cintilla)
Cuerpos Cetonicos	Negativo
Hemoglobina o Sangre	Negativo
Nitritos/Bacterias	Negativo
Bilirrubina	0.0 - 0.02 mg/dl (no detectable por cintilla)
Urobilinogeno	0.1 - 1.0 U. Erlich/ml

EXAMEN MICROSCOPICO (SEDIMENTO)

Leucocitos	0 - 16 campo
Eritrocitos	0 - 1 campo
Cilindros hialinos y granulosos	Negativo a causales

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
SOLICITUD DE LABORATORIO (217B20000-025-06)

Objetivo:
- Identificar cuáles son los estudios que se le realizarán al paciente.

Distribución y Destinatario:
- El formato se genera en original y se envía a laboratorio del la unidad hospitalaria para seguir el trámite interno; finalmente se archiva en el expediente clínico del paciente

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD MÉDICA	Registrar el nombre completo de la unidad médica en la que es atendido el paciente.
2	EXPEDIENTE	Anotar el número del expediente que corresponde al paciente.
3	NOMBRE DEL PACIENTE	Precisar el nombre(s) y apellidos completos del paciente para el cual se solicite los estudios.
4	EDAD	Anotar la edad en años y meses que refiere tener el paciente.
5	GÉNERO	Marcar con una "X" el cuadro que corresponda al sexo de la persona.
6	FECHA DE SOLICITUD	Indicar los dos dígitos correspondientes al día, mes y año en que se expide la solicitud.
7	FECHA DE ENTREGA DE RESULTADOS	Anotar los dos dígitos respectivos al día, mes y año en que el laboratorio entregará los resultados de los estudios a efectuar al paciente.
8	HOSPITALIZACIÓN	Marcar con una "X" el cuadro de hospitalización, si es el caso de que los resultados se hayan de turnar a dicha área, aunque los requiera diferente servicio.
9	CONSULTA EXTERNA	Marcar con una "X" el cuadro de consulta externa, si es el caso de que este estudio vaya a ser requerido para consulta externa.
10	URGENCIAS	Marcar con una "X" el recuadro de urgencias cuando este servicio solicita examen de laboratorio.
11	MÉDICO	Registrar el nombre completo del médico que esta a cargo de la atención del paciente y solicita los estudios de laboratorio.
12	SERVICIO	Anotar el nombre del servicio al cual pertenece el médico que esta requiriendo los estudios de laboratorio.
13	CAMA	Señalar el número de la cama en la que se encuentra hospitalizado el paciente del que se requieren los estudios.
	EXAMENES SOLICITADOS	
14	Marcar con una X en el cuadro respectivo el tipo de exámenes solicitados al área de laboratorio para que este proceda a efectuarlos y anotar en el renglón respectivo a las formulas roja, blanca, etc., los resultados obtenidos en los siguientes rubros y según sean solicitados de acuerdo al siguiente orden: ☐ HEMATOLOGÍA- INMUNOLOGÍA ☐ QUIMICA SANGUÍNEA ☐ EXAMEN GENERAL DE ORINA ☐ BACTERIOLOGÍA-PARASITOLOGÍA ☐ PRUEBA DE SENSIBILIDAD NOTA: por último señalar que el presente formato se agrega una tabla de valores de referencia a fin de que el médico tratante pueda comparar dichos estándares con los resultados obtenidos en los estudios.	

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

ISEM

Solicitud de Estudio de Gabinete

UNIDAD MÉDICA	FECHA	HORA	EXPEDIENTE

DE: ☐ CONSULTA EXTERNA ☐ URGENCIAS ☐ HOSPITALIZACIÓN	SERVICIO	CAMA	PACIENTE: ☐ 1ª. VEZ ☐ SUBSECUENTE

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S))	EDAD	*GENERO* ☐ MASC. ☐ FEM.

DATOS CLÍNICOS

DIAGNÓSTICO

ESTUDIO(S) SOLICITADO(S)

FECHA DE LA PRÓXIMA CONSULTA	NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO SOLICITANTE	OBSERVACIONES

Interpretación del Estudio de Gabinete

PLACA UTILIZADA ☐ **14 X 17** ☐ **14 X 14** ☐ **11 X 14** ☐ **10 X 12** ☐ **8 X 10** ☐ **MASTOGRAFIA** ☐ **ULTRASONIDO** ☐ **TOMOGRAFIA**	*CLAVE*

INTERPRETACIÓN

FECHA DE INTERPRETACIÓN	NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO	OBSERVACIONES

217B20000-026-06

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
SOLICITUD DE ESTUDIO DE GABINETE (217B20000-026-06)

Objetivo:

- Proporcionar el médico tratante el media para solicitar al área de rayos "X" la toma de radiografías, mastografía, ultrasonido y tomografías, que considera necesario dado el padecimiento que presenta el paciente, registrando la fecha de la próxima consulta, para que el área que atiende la solicitud proporcione el resultado de los estudios en fecha previa y el medico tratante este en posibilidades de confirmar o descartar el diagnóstico.

Distribución y Destinatario:

- El formato se genera en original y se envía a radiología de la unidad hospitalaria para iniciar el trámite interno; finalmente se archiva en el expediente clínico del paciente.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD MÉDICA	Anotar el nombre completo de la unidad hospitalaria.
2	FECHA	Anotar el día, mes y año en que se solicita el estudio.
3	HORA	Anotar la hora y minutos en que se solicita al estudio.
4	EXPEDIENTE	Anotar el número de expediente asignado al paciente.
5	DE	Marcar con una "X" el recuadro que corresponda según el servicio del cual provenga el paciente: consulta externa, urgencias u hospitalización.
6	SERVICIO	Especificar el nombre del servicio en el que esta hospitalizado el paciente.
7	CAMA	Anotar el número de cama que ocupa el paciente.
8	PACIENTE	Marcar con una "X" si el paciente es de 1ª. vez o subsecuente.
9	NOMBRE DEL PACIENTE	Nombre completo del paciente en el siguiente orden: apellido paterno, apellido materno y nombre(s).
10	EDAD	Registra con número arábigo 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".
11	GÉNERO	Marcar con una "X" el género al que corresponda.
12	DATOS CLÍNICOS	Describir los datos clínicos que presenta el paciente antes del estudio solicitado.
13	DIAGNÓSTICO	Describir el(los) diagnóstico(s) que presenta el paciente antes del estudio.
14	ESTUDIO SOLICITADO	Describir el tipo de estudio a realizarse, según el diagnóstico que presente el paciente.
15	FECHA DE PRÓXIMA CONSULTA	Anotar el día, mes y año de la próxima consulta.
16	NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO SOLICITANTE	Anotar el nombre completo y firma del médico que solicita el estudio.
17	OBSERVACIONES	Se anotan las observaciones generales del estado de salud del paciente.
18	PLACA UTILIZADA	Marcar con una "X" el tamaño de la placa utilizada, mastografía, ultrasonido o tomografía.
19	CLAVE	Anotar la clave que identifica el tipo de estudio realizado de acuerdo al nivel del tabulador sobre el cual se le cobrará la cuota.
20	INTERPRETACIÓN	Analizar y describir los resultados obtenidos del estudio realizado.
21	FECHA DE INTERPRETACIÓN	Registrar el día, mes y año en que se efectúa la interpretación del estudio.
22	NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO	Se anotará el nombre, apellidos y firma del médico radiólogo.
23	OBSERVACIONES	Describir las acciones relevantes que se deban tomar en cuenta para el tratamiento del paciente.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

ISEM

Solicitud-Recepción de Interconsulta Médica

UNIDAD MÉDICA:	FECHA DE SOLICITUD:	HORA:
NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S))	EXPEDIENTE:	CAMA:

SERVICIO QUE SOLICITA LA INTERCONSULTA:	NOMBRE DEL MÉDICO SOLICITANTE:

MOTIVO DE LA INTERCONSULTA:

SERVICIO AL QUE SE LE SOLICTA LA INTERCONSULTA:	NOMBRE DEL MEDICO QUE RECIBE LA SOLICITUD:

FECHA DE RECIBIDO:	HORA:

SOLICITÓ
(NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO)

RECIBIÓ
(NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO)

217B20000-024-06

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
SOLICITUD-RECEPCIÓN DE INTERCONSULTA MÉDICA
(217B20000-024-06)

Objetivo:

- Contar con un instrumento seguro y controlable para formular de manera oportuna y correcta la solicitud y recepción de interconsulta médica del paciente.

Distribución y Destinatario:

- Se genera en original y copia. El original se le queda al médico que reciba al paciente, y la copia se queda en el archivo clínico.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD MÉDICA:	Anotar el nombre de la Unidad Médica en donde se elabora el formato.
2	FECHA DE SOLICITUD:	Anotar el día, mes y año en que se elabora el formato.
3	HORA:	Anotar la hora en que se solicitó la interconsulta.
4	NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S))	Anotar el nombre completo del paciente en el siguiente orden: apellido paterno, apellido materno y nombre(s).
5	EXPEDIENTE:	Anotar el número de expediente asignado al paciente.
6	CAMA:	Anotar el número de cama asignada del paciente.
7	SERVICIO QUE SOLICITA LA INERCONSULTA:	Anotar el servicio que esta solicitando la interconsulta medica.
8	NOMBRE DEL MÉDICO SOLICITANTE:	Anotar el nombre completo del médico que solicita la interconsulta.
9	MOTIVO DE LA INTERCONSULTA:	Anotar la razón por lo que se solicita la interconsulta.
10	SERVICIO AL QUE SE LE SOLICITA LA INTERCONSULTA:	Anotar el nombre del servicio al que se le solicita la interconsulta.
11	NOMBRE DEL MÉDICO QUE RECIBE LA SOLICITUD:	Anotar el nombre del médico que recibe la solicitud de la interconsulta médica.
12	FECHA DE RECIBIDO:	Anotar el día, mes y año en que reciben la solicitud de interconsulta. Médica.
13	HORA:	Anotar la hora del día en que se recibió la solicitud de interconsulta médica.
14	SOLICITÓ (NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO)	Anotar nombre completo y firma autógrafa del médico que solicita la interconsulta médica.
15	RECIBIÓ: (NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO)	Anotar el nombre completo y firma autógrafa del médico que recibió al paciente en interconsulta médica.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

ISEM

Intervención Quirúrgica

UNIDAD MÉDICA:			*EXPEDIENTE:*
NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S))	EDAD:	FECHA DE NACIMIENTO:	*GÉNERO:* ☐ MASC. ☐ FEM.
SERVICIO:	CAMA:	*TIPO DE INTERVENCIÓN:* ☐ ELECTIVA ☐ URGENCIA	
FECHA DE SOLICITUD:	HORA DESEADA:	*INTERVENCIÓN SOLICITADA:*	

DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO:

CIRUGÍA PROGRAMADA:

SANGRE		ANESTESIA			Hb:	HTO:	PESO	GRUPO Y Rh SANGUÍNEO
EN QUIROFANO	EN RESERVA	LOCAL	REGIONAL	GENERAL				
ml.	ml.						Kg.	

INSTRUMENTAL NECESARIO	NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DEL SERVICIO

PROGRAMACIÓN EN QUIRÓFANO			NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE CIRUGÍA
FECHA DE PROGRAMACIÓN	HORA	SALA	
INTERVENCIÓN	*INICIO* HORAS	TÉRMINO HORAS	

DIAGNÓSTICO POSTOPERATORIO

CIRUGÍA REALIZADA

EXAMEN HISTOPATOLÓGICO TRANSOPERATORIO SOLICITADO Y RESULTADO

PÉRDIDA HEMÁTICA	CUENTA DE GASAS Y COMPRESAS	ACCIDENTES O INCIDENTES	ANESTESIA ADMINISTRADA	DURACIÓN DE LA ANESTESIA	REALIZADA POR

CIRUJANO	PRIMER AYUDANTE	SEGUNDO AYUDANTE	TERCER AYUDANTE

ANESTESIÓLOGO	RESIDENTE ANESTESIÓLOGO	CIRCULANTE	INSTRUMENTISTA

QUIRÓFANO		SALA DE RECUPERACIÓN	
HORA LLEGADA	HORA SALIDA	HORA LLEGADA	HORA SALIDA

217B20000-032-06

NOTA OPERATORIA (HALLAZGOS-TÉCNICA-COMPLICACIONES Y OBSERVACIONES)

ESTADO POSTOPERATORIO INMEDIATO ☐ BUENO ☐ DELICADO ☐ GRAVE ☐ MUY GRAVE

COMENTARIO FINAL Y PRONÓSTICO

DESCRIBIÓ LA OPERACIÓN	NOMBRE Y FIRMA DEL CIRUJANO

217B20000-032-06

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA
(217B21302-002-04)

Objetivo:

- Contar con un documento seguro y confiable al programar al paciente a una intervención quirúrgica, llevando el registro de lo que sucedió antes y durante la misma.

Distribución y Destinatario:

- Se genera en original, se le queda en el expediente clínico una vez que ha pasado la intervención quirúrgica.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD MÉDICA	Anotar el nombre de la Unidad Médica en donde se elabora el formato.
2	EXPEDIENTE	Anotar el número de expediente asignado al paciente.
3	NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S))	Anotar el nombre completo del paciente en el siguiente orden: apellido paterno, apellido materno y nombre(s).
4	FECHA DE NACIMIENTO	Anotar el día, mes y año en que nació el paciente.
5	GÉNERO MASC FEM	Marcar con una "X" el cuadro que corresponda al sexo de la persona.
6	SERVICIO	Anotar el nombre del servicio donde se origina la intervención quirúrgica
7	CAMA	Anotar el número de cama asignada del paciente.
8	TIPO DE INTERVENCIÓN ELECTIVA URGENCIA	Marcar con una "X" el cuadro que corresponda a la intervención quirúrgica.
9	FECHA DE SOLICITUD	Anotar el día, mes y año en que se el quirófano.
10	HORA DESEADA	Especifique la hora deseada de la intervención solicitada.
11	INTERVENCIÓN SOLICITADA	Anote el nombre y tipo de intervención que se efectuará.
12	DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO	Describa el diagnóstico del paciente previo a la intervención.
13	CIRUGÍA PROGRAMADA	Describa el nombre y cirugía a realizar.
14	SANGRE	Anote en mililitros la cantidad de sangre que se requiere para la intervención quirúrgica.
15	ANESTESIA	Marque con una "X" el recuadro que corresponda.
16	Hb	Anote la hemoglobina del paciente
17	HTO	Anote el porcentaje de hematrocito del paciente.
18	PESO	Anote en kilogramos y gramos el peso del paciente.
19	GRUPO Y RH SANGUÍNEO	Anote el grupo sanguíneo y RH al que pertenece el paciente.
20	INSTRUMENTAL NECESARIO	Describa el tipo de instrumental que será requerido para la intervención.
21	NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DEL SERVICIO	Anote el nombre completo y firma del Jefe del Servicio.
22	PROGRAMACIÓN EN QUIRÓFANO	Anote el día, mes y año de la programación del quirófano, el tipo de intervención, número de la sala, así como la hora de inicio y término de la misma.
23	NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE CIRUGÍA	Anote el nombre completo y firma del Jefe de Cirugía.
24	DIAGNÓSTICO POSTOPERATORIO	Describa el diagnóstico del paciente después de la operación.

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (217B21302-002-04)		
No.	**CONCEPTO**	**DESCRIPCIÓN**
25	CIRUGÍA REALIZADA	Describa el nombre de la cirugía practicada.
26	EXAMEN HISTOPATOLÓGICO TRANSOPERATORIO SOLICITADO Y RESULTADO	Describa el resultado del examen solicitado.
27	PÉRDIDA HEMÁTICA	Registre en mililitros la cantidad de sangre.
28	CUENTA DE GASAS Y COMPRESAS	Registre la cantidad de gasas y compresas utilizadas.
29	ACCIDENTES O INCIDENTES	Registre los accidentes o incidentes presentados durante la intervención.
30	ANESTESIA ADMINISTRADA	Registre en mililitros la cantidad de anestesia administrada durante la intervención.
31	DURACIÓN DE LA ANESTESIA	Registre en horas y minutos la duración de la anestesia durante la intervención.
32	REALIZADA POR	Registre el nombre completo del médico que administra la anestesia.
33	CIRUJANO	Registre el nombre completo que realiza la operación y sus ayudantes.
34	ANESTESIOLOGO	Registre el nombre completo y apellidos del anestesiólogo, residente, circulante e instrumentista.
35	QUIRÓFANO	Registre la hora en que ingresa y sale el paciente del quirófano.
36	SALA DE RECUPERACIÓN	Registre la hora en que ingresa y sale el paciente de la sala de recuperación.
37	NOTA OPERATORIA (HALLAZGOS-TÉCNICA-COMPLICACIONES Y OBSERVACIONES)	Registrar los hallazgos, técnica, complicaciones y observaciones pertinentes, detectadas durante la operación.
38	POSTOPERATORIO INMEDIATO	Marcar con una "X" el estado en que se encuentre el paciente después de la operación.
40	COMENTARIO FINAL Y PRONÓSTICO	Anotar detalladamente los comentarios finales y pronóstico del paciente.
41	DESCRIBIÓ LA OPERACIÓN	Anotar el nombre completo del médico que describió la operación.
42	NOMBRE Y FIRMA DEL CIRUJANO	Anotar el nombre completo y firma del cirujano responsable.

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 ENVÍO _____ DIAGNÓSTICO PRESUNCIONAL _____

UNIDAD A LA QUE SE REFIERE _____ ESPECIALIDAD O SERVICIO _____

NOMBRE DEL MÉDICO 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

NÚMERO DE EXPEDIENTE _____ EDAD _____ SEXO_____

III

UNIDAD QUE REFIERE _____

IV

UNIDAD A LA QUE SE REFIERE _____

DOMICILIO _____

CALLE NÚMERO COLONIA

SERVICIO AL QUE SE ENVÍA

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

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

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA (217B21302-009-04)

Objetivo:

- 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 del mismo.

Distribución y Destinatario:

- Se elabora en original y dos copias, el original y copia se entrega al paciente, segunda copia es para unidad que refiere.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
		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	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 ENVÍO	Anotar el motivo que origina la referencia del paciente a otra unidad médica (interconsulta con especialista, tratamiento, estudios de especialidad, etcétera).
9	DIAGNÓSTICO 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 MÉDICO 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.

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA (217B21302-009-04)

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
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 ENVÍA	Anotar el nombre del servicio al que se envía al paciente.
		V
24	MOTIVO DE LA REFERENCIA (RESUMEN CLÍNICO DEL PADECIMIENTO)	Describir de manera clara y completa incluyendo signos vitales 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	Registrar 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 a la salud que refiere al paciente.
VISITA DOMICILIARIA (REVERSO)		
La parte superior correspondiente a los datos de la visita domiciliaria que se le realiza al paciente para su control; cuenta con los siguiente 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 ATENDIÓ 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 desprendible y corresponde a la contrarreferencia, la cual cuenta con los datos siguientes.		
		VII
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.
		VII
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.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

ISEM

Hoja de Egreso	FECHA:

UNIDAD MÉDICA:	No. EXPEDIENTE:
NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE	EDAD:

SERVICIO:	FECHA DE INGRESO:	TIPO DE INGRESO 1.- ENVIADO PROGRAMADO ( ) 2.- ENVIADO URGENCIAS ( ) 3.- URGENCIAS DIRECTO ( )	FECHA Y HORA DE EGRESO:

DIAGNÓSTICOS	CODIFICACIÓN			

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	CODIFICACIÓN			

RESULTADOS DE ESTUDIOS PATOLÓGICOS	CODIFICACIÓN			

COMPLICACIONES	CODIFICACIÓN			

MOTIVO DE ALTA		CON PASE A:
0.- CURACIÓN ( ) 1.- ABANDONO TRATAMIENTO ( ) 2.- VOLUNTARIA ( ) 3.- TRASLADO ( ) 4.- NO AMERITA TRATAMIENTO ( )	5.- MEJORÍA ( ) 6.- DEFUNCIÓN SIN AUTOPSIA ( ) 7.- DEFUNCIÓN CON AUTOPSIA ( ) 8.- DIFERIDO (alta templ.) ( )	1.- CONSULTA EXTERNA ( ) 2.- UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN ( ) 3.- OTRA UNIDAD ( ) 4.- UNIDAD AUXILIAR ( )

DIAS DE ESTANCIA	NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO

217B20000-048-06

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
RECETA MÉDICA (217B20000-001-06)

Objetivo:

- Proporcionar al paciente las indicaciones de los medicamentos y la ingesta de los mismos, independientemente de que en forma verbal el médico tratante haga del conocimiento del paciente, del familiar y/o representante legal.

Distribución y Destinatario:

- El formato se genera en original y 3 copias. El original se turna a el proveedor o a Recursos Financieros, la primera copia se le queda a la Unidad Médica, la segunda copia al paciente y la tercera copia para la farmacia del proveedor para seguir el trámite interno.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	NOMBRE Y CLAVE DE LA JURISDICCIÓN	Anotar el nombre y clave de la Jurisdicción en donde se elabora el formato.
2	NOMBRE Y CLAVE DE LA UNIDAD MÉDICA	Anotar el nombre y clave de la Unidad Médica en donde se elabora el formato.
3	DOMICILIO DE LA UNIDAD MÉDICA	Anotar el nombre de la localidad en donde se encuentra ubicada la Unidad Médica.
4	CONSULTA EXTERNA URGENCIAS HOSPITALIZACIÓN	Marcar con una "X" el servicio donde se genera.
5	CLAVE Y NOMBRE DEL SERVICIO	Anotar la clave y nombre del servicio interno en el cual se genera el formato.
6	NO. LICENCIA SANITARIA	Anotar el número de la licencia sanitaria de la Unidad Médica.
7	COBERTURA*	Marcar con una "X" la cobertura que corresponda (Seguro Popular, Población Abierta, Oportunidades).
8	FECHA DE ELABORACIÓN	Anotar el día, mes y año en que se genera el formato.
9	NÚMERO DE EXPEDIENTE Y AFILIACIÓN	Anotar el número de expediente y afiliación correspondiente al paciente, en caso de pertenecer al seguro popular.
10	NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE	Anotar el nombre(s) y apellidos del paciente.
11	CLAVE Y NOMBRE GENÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO O CATALOGO)	Anotar el nombre genérico del medicamento de conformidad con el cuadro básico.
		En el espacio sombreado el responsable de la botica deberá anotar la clave del medicamento.
12	CLAVE DEL DIAGNÓSTICO (CIE-10)	Registrar la clave relacionada con el diagnóstico dictaminado.
13	INDICACIONES (DÓSIS)	Anotar las indicaciones al paciente, respecto a la dosificación del medicamento.
14	DURACIÓN DEL TRATAMIENTO	Anotar el tiempo en que el paciente habrá de consumir el medicamento.
15	CANTIDAD SOLICITADA	Anotar con número arábigo la cantidad de medicamentos solicitados.
16	CANTIDAD SURTIDA (LETRA)	Anotar con letra la cantidad de medicamentos surtidos.
17	EDAD	Anotar los años cumplidos del paciente.
18	GÉNERO MASCULINO FEMENINO	Marcar con un "X" el género o sexo del paciente.
19	NOMBRE DEL MÉDICO	Anotar el nombre(s) y apellidos del médico tratante.
20	R.F.C	Anotar el Registro federal de Causantes del Médico.
21	NÚM. DE CÉD. PROFES.	Anotar el número de la cédula profesional del médico tratante.
22	FIRMA DEL MÉDICO	Espacio para la firma autógrafa del médico tratante.
23	FIRMA DE RECIBIDO DE CONFORMIDAD	Espacio para la firma autógrafa del paciente al momento de recibir de conformidad el medicamento.
24	ENTREGUÉ CAJAS	Anotar el número de cajas que corresponden al medicamento entregado al paciente.
25	RECIBÍ CAJAS	El paciente debe anotar con letra el número total de cajas de medicamento que le son proporcionadas.
26	FECHA DE RECIBIDO	Anotar el día, mes y año en que se surten los medicamentos al paciente.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

ISEM

Hoja de Egreso	FECHA:

UNIDAD MÉDICA:	No. EXPEDIENTE:
NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE	EDAD:

SERVICIO:	FECHA DE INGRESO:	TIPO DE INGRESO 1.- ENVIADO PROGRAMADO ( ) 2.- ENVIADO URGENCIAS ( ) 3.- URGENCIAS DIRECTO ( )	FECHA Y HORA DE EGRESO:

DIAGNÓSTICOS	CODIFICACIÓN			

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	CODIFICACIÓN			

RESULTADOS DE ESTUDIOS PATOLÓGICOS	CODIFICACIÓN			

COMPLICACIONES	CODIFICACIÓN			

MOTIVO DE ALTA		CON PASE A:
0.- CURACIÓN ( ) 1.- ABANDONO TRATAMIENTO ( ) 2.- VOLUNTARIA ( ) 3.- TRASLADO ( ) 4.- NO AMERITA TRATAMIENTO ( )	5.- MEJORÍA ( ) 6.- DEFUNCIÓN SIN AUTOPSIA ( ) 7.- DEFUNCIÓN CON AUTOPSIA ( ) 8.- DIFERIDO (alta templ.) ( )	1.- CONSULTA EXTERNA ( ) 2.- UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN ( ) 3.- OTRA UNIDAD ( ) 4.- UNIDAD AUXILIAR ( )

DIAS DE ESTANCIA	NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO

217B20000-048-06

HOJA DE EGRESO

OTROS DIAGNÓSTICOS	CODIFICACIÓN				

RESUMEN CLÍNICO DEL TRATAMIENTO Y ESTADO CLÍNICO AL EGRESO

DATOS DE PRODUCTO O DE LOS PRODUCTOS DE ESTA GESTACIÓN

PRODUCTOS DE ESTA GESTACIÓN	SEMANAS DE GESTACIÓN	PESO AL NACER EN GRAMOS	SEXO		MUERTE FETAL	CAUSAS DE LA MUERTE FETAL	NACIDO VIVO	EVALUACIÓN (ESCALA APGAR)	MUERTE NEO – NATAL
			F	M					

NECROPSIA	CODIFICACIÓN				

PROBLEMAS CLÍNICOS PENDIENTES Y PLAN TERAPÉUTICO

OTROS DATOS DE INTERES

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO PATÓLOGO

217B20000-048-06

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
HOJA DE EGRESO (217B20000-048-06)

Objetivo:
Informar a los diferentes servicios el motivo por el cual es dado de alta el paciente del servicio

Distribución y destinatario:
El formato lo genera el médico tratante en original y lo ingresa al expediente clínico del paciente.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	FECHA	Anotar día, mes y año en que se requisita el formato.
2	UNIDAD MÉDICA	Anotar el nombre completo de la unidad médica.
3	No. EXPEDIENTE	Anotar el número de expediente que se le asigna al paciente.
4	NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S))	Anotar el nombre completo del paciente iniciando por el apellido paterno, materno y nombre (s).
5	EDAD	Anotar el número de años cumplidos del paciente.
6	SERVICIO	Anotar el nombre del servicio médico hospitalario al que ingresa el paciente.
7	FECHA DE INGRESO	Anotar el día, mes y año en que ingresa el paciente a la unidad médica.
8	TIPO DE INGRESO	Marcar con una x la opción que corresponda al tipo de ingreso.
9	FECHA Y HORA DE EGRESO	Anotar el día, mes, año y hora en que egresa el paciente de la unidad médica.
10	DIAGNÓSTICO	Anotar las características y sintomatología que presenta el paciente al momento de egresar de la unidad médica.
11	INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	Describir en forma detallada las intervenciones quirúrgicas practicadas al paciente durante su estancia en la unidad médica.
12	RESULTADOS DE ESTUDIOS PATOLÓGICOS	Describir detalladamente un resumen de los resultados de los estudios realizados al paciente.
13	COMPLICACIONES	Describa detalladamente las complicaciones que presentó el paciente durante el tratamiento, así como las recomendaciones médicas y tratamiento que debe seguir el paciente al egresar de la unidad médica.
14	CODIFICACIÓN	Anotar la codificación médica de acuerdo al grado y tipo de enfermedad.
15	MOTIVO DE ALTA	Marque con una "X" el motivo del alta, según corresponda.
16	CON PASE A:	Marque con una "X" si el motivo del alta del paciente tiene acceso a otro servicio médico.
17	DÍAS DE ESTANCIA	Anotar el número de días que se le proporcionó atención médica al paciente.
18	NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO	Anotar el nombre completo y firma del médico responsable de la unidad médica.
19	OTROS DIAGNÓSTICOS	Anotar otros posibles diagnósticos detectados al paciente durante su tratamiento, así como la codificación médica correspondiente.
20	RESUMEN CLÍNICO DEL TRATAMIENTO Y ESTADO CLÍNICO AL EGRESO	Describir en forma detallada un resumen clínico de la atención que se le otorgó al paciente durante su estancia en la unidad médica, así como las características y sintomatología que presenta al momento de egresar.
21	DATOS DEL PRODUCTO O DE LOS PRODUCTOS DE ESTA GESTACIÓN	Anotar los datos que pide el siguiente instructivo, solo en el caso de defunción y muerte fetal
22	NECROPSIA	Anotar en forma detallada las causas que originaron la muerte del paciente.

	23	PROBLEMAS CLÍNICOS PENDIENTES Y PLAN TARAPÉUTICO	Describir los problemas clínicos pendientes con que se da de alta al paciente, indicando detalladamente las recomendaciones médicas que deberá seguir al egresar de la unidad médica.	
	24	OTROS DATOS DE INTERÉS	Anotar todos aquellos datos relevantes que considere el médico y que sirvan de referencia médica para que el paciente pueda continuar su tratamiento	
	25	NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO PATÓLOGO	En su caso, anotar el nombre completo y firma del médico patólogo responsable	

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

ISEM

Aviso de Alta

UNIDAD MÉDICA	No. EXPEDIENTE:

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S))	EDAD:	GÉNERO ☐ MASC. ☐ FEM.

ESTADO CIVIL: SOLTERO ☐ CASADO ☐ VIUDO ☐ DIVORCIADO ☐ OTRO:_____	OCUPACIÓN
DOMICILIO (CALLE Y NÚMERO, COLONIA, LOCALIDAD, MUNICIPIO Y ENTIDAD FEDERATIVA)	TELÉFONO:

SERVICIO:	No. DE CAMA:	FECHA DE ALTA:	HORA DE ALTA:

ALTA POR:
MEJORÍA ☐ CURACIÓN ☐ VOLUNTARIA ☐ DEFUNCIÓN ☐ TRASLADO A OTRA INSTITUCIÓN:_____

NOTA: CUANDO EL PACIENTE SEA DADO DE ALTA, EL MÉDICO DEBERÁ LENAR ESTA FORMA Y ENVIARLA AL ÁREA DE TRABAJO SOCIAL. EN CASO DE FALLECIMIENTO DEBERÁ SER ANEXADA AL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN.

NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE, FIRMA Y SELLO
MÉDICO JEFE DEL SERVICIO	CAJERO

217B20000-009-06

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
AVISO DE ALTA (217B20000-009-06)

Objetivo:
Contar con un documento para notificar a los diferentes servicios que el paciente será dado de alta del servicio.

Distribución y destinatario:
El formato lo genera el médico tratante en original y lo envía a Trabajo Social.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD MÉDICA	Anotar el nombre completo de la unidad médica.
2	No. EXPEDIENTE	Anotar el número de expediente que se le asigna al paciente.
3	NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S)	Anotar el nombre completo del paciente iniciando por el apellido paterno, materno y nombre (s).
4	EDAD	Anotar el número de años cumplidos del paciente.
5	GÉNERO: MASCULINO FEMENINO	Marcar con un a "X" el género del paciente.
6	ESTADO CIVIL	Marcar con una "X" en cuadro que corresponda (soltero, casado, viudo, divorciado, otro).
7	OCUPACIÓN	Anotar el oficio o profesión a la que se dedica el paciente.
8	DOMICILIO	Anotar el nombre de la calle, número, colonia, municipio y entidad federativa del domicilio del paciente.
9	TELÉFONO	Anotar el número telefónico completo con clave lada (en su caso), donde vive el paciente.
10	SERVICIO	Anotar el nombre del servicio médico hospitalario de donde se da de alta al paciente.
11	NÚMERO DE CAMA	Anotar el número de cama que le fue asignado al paciente durante su estancia en la Unidad Médica.
12	FECHA DE ALTA	Anotar el día, mes y año en que se da de alta al paciente.
13	HORA DE ALTA	Anotar la hora y minutos en que se da de alta al paciente.
14	ALTA POR	Marcar con una "X" la opción que corresponda, o en su caso anotar el nombre de la institución a la que se refiera al paciente.
15	NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE SERVICIO.	Anotar nombre completo y firma autógrafa del Jefe de servicio.
16	NOMBRE Y FIRMA DEL CAJERO	Anotar el nombre completo y firma autógrafa del Cajero.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

ISEM

Cuenta Paciente

UNIDAD MÉDICA:	FECHA:	HORA:
NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S))	NO. DE EXPEDIENTE:	

EDAD:	*GÉNERO:* ☐ MASCULINO ☐ FEMENINO	*OCUPACIÓN:*	ESTADO CIVIL:
SERVICIO:	CAMA:	FECHA DE INGRESO:	FECHA DE EGRESO:

CLAVE	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	TOTAL
	TOTAL			

ELABORÓ	REVISÓ
NOMBRE Y FIRMA	**NOMBRE Y FIRMA**

217B31302-001-04

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
CUENTA PACIENTE (217B31302-001-04)

Objetivo:
Llevar un registro y control del medicamento y equipo médico utilizado en el paciente durante su estancia en la Unidad Médica.

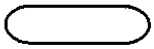
Distribución y destinatario:
El formato lo genera el médico tratante, enfermera y cajero, mismo que queda bajo resguardo del cajero.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD MÉDICA	Anotar el nombre completo de la unidad médica.
2	FECHA	Anotar día, mes y año en que se llena el formato.
3	HORA	Anotar la hora y minutos en que se llena el formato.
4	NOMBRE DEL PACIENTE	Anotar el nombre completo del paciente iniciando por el apellido paterno, materno y nombre (s).
5	EDAD	Anotar el número de años cumplidos del paciente.
6	GÉNERO: MASCULINO FEMENINO	Marcar con un a "X" el género del paciente.
7	OCUPACIÓN	Anotar el oficio o profesión a la que se dedica el paciente.
8	ESTADO CIVIL	Marcar con una "X" en cuadro que corresponda (soltero, casadc, viudo, divorciado, otro)
9	SERVICIO	Anotar el nombre del servicio médico hospitalario de donde se da de alta al paciente.
11	CAMA	Anotar el número de cama que le fue asignado al paciente durante su estancia en la Unidad Médica.
12	FECHA DE INGRESO	Anotar el día, mes y año en que ingreso el paciente al Hospital.
13	FECHO DE EGRESO	Anotar el día, mes y año en que egresa el paciente al Hospital.
14	CLAVE	Indicar el número que tiene asignado el medicamento y/o servicio.
15	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	Describir brevemente el medicamento o equipo médico que se utilizo en el paciente.
16	CANTIDAD	Anotar el número de medicamento o equipo médico que se aplico o utilizó al paciente.
17	COSTO UNITARIO	Anotar el precio unitario del medicamento y/o equipo utilizado en el paciente.
18	TOTAL	Anotar la sumatoria de la columna de cantidad y costo unitario.
19	TOTAL	Anotar la sumatoria de todos los rubros.
20	ELABORÓ	Anotar el nombre completo y firma autógrafa de quien elabora el formato.
21	REVISÓ	Anotar el nombre completo y firma autógrafa de quien revisa el formato.

PROCEDIMIENTO: ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN	**Edición:** Primera
	Fecha: Julio de 2007
	Código: 217B
	Página: VII

Simbología:

INICIO O FINAL DEL PROCESO



Señala el principio o terminación de un procedimiento. Cuando se utilice para indicar el principio de un proceso se anotará la palabra - **INICIO** , en el segundo caso, cuando se termine la secuencia de operaciones, se escribira la palabra **FIN** .

OPERACION

Para representar una actividad o proceso, sea manual, mecanizado o mental, se utilizará este símbolo, el cual muestra las principales fases del procedimiento, empleándose cuando el material, formato o la propia acción va a cambiar, por ejemplo: enviar, anotar, tramitar, modificar, contestar, ejecutar, etc., se anotará dentro del símbolo un número en secuencia, concatenándose con las verificaciones o actividades combinadas únicamente; del mismo modo se escribirá una breve descripción al margen del símbolo de lo que sucede en ese paso.

INSPECCION

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

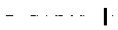
ACTIVIDAD COMBINADA

Figura que se utiliza en los casos en que un mismo paso se realiza tanto una operación como una verificación

LINEA CONTINUA

La línea 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 símbolo empleado.

LINEA DE GUIONES



Este símbolo 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 ZIG ZAG

Se utiliza para señalar que existe flujo de información, la cual se realiza a través de teléfono, telex, fax, etc. La dirección del flujo se indica como en los casos de las líneas de guiones y continua.

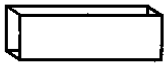
FORMATO IMPRESO

Como su nombre lo indica, esta representación se aplica en formas impresas, documentos, reportes, listados, etc., y se anota después de cada operación, inspección o actividad combinada, 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 numerar y la última contiene el número final de copias, esta disposición se ejercerá cuando el juego de formatos siga un mismo flujo, ahora bien si se desconoce el número de copias en el primer símbolo se anotará una "X" y en el último una "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

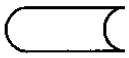
Este símbolo indica que el formato usado en el procedimiento es un modelo que no está impreso, se distingue del anterior, únicamente en la forma, las demás especificaciones para su uso son iguales, pudiendo ser un machote.

PAQUETE DE MATERIALES



En este caso, la figura se emplea para representar un conjunto de materiales, dinero o todo aquello que sea en especie.

REGISTRO Y/O CONTROLES



Tiene como función representar un control o libro de registros, se usará cuando se hable 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 de ser en guiones terminando de igual manera en el símbolo.

DESTRUCCION DE DOCUMENTOS

Este signo representa el destino final del documento cuando por diversas causas ya no es necesaria su participación en el procedimiento en estudio.

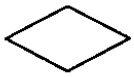
ARCHIVO TEMPORAL

La situación de archivo temporal en un procedimiento, se presenta cuando un documento o material por algún motivo debe guardarse durante un período indefinido para después utilizarlo en otra actividad, representa espera y se aplica cuando el uso del documento o material se conecta con otra operación.

ARCHIVO DEFINITIVO

Esta representación marca el fin de la participación de un documento o material en un procedimiento, por lo que se procede a archivar de manera definitiva, con la salvedad de emplearse en otros procesos. En el caso de que en alguna actividad se archive y concluya el proceso, es válido utilizar, ambos símbolos (archivo definitivo y FIN).

DECISION



Símbolo que 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.

INTERRUPCION DEL PROCESO

En ocasiones el procedimiento requiere de una interrupción para ejecutar alguna actividad o bien para dar tiempo al usuario para realizar o reunir una determinada situación. Por ello, el presente símbolo se emplea cuando el proceso requiere de una espera necesaria e insoslayable. El caso usual, es cuando un documento se archiva temporalmente y después se vuelve a utilizar, indica tiempo sin actividad.

ANEXO DE DOCUMENTOS

El empleo de este símbolo 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.

FUERA DE FLUJO

Cuando por necesidad del procedimiento, una determinada actividad o participación ya no es requerida dentro del mismo, se opta por utilizar el signo de fuera de flujo para finalizar su intervención en el proceso.

CONECTOR DE PROCEDIMIENTOS

Es utilizado para señalar que un procedimiento proviene o es la continuación de otro(s). Es importante anotar dentro del símbolo el nombre del proceso del cual se deriva o hacia donde va.

CONECTOR DE HOJA EN UN MISMO PROCEDIMIENTO

Este símbolo se utiliza con la finalidad de evitar las hojas de gran tamaño que lejos de facilitar el entendimiento del procedimiento, lo hace más complejo, el cual muestra al finalizar la hoja, hacia donde va y el principio de la siguiente hoja de donde viene. Asimismo, se deberá utilizar el menor número de veces, lo cual se puede lograr distribuyendo los símbolos de tal manera que sólo se empleen los necesarios a efecto de evitar confusiones en la secuencia del procedimiento; para fines de control se escribirá dentro de la figura una letra (mayúscula) del alfabeto, empezando con la "A", y continuando con la secuencia del mismo.

PROCEDIMIENTO: ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN	**Edición:** Primera
	Fecha: Julio de 2007
	Código: 217B
	Página: VIII

MANUAL DEL PROCEDIMIENTO DE HOSPITALIZACIÓN EN UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD

Registro de Ediciones

Primera edición (julio de 2007): elaboración del manual.

PROCEDIMIENTO: ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN	**Edición:** Primera
	Fecha: Julio de 2007
	Código: 217B
	Página: IX

MANUAL DEL PROCEDIMIENTO DE HOSPITALIZACIÓN EN UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD

Distribución

El original del manual del procedimiento se encuentra en poder del Departamento de Desarrollo Institucional, de la Unidad de Modernización Administrativa del instituto.
Las copias controladas están distribuidas de la siguiente manera:

1. Coordinación de Servicios de Salud.
2. Dirección de Servicios de Salud.
3. Centro Médico "Lic. Adolfo López Mateos"

PROCEDIMIENTO: ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN	**Edición:** Primera
	Fecha: Julio de 2007
	Código: 217B
	Página: X

Validación

DRA. MARÍA ELENA BARRERA TAPIA
SECRETARIA DE SALUD Y
DIRECTORA GENERAL DEL ISEM
(RÚBRICA)

LIC. FEDERICO RUIZ SÁNCHEZ
COORDINADOR DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
(RÚBRICA)

DR. JESÚS LUIS RUBÍ SALAZAR
COORDINADOR DE SALUD
(RÚBRICA)

LIC. MARTHA MEJÍA MÁRQUEZ
JEFE DE LA UNIDAD DE MODERNIZACIÓN ADMINISTRATIVA
(RÚBRICA)

DR. ROBERTO MARTÍNEZ POBLETE
DIRECTOR DE SERVICIOS DE SALUD
(RÚBRICA)

DR. ÁNGEL SALINAS ARNAUT
SUBDIRECTOR DE SERVICIOS DE SALUD
(RÚBRICA)

DR. CARLOS ESTEBAN ARANZA DONIZ
DIRECTOR DEL CENTRO MÉDICO
"LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS "
(RÚBRICA)

CRÉDITOS

© **M. P. / 109**
Manual del Procedimiento de Hospitalización en Unidades Médicas de Alta Especialidad
Secretaría de Salud
Instituto de Salud del Estado de México

Responsables de la información:

- *Dr. Carlos Esteban Aranza Doniz.- Director del Centro Médico "Lic. Adolfo López Mateos"*
- *L.A.E.T. Alejandra Hélia Béjar Calzada.- Jefe de la Unidad de Calidad del Centro Médico "Lic. Adolfo López Mateos"*

Responsables de su integración:

- *L.A.E. Martha Mejía Márquez*
- *LIC. Armando Santín Pérez*
- *P.L.T. Silvia Reynoso Díaz*
- *L.A.E. Martha Ivonne Romero Hernández*

Toluca, México
Julio, 2007.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

ISEM

MANUAL DEL PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA EN UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD

JULIO DE 2007

Derechos reservados
Primera edición julio 2007
Gobierno del Estado de México
Secretaría de Salud
Instituto de Salud del Estado de México
Lerdo Ote. 1009
Colonia Reforma
C. P. 50070
Impreso y hecho en Toluca, Méx.
Printed and made in Toluca, Méx.

La reproducción parcial o total de este documento podrá efectuarse mediante la autorización exprofeso de la fuente y dándole el crédito correspondiente.

"El cimiento de la Seguridad Integral será la organización innovadora de la administración pública. Los tiempos exigen renovar a las instituciones, para hacerlas más eficientes, coordinando adecuadamente sus actividades para resolver los problemas reales de la población"

Enrique Peña Nieto

ÍNDICE

Presentación	I
Aprobación	II
Objetivo General	III
Identificación e Interacción de Procesos	IV
Relación de Procesos y Procedimientos	V
Descripción de Procedimientos	VI
1. Consulta Externa de Especialidad	
Simbología	VII
Registro de Ediciones	VIII
Distribución	IX
Validación	X

PROCEDIMIENTO: CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDAD	**Edición:** Primera
	Fecha: Julio de 2007
	Código: 217B
	Página: I

PRESENTACIÓN

La sociedad mexiquense exige de su gobierno cercanía y responsabilidad para lograr, con hechos, obras y acciones, mejores condiciones de vida y constante prosperidad.

Por ello, el licenciado Enrique Peña Nieto, Gobernador Constitucional del Estado de México, impulsa la construcción de un gobierno eficiente y de resultados, cuya premisa fundamental es la generación de acuerdos y consensos para la solución de las demandas sociales.

El buen gobierno se sustenta en una administración pública más eficiente en el uso de sus recursos y más eficaz en el logro de sus propósitos. El ciudadano es el factor principal de su atención y la solución de los problemas públicos su prioridad.

En este contexto, la Administración Pública Estatal transita a un nuevo modelo de gestión, orientado a la generación de resultados de valor para la ciudadanía. Este modelo propugna para garantizar la estabilidad de las instituciones que han demostrado su eficacia, pero también por el cambio de aquellas que es necesario modernizar.

La solidez y el buen desempeño de las instituciones gubernamentales tienen como base las mejores prácticas administrativas emanadas de la permanente revisión y actualización de las estructuras organizacionales y sistemas de trabajo, del diseño e instrumentación de proyectos de innovación y del establecimiento de sistemas de gestión de la calidad.

El presente Manual del Procedimiento de Consulta Externa documenta la acción organizada para dar cumplimiento a la misión de los Unidades Médicas de Alta Especialidad del Instituto de Salud del Estado de México. La estructura organizativa, la división del trabajo, los mecanismos de coordinación y comunicación, las funciones y actividades encomendadas, el nivel de centralización o descentralización, los procesos clave de la organización y los resultados que se obtienen, son algunos de los aspectos que delinean la gestión administrativa de este organismo auxiliar del Ejecutivo Estatal.

Este documento contribuye a la planificación, conocimiento, aprendizaje y evaluación de la acción administrativa. El reto impostergable es la transformación de la cultura de las dependencias y organismos auxiliares hacia nuevos esquemas de responsabilidad, transparencia, organización, liderazgo y productividad.

PROCEDIMIENTO: CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDAD	**Edición:** Primera
	Fecha: Julio de 2007
	Código: 217B
	Página: II

APROBACIÓN

Con fundamento en el artículo 293, fracción IV del Reglamento de Salud del Estado de México, el H. Consejo Interno del Instituto de Salud del Estado de México, en sesión ordinaria número 152, aprobó el presente **"Manual del Procedimiento de Consulta Externa en Unidades Médicas de Alta Especialidad"** el cual contiene la información referente a consideraciones generales, sistema operativo y procedimientos, así como las directrices para el logro de los objetivos institucionales.

FECHA DE ACUERDO	NÚMERO DE ACUERDO
25 DE JULIO DE 2007	ISE/152/009

M. EN A. EDUARDO FRANCISCO BERTERAME BARQUÍN
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN Y
SECRETARIO DEL CONSEJO INTERNO DEL ISEM
(RÚBRICA)

PROCEDIMIENTO: CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDAD	**Edición:** Primera
	Fecha: Julio de 2007
	Código: 217B
	Página: III

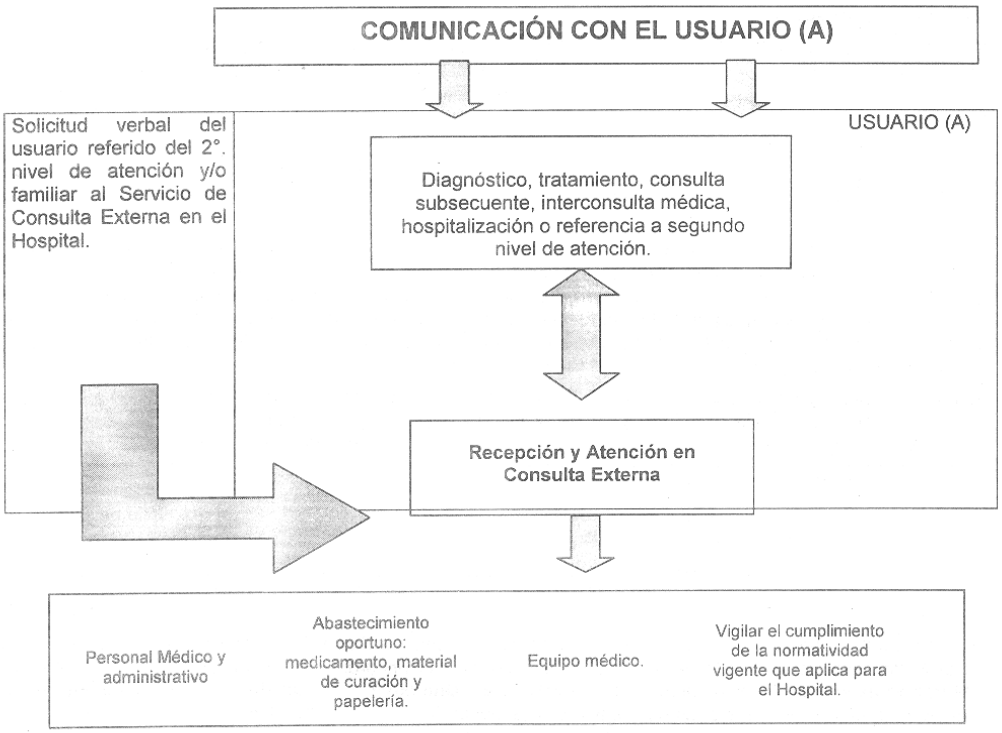
OBJETIVO GENERAL

Incrementar la calidad y calidez de la atención médica integral que se proporciona al paciente, que realizan las áreas que intervienen en el servicio de consulta externa.

PROCEDIMIENTO: CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDAD	**Edición:** Primera
	Fecha: Julio de 2007
	Código: 217B
	Página: IV

IDENTIFICACIÓN E INTERACCIÓN DE PROCESOS

Mapa de procesos de alto nivel



PROCEDIMIENTO: CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDAD	Edición: Primera
	Fecha: Julio de 2007
	Código: 217B
	Página: V

RELACIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso:

Recepción y atención en Consulta Externa: de la solicitud verbal del usuario referido de 2° nivel de atención y/o familiar al servicio de consulta externa al diagnóstico, tratamiento, consulta subsecuente, interconsulta médica, hospitalización o referencia a segundo nivel de atención.

Procedimiento:

Consulta Externa de Especialidad.

PROCEDIMIENTO: CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDAD	Edición: Primera
	Fecha: Julio de 2007
	Código: 217B
	Página: VI

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO 1: CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDAD.

Nombre del Procedimiento:

Consulta Externa de Especialidad.

Objetivo:

Establecer el procedimiento para proporcionar atención médica integral de calidad y calidez a los pacientes en el servicio de Consulta Externa, a fin de contribuir al restablecimiento de su salud.

Alcance:

La observancia de lo establecido en el presente manual es de carácter obligatorio y general para el personal de las diferentes áreas que intervienen en el Servicio de Consulta Externa en las Unidades Médicas de Alta Especialidad.

Referencias:

Ley General de Salud.
(Diario Oficial de la Federación, 07 de febrero de 1984, reformas y adiciones).

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Salud.
(Diario Oficial de la Federación, 07 de febrero de 1984, reformas y adiciones).

Código Administrativo del Estado de México.
(Gaceta del Gobierno, 13 de diciembre de 2001, reformas, adiciones y derogaciones).
Titulo Tercero, Capitulo Primero, artículo 2.16, fracción IV.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. (Diario Oficial de la Federación, 14 de mayo de 1986).

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. (Diario Oficial de la Federación, 14 de mayo de 1986).

Reglamento de Salud del Estado de México.
(Gaceta del Gobierno, 13 de marzo de 2002).

Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de información en salud.

Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico.

Responsabilidades:

El Director de la Unidad Médica de Alta Especialidad es el encargado de planear, ejecutar y controlar la prestación de los servicios de salud a la población, así como efectuar la gestión y aplicación de los recursos financieros, materiales y humanos que requieren las áreas y administrativas en la realización de los objetivos y funciones encomendadas a la unidad hospitalaria.

Además deberán de:

- Evaluar los programas de salud en las áreas de servicios médicos, paramédicos, auxiliares de diagnóstico y tratamiento, así como de el área administrativa.

Médico deberá:

- Proporcionar atención médica a los pacientes mediante valoración y diagnóstico oportuno.
- Solicitar estudios de laboratorio y gabinete para valorar el estado de salud de los pacientes.
- Establecer el tipo de atención que requiere el paciente para su tratamiento y en su caso, efectuar la canalización oportuna del mismo a otros servicios.
- Informar y concientizar al acompañante del paciente, sobre la importancia de su participación en la recuperación de su padecimiento.
- Dar información suficiente, oportuna, clara y veraz, al paciente y/o familiares o representante legal.
- Determinará si amerita consulta subsecuente, interconsulta médica, o referencia a segundo nivel de atención.
- Brindar un trato digno y respetuoso al paciente.

Enfermera deberá:

- Contribuir con los servicios médicos del hospital, para la atención integral de pacientes de consulta externa y ambulatorios, mediante las técnicas de enfermería necesarias y suficientes que permitan la rehabilitación del padecimiento del paciente.
- Coordinar las funciones y procedimientos de enfermería con los jefes de servicios médicos, paramédicos, auxiliares de diagnóstico y áreas administrativas.
- Informar y concientizar al acompañante del paciente, sobre la importancia de su participación en la recuperación de su padecimiento.
- Trasladar a los pacientes con las medidas de seguridad necesarias tanto al interior con el exterior del hospital.

Trabajo social deberá:

- Realizar el estudio socioeconómico requerido.

Admisión deberá:

- Planear, dirigir, coordinar y supervisar la organización y funcionamiento de admisión en los diferentes servicios.
- Vigilar y apoyar la gestión de las solicitudes de internamiento expedidas por los servicios de consulta externa y tramitar el movimiento en la unidad.

Definiciones:

Atención médica:
Al conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud. (NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico).

Canalización:
Será la referencia de todo paciente que acuda a preconsulta y requiera de atención en otra unidad o nivel de atención.

Consulta Externa de Especialidad:
A la atención que imparten los médicos especialistas a pacientes ambulatorios de las cuatro especialidades médicas básicas y demás subespecialidades, que consiste en realizar un interrogatorio y exploración física, para integrar un diagnóstico. (NOM-040-SSA2-2004, en materia de información en salud).

Consulta Subsecuente:
Al otorgada a una persona por personal de salud, cuando asiste por la misma enfermedad o motivo por el cual ya se le otorgo una consulta en la unidad. (NOM-040-SSA2-2004, en materia de información en salud).

Será toda consulta posterior a la realización de su Historia Clínica. Su costo dependerá del nivel socioeconómico asignado a cada usuario.

Expediente Clínico:
Al conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias. (NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico).

Paciente:
Al beneficiario directo de la atención médica. (NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico).

Referencia-contrarreferencia:
Al procedimiento médico administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención para facilitar el envío –recepción-regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad. (NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico).

Usuario:
A toda aquella persona, paciente o no, que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica. (NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico).

Insumos:
La solicitud verbal del usuario (a) referido del segundo nivel de atención.

Hoja de referencia del paciente de segundo nivel de atención

El solicitante deberá presentar los requisitos documentales que requiera cada trámite.

Resultado:
Proporcionar de manera oportuna al usuario (a), que se presente al Servicio de Consulta Externa en el Hospital el diagnóstico, rehabilitación, tratamiento del padecimiento; de acuerdo con la normatividad aplicable vigente

Interacción con otros procedimientos:

- Exención de las Cuotas de Recuperación del Manual de Procedimientos para el Control de Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM. (Procedimiento7).
- Determinación y Control Referenciado por Cuotas de Recuperación del Servicio de Consulta Externa del Manual de Procedimientos para el Control de Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM. (Procedimiento 3).
- Manual de Procedimientos para la Operación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en las Unidades Médicas de Primer Nivel de Atención del ISEM.

Políticas:

- Este manual es de aplicación en el servicio de Consulta Externa de las Unidades Médicas de Alta Especialidad.
- Es un instrumento de apoyo al cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana para la Prestación de Servicios de Atención Médica en Unidades Médicas de Alta Especialidad.
- El Hospital proporcionará atención médica a la población cuando así lo requieran a través de la Consulta Externa, apegados al procedimiento que se presenta en este documento.
- El Hospital deberá otorgar la Consulta Externa a todos los usuarios referidos del segundo nivel de atención que la soliciten, con la restricción de la suficiencia de los recursos profesionales, técnicos y administrativos que le sean autorizados.
- La Consulta Externa que se proporcione en el Hospital, deberá apegarse a los estándares de calidad que señalen las normas en materia de salud.
- Se proporciona Consulta Externa a los pacientes egresados del servicio de hospitalización, referidos de otra unidad de salud o que acudan en forma espontánea independientemente de sexo y edad.
- El tiempo de la consulta durará para las consultas de 1° vez 45 minutos y las subsecuentes 30 minutos.
- Los subdirectores médicos clínico y quirúrgico son los responsables de difundir y supervisar el cumplimiento de los procedimientos médicos que reciba el paciente.
- El personal de Consulta Externa debe atender a los pacientes en un ambiente en el que predomine una relación terapéutica, de calidez así como en la comunicación efectiva.
- El personal médico y/o administrativo deberá requisitar adecuadamente los formatos que integran el expediente clínico a cada usuario de conformidad a la normatividad aplicable.
- Se considera como pacientes que acuden a su cita aquellos que previamente la solicite o programe, de no ser así serán asignados como consulta de urgencia y se someterán a los lineamientos referidos para ella.
- El personal médico y administrativo deberá requisitar los formatos médicos y administrativos que le requiera la Subdirección de Atención Médica y Coordinación de Administración y Finanzas.
- El médico tratante deberá apegarse a las Normas Oficiales Mexicanas que rigen el servicio de atención médica.

Desarrollo:

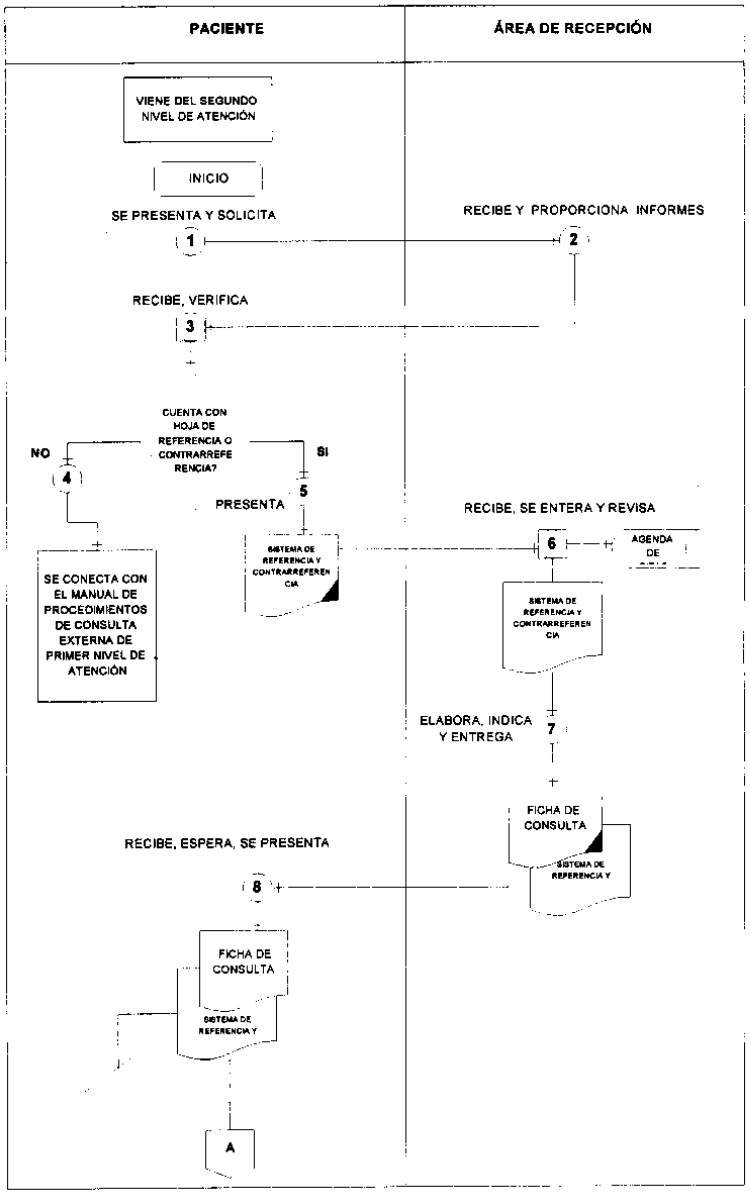
Procedimiento 1: Consulta Externa de Especialidad.

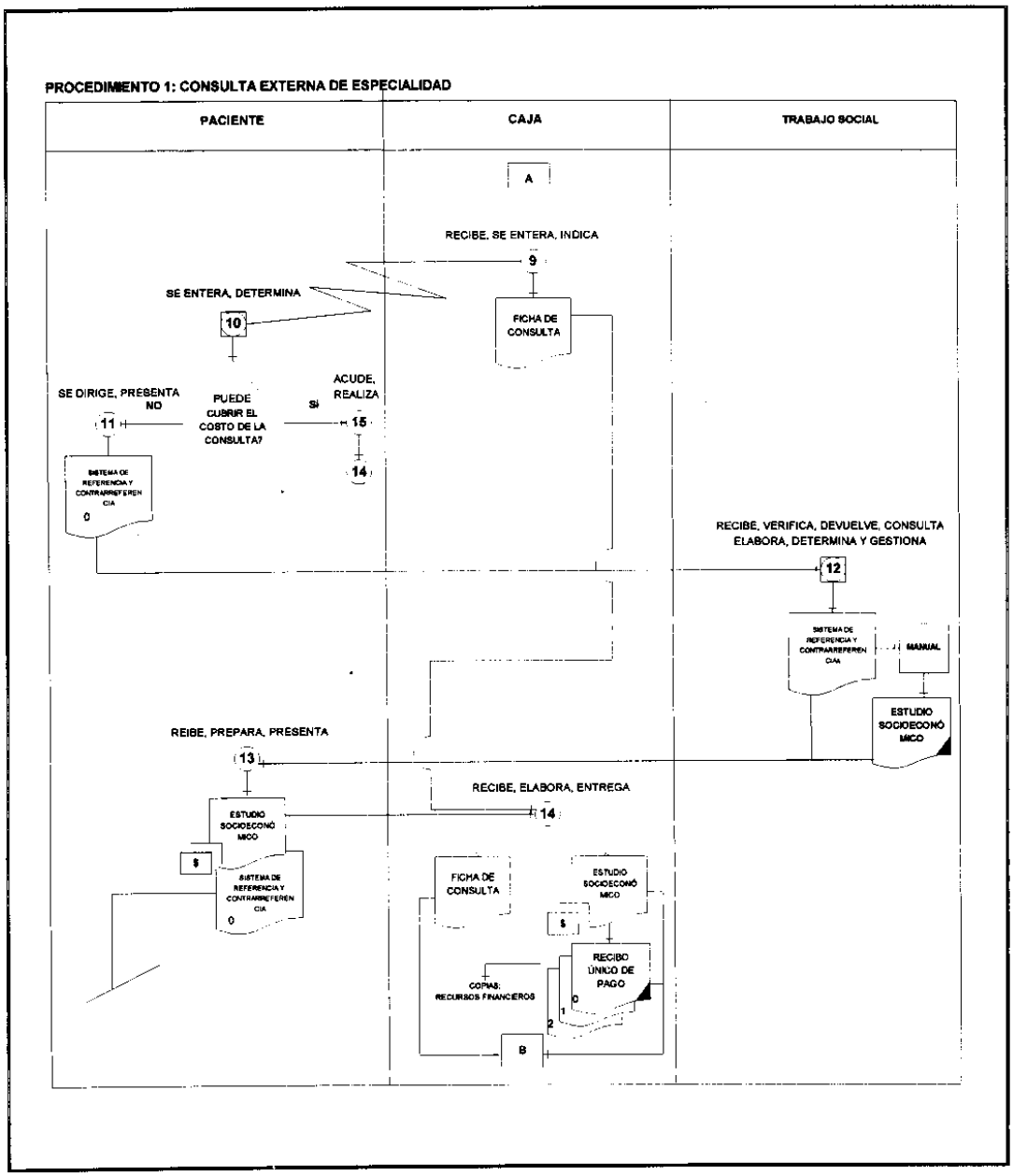
No.	Responsable	Descripción
		(Viene segundo nivel de atención).
1	Paciente	Se presenta a solicitar consulta externa en el área de recepción.
2	Recepción	Recibe al paciente y proporciona informes para la obtención de la consulta.
3	Paciente	Recibe información para obtener consulta y verifica si cuenta con el formato **"Sistema de Referencia o Contrarreferencia".**
4	Paciente	De no contar con el formato **"Sistema de Referencia o Contrarreferencia**".(se conecta con el Manual de procedimientos de consulta externa de 1er. nivel de atención).
5	Paciente	En caso de que cuente con el formato **"Sistema de Referencia o Contrarreferencia",** la presenta en el área de recepción.
6	Recepción	Recibe **"Sistema de Referencia o Contrarreferencia"** y se entera del servicio solicitado y revisa el documento. Registra en **"Libro de citas".**
7	Recepción	Elabora la **"Ficha de Consulta"** indicando fecha, hora y trámite de pago para la consulta, la entrega al paciente junto con la hoja de **"Sistema de Referencia o Contrarreferencia".**
8	Paciente	Recibe **"Sistema de Referencia o Contrarreferencia", "Ficha de Consulta**", espera y en la fecha indicada se presenta en el área de caja, manteniendo en su poder el **"Sistema de Referencia o Contrarreferencia".**
9	Caja	Recibe del paciente la **"Ficha de Consulta",** se entera y con base en el tabulador , indica el costo de la consulta. (Se conecta con la operación No. 14).
10	Paciente	Se entera del costo y determina si puede cubrirlo.
11	Paciente	En caso de que no pueda cubrir el costo de la consulta; se dirige a Trabajo Social y presenta el **"Sistema de Referencia o Contrarreferencia".**
12	Trabajo Social	Recibe el **"Sistema de Referencia o Contrarreferencia"** verifica datos y la devuelve. Consulta el Manual de Procedimientos para el Control de Cuotas de recuperación en Hospitales del ISEM; elabora **"Estudio Socioeconómico"** y en su caso determina y gestiona cuota en base al tabulador de Cuotas de Recuperación.
13	Paciente	Recibe el **"Sistema de Referencia o Contrarreferencia" y el "Estudio Socioeconómico"**, prepara importe y los presenta al área de Caja para el pago de cuota de recuperación.
14	Caja	Recibe el pago de la cuota y/o el **"Estudio Socioeconómico",** elabora **"Recibo Único de Pago**" en original y dos copias. Entrega al paciente el original del **"Recibo Único de Pago",** la "**Ficha de Consulta**" **y "Estudio Socioeconómico".**
15	Paciente	En caso de que pueda cubrir el costo de la consulta, acude a Caja y realiza el pago (se conecta con la operación No. 14).
16	Paciente	Recibe el original del **"Recibo Único de Pago"** y la **"Ficha de Consulta"** se traslada al consultorio presentando los documentos.
17	Enfermera	Recibe al paciente, la **"Ficha de Consulta"** y el **"Recibo Único de Pago"** verifica el pago, efectúa somatometría, revisa signos vitales del paciente; registra en la **"Hoja Diaria de Consulta Externa".**
		Entrega la **"Hoja Diaria de Consulta Externa"** al médico, el original del **"Recibo Único de Pago"** y la **"Ficha de Consulta"** al paciente le indica el momento que debe pasar con el médico (se conecta con la operación No. 19).
18	Paciente	Recibe el original del **"Recibo Único de Pago"**, la **"Ficha de Consulta"** y espera turno para su consulta.

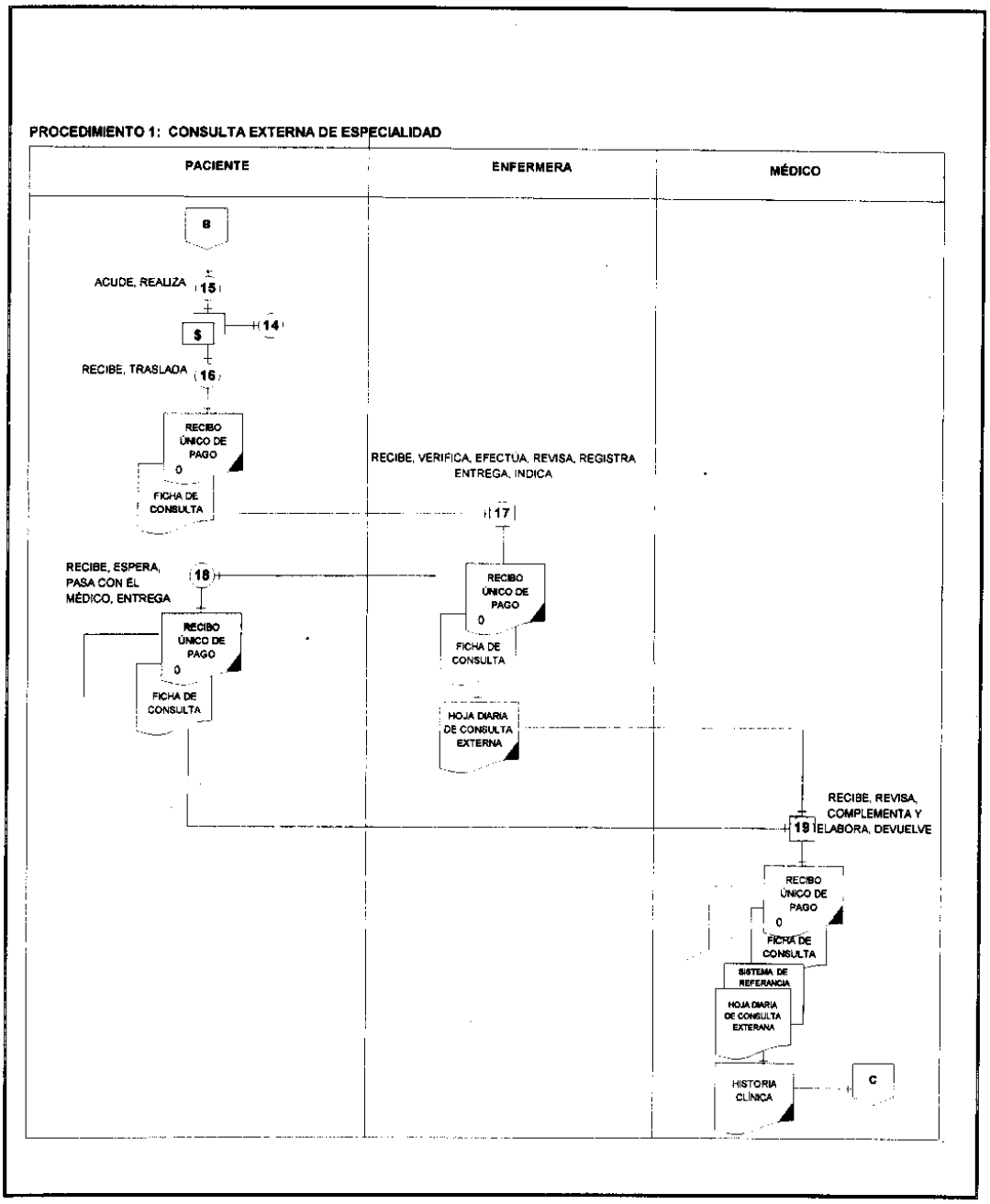
		Cuando le corresponda por número de **"Ficha de Consulta"**, pasa al consultorio y entrega al médico, el **"Sistema de Referencia o Contarreferencia"** ,el **"Recibo Único de Pago"** se lo queda.
19	Médico	**Recibe al paciente,** "Recibo Único de Pago", "Hoja de Referencia o Contrarreferencia" **y** "Ficha de Consulta" **, revisa los documentos y complementa la** "Hoja Diaria de Consulta Externa" **y elabora la** "Historia Clínica"; **devuelve al paciente el** "Recibo Único de Pago"**.**
20	Médico	Revisa al paciente, valora y emite un diagnóstico de su padecimiento, registra información en las **"Notas de Evolución".**
21	Médico	Determina si el paciente amerita: consulta subsecuente, interconsulta médica, hospitalización o referencia al primer de atención.
22	Médico	No amerita interconsulta médica, hospitalización, o referencia; da indicaciones al paciente y elabora "Receta Médica" en original y tres copias, entrega original 2ª y 3ª copia al paciente, lo despide.
23	Paciente	Recibe original , segunda y tercer copia de la **"Receta Médica"** y se retira.
24	Médico	Determina si el paciente amerita consulta subsecuente, interconsulta médica o referencia al 2do nivel de atención y/o hospitalización.
25	Médico	Si el paciente requiere de una consulta subsecuente, solicita apertura de expediente clínico y carnet de citas a el área de recepción. Registra en **la "Hoja Diaria de Consulta Externa",** elabora en su caso, la **"Solicitud de Estudios de Laboratorio" y "Solicitud de Estudios de Gabinete",** le indica fecha de la próxima cita y tratamiento a seguir. Elabora **"Receta Médica"** en original y tres copias, entrega el original , segunda y tercer copia y las solicitudes de estudios al paciente, y archiva la 1ª copia de **la "Receta Médica".**
26	Paciente	Recibe original , segunda y tercer copia de **la "Receta Médica", "Solicitud de estudios de laboratorio" y/o "Solicitud de estudios de gabinete"** e indicaciones, procede a efectuar trámites en recepción.
27	Recepción	Recibe al paciente y las solicitudes de estudios, solicita datos adicionales del paciente, abre expediente clínico y registra en la **"Libreta de Control". Elabora "Carnet de Citas"** y registra la cita del paciente con base en la agenda médica y la entrega al paciente.
28	Paciente	Recibe **"Carnet de Citas"** y se retira.
29	Médico	Si el paciente requiere de atención de otra especialidad o necesita ser referido a 2do nivel de atención, elabora formato de **"Solicitud- Recepción Interconsulta Médica",** el **"Sistema de Referencia y Contrarreferencia"** así como la **"Receta Médica"** en original y tres copias. Entrega **"Solicitud-Recepción de Interconsulta"** el **"Sistema de Referencia y Contrarreferencia"** en su caso y el original 2ª y 3ª copia de la **"Receta Médica"** e Indicaciones al paciente. La primer copia de la **"Receta Médica"** la archiva.
30	Paciente	Recibe formato de **"Interconsulta Médica",** o en su caso el **"Sistema de Referencia y Contrarreferencia", "Receta Médica"** en original, segunda y tercer copia e indicaciones y se retira.
31	Médico	En caso de que el paciente requiera ser hospitalizado elabora la "Solicitud **de internamiento"** e indica a la enfermera.
32	Enfermera	Recibe **"Solicitud de internamiento"** e inicia el trámite. (Se conecta al manual del procedimiento de Hospitalización en las Unidades Médicas de Alta Especialidad).

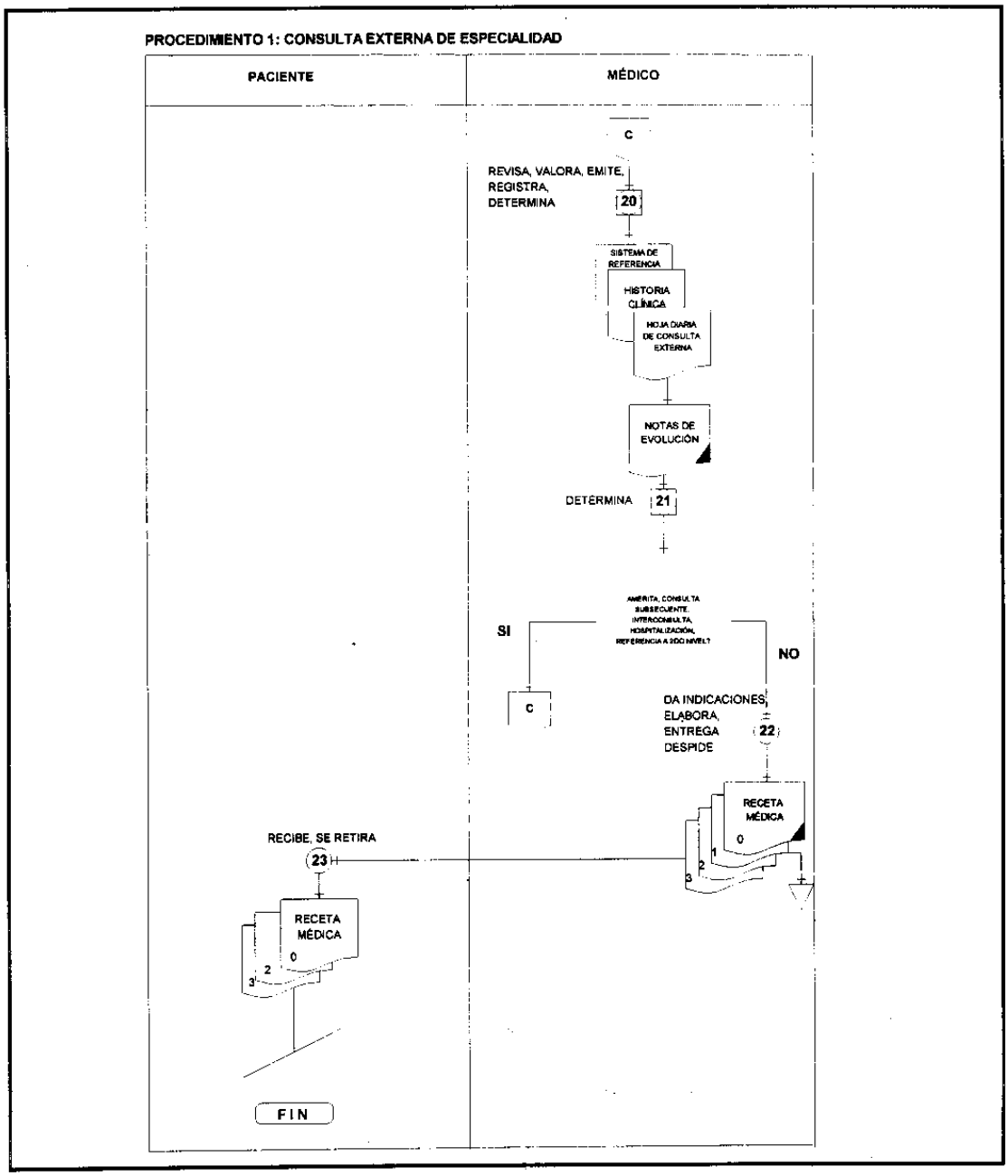
Diagramación:

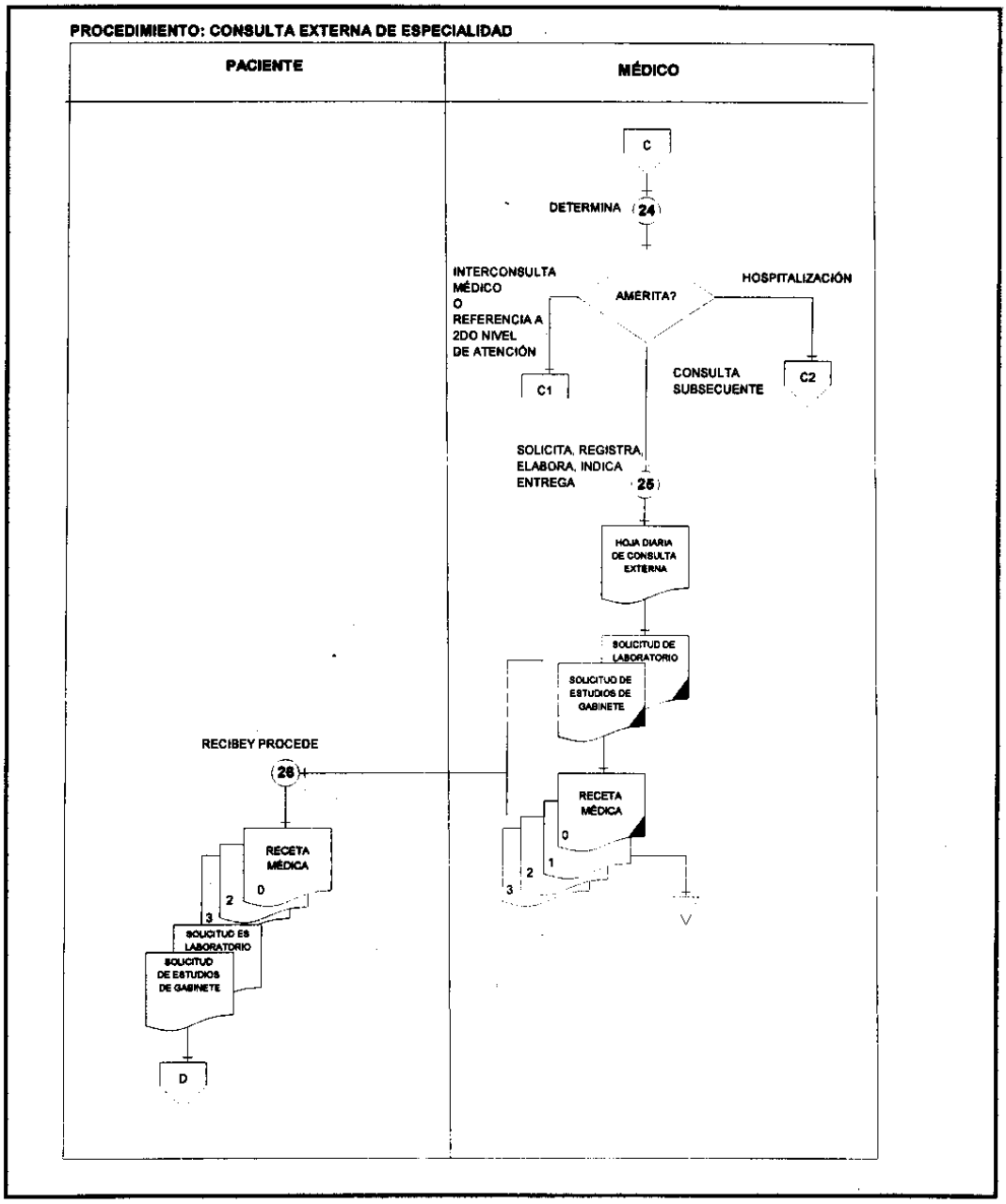
PROCEDIMIENTO 1: CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDAD

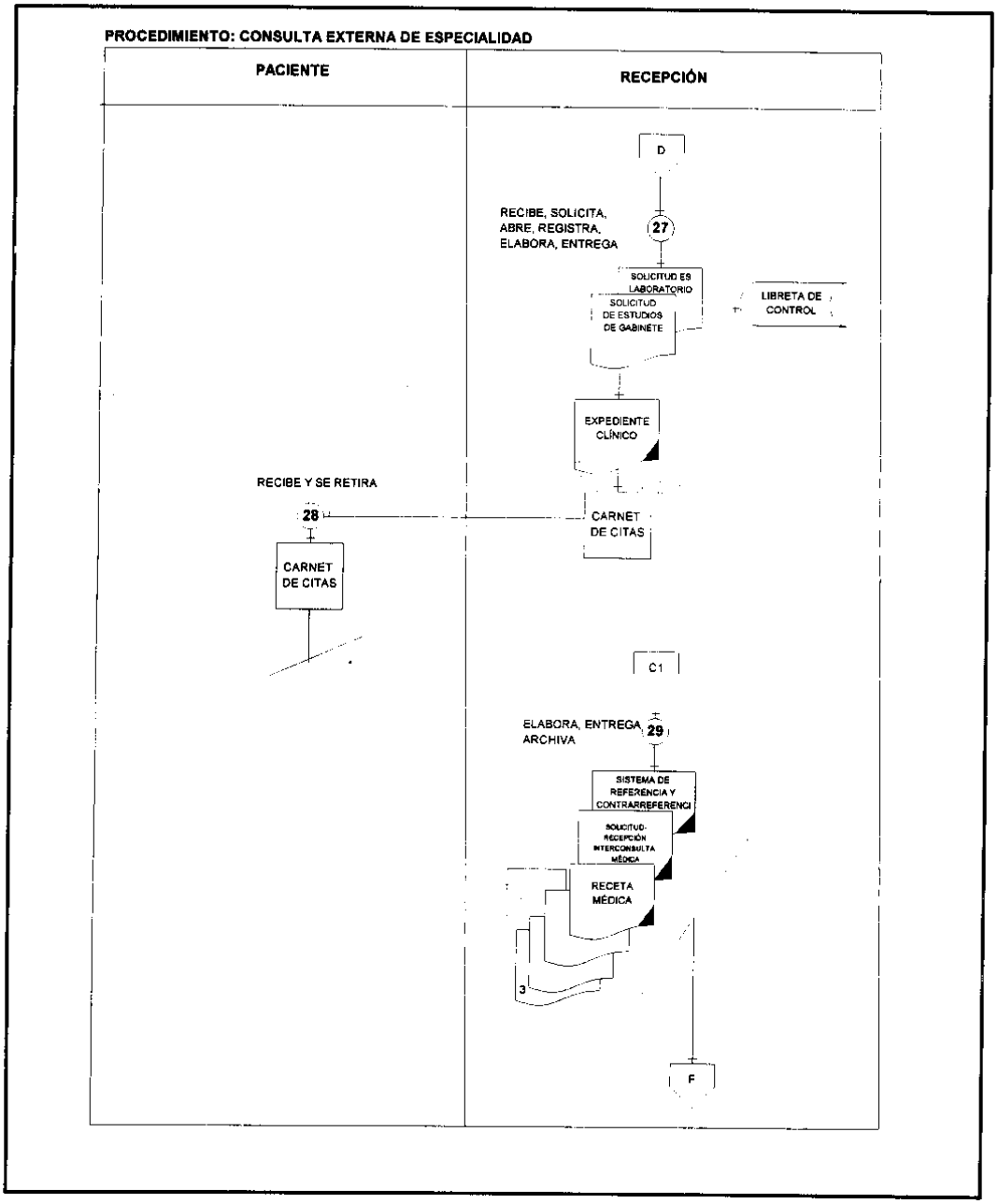


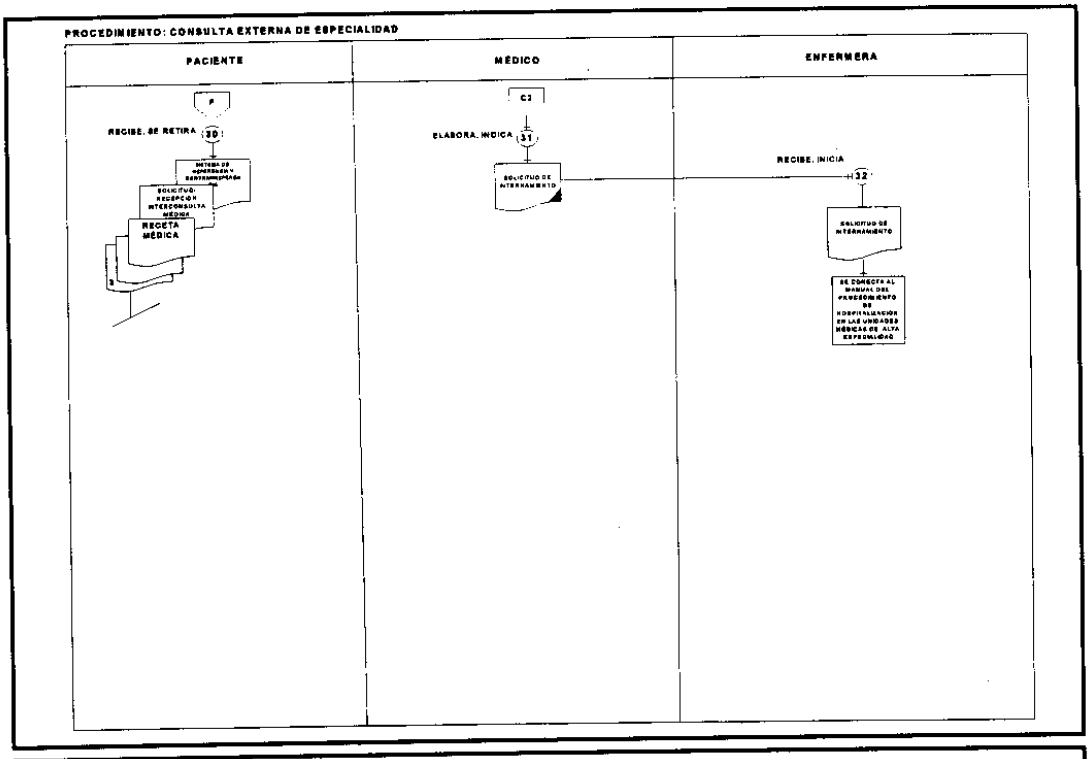

PROCEDIMIENTO 1: CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDAD
PACIENTE
CAJA
TRABAJO SOCIAL
A
RECIBE, SE ENTERA, INDICA
9
SE ENTERA, DETERMINA
10
FICHA DE CONSULTA
SE DIRIGE, PRESENTA
NO
PUEDE CUBRIR EL COSTO DE LA CONSULTA?
SI
ACUDE, REALIZA
11
15
14
SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA
0
RECIBE, VERIFICA, DEVUELVE, CONSULTA
ELABORA, DETERMINA Y GESTIONA
12
SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA
MANUAL
ESTUDIO SOCIOECONÓMICO
REIBE, PREPARA, PRESENTA
13
RECIBE, ELABORA, ENTREGA
14
ESTUDIO SOCIOECONÓMICO
5
SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA
0
FICHA DE CONSULTA
ESTUDIO SOCIOECONÓMICO
5
RECIBO ÚNICO DE PAGO
0
1
2
COPIAS; RECURSOS FINANCIEROS
B


PROCEDIMIENTO 1: CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDAD
PACIENTE
ENFERMERA
MÉDICO
B
ACUDE, REALIZA
15
14
$
RECIBE, TRASLADA
16
RECIBO ÚNICO DE PAGO
0
FICHA DE CONSULTA
RECIBE, VERIFICA, EFECTUA, REVISA, REGISTRA ENTREGA, INDICA
17
RECIBE, ESPERA, PASA CON EL MÉDICO, ENTREGA
18
RECIBO ÚNICO DE PAGO
0
FICHA DE CONSULTA
RECIBO ÚNICO DE PAGO
0
FICHA DE CONSULTA
HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA
RECIBE, REVISA, COMPLEMENTA Y ELABORA, DEVUELVE
19
RECIBO ÚNICO DE PAGO
0
FICHA DE CONSULTA
SISTEMA DE REFERANCIA
HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA
HISTORIA CLÍNICA
C


PROCEDIMIENTO 1: CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDAD
PACIENTE
MÉDICO
C
REVISA, VALORA, EMITE, REGISTRA, DETERMINA
20
SISTEMA DE REFERENCIA
HISTORIA CLÍNICA
HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA
NOTAS DE EVOLUCIÓN
DETERMINA
21
AMERITA, CONSULTA SUBSECUENTE, INTERCONSULTA, HOSPITALIZACIÓN, REFERENCIA A 2DO NIVEL?
SI
NO
C
DA INDICACIONES, ELABORA, ENTREGA DESPIDE
22
RECETA MÉDICA
0
1
2
3
RECIBE, SE RETIRA
23
RECETA MÉDICA
0
2
3
FIN


PROCEDIMIENTO: CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDAD
PACIENTE
MÉDICO
C
DETERMINA
24
INTERCONSULTA MÉDICO O REFERENCIA A 2DO NIVEL DE ATENCIÓN
AMERITA?
HOSPITALIZACIÓN
C1
CONSULTA SUBSECUENTE
C2
SOLICITA, REGISTRA, ELABORA, INDICA ENTREGA
25
HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA
SOLICITUD DE LABORATORIO
SOLICITUD DE ESTUDIOS DE GABINETE
RECIBEY PROCEDE
26
RECETA MÉDICA
0
1
2
3
SOLICITUD ES LABORATORIO
SOLICITUD DE ESTUDIOS DE GABINETE
D
V


PROCEDIMIENTO: CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDAD
PACIENTE
RECEPCIÓN
D
RECIBE, SOLICITA, ABRE, REGISTRA, ELABORA, ENTREGA
27
SOLICITUD ES LABORATORIO
SOLICITUD DE ESTUDIOS DE GABINETE
LIBRETA DE CONTROL
EXPEDIENTE CLÍNICO
RECIBE Y SE RETIRA
28
CARNET DE CITAS
CARNET DE CITAS
C1
ELABORA, ENTREGA, ARCHIVA
29
SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCI
SOLICITUD-RECEPCIÓN INTERCONSULTA MÉDICA
RECETA MÉDICA
3
F



Medición:

Indicador para medir capacidad de respuesta:

Número mensual de consulta programadas
---------- = Porcentaje de consultas atendidas
Número mensual de consultas atendidas

Las consultas se registran en:

En la Hoja Diaria de Consulta Externa.
En la Hoja de Historia Clínica General.
Notas de Evolución.
Hoja para Admisión Hospitalaria.
Libreta de control del área de recepción.

Formatos e Instructivos

1. Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
2. Ficha de Consulta.
3. Estudio Socioeconómico.
4. Recibo Único de Pago.
5. Historia Clínica General.
6. Registro Clínico de Enfermería.
7. Solicitud de Laboratorio.
8. Solicitud de Estudios de Gabinete.
9. Notas de Evolución.
10. Hoja Diaria de Consulta Externa.
11. Receta Médica.
12. Carnet de Citas.
13. Solicitud Recepción de Interconsulta Médica.
14. Solicitud de internamiento.

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

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

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA (217B21302-009-04)

Objetivo:

- 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 del mismo.

Distribución y Destinatario:

- Se elabora en original y dos copias, el original y copia se entrega al paciente, segunda copia es para unidad que refiere.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
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	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 MÉDICO 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 al que se envía al paciente.
V		
24	MOTIVO DE LA REFERENCIA (RESUMEN CLÍNICO DEL PADECIMIENTO)	Describir de manera clara y completa incluyendo signos vitales 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	Registrar 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 a la salud que refiere al paciente.
VISITA DOMICILIARIA (REVERSO)		
La parte superior correspondiente a los datos de la visita domiciliaria que se le realiza al paciente para su control; cuenta con los siguiente 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 ATENDIÓ 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 desprendible y corresponde a la contrarreferencia, la cual cuenta con los datos siguientes.		
VII		
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		
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 a 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 unida que refiere.
40	NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO QUE REFIERE	Anotar el nombre completo y firma del médico que refiere al paciente.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Ficha de Consulta **FOLIO:**

NOMBRE:	FECHA:

MEDICINA INTERNA	☐	ENDOCRINOLOGIA	☐
ORTOPEDIA	☐	NEUMOLOGÍA	☐
UROLOGÍA	☐	GINECO OBSTETRICIA	☐
PEDIATRIA	☐	OFTALMOLOGÍA	☐
MAXILOFACIAL	☐	DERMATOLOGÍA	☐
CARDIOLOGÍA	☐	PSIQUIATRIA	☐
C.N.G.	☐	CIRUGÍA GENERAL	☐
MEDICINA PREVENTIVA	☐	ODONTOLOGIA	☐

217B20000-089-07

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Ficha de Consulta **FOLIO:**

NOMBRE:	FECHA:

MEDICINA INTERNA	☐	ENDOCRINOLOGIA	☐
ORTOPEDIA	☐	NEUMOLOGÍA	☐
UROLOGÍA	☐	GINECO OBSTETRICIA	☐
PEDIATRIA	☐	OFTALMOLOGÍA	☐
MAXILOFACIAL	☐	DERMATOLOGÍA	☐
CARDIOLOGÍA	☐	PSIQUIATRIA	☐
C.N.G.	☐	CIRUGÍA GENERAL	☐
MEDICINA PREVENTIVA	☐	ODONTOLOGIA	☐

217B20000-089-07

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
FICHA DE CONSULTA (217B20000-089-07)

Objetivo:

- Proporcionar al paciente un documento que le permita identificar el número de consulta que tiene para ser atendido en el servicio que corresponda, en las Unidades Médicas del ISEM, llenando para ello dicho formato de acuerdo al siguiente instructivo.

Distribución y Destinatario:

- Se elabora y se entrega al paciente.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	FOLIO	Anotar el número consecutivo que le corresponda para consulta.
2	NOMBRE	Anotar el nombre completo del paciente iniciando por el apellido paterno, materno y nombre.
3	FECHA	Anotar el día, mes y año en que el paciente solicita la consulta.
4	SERVICIO	Marcar con una "X" el servicio correspondiente.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

ISEM

Estudio Socioeconómico

UNIDAD MÉDICA:		
SERVICIO:	FECHA DEL ESTUDIO:	CAMA:
EXPEDIENTE:	FECHA DE INGRESO:	VIGENCIA:
NIVEL DE PAGO:	DIAGNOSTICO MEDICO:	CASO LEGAL: SI / NO

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	EDAD:	OCUPACION:
DOMICILIO:		
LUGAR DE NAC.:	FECHA DE NAC.:	ESCOLARIDAD:
EDO. CIVIL:	SEG. SOCIAL: NO: SI: ESPECIFIQUE:	
RESPONSABLE DEL PACIENTE:		PARENTESCO:
IDENTIFICACION QUE PRESENTA:	No. DE FOLIO IDENTIFICACION:	
DOMICILIO DEL RESPONSABLE:		TELEFONO:

I. ESTRUCTURA FAMILIAR

MARQUE SOLO UNA OPCION

No. DE PERSONAS	CALIFICACION	OBSERVACIONES	CALIFICACION ASPECTO "1"
DE 1 A 2 INTEGRANTES	10		
DE 3 A 4 INTEGRANTES	8		
DE 5 A 6 INTEGRANTES	7		
DE 7 A 8 INTEGRANTES	6		
DE 9 O MAS INTEGRANTES	5		
DE 1 A 2 INTEGRANTES MAYORES 60 AÑOS	2		
INDIGENTE O ABANDONADO	1		

MOTIVO DEL ESTUDIO

ASPECTOS INDIVIDUALES DEL PACIENTE

DINAMICA FAMILIAR

II. INGRESO FAMILIAR MENSUAL

MARQUE SOLO UNA OPCION

INGRESOS	CALIFICACION	SALARIO MINIMO DE LA REGION (28)		$
SIN INGRESO O MENOS DE 1 SALARIO MINIMO	1		INGRESO TOTAL	
DE MAS DE 1 SALARIO MINIMO Y MENOS DE 2	4	(entre)	(DIAS DEL MES)	30
DE 2 SALARIOS MINIMOS	5	CALIFICACION ASPECTO "2"	INGRESO DIARIO	
DE 3 SALARIOS MINIMOS	6		(entre) SAL. MIN.	
DE 4 SALARIOS MINIMOS	8		(Igual) No. DE SAL.	
DE 5 O MAS SALARIOS MINIMOS	10			

217B20000-029-06

III. TIPO DE VIVIENDA

MARQUE SOLO UNA OPCION

	CALIFICACION	CALIFICACION ASPECTO "3"
SIN VIVIENDA, CHOZA	1	
RENTADA	2	
PRESTADA	3	
INTERES SOCIAL	4	
PROPIA DE TEJA Y ADOBE	5	
PROPIA DE CONCRETO TECHO DE LAM.	6	
PROPIA SIN ACABADOS	8	
PROPIA CON ACABADOS	10	

SUMA DE CALIFICACIONES(33)	
ASPECTO	CALIFICACION
1	
2	
3	
* TOTAL	

* De acuerdo a la sumatoria de calificaciones se asigna el nivel (CLASIFICACION) de acuerdo a la escala. Asimismo se obtendrá copia de la identificación del Paciente o responsable.

DIAGNOSTICO SOCIAL

PLAN SOCIAL

TRATAMIENTO

RESPONSIVA

PROTESTO CONDUCIRME CON VERDAD, APERCIBIDO DE LAS PENAS EN QUE INCURREN LOS FALSOS DECLARANTES; ASI MISMO AUTORIZO AL PERSONAL DEL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MEXICO (ISEM), REALICE LAS INVESTIGACIONES NECESARIAS PARA CONFIRMAR LOS DATOS PLASMADOS EN EL PRESENTE ESTUDIO SOCIOECONOMICO EL CUAL ME FUE PRACTICADO EN EL HOSPITAL _____ DEPENDIENTE DEL ISEM.

ACEPTO
NOMBRE Y FIRMA

FECHA: ____/ ____/ ____

Este recuadro es para uso exclusivo del Paciente o responsable.

Nota: el área de trabajo social deberá apegarse al procedimiento establecido para el llenado del presente estudio; el cual queda sujeto a **revisión, por las instancias competentes del Instituto.** Si la capacidad de pago del Paciente es mayor de acuerdo al criterio del trabajador social y así lo plasma en rubro de observaciones, se podrá asignar el nivel de cuota inmediato superior.

	PUNTAJE	NIVEL
ESCALA	3 a 5	EXENTOS
	6 a 7	1
	8 a 10	2
	11 a 13	3
	14 a 24	4
	25 a 27	5
	28 a 30	6

No. DE PASE DE SALIDA _____

OBSERVACIONES

Nota: si el Paciente no cumplió con sus donadores de sangre no podrá ser reclasificado.

ELABORO	JEFATURA DE TRABAJO SOCIAL	AUTORIZO
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
ESTUDIO SOCIOECONÓMICO (217B20000-029-06)

Objetivo:
- Determinar el nivel de cobro de las cuotas a los pacientes de los diferentes hospitales del instituto que se consideren como de escasos recursos económicos.

Distribución y Destinatario:
- El formato se genera en el área de trabajo social en original y permanece en su expediente clínico

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD MÉDICA	Anotar el nombre completo del hospital.
2	SERVICIO	Anotar el nombre del servicio médico de que hace uso el paciente.
3	FECHA DE ESTUDIO	Anotar el día, mes y año en que se realiza el estudio socioeconómico.
4	CAMA	Anotar el número de cama que ocupa el paciente.
5	EXPEDIENTE	Anotar el número de expediente que se le asigna al paciente para su identificación.
6	FECHA DE INGRESO	Anotar el día, mes y año en que ingresa el paciente a la Unidad Médica.
7	VIGENCIA	Anotar la fecha que permanecerá vigente el estudio realizado.
8	NIVEL DE PAGO	Registrar el nivel correspondiente dentro de la escala de calificaciones, de acuerdo a la categoría signada (1, 2, 3, 4, 5, 6, 0 exento).
9	DIAGNÓSTICO MÉDICO	Anotar el nombre de la enfermedad que presenta el paciente.
10	CASO LEGAL: SI/NO	Marque con una "X" SI o NO según sea el caso.
11	NOMBRE	Anotar el nombre completo y apellidos del paciente.
12	EDAD	Anotar el número de años cumplidos del paciente.
13	OCUPACIÓN	Anotar el nombre de la profesión o actividad a la que se dedica el paciente.
14	DOMICILIO	Anotar el nombre de la calle, número exterior, interior, nombre de la población o colonia, municipio al que pertenece y entidad federativa.
15	LUGAR DE NAC.	Anotar el nombre del lugar de origen del paciente.
16	FECHA DE NAC.	Anotar el día, mes y año en que nació el paciente.
17	ESCOLARIDAD	Anotar el último grado de estudio del paciente.
18	ESTADO CIVIL	Anotar el estado civil del paciente: casado, soltero, viudo, divorciado, unión libre, según sea el caso.
19	SEG. SOCIAL	Marque con una "X" SI o NO, en caso de contar
20	RESPONSABLE DEL PACIENTE	Anotar el nombre y apellidos de la persona que se responsabiliza del paciente.
21	PARENTESCO	Anotar la relación consanguínea o moral que lo una con el paciente. papá, mamá, tío, hijo, amigo, etc.
22	IDENTIFICACIÓN QUE PRESENTA	Anotar el nombre de la identificación que presenta la persona que se responsabiliza del paciente.
23	NO. DE FOLIO DE IDENTIFICACIÓN	Anotar el número de folio de la identificación que presenta la persona que se responsabiliza del paciente.
24	DOMICILIO DEL RESPONSABLE	Anotar el nombre de la calle, número, localidad, población o colonia, municipio y entidad federativa de la persona que se responsabiliza del paciente.
25	TELÉFONO	Anotar el número telefónico de la persona que se responsabiliza del paciente.
26	*ESTRUCTURA FAMILIAR*	Marcar el recuadro que indique el número de personas que viven en la misma casa que el paciente, y dependiendo de éste, le corresponde una calificación que servirá para determinar el nivel a pagar, así como las observaciones y comentarios que la trabajadora social considere relevantes.
27	MOTIVO DEL ESTUDIO	Anotar el motivo por el cual se solicitó la realización del estudio socioeconómico.
28	ASPECTOS INDIVIDUALES DEL PACIENTE	Registrar el estado físico y sintomatología en que llego el paciente a la Unidad Médica.
29	DINÁMICA FAMILIAR	Especificar cómo se interrelaciona la familia y si es o no una estructura convencional, estable, etc.
30	INGRESO FAMILIAR MENSUAL	Salario mínimo de la región: anotar el salario mínimo vigente para la región dónde se realiza el estudio socioeconómico. Ingresos: especifica el ingreso mensual que percibe la familia y dependiendo de éste, le corresponde una calificación que servirá para determinar el nivel a pagar.
		Ingreso total: registrar la cantidad en pesos que ingresa la familia

		mensualmente. Anotar el salario mínimo vigente para la región dónde se realiza el estudio socioeconómico y el ingreso total se dividirá entre este rubro para determinar el número de salarios que la familia ingresa mensualmente.
31	TIPO DE VIVIENDA	Determinar la vivienda que habita el paciente y su familia, dependiendo de esto, le corresponde una calificación que servirá para determinar el nivel a pagar.
32	SUMA DE CALIFICACIONES	Efectuar la suma de calificaciones de los aspectos a valorar y determinar el total de puntos para realizar la reclasificación del pago.
33	DIAGNÓSTICO SOCIAL	Realizar un análisis del entorno social del paciente.
34	PLAN SOCIAL	Describir el plan social a seguir para beneficio del paciente y su entorno.
35	TRATAMIENTO	Especificar detalladamente el tratamiento que recibirá el paciente.
36	EN EL HOSPITAL	Anotar el nombre oficial de la Unidad Médica dónde se práctica el estudio.
37	ACEPTO NOMBRE Y FIRMA	Anotar el nombre completo del pase de salida con el cual el paciente se retira.
38	*FECHA*	Anotar el día, mes y año en que se realiza el estudio socioeconómico.
39	NO. DE PASE DE SALIDA	Anotar el número del pase de salida con el cual el paciente se retira.
40	OBSERVACIONES	Registrar (en su caso), las observaciones que tenga el área de trabajo social.
41	ELABORÓ NOMBRE Y FIRMA	Anotar el nombre completo y firma de la trabajadora social que efectúa el estudio.
42	JEFATURA DE TRABAJO SOCIAL NOMBRE Y FIRMA	Anotar el nombre completo y firma del jefe de trabajo social.
43	AUTORIZÓ	Anotar el nombre completo y firma del director, administrador o asistente de la dirección, quien autoriza el resultado del estudio socioeconómico.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

ISEM

Recibo Único de Pago **FOLIO:**

FECHA:	No. DE EXP.:	T. DE ATENCIÓN:	CUOTA:

RECIBIMOS DE:

CON DOMICILIO: **R.F.C.:**

POR LOS SIGUIENTES SERVICIOS:

CLAVE DEL SERVICIO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	IMPORTE
		TOTAL:	$

SELLO	CAJERO NOMBRE Y FIRMA DEL CAJERO	CLAVE DE LA UNIDAD APLICATIVA

217B30000-013-07

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
RECIBO ÚNICO DE PAGO (217B30000-013-07)

Objetivo:

- Realizar el cobro de los servicios otorgados a los pacientes, llenando para ello dicho formato de acuerdo al siguiente instructivo.

Distribución y Destinatario:

- El formato se genera en original y 2 copias. El original para usuario (a), la primera copia es para Caja, la segunda copia se queda en Recursos Financieros.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	FOLIO	Debe contener un número de folio.
2	FECHA	Se anota la fecha en la que se expide el Recibo.
3	NO. DE EXPEDIENTE	Número de expediente del paciente.
4	T. DE ATENCIÓN	Se especifica el tipo de atención que requiere el paciente.
5	CUOTA	Nivel del tabulador sobre el cual le cobrará la cuota.
6	RECIBIMOS DE	Nombre completo de la persona que solicita el servicio.
7	CON DOMICILIO	Domicilio completo de la persona que solicita el servicio.
8	CON RFC	Anotar el registro federal de contribuyentes del paciente.
9	POR LOS SIGUIENTES SERVICIOS	Se registra el nombre de los servicios a los que el usuario va a acceder.
10	CLAVE DEL SERVICIO	Se registran las claves de los servicios que se proporcionaron al paciente.
11	DESCRIPCIÓN	Descripción de cada uno de los servicios proporcionados al paciente.
12	CANTIDAD	Anotar en número arábigo la cantidad correspondiente.
13	IMPORTE	Anotar con número arábigo el importe correspondiente.
14	TOTAL	Anotar el monto total del importe de los servicios proporcionados al paciente.
15	SELLO	Colocar el sello de la unidad médica.
16	CAJERO	Anotar el nombre completo y firma del cajero que recibe el pago correspondiente.
17	CLAVE DE LA UNIDAD APLICATIVA	Anotar la clave de identificación geográfica de la unidad aplicativa.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

ISEM

Historia Clínica General

UNIDAD MEDICA		EXPEDIENTE
FECHA DE ELABORACION	HORA DE ELABORACION	TIPO DE INTERROGATORIO: ☐ DIRECTO ☐ INDIRECTO

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S))		*GENERO* ☐ MASC ☐ FEM
FECHA DE NACIMIENTO	OCUPACION DEL PACIENTE	

DOMICILIO

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR EN CASO DE SER MENOR DE EDAD O PERSONA CON CAPACIDADES DIFERENTES

PARENTESCO CON EL PACIENTE

II. ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

III. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

IV. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

V. ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

VII. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

CARDIOVASCULAR:

RESPIRATORIO:

GASTROINTESTINAL:

GENITOURINARIO:

HEMATICO Y LINFATICO:

ENDOCRINO:

217B20000-015-06

VII. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

NERVIOSO:

MUSCULOESQUELETICO:

PIEL, MUCOSAS Y ANEXOS:

VIII. SIGNOS VITALES

T/A	TEMP	FREC. C.	FREC R.	PESO	TALLA

IX. EXPLORACIÓN FÍSICA

HABITUS EXTERIOR:

CABEZA:

CUELLO:

TORAX:

ABDOMEN:

GENITALES:

EXTREMIDADES:

PIEL:

X. RESULTADOS PREVIOS Y ACTUALES DE LABORATORIO, GABINETE Y OTROS:

XI. TERAPEÚTICA EMPLEADA Y RESULTADOS:

XII. DIAGNÓSTICOS Y PROBLEMAS CLÍNICOS:

XIII. PRONÓSTICO:

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO

217B21302-005-04

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
HISTORIA CLÍNICA GENERAL (217B20000-015-06)

Objetivo:

- Registrar los antecedentes médicos del paciente; síntomas, signos vitales, auxiliares de diagnóstico, diagnóstico y terapéutico del padecimiento o enfermedad.

Distribución y Destinatario:

- El formato se genera en original y se archiva en el expediente clínico del paciente

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD MÉDICA	Anotar el nombre completo de la Unidad Médica donde se elabora la Historia Clínica.
2	EXPEDIENTE	Número de expediente del usuario.
3	FECHA DE ELABORACIÓN	Fecha en la que se elabora la Historia Clínica (día, mes y año).
4	HORA DE ELABORACIÓN	Hora en la que se elabora la Historia Clínica.
5	TIPO DE INTERROGATORIO	Se especifica el tipo de interrogatorio (se marca con una x si se trata de un interrogatorio directo o indirecto).
6	NOMBRE DEL PACIENTE	Nombre completo del paciente en el siguiente orden: Apellido Paterno, Apellido Materno y Nombre(s).
7	GÉNERO	Refiere el género del usuario, colocando una x en el cuadro que corresponda.
8	FECHA DE NACIMIENTO	Se anota el día, mes y año en que nació el paciente.
9	OCUPACIÓN DEL PACIENTE	Se anota la ocupación del usuario.
10	DOMICILIO	Domicilio completo del paciente (Calle, número exterior e interior, colonia, código postal, municipio o localidad).
11	NOMBRE DEL PADRE O TUTOR	Nombre completo del padre o tutor en caso de tratarse de un menor de edad o una persona con capacidades diferentes.
12	PARENTESCO CON EL PACIENTE	Parentesco con el paciente en caso de tratarse de un menor de edad o una persona con capacidades diferentes.
13	ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES	Se registran los antecedentes médicos familiares o las enfermedades posiblemente hereditarias.
14	ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS	Se registran los antecedentes personales no patológicos (en su caso).
15	ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS	Se registran los antecedentes personales patológicos (en su caso).
16	ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS	Se registran los antecedentes gineco-obstétricos (en su caso).
17	PADECIMIENTO ACTUAL	Se registra el padecimiento que presenta el paciente actualmente.
18	INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS	Se realiza un interrogatorio por aparatos y sistemas y se registran los datos.
19	SIGNOS VITALES	Se verifican los signos vitales, se pesa y mide al paciente y se registra la información.
20	EXPLORACIÓN FÍSICA	Se realiza exploración física y se registran los datos.
21	RESULTADOS PREVIOS Y ACTUALES DE LABORATORIO, GABINETE Y OTROS	Se registran los resultados previos y actuales de laboratorio, gabinete y otros (en su caso).
22	TERAPEUTICA EMPLEADA Y RESULTADOS	Se anota la terapéutica empleada y los resultados obtenidos con la misma (en su caso).
23	DIAGNOSTICO Y PROBLEMAS CLINICOS	Se registra el diagnóstico y los problemas clínicos.
24	PRONOSTICO	Se anota un pronóstico de la evolución del paciente.
25	NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO	Nombre completo y firma del médico que llenó la Historia Clínica.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

ISEM

Registro Clínico de Enfermería

UNIDAD MÉDICA	*SERVICIO*	CAMA	NÚMERO DE EXPEDIENTE	FECHA	
NOMBRE DEL PACIENTE	HÁBITUS EXTERIOR	EDAD	GÉNERO ☐ MASCULINO ☐ FEMENINO	PESO	TALLA

	SIGNOS													INGRESOS		EGRESOS							REACTIVOS			
HORA	TEMPERATURA	FRECUENCIA CARDIACA	FRECUENCIA RESPIRATORIA	PRESIÓN ARTERIAL	LLENADO CAPILAR	PERÍMETRO ABDOMINAL PREPRANDIAL	PERÍMETRO ABDOMINAL POSPRANDIAL	COLOR	ACTIVIDAD	GLASGOW	SILVERMAN	APGAR	PRESIÓN VENOSA CENTRAL	VÍA ORAL	VÍA PARENTERAL	ORINA	EVACUACIONES	VÓMITO	SUCCIÓN	SELLO DE AGUA	ILEOSTOMÍA O COLOSTOMÍA	CANALIZACIONES	NOMBRE DEL REACTIVO	HECES	ORINA	SANGRE
8																										
9																										
10																										
11																										
12																										
13																										
14																										
BALANCE PARCIAL TURNO MATUTINO																										
15																										
16																										
17																										
18																										
19																										
20																										
BALANCE PARCIAL TURNO VESPERTINO																										
21																										
22																										
23																										
24																										
1																										
2																										
3																										
4																										
5																										
6																										
7																										
BALANCE PARCIAL TURNO NOCTURNO																										

BALANCE TOTAL POR DÍA	INGRESOS	EGRESOS	BALANCE

COLOR: I – ICTÉRICO; P.- PÁLIDO; RB.- RUBICUNDO; R.- ROSADO; M.- MARMÓREO; C.- CIANÓTICO; T.- TERROSO.
ACTIVIDAD: ++ ACTIVO SIN ESTÍMULO; + ACTIVO AL ESTÍMULO; - FLÁCIDO; T TEMBLORES FINOS; I IRRITABLE; E ESPÁSTICO; R RÍGIDO

217B20000-031-06

DIETA INDICADA

DESAYUNO	COMIDA	CENA

TERAPÉUTICA INDICADA

MEDICAMENTOS				SOLUCIONES PARENTERALES	HORA		OBSERVACIONES
NOMBRE	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACIÓN	HORARIO		INICIO	TÉRMINO	
							TURNO MATUTINO
							TURNO VESPERTINO
							TURNO NOCTURNO

ENFERMERA TURNO MATUTINO	ENFERMERA TURNO VESPERTINO	ENFERMERA TURNO NOCTURNO

217B20000-031-06

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
REGISTRO CLÍNICO DE ENFERMERÍA (217B20000-031-06)

Objetivo:

- Contar con un documento que permita al área de enfermería llevar un registro personal de signos y síntomas del paciente; para que el médico tratante cheque la evolución del mismo, llenando para ello dicho formato de acuerdo al siguiente instructivo.

Distribución y Destinatario:

- El formato se genera original, lo controla el área de enfermería y se archiva en el expediente clínico del paciente.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD MÉDICA	Anotar el nombre oficial de la unidad médica.
2	SERVICIO	Anotar el nombre de la especialidad o servicio en que se encuentra el paciente.
3	CAMA	Anotar el número de cama en que se encuentra el paciente.
4	NÚMERO DE EXPEDIENTE	Anotar el número de expediente que se le asigna al paciente para su identificación.
5	FECHA	Anotar el día, mes y año en que se requisita el formato.
6	NOMBRE DEL PACIENTE	Anotar el nombre completo y apellidos del paciente.
7	HABITUS EXTERIOR	Describa brevemente la apariencia que refleja el paciente.
8	EDAD	Anotar el número de años cumplidos del paciente.
9	GÉNERO: MASCULINO FEMENINO	Marcar con una X, el recuadro que corresponda.
10	PESO	Anotar en kilogramos y gramos el peso del paciente.
11	TALLA	Anotar en metros y centímetros la talla del paciente.
12	TEMPERATURA	Anotar la temperatura corporal del paciente.
13	FRECUENCIA CARDIACA	Anotar el número de veces que late el corazón por minuto.
14	FRECUENCIA RESPIRATORIA	Anotar el número de veces en que se expanden los pulmones al inspirar y expirar por minuto.
15	PRESION ARTERIAL	Anotar las cifras sistólica y diastólica, mínima y máxima.
16	LLENADO CAPILAR	Anotar el registro correspondiente.
17	PERIMETRO ABDOMINAL PREPRANDIAL	Anotar la medición del abdomen en ayunas.
18	PERIMETRO ABDOMINAL POSPRANDIAL	Anotar la medición del abdomen después de ingerir alimentos.
19	COLOR	Anotar el color en base a las iniciales: I=ictérico, P=pálido, RB=rubicundo, R=rosado, M=marmóreo, C=cianótico, T=terroso.

20	ACTIVIDAD	Anotar la actividad en base a las iniciales:++ Activo sin estímulo, +Activo al estímulo, -Flácido, T Temblores Finos, I Irritable, E Espástico, R Rígido.
21	GLASGOW	Registrar el estado de conciencia del paciente.
22	SILVERMAN	Registrar la calificación a la actividad respiratoria (0,1,2).
23	APGAR	Registrar la frecuencia cardiaca, tono muscular, irritabilidad, respuesta a estimulación de piel. (0,1,2).
24	PRESIÓN VENOSA CENTRAL	Medir con exactitud la presión venosa central.
25	VÍA ORAL	Registrar toda ingesta de líquidos que tome el paciente en ml.
26	VÍA PARENTERAL	Anotar todos los líquidos que ingresaron al paciente vía venosa.
27	ORINA	Anotar la cantidad de orina expulsada durante un turno.
28	EVACUACIONES	Anotar el número de veces y características que defeca el paciente.
29	VOMITO	Anotar el número de veces que el paciente vomita y las características del mismo.
30	SUCCIÓN	Anotar la cantidad de líquidos que salieron por la sonda nasogástrica en mililitros.
31	SELLO DE AGUA	Anotar la cantidad en ml. o cc. de sangre y líquidos que egresan por sonda insertada a pulmón.
32	ILEOSTOMIA O COLOSTOMIA	Anotar el número de veces y características de las heces.
33	CANALIZACIONES	Anotar la cantidad y características de material que drenen por penrose.
34	NOMBRE DEL REACTIVO	Registrar la medición de los reactivos (labstix, bililabstix)
35	HECES	Registrar el reactivo en heces.
36	ORINA	Registrar el reactivo en orina.
37	SANGRE	Registrar el reactivo destrostix de la sangre.
38	BALANCE PARCIAL TURNO MATUTINO	Anotar la sumatoria de todas las columnas en el turno matutino.
39	BALANCE PARCIAL TURNO VESPERTINO	Anotar la sumatoria de todas las columnas en el turno vespertino.
40	BALANCE PARCIAL TURNO NOCTURNO	Anotar la sumatoria de todas las columnas en el turno nocturno.
41	BALANCE TOTAL POR DÍA	Anotar la cantidad total en ml. de ingresos (+) y egresos (-) de líquidos.
42	INGRESOS	Anotar el total de ingresos.
43	EGRESOS	Anotar el total de egresos.
44	BALANCE	Anotar el balance del día de los tres últimos reactivos.
45	DIETA INDICADA DESAYUNO COMIDA CENA	Registrar el tipo de dieta indicada en las notas médicas.
	TERAPEÚTICA INDICADA	
	MEDICAMENTOS	
46	NOMBRE	Especificar el nombre del medicamento.
47	DOSIS	Anotar la dosis especificada.
48	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	Anotar la vía de administración, vo vía oral, iv vía intravenosa, sc subcutáneo, etc.
49	HORARIO	Indicar la hora exacta en que le corresponda tomar el medicamento.
50	SOLUCIONES PARENTERALES	Anotar el nombre de la solución parenteral que se aplica al paciente.
51	HORA: INICIO TERMINO	Registrar la hora de inicio y de termino en que aplica la solución parenteral.
	OBSERVACIONES	
52	TURNO MATUTINO	Registra brevemente incidencias relevantes que indiquen algún cambio importante en el tratamiento del paciente en el turno matutino.
53	TURNO VESPERTINO	Registra brevemente incidencias relevantes que indiquen algún cambio importante en el tratamiento del paciente en el turno vespertino.
54	TURNO NOCTURNO	Registra brevemente incidencias relevantes que indiquen algún cambio importante en el tratamiento del paciente en el turno nocturno.
55	ENFERMERA TURNO MATUTINO	Anotar claramente el nombre y apellidos de la enfermera responsable del turno matutino.
56	ENFERMERA TURNO MATUTINO	Anotar claramente el nombre y apellidos de la enfermera responsable del turno vespertino.
57	ENFERMERA TURNO MATUTINO	Anotar claramente el nombre y apellidos de la enfermera responsable del turno nocturno.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

ISEM

Solicitud de Laboratorio

UNIDAD MÉDICA | EXPEDIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE | EDAD | GENERO MASC ☐ FEM ☐

FECHA DE SOLICITUD | FECHA DE ENTREGA DE RESULTADOS | HOSPITALIZACION ☐ | CONSULTA EXTERNA ☐

MEDICO | SERVICIO | CAMA

☐ HEMATOLOGIA - INMUNOLOGIA

20112 FORMULA ROJA
- Hemoglobina _____ (g/dl)
- Hematocrito _____ %
- CMHG _____ % VCM _____ MC
- Hematies _____ mm3

20113 FORMULA BLANCA
- Leucocitos _____ %
- Linfocitos _____ %
- Monocitos _____ %
- Eosinófilos _____ %
- Basofilos _____ %
- Segmentados _____ %
- Bandas _____ %
- Metamielocitos _____ %
- Mielocitos _____ %

Anormalidades

20107 Plaquetas _____ /mm3
20109 V.S.G. _____ mm/h
20108 Reticulocitos _____ %
20127 T. Sangrado _____ min
20131 T. Protombina _____ seg
Testigo _____ seg
20132 T.P.T _____ seg
Testigo _____ seg
20133 T. Trombina _____ seg
Testigo _____ seg
20136 Fibrinógeno _____ mg/dl
20116 Grupo Sanguíneo _____
Factor Rh D _____
19231 Coombs Directo _____
Coombs Indirecto _____
19232

19223 Células LE _____
19213 Antiestreptolisinas _____
19214 Proteína C Reactiva _____
19215 Factor Reumatoide _____
19208 V.D.R.L. _____
19205 Reacciones Febriles _____
Tífico "O" _____
19207 Rosa de Bengala _____
19835 C.H.G.C. _____ U/l
19836 H.G.C. (P.I.E.) _____

☐ QUIMICA SANGUINEA

19301 Glucosa _____ mg/dl
19304 Urea _____ mg/dl
19306 Creatinina _____ mg/dl
19307 Acido úrico _____ mg/dl
19312 Colesterol _____ mg/dl
19702 Triglicéridos _____ mg/dl
19309 Proteínas Totales _____ gr/dl
19620 Albúmina _____ gr/dl
Globulina _____ gr/dl
Relación A/G _____
19303 Tolerancia a la Glucosa:
Glucosa Basal _____ mg/dl
Glucosa 60 minutos _____ mg/dl
Glucosa 120 minutos _____ mg/dl

19301 Glucosa postprandial _____ mg/dl
1 hora _____ 2 horas _____ mg/dl
19308 Bilirrubina total _____ mg/dl
Dir _____ Indir _____ U/l
19403 Fosfata alcalina _____ U/l
19404 Fosfata ácida _____ U/l
19405 Fracción Prostática _____ U/l
19401 T.G.O. (AST) _____ U/l
19402 T.G.P. (ALT) _____ U/l
19406 Amilasa _____ U/l
19409 Lipasa _____ U/l
19406 LDH _____

19312 H.D.L. Colesterol _____ mg/dl
19312 L.D.L. Colesterol _____ mg/dl
19410 C.P.K. Total _____ U/l
19612 Calcio _____ mg/dl
19611 Fósforo _____ mg/dl
19609 Magnesio _____ mEq/l
19601 Sodio _____ mEq/l
19602 Potasio _____ mEq/l
19613 Cloro _____ mEq/l
19512 Depuración de creatinina _____ ml/min
19410 C.K.M.B. _____ U/L

☐ 20201 EXAMEN GENERAL DE ORINA

Aspecto _____ Color _____ Densidad _____ pH _____ Glucosa _____
Proteínas _____ Acetona _____ Hemoglobina _____ Bilirrubina _____ Nitritos _____
Urobilinógeno _____ Leucocitos _____ Eritrocitos _____ Cilindros _____ Bacterias _____
Cristales _____ Otros _____

☐ BACTERIOLOGÍA – PARASITOLOGÍA

CULTIVOS
19105 Faringeo
19105 Nasal
19105 Otico
19105 Urocultivo
19105 Hemocultivo
19105 Vaginal
19105 Coprocultivo
19105 Espermocultivo
19105 Expectoración
19105 Uretral
19105 Líquido Cefalorráquídeo
19105 Ocular
19105 Otros

20002 Coproparasitoscópico
1 _____
2 _____
3 _____
20008 Amiba en fresco _____
Graham _____
Plasmodium _____
Sangre oculta en heces _____
Otros estudios en heces _____
Espermatobioscopia _____
Eosinofilos en moco nasal _____

20106 Microscopias _____
Tinción de Gram _____
Tinción de BAAR _____
Tinta china _____

RESULTADOS
Microorganismo aislado
_____
_____
_____

☐ PRUEBA DE SENSIBILIDAD

1. Amikacina ____ 2. Ampicilina ____ 3. Carbenicilina ____ 4. Cefalotina ____ 5. Cefotaxima ____ 6. Cefotaxima ____
7. Cloranfenicol ____ 8. Gentamicina ____ 9. Netilmicina ____ 10. Nitrofurantoina ____ 11. Pefloxacina ____ 12. TMP-SMX ____
13. Cefuroxima ____ 14. Dicloxacilina ____ 16. Tetraciclina ____ 17. Ceftazidina ____ 18. Eritromicina ____ 19. Lincomicina ____
20. Penicilina ____

S= Sensible R= Resistente

ELABORO

_____
Nombre y Firma

217B20000-025-06

VALORES DE REFERENCIA
Considerando una altura snm de 2,200 – 2,600

DETERMINACION	HOMBRE		MUJER		NEONATOS		NIÑOS (<1 AÑO)		NIÑOS (>1 AÑO)	
Hemoglobina (g/dl)	15 - 18		13,5 - 17		12.8 - 18		10.7 - 13		13 - 15	
Hematocrito (%)	45 - 47		40 - 52		40 - 62		33 - 39		38 - 45	
Leucocitos (miles/mm3)	4 11		4 11		9 30		6 18		4.5 – 14.5	
Neutrofilos (%)	40 - 70		40 - 70		52		28		51	
Linfocitos (%)	20 - 45		20 - 45		30		60		38	
Monocitos (%)	2 10		2 10		5 18		4 8		3 4	
Eosinofilos (%)	1 3	1 3			0 2		0 3		0 3	
Basofilos (%)	0 1	0 1			0 1		0 1		0 1	
En Banda (%)	0 5	0 5			0 9		0 3		0 3	

VALORES ABSOLUTOS DE LEUCOCITOS: (No. LEUCOCITOS (%) 100)

V.S.G. (mm/hr)	0 10		0 15		0 2		0 2		3 15	
Reticulocitos %	0.5 1.5		0.5 1.5		2 6		0.5 2.0		0.5 1.5	
Plaquetas (por mm3)					15,000 a 400 000					
Volumen Globular Medio (micras cúbicas)					82 - 98					
Concentración Médica de Globulina Globular %					32 - 36					
Hematíes	4.0 – 5x10/mm3				4.0 - 6.0 x 10/mm3					

QUÍMICA SANGUINEA

Glucosa	65 - 110	mg/dl				H.D.L. Colesterol mayor de	30	mg/dl
Urea	15 - 39	mg/dl	Glucosa	120 menor 140	mg/dl/min	L.D.L. Colesterol menor de	150	mg/dl
Creatinina	0.7 - 1.4	mg/dl	Glucosa	60 menor 140	mg/dl/min	C.K.M.B	0 - 22	U/L
Ac. Urico	2.6 - 7.2	mg/dl	B. Directa	0.0 - 0.2	mg/dl	C K	20 - 184	U/L
Colesterol	140 - 220	mg/dl	B. Indirecta	Hasta 1.0	mg/dl	Calcio	8.4 - 10.2	mg/dl
Trigliceridos	35 - 120	mg/dl	B. Total	0 -2 - 1.0	mg/dl	Fósforo Inorgánico	2.5 - 4.8	meq/L
Proteinas Totales	6.0 - 6.8	g/dl	Fosf.			Magnesio	1.6 - 2.6	meq/L
Albumina	3.5 - 5-5	g/dl	Alcalina	0 - 138	U/L	Sodio Serico	135 - 145	meq/L
Globulina	3.0 - 4.8	g/dl	Fost.			Sodio Urinario	80 - 100	meq/L
			Acida	0 - 9.0	U/L	Potasio Urinario	40 - 80	meq/L
			Fracc. Prost.	0 -3	U/L	Potacio Serico	3.5 - 4.5	meq/L
			A.S.T. (TGO)	8 - 31	U/L	Cloruros	98 - 109	meq/L
			A.L.T. (TGP)	4 - 36	U/L	Dep. de Creatinina	70 –110	meq/L
			Amilasa	18 - 87	U/L			meq/L
			Lipasa	7 - 59	U/L			
			L.T.H.	89 - 221	U/L			

EXAMEN GENERAL DE ORINA

EXAMEN FISICO

Ph	5.0 - 8.0 (promedio 6.0)
Color:	Amarillo, Paja o Ambar
Aspecto:	Transparente o Ligeramente turbio
Densidad:	1.010 – 1.025

EXAMEN QUIMICO

Glucosa	Negativo
Proteinas (albumina)	1 – 14 mg/dl (no detectable por cintilla)
Cuerpos Cetonicos	Negativo
Hemoglobina o Sangre	Negativo
Nitritos/Bacterias	Negativo
Bilirrubina	0.0 - 0.02 mg/dl (no detectable por cintilla)
Urobilinogeno	0.1 - 1.0 U. Erlich/ml

EXAMEN MICROSCOPICO (SEDIMENTO)

Leucocitos	0 - 16 campo
Eritrocitos	0 - 1 campo
Cilindros hialinos y granulosos	Negativo a causales

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
SOLICITUD DE LABORATORIO (217B20000-028-06)

Objetivo:
- Identificar el tipo de estudio que le realizaran al paciente.

Distribución y Destinatario:
- El formato se genera en original y se envía al laboratorio de la Hospital, finalmente de archiva en el expediente clínico del paciente.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD MÉDICA	Registrar el nombre completo de la unidad médica en la que es atendido el paciente.
2	EXPEDIENTE	Anotar el número del expediente que corresponde al paciente.
3	NOMBRE DEL PACIENTE	Precisar el nombre(s) y apellidos completos del paciente para el cual se solicite los estudios.
4	EDAD	Anotar la edad en años y meses que refiere tener el paciente.
5	GÉNERO	Marcar con una "X" el cuadro que corresponda al sexo de la persona.
6	FECHA DE SOLICITUD	Indicar los dos dígitos correspondientes al día, mes y año en que se expide la solicitud.
7	FECHA DE ENTREGA DE RESULTADOS	Anotar los dos dígitos respectivos al día, mes y año en que el laboratorio entregará los resultados de los estudios a efectuar al paciente.
8	HOSPITALIZACIÓN	Marcar con una "X" el cuadro de hospitalización, si es el caso de que los resultados se hayan de turnar a dicha área, aunque los requiera diferente servicio.
9	CONSULTA EXTERNA	Marcar con una "X" el cuadro de consulta externa, si es el caso de que este estudio vaya a ser requerido para consulta externa.
10	URGENCIAS	Marcar con una "X" el recuadro de urgencias cuando este servicio solicita examen de laboratorio.
11	MÉDICO	Registrar el nombre completo del médico que esta a cargo de la atención del paciente y solicita los estudios de laboratorio.
12	SERVICIO	Anotar el nombre del servicio al cual pertenece el médico que esta requiriendo los estudios de laboratorio.
13	CAMA	Señalar el número de la cama en la que se encuentra hospitalizado el paciente del que se requieren los estudios.

EXAMENES SOLICITADOS

14 Marcar con una X en el cuadro respectivo el tipo de exámenes solicitados al área de laboratorio para que este proceda a efectuarlos y anotar en el renglón respectivo a las formulas roja, blanca, etc., los resultados obtenidos en los siguientes rubros y según sean solicitados de acuerdo al siguiente orden:

- ☐ HEMATOLOGIA- INMUNOLOGÍA
- ☐ QUÍMICA SANGUÍNEA
- ☐ EXAMEN GENERAL DE ORINA
- ☐ BACTERIOLOGÍA-PARASITOLOGÍA
- ☐ PRUEBA DE SENSIBILIDAD

NOTA: por último señalar que el presente formato se agrega una tabla de valores de referencia a fin de que el médico tratante pueda comparar dichos estándares con los resultados obtenidos en los estudios.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

ISEM

Solicitud de Estudio de Gabinete

UNIDAD MÉDICA	FECHA	HORA	EXPEDIENTE

DE: ☐ CONSULTA EXTERNA ☐ URGENCIAS ☐ HOSPITALIZACIÓN	SERVICIO	CAMA	PACIENTE: ☐ 1ª. VEZ ☐ SUBSECUEN

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S))	EDAD	*GENERO* ☐ MASC. ☐ FEM.

DATOS CLÍNICOS

DIAGNÓSTICO

ESTUDIO(S) SOLICITADO(S)

FECHA DE LA PRÓXIMA CONSULTA	NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO SOLICITANTE	OBSERVACIONES

Interpretación del Estudio de Gabinete

PLACA UTILIZADA ☐ 14 X 17 ☐ 14 X 14 ☐ 11 X 14 ☐ 10 X 12 ☐ 8 X 10 ☐ MASTOGRAFIA ☐ ULTRASONIDO ☐ TOMOGRAFIA	*CLAVE*

INTERPRETACIÓN

FECHA DE INTERPRETACIÓN	NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO	OBSERVACIONES

217B20000-026-06

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
SOLICITUD DE ESTUDIO DE GABINETE (217B20000-026-06)

Objetivo:

- Proporcionar el médico tratante ha de solicitar al área de rayos "X" la toma de radiografías, mastografía, ultrasonido y tomografías, que considera necesario dado el padecimiento que presenta el paciente, registrando la fecha de la próxima consulta, para que el área que atiende la solicitud proporcione el resultado de los estudios en fecha previa y el medico tratante este en posibilidades de confirmar o descartar el diagnóstico

Distribución y Destinatario:

- El formato se genera en original y se envía al rayos X del Hospital, finalmente de archiva en el expediente clínico del paciente.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD MÉDICA	Anotar el nombre completo de la unidad hospitalaria.
2	FECHA	Anotar el día, mes y año en que se solicita el estudio.
3	HORA	Anotar la hora y minutos en que se solicita al estudio.
4	EXPEDIENTE	Anotar el número de expediente asignado al paciente.
5	DE	Marcar con una "X" el recuadro que corresponda según el servicio del cual provenga el paciente: consulta externa, urgencias u hospitalización.
6	SERVICIO	Especificar el nombre del servicio en el que esta hospitalizado el paciente.
7	CAMA	Anotar el número de cama que ocupa el paciente.
8	PACIENTE	Marcar con una "X" si el paciente es de 1ª. vez o subsecuente.
9	NOMBRE DEL PACIENTE	Nombre completo del paciente en el siguiente orden: apellido paterno, apellido materno y nombre(s).
10	EDAD	Registra con número arábigo 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".
11	GÉNERO	Marcar con una "X" el género al que corresponda.
12	DATOS CLÍNICOS	Describir los datos clínicos que presenta el paciente antes del estudio solicitado.
13	DIAGNÓSTICO	Describir el(los) diagnóstico(s) que presenta el paciente antes del estudio.
14	ESTUDIO SOLICITADO	Describir el tipo de estudio a realizarse, según el diagnóstico que presente el paciente.
15	FECHA DE PRÓXIMA CONSULTA	Anotar el día, mes y año de la próxima consulta.
16	NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO SOLICITANTE	Anotar el nombre completo y firma del médico que solicita el estudio.
17	OBSERVACIONES	Se anotan las observaciones generales del estado de salud del paciente.
18	PLACA UTILIZADA	Marcar con una "X" el tamaño de la placa utilizada, mastografía, ultrasonido o tomografía.
19	CLAVE	Anotar la clave que identifica el tipo de estudio realizado de acuerdo al nivel del tabulador sobre el cual se le cobrará la cuota.
20	INTERPRETACIÓN	Analizar y describir los resultados obtenidos del estudio realizado.
21	FECHA DE INTERPRETACION	Registrar el día, mes y año en que se efectúa la interpretación del estudio.
22	NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO	Se anotará el nombre, apellidos y firma del médico radiólogo.
23	OBSERVACIONES	Describir las acciones relevantes que se deban tomar en cuenta para el tratamiento del paciente.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

ISEM

Notas de Evolución HOJA No.

UNIDAD MEDICA	*EXPEDIENTE*	1ª Vez ☐
NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S))	EDAD	*GENERO* ☐ MASC ☐ FEM

FECHA Y HORA	NOTAS DE EVOLUCION

NOTA: TODAS LAS NOTAS MEDICAS DEBERAN ESTAR FIRMADAS POR EL MEDICO ADSCRITO DEL SERVICIO

217B20000-016-06

FECHA Y HORA	NOTAS DE EVOLUCIÓN

NOTA: TODAS LAS NOTAS MÉDICAS DEBERÁN ESTAR FIRMADAS POR EL MÉDICO ADSCRITO DEL SERVICIO

217B20000-016-06

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
NOTAS DE EVOLUCIÓN (217B20000-016-06)

Objetivo:
- Registrar el estado de salud del paciente y cómo va evolucionando a los tratamientos suministrados.

Distribución y Destinatario:
- El formato se genera en original, y se queda dentro del expediente clínico.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	HOJA NO.	Anotar el número de la foja.
2	UNIDAD MÉDICA	Nombre completo de la Unidad Médica donde se requisita la nota de evolución.
3	EXPEDIENTE	Número del expediente del paciente.
4	NOMBRE DEL PACIENTE	Nombre completo del paciente en el siguiente orden: Apellido Paterno, Apellido Materno y Nombre(s).
5	EDAD	Edad del paciente.
6	GÉNERO	Refiere el género del usuario, colocando una x en el cuadro que corresponda.
7	FECHA Y HORA	Fecha y hora en la que se realiza el registro de la Nota de Evolución.
8	NOTAS DE EVOLUCIÓN	Se describe el estado de salud del paciente y cómo ha evolucionado a los tratamientos suministrados.

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	CONTRAREFERIDO	PROGRAMA					CONTROL PRENATAL					ESTADO DE NUTRICIÓN MENOR DE 5					IRA MENOR DE 5 TRATAMIENTO		HIDRATACIÓN ORAL					PLANIFICACIÓN FAMILIAR												DETECCIONES									DERECHO-HABIENTE				
																																MÉTODO									ATENCIÓN																	
									1 ENF. TRANSMISIBLES	2 ENF. CRONICODEGENERATIVAS	3 OTRAS ENFERMEDADES	4 CONSULTA A SANOS	5 PLANIFICACIÓN FAMILIAR	6 PRIMER TRIMESTRE	7 SEGUNDO TRIMESTRE	8 TERCER TRIMESTRE	9 ANÁLISIS CLÍNICOS	10 ALTO RIESGO	11 CONSULTA A PUÉRPERA	12 OBESIDAD Y SOBREPESO	13 NORMAL	14 CON DESNUTRICIÓN LEVE	15 MODERADA	16 GRAVE	17 SÓLO SINTOMÁTICO	18 CON ANTIBIÓTICO	PLAN A	PLAN B	PLAN C	RECUPERADOS	SOBRES EN PROMOCIÓN	ORAL	INYECTABLE MENSUAL	INYECTABLE BIMENSUAL	IMPLANTE SUBDÉRMICO	DIU	QUIRÚRGICO	PRESERVATIVO	OTRO	NINGUNO	PRIMERA VEZ	SUBSECUENTE	DIABETES MELLITUS	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	OBESIDAD	AGUDEZA VISUAL	OSTEOPOROSIS	TUBERCULOSIS	SÍFILIS	CONDONES PREVENCIÓN ITS	MENOPAUSIA Y CLIMATERIO	IMSS	ISSSTE	SEGURO POPULAR	OTRAS	PROESA
									DIAGNÓSTICO																																																			
									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 PARA LLENAR EL FORMATO:
HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA (SIS-SS-01-P)

Objetivo:

- Registrar la Consulta Externa que se otorga en los Hospitales, llenando para ello dicho formato de acuerdo al siguiente instructivo.

Distribución y Destinatario:

- El formato se genera en original y 2 copias. El original para usuario (a), la primera copia es para, la segunda copia se queda en .

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
		DATOS DE IDENTIFICACIÓN
1	FECHA	Anote con números arábigos, el día, mes y año a que corresponde la información.
2	UNIDAD	Anote el tipo y nombre de la unidad médica.
3	JURISDICCIÓN	Anote el número y nombre de la jurisdicción sanitaria de la cual depende la unidad.
4	LOCALIDAD SEDE	Anote el nombre oficial de la localidad en la cual se ubica la unidad. Para áreas urbanas, la colonia.
5	SERVICIO	Anote el servicio, especialidad o identificación del módulo al que está asignado el médico, enfermera o TAPS.
6	NOMBRE	Consigne el nombre del personal responsable (médico, enfermera o TAPS), que otorga la consulta.
7	TIPO	Esta sección sirve para identificar la profesión de la persona que otorga la consulta, señalando con "X", según corresponda: MED = Médico, ENF = Enfermera y TAPS = Técnico en Atención Primaria a la Salud.
8	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.
9	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.
10	EDAD	Registre con números arábigos, la edad cumplida del paciente. Para mayores 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.
11	SEXO	Anote el sexo del paciente según corresponda: F=Femenino, M=Masculino.
12	PRIMERA VEZ	Marque con una "X" esta columna cuando el motivo de la consulta sea nuevo. En el caso de que el paciente 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 de 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 a fecha posterior a consulta por un padecimiento ajeno a la atención y control del embarazo, y esta 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 médico 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.
13	SUBSECUENTE	Marque con "X" cuando el motivo de la consulta sea 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 que se trate.

14	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.
15	REFERIDO	Marque con "X" el espacio cuando el paciente sea canalizado a una unidad de mayor complejidad.
16	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 aquella a la que debe estar adscrito el paciente por su domicilio habitual.
17	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.
18	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 la que la generó. Para el registro del programa considere lo siguiente:
19	ENFE. 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.
20	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.
21	OTRAS ENFERMEDADES	Referido a la atención de casos de otras enfermedades (excluyendo transmisibles y crónico – degenerativas).
22	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.
23	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 PLANIFICACIÓN FAMILIAR consigne lo correspondiente al método y a la característica de la atención.
24	CONTROLPRENATAL 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.
25	ANÁLISIS CLÍNICOS	Marque con "X" si la embarazada presenta los resultados de sus análisis de laboratorio.
26	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.
27	CONSULTA A PUERPERA	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.
28	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

	OBESIDAD/SOBREPESO NORMAL CON DESNUTRICIÓN LEVE CON DESNUTRICIÓN MODERADA **CON DESNUTRICIÓN GRAVE**	peso/edad, talla/edad y complementariamente la de peso/talla. 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. 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.
29	IRA .MENOR DE 5 AÑOS. TRATAMIENTO SOLO SINTOMATICO CON ANTIBIOTICO	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. Caso atendido sin prescripción de uso de antimicrobianos. Caso en el que se prescribió el uso de antimicrobianos.
30	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.
31	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.
32	NÚMERO DE SOBRES PLAN A PLAN B PLAN C	Tratamiento preventivo de la deshidratación en el cual se prescribe la solución oral en pacientes sin deshidratación. Tratamiento curativo de la deshidratación, cuando se prescribe la solución oral para recuperar al niño deshidratado. Tratamiento curativo del choque (manejo del choque hipovolémico), para corregir la deshidratación grave por vía intravenosa.
33	RECUPERADOS	Marque con "X" si el paciente fue recuperado de la deshidratación debida a enfermedad diarreica.
34	SOBRES 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.
35	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.
36	METODO	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:
37	ORAL	El número de ciclos prescritos.
38	INYECTABLE MENSUAL INYECTABLE BIMENSUAL	El número de inyecciones proporcionadas según se trate de evitar el embarazo durante un lapso de uno o dos meses.
39	IMPLANTE SUBDERMICO	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.
40	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.
41	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).
42	PRESERVATIVO	El número de condones proporcionados (en unidades).
43	OTRO	El número según presentación.
44	NINGUNO	Marque con "X" cuando sólo se da información o cuando la persona no desea 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.
45	ATENCIÓN	Marque con "X" el tipo de atención que se le otorgó al usuario, de acuerdo con la siguiente clasificación.
46	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.
47	SUBSECUENTE	Atención otorgada a una persona que ya tiene registro previo de Planificación Familiar, independientemente del método anticonceptivo con que se controle.
48	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
49	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.
50	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.
51	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.
52	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.
53	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.
54	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.
55	SIFILIS	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.
56	CONDONES PREVENCIÓN ITS	Anote el número de condones entregados a población en riesgo, para prevenir las infecciones de transmisión sexual.
57	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.
58	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.

59	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.

Ahora tu consulta médica también incluye tus medicamentos

GOBIERNO DEL **ESTADO DE MÉXICO**

ISEM

Compromiso
Gobierno que cumple

Receta Médica

FOLIO A000 000 001

NOMBRE Y CLAVE DE LA JURISDICCIÓN:	NOMBRE Y CLAVE DE LA UNIDAD MÉDICA:		DOMICILIO DE LA UNIDAD MÉDICA:	
☐ CONSULTA EXTERNA ☐ URGENCIAS ☐ HOSPITALIZACIÓN	CLAVE Y NOMBRE DEL SERVICIO:	No. LICENCIA SANITARIA	COBERTURA*: ☐ SP ☐ PA ☐ OP	FECHA DE ELABORACIÓN:

NÚMERO DE EXPEDIENTE Y DE AFILIACIÓN		CLAVE Y NOMBRE GENÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO O CÁTALOGO)			CLAVE DEL DIAGNÓSTICO (CIE-10) PRIMARIO / SECUNDARIO
NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE:		INDICACIONES (DOSIS)	DURACIÓN DEL TRATAMIENTO	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD SURTIDA (LETRA)
EDAD:	GÉNERO: ☐ MASCULINO ☐ FEMENINO	CLAVE Y NOMBRE GENÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO O CÁTALOGO)			CLAVE DEL DIAGNÓSTICO (CIE-10) PRIMARIO / SECUNDARIO
NOMBRE DEL MÉDICO.		INDICACIONES (DOSIS)	DURACIÓN DEL TRATAMIENTO	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD SURTIDA (LETRA)
R.F.C.	NÚM. DE CÉD. PROFES.	CLAVE Y NOMBRE GENÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO O CÁTALOGO)			CLAVE DEL DIAGNÓSTICO (CIE-10) PRIMARIO / SECUNDARIO
FIRMA DEL MÉDICO		S (DOSIS)	DURACIÓN DEL TRATAMIENTO	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD SURTIDA (LETRA)

EL PACIENTE CUENTA CON 48 HORAS PARA CANJEAR LA PRESENTE RECETA	FIRMA DE RECIBIDO DE CONFORMIDAD	ENTREGUÉ CAJAS	RECIBÍ CAJAS	FECHA DE RECIBIDO

*SP=SEGURO POPULAR PA=POBLACIÓN ABIERTA OP=OPORTUNIDADES **ESTA RECETA NO ESTÁ AUTORIZADA PARA PRESCRIPCIÓN DE ESTUPEFACIENTES**

NOTA IMPORTANTE:

EN CASO DE QUE NO SE CUENTE CON ALGUNO DE LOS MEDICAMENTOS, EL PROVEEDOR TENDRÁ 60 MINUTOS PARA SURTIR LA RECETA TOTALMENTE

217B20000-001-06

ORIGINAL: ISEM/BOTICA PROVEEDOR

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
RECETA MÉDICA (217B20000-001-06)

Objetivo:

- Proporcionar al paciente las indicaciones de los medicamentos y la ingesta de los mismos, independientemente de que en forma verbal el médico tratante haga del conocimiento del paciente, del familiar y/o representante legal.

Distribución y Destinatario:

- El formato se genera en original y 3 copias. El original se turna a el proveedor o a Recursos Financieros, la primera copia se le queda a la Unidad Médica, la segunda copia al paciente y la tercera copia para la farmacia del proveedor para seguir el trámite interno.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	NOMBRE Y CLAVE DE LA JURISDICCIÓN	Anotar el nombre y clave de la Jurisdicción en donde se elabora el formato.
2	NOMBRE Y CLAVE DE LA UNIDAD MÉDICA	Anotar el nombre y clave de la Unidad Médica en donde se elabora el formato.
3	DOMICILIO DE LA UNIDAD MÉDICA	Anotar el nombre de la localidad en donde se encuentra ubicada la Unidad Médica.
4	CONSULTA EXTERNA URGENCIAS HOSPITALIZACIÓN	Marcar con una "X" el servicio donde se genera.
5	CLAVE Y NOMBRE DEL SERVICIO	Anotar la clave y nombre del servicio interno en el cual se genera el formato.
6	NO. LICENCIA SANITARIA	Anotar el número de la licencia sanitaria de la Unidad Médica.
7	COBERTURA*	Marcar con una "X" la cobertura que corresponda (Seguro Popular, Población Abierta, Oportunidades).
8	FECHA DE ELABORACIÓN	Anotar el día, mes y año en que se genera el formato.
9	NÚMERO DE EXPEDIENTE Y AFILIACIÓN	Anotar el número de expediente y afiliación correspondiente al paciente, en caso de pertenecer al seguro popular.
10	NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE	Anotar el nombre(s) y apellidos del paciente.
11	CLAVE Y NOMBRE GENÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO O CATALOGO)	Anotar el nombre genérico del medicamento de conformidad con el cuadro básico.
		En el espacio sombreado el responsable de la botica deberá anotar la clave del medicamento.
12	CLAVE DEL DIAGNÓSTICO (CIE-10)	Registrar la clave relacionada con el diagnóstico dictaminado.
13	INDICACIONES (DÓSIS)	Anotar las indicaciones al paciente, respecto a la dosificación del medicamento.
14	DURACIÓN DEL TRATAMIENTO	Anotar el tiempo en que el paciente habrá de consumir el medicamento.
15	CANTIDAD SOLICITADA	Anotar con número arábigo la cantidad de medicamentos solicitados.
16	CANTIDAD SURTIDA (LETRA)	Anotar con letra la cantidad de medicamentos surtidos.
17	EDAD	Anotar los años cumplidos del paciente.
18	GÉNERO MASCULINO FEMENINO	Marcar con un "X" el género o sexo del paciente.
19	NOMBRE DEL MÉDICO	Anotar el nombre(s) y apellidos del médico tratante.
20	R.F.C	Anotar el Registro federal de Causantes del Médico.
21	NÚM. DE CÉD. PROFES.	Anotar el número de la cédula profesional del médico tratante.
22	FIRMA DEL MÉDICO	Espacio para la firma autógrafa del médico tratante.
23	FIRMA DE RECIBIDO DE CONFORMIDAD	Espacio para la firma autógrafa del paciente al momento de recibir de conformidad el medicamento.
24	ENTREGUÉ CAJAS	Anotar el número de cajas que corresponden al medicamento entregado al paciente.
25	RECIBÍ CAJAS	El paciente debe anotar con letra el número total de cajas de medicamento que le son proporcionadas.
26	FECHA DE RECIBIDO	Anotar el día, mes y año en que se surten los medicamentos al paciente.

Recuerde usted que:

Las Unidades Médicas fueron creadas para mantener, proteger y mejorar la salud física y mental de usted y los suyos.

Cada cita que se le anota fue hecha después de estudiar su caso y para su conveniencia. Su puntualidad será en beneficio de usted, sus familiares y la Comunidad.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Carnet de Citas (hospitales)

UNIDAD MEDICA
LOCALIDAD
APELLIDO PATERNO
APELLIDO MATERNO
NOMBRE(S)
FECHA DE NACIMIENTO (DÍA, MES Y AÑO)
DIRECCIÓN

NÚMERO DE EXPEDIENTE	CLASIFICACIÓN DE TRABAJO SOCIAL

217B20000-101-07

FECHA	HORA	SERVICIO	CLAVE DEL MÉDICO	FECHA	HORA	SERVICIO	CLAVE DEL MÉDICO

217B20000-101-07

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
CARNET DE CITAS (hospitales) (217B20000-101-07)

Objetivo:

- Proporcionar al paciente un documento que le permita identificarse y mantener el registro de sus consultas en las Unidades Médicas del ISEM, llenando para ello dicho formato de acuerdo al siguiente instructivo.

Distribución y Destinatario:

- Se elabora y se entrega al paciente.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD MÉDICA	Anotar el nombre de la Unidad Médica que otorga el servicio.
2	LOCALIDAD	Anotar el nombre de la localidad donde se encuentra ubicada la Unidad Médica.
3	APELLIDO PATERNO	Anotar el apellido paterno del usuario.
4	APELLIDO MATERNO	Anotar el apellido materno del usuario.
5	NOMBRE(S)	Anotar el nombre completo del usuario.
6	FECHA DE NACIMIENTO	Registrar día, mes y año de la fecha de nacimiento del usuario.
7	DIRECCIÓN	Anotar la dirección completa del usuario (calle, número exterior, colonia o barrio, código postal, municipio o localidad).
8	NÚMERO DE EXPEDIENTE	Registrar el número del expediente que tiene asignado el usuario.
9	*CLASIFICACIÓN DE TRABAJO SOCIAL*	Se registra la clasificación que se da al usuario en el tabulador de cobro en base al estudio socioeconómico.
10	FECHA	Se registra la fecha en la que el usuario debe asistir a su próxima consulta.
11	HORA	Anotar la hora en la que el usuario debe asistir a su próxima consulta.
12	SERVICIO	Anotar en nombre del servicio al que asistirá el usuario en la próxima cita.
13	CLAVE DEL MÉDICO	Se anota la clave del médico que va a atender al usuario en su próxima cita.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

ISEM

Solicitud-Recepción de Interconsulta Médica

UNIDAD MÉDICA:	FECHA DE SOLICITUD:	HORA:
NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S))	EXPEDIENTE:	CAMA:

SERVICIO QUE SOLICITA LA INTERCONSULTA:	NOMBRE DEL MÉDICO SOLICITANTE:

MOTIVO DE LA INTERCONSULTA:

SERVICIO AL QUE SE LE SOLICTA LA INTERCONSULTA:	NOMBRE DEL MÉDICO QUE RECIBE LA SOLICITUD:

FECHA DE RECIBIDO:	HORA:

SOLICITÓ
(NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO)

RECIBIÓ
(NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO)

217B20000-024-06

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
SOLICITUD-RECEPCIÓN DE INTERCONSULTA MÉDICA (217B20000-024-06)

Objetivo:

- Contar con un instrumento seguro y controlable para formular de manera oportuna y correcta la solicitud de consulta de especialidad médica del paciente.

Distribución y Destinatario:

- Se genera en original y copia. El original se le queda al médico que reciba al paciente, y la copia se queda en el archivo clínico.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD MÉDICA:	Anotar el nombre de la Unidad Médica en donde se elabora el formato.
2	FECHA DE SOLICITUD:	Anotar el día, mes y año en que se elabora el formato.
3	HORA:	Anotar la hora en que se solicitó la interconsulta.
4	NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S))	Anotar el nombre completo del paciente en el siguiente orden: apellido paterno, apellido materno y nombre(s).
5	EXPEDIENTE:	Anotar el número de expediente asignado al paciente.
6	CAMA:	Anotar el número de cama asignada del paciente.
7	SERVICIO QUE SOLICITA LA INERCONSULTA:	Anotar el servicio que esta solicitando la interconsulta medica.
8	NOMBRE DEL MÉDICO SOLICITANTE:	Anotar el nombre completo del médico que solicita la interconsulta.
9	MOTIVO DE LA INTERCONSULTA:	Anotar la razón por lo que se solicita la interconsulta.
10	SERVICIO AL QUE SE LE SOLICITA LA INTERCONSULTA:	Anotar el nombre del servicio al que se le solicita la interconsulta.
11	NOMBRE DEL MÉDICO QUE RECIBE LA SOLICITUD:	Anotar el nombre del médico que recibe la solicitud de la interconsulta médica.
12	FECHA DE RECIBIDO:	Anotar el día, mes y año en que reciben la solicitud de interconsulta. Médica.
13	HORA:	Anotar la hora del día en que se recibió la solicitud de interconsulta médica.
14	SOLICITÓ (NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO)	Anotar nombre completo y firma autógrafa del médico que solicita la interconsulta médica.
15	RECIBIÓ: (NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO)	Anotar el nombre completo y firma autógrafa del médico que recibió al paciente en interconsulta médica.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

ISEM

Solicitud de Internamiento	INTERNAMIENTO: ***VOLUNTARIO*** ☐ ***INVOLUNTARIO*** ☐ ***OBLIGATORIO*** ☐

UNIDAD MÉDICA:	LUGAR:	FECHA:	HORA:

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S))	NO. EXPEDIENTE:

EDAD:	*GÉNERO:* ☐ MASCULINO ☐ FEMENINO	*OCUPACIÓN:*	ESTADO CIVIL:

DOMICILIO (CALLE, NÚMERO, COLONIA, LOCALIDAD, MUNICIPIO, ESTADO)	TELÉFONO:
EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:	PARENTESCO:
DOMICILIO:	TELÉFONO:

INGRESA POR EL SERVICIO DE: CONSULTA EXTERNA ☐ URGENCIAS ☐	INGRESO AL SERVICIO DE:	FECHA DE INGRESO:	HORA DE INGRESO:

DIAGNÓSTICO DE INGRESO☺

SOLICITANTE NOMBRE Y FIRMA	MÉDICO QUE HACE EL INGRESO NOMBRE Y FIRMA
PARENTESCO: / TELÉFONO:	
DOMICILIO:	

217B20000-036-07

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
SOLICITUD DE INTERNAMIENTO (217B20000-036-07)

Objetivo:
- Contar con un documento que contenga los datos generales del paciente a ingresar al servicio de hospitalización.

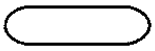
Distribución y Destinatario:
- El formato se genera en original y se integra al expediente clínico del paciente.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	INTERNAMIENTO VOLUNTARIO INVOLUNTARIO OBLIGATORIO	Anotar con una "X" la opción que corresponda.
2	UNIDAD MÉDICA	Anotar el nombre oficial de la unidad hospitalaria.
3	LUGAR:	Anotar el domicilio completo de la unidad médica.
4	FECHA	Anotar el día, mes y año en que se interna al paciente.
5	HORA:	Anotar la hora y minutos en que ingresa el paciente.
6	NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APPELLIDO MATERNO Y NOMBRE (S)	Anotar apellidos y nombre (s) completo (s) del paciente.
7	NÚMERO DE EXPDEDIENTE:	Anotar el número de expediente que le fue asignado al paciente.
8	EDAD:	Anotar el número de años cumplidos del paciente.
9	GÉNERO: MASCULINO FEMENINO	Marcar con una "X", el género que corresponda el paciente.
10	OCUPACIÓN	Anotar el oficio.o profesión a la que se dedica el paciente.
11	ESTADO CIVIL	Anotar si es soltero, casado, viudo, divorciado, unión libre.
12	DOMICILIO	Anotar el nombre de la calle, número, colonia, municipio y entidad federativa del domicilio actual del paciente.
13	TELÉFONO	Anotar el número telefónico completo con clave lada (en su caso) en donde se pueda localizar.
14	EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A	Anotar el nombre del familiar o responsable del paciente.
15	PARENTESCO:	Anotar el tipo de parentesco que tiene con el paciente.
16	DOMICILIO:	Anotar el nombre de la calle, número, colonia, municipio y entidad federativa del domicilio actual del familiar o responsable del paciente.
17	TELÉFONO:	Anotar el número telefónico completo con clave lada (en su caso) en donde se pueda localizar.
18	INGRESA POR EL SERVICIO DE	Marque con un "X" el recuadro que corresponda según haya ingresado el paciente.
19	INGRESO AL SERVICIO DE	Anotar el nombre del servicio al cual ingresa el paciente.
20	FECHA DE INGRESO	Anotar el día, mes y año en que ingresa el paciente.
21	HORA DE INGRESO	Anotar le hora y minutos en que ingresa el paciente.
22	DIAGNÓSTICO DE INGRESO	Describa concretamente la patología por la cual ingreso el paciente.
23	SOLICITANTE NOMBRE Y FIRMA:	Anotar el nombre completo y firma del familiar o persona que se hace responsable del paciente.
24	PARENTESCO:	Anotar el tipo de parentesco que tiene con el paciente.
25	TELÉFONO:	Anotar el número telefónico completo con clave lada (en su caso) en donde se pueda localizar.
26	DOMICILIO:	Anotar el nombre de la calle, número, colonia, municipio y entidad federativa del domicilio actual del familiar o responsable del paciente.
27	NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO QUE HACE EL INGRESO	Anotar el nombre completo y firma del médico que autoriza el ingreso del paciente.

PROCEDIMIENTO: CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDAD	**Edición:** Primera
	Fecha: Julio de 2007
	Código: 217B
	Página: VII

.SIMBOLOGIA

INICIO O FINAL DEL PROCESO



Señala el principio o terminación de un procedimiento. Cuando se utilice para indicar el principio de un proceso se anotará la palabra **INICIO**, en el segundo caso, cuando se termine la secuencia de operaciones, se escribirá la palabra **FIN**.

OPERACION

Para representar una actividad o proceso, sea manual, mecanizado o mental, se utilizará este símbolo, el cual muestra las principales fases del procedimiento, empleándose cuando el material, formato o la propia acción va a cambiar, por ejemplo: enviar, anotar, tramitar, modificar, contestar, ejecutar, etc., se anotará dentro del símbolo un número en secuencia, concatenándose con las verificaciones o actividades combinadas únicamente; del mismo modo se escribirá una breve descripción al margen del símbolo de lo que sucede en ese paso.

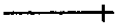
INSPECCION

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

ACTIVIDAD COMBINADA

Figura que se utiliza en los casos en que un mismo paso se realiza tanto una operación como una verificación

LINEA CONTINUA



La línea 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 símbolo empleado.

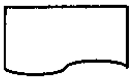
LINEA DE GUIONES

Este símbolo 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 ZIG ZAG

Se utiliza para señalar que existe flujo de información, la cual se realiza a través de teléfono, telex, fax, etc. La dirección del flujo se indica como en los casos de las líneas de guiones y continua.

FORMATO IMPRESO



Como su nombre lo indica, esta representación se aplica en formas impresas, documentos, reportes, listados, etc., y se anota después de cada operación, inspección o actividad combinada, 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 numerar y la última contiene el número final de copias, esta disposición se ejercerá cuando el juego de formatos siga un mismo flujo, ahora bien si se desconoce el número de copias en el primer símbolo se anotará una "X" y en el último una "N". Finalmente para indicar que el formato se elabora en ese momento, se marcará en el ángulo inferior derecho un triángulo lleno.

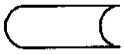
FORMATO NO IMPRESO

Este símbolo 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, pudiendo ser un machote.

PAQUETE DE MATERIALES

En este caso, la figura se emplea para representar un conjunto de materiales, dinero o todo aquello que sea en especie.

REGISTRO Y/O CONTROLES



Tiene como función representar un control o libro de registros, se usará cuando se hable 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 de ser en guiones terminando de igual manera en el símbolo.

DESTRUCCION DE DOCUMENTOS

Este signo representa el destino final del documento cuando por diversas causas ya no es necesaria su participación en el procedimiento en estudio.

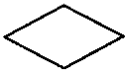
ARCHIVO TEMPORAL

La situación de archivo temporal en un procedimiento, se presenta cuando un documento o material por algún motivo debe guardarse durante un período indefinido para después utilizarlo en otra actividad, representa espera y se aplica cuando el uso del documento o material se conecta con otra operación.

ARCHIVO DEFINITIVO

Esta representación marca el fin de la participación de un documento o material en un procedimiento, por lo que se procede a archivar de manera definitiva, con la salvedad de emplearse en otros procesos. En el caso de que en alguna actividad se archive y concluya el proceso, es válido utilizar, ambos símbolos (archivo definitivo y FIN).

DECISION



Símbolo que 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.

INTERRUPCION DEL PROCESO

En ocasiones el procedimiento requiere de una interrupción para ejecutar alguna actividad o bien para dar tiempo al usuario para realizar o reunir una determinada situación. Por ello, el presente símbolo se emplea cuando el proceso requiere de una espera necesaria e insoslayable. El caso usual, es cuando un documento se archiva temporalmente y después se vuelve a utilizar, indica tiempo sin actividad.

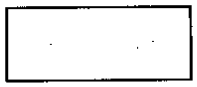
ANEXO DE DOCUMENTOS

El empleo de este símbolo indica que dos o más documentos se anexan para concentrarse en un sólo paquete, el cual permita identificar las copias o juegos de los documentos existentes e involucrados en el procedimiento.

FUERA DE FLUJO

Cuando por necesidad del procedimiento, una determinada actividad o participación ya no es requerida dentro del mismo, se opta por utilizar el signo de fuera de flujo para finalizar su intervención en el proceso.

CONECTOR DE PROCEDIMIENTOS



Es utilizado para señalar que un procedimiento proviene o es la continuación de otro(s). Es importante anotar dentro del símbolo el nombre del proceso del cual se deriva o hacia donde va.

CONECTOR DE HOJA EN UN MISMO PROCEDIMIENTO

Este símbolo se utiliza con la finalidad de evitar las hojas de gran tamaño que lejos de facilitar el entendimiento del procedimiento, lo hace más complejo, el cual muestra al finalizar la hoja, hacia donde va y el principio de la siguiente hoja de donde viene. Asimismo, se deberá utilizar el menor número de veces, lo cual se puede lograr distribuyendo los símbolos de tal manera que sólo se empleen los necesarios a efecto de evitar confusiones en la secuencia del procedimiento; para fines de control se escribirá dentro de la figura una letra (mayúscula) del alfabeto, empezando con la "A", y continuando con la secuencia del mismo.

PROCEDIMIENTO: CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDAD	**Edición:** Primera
	Fecha: Julio de 2007
	Código: 217B
	Página: VIII

MANUAL DEL PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA EN UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD

REGISTRO DE EDICIONES

Primera edición (julio de 2007): elaboración del manual.

PROCEDIMIENTO: CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDAD	**Edición:** Primera
	Fecha: Julio de 2007
	Código: 217B
	Página: IX

MANUAL DEL PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA EN UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD

DISTRIBUCIÓN

El original del manual del procedimiento se encuentra en poder del Departamento de Desarrollo Institucional, de la Unidad de Modernización Administrativa del Instituto.
Las copias controladas están distribuidas de la siguiente manera:

1. Coordinación de Servicios de Salud.
2. Dirección de Servicios de Salud.
3. Centro Médico "Lic. Adolfo López Mateos".

PROCEDIMIENTO: CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDAD	**Edición:** Primera
	Fecha: Julio de 2007
	Código: 217B
	Página: X

MANUAL DEL PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA EN UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD.

VALIDACIÓN

DRA. MARÍA ELENA BARRERA TAPIA
SECRETARIA DE SALUD Y
DIRECTORA GENERAL DEL ISEM
(RÚBRICA)

LIC. FEDERICO RUIZ SÁNCHEZ
COORDINADOR DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
(RÚBRICA)

LIC. MARTHA MEJÍA MÁRQUEZ
JEFE DE LA UNIDAD DE MODERNIZACIÓN ADMINISTRATIVA
(RÚBRICA)

DR. JESÚS LUIS RUBÍ SALAZAR
COORDINADOR DE SALUD
(RÚBRICA)

DR. ROBERTO MARTÍNEZ POBLETE
DIRECTOR DE SERVICIOS DE SALUD
(RÚBRICA)

DR. ÁNGEL SALINAS ARNAUT
SUBDIRECTOR DE ATENCIÓN MÉDICA
(RÚBRICA)

DR. CARLOS ESTEBAN ARANZA DONIZ
DIRECTOR DEL CENTRO MÉDICO "LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS"
(RÚBRICA)

CRÉDITOS

© M. P. / 108
Manual del Procedimiento de Consulta Externa en Unidades Médicas de Alta Especialidad.
Secretaría de Salud
Instituto de Salud del Estado de México

Responsables de la información:
- *Dr. Carlos Esteban Aranza Doniz.-* Director del Centro Médico "Lic. Adolfo López Mateos"
- *L.A.E.T. Alejandra Hélia Béjar Calzada.- Jefe de la Unidad de Calidad del* Centro Médico "Lic. Adolfo López Mateos"

Responsables de su integración:
- *L.A.E. Martha Mejía Márquez*
- *LIC. Armando Santín Pérez*
- *L.A.E. Martha Ivonne Romero Hernández*
- *P.L.T. Silvia Reynoso Díaz*

Toluca, México
Julio, 2007.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

ISEM

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA DE CONTROL DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL DE CURACIÓN SERVICIO SUBROGADO

JUNIO DE 2007

Derechos reservados
Primera edición 2007
Gobierno del Estado de México
Secretaría de Salud
Instituto de Salud del Estado de México
Av. Independencia Ote. 1009
Colonia Reforma
C. P. 50070
Impreso y hecho en Toluca, Méx.
Printed and made in Toluca, Méx.

La reproducción parcial o total de este documento
Podrá efectuarse mediante la autorización exprofeso
de la fuente y dándole el crédito correspondiente.

ÍNDICE

Presentación	III
Aprobación	IV
Objetivo General	V
Identificación e interacción de procesos	VI
Relación de Procesos y Procedimientos	VI
Normas Generales de Operación	VII
Definiciones	VIII
Descripción del procedimiento	IX
1. Suministro de Medicamentos por Receta Médica	217B50000/01-02
2. Suministro de Medicamentos y Material de Curación por Recetario Colectivo	217B50000/02-02
3. Emisión de Notas de Crédito	217B50000/03-02
4. Pago a Proveedores	217B50000/04-02
5. Entrega de Reportes	217B50000/05-02
Simbología	X
Registro de ediciones	XI
Distribución	XII
Validación	XIII

Presentación

La sociedad mexiquense exige de su gobierno cercanía y responsabilidad para lograr, con hechos, obras y acciones, mejores condiciones de vida y constante prosperidad.

Por ello, el licenciado Enrique Peña Nieto, Gobernador Constitucional del Estado de México, impulsa la construcción de un gobierno eficiente y de resultados, cuya premisa fundamental es la generación de acuerdos y consensos para la solución de las demandas sociales.

El buen gobierno se sustenta en una administración pública más eficiente en el uso de sus recursos y más eficaz en el logro de sus propósitos. El ciudadano es el factor principal de su atención y la solución de los problemas públicos su prioridad.

En este contexto, la Administración Pública Estatal transita a un nuevo modelo de gestión, orientado a la generación de resultados de valor para la ciudadanía. Este modelo propugna para garantizar la estabilidad de las instituciones que han demostrado su eficacia, pero también por el cambio de aquellas que es necesario modernizar.

La solidez y el buen desempeño de las instituciones gubernamentales tienen como base las mejores prácticas administrativas emanadas de la permanente revisión y actualización de las estructuras organizacionales y sistemas de trabajo, del diseño e instrumentación de proyectos de innovación y del establecimiento de sistemas de gestión de la calidad.

El presente manual administrativo documenta la acción organizada para dar cumplimiento a la misión de las unidades médicas del Instituto de Salud del Estado de México. La estructura organizativa, la división del trabajo, los mecanismos de coordinación y comunicación, las funciones y actividades encomendadas, el nivel de centralización o descentralización, los procesos clave de la organización y los resultados que se obtienen, son algunos de los aspectos que delinean la gestión administrativa de este organismo auxiliar del Ejecutivo Estatal.

Este documento contribuye a la planificación, conocimiento, aprendizaje y evaluación de la acción administrativa. El reto impostergable es la transformación de la cultura de las dependencias y organismos auxiliares hacia nuevos esquemas de responsabilidad, transparencia, organización, liderazgo y productividad.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA DE CONTROL DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL DE CURACIÓN	**Edición:** Segunda **Fecha:** Junio / 2007 **Código:** 217B50000 **Página:** III

Presentación

El presente manual precisa las funciones y actividades, considerándose a la vez un medio de información, quedando integrado con el objetivo del mismo documento, las bases jurídicas que indican la actuación del área correspondiente, la descripción de los procesos para su realización, así como los formatos e instructivos.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA DE CONTROL DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL DE CURACIÓN	**Edición:** Segunda **Fecha:** Junio / 2007 **Código:** 217B50000 **Página:** IV

Aprobación

Con fundamento en el artículo 293, fracción IV del Reglamento de Salud del Estado de México, el H. Consejo Interno del Instituto de Salud del Estado de México, en sesión ordinaria número 152, aprobó el presente **"Manual de Procedimientos del Sistema de Control de Medicamentos y Material de Curación"**, el cual contiene la información referente a consideraciones generales, sistema operativo y procedimientos, así como las directrices para el logro de los objetivos institucionales.

FECHA DE ACUERDO	NÚMERO DE ACUERDO
25 / JULIO / 07	ISE/ 152 / 009

M. EN A. EDUARDO FRANCISCO BERTERAME BARQUÍN
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN Y
SECRETARIO DEL CONSEJO INTERNO DEL ISEM
(RÚBRICA)

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA DE CONTROL DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL DE CURACIÓN	**Edición:** Segunda **Fecha:** Junio / 2007 **Código:** 217B50000 **Página:** V

Objetivo General

Establecer los mecanismos necesarios que permitan implantar y operar el sistema de suministro y control de medicamentos y material de curación, mediante la política de subrogación del servicio de botica en las unidades médicas del Instituto de Salud del Estado de México.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA DE CONTROL DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL DE CURACIÓN	**Edición:** Segunda **Fecha:** Junio / 2007 **Código:** 217B50000 **Página:** VI

Identificación e Interacción de Procesos

Proceso:

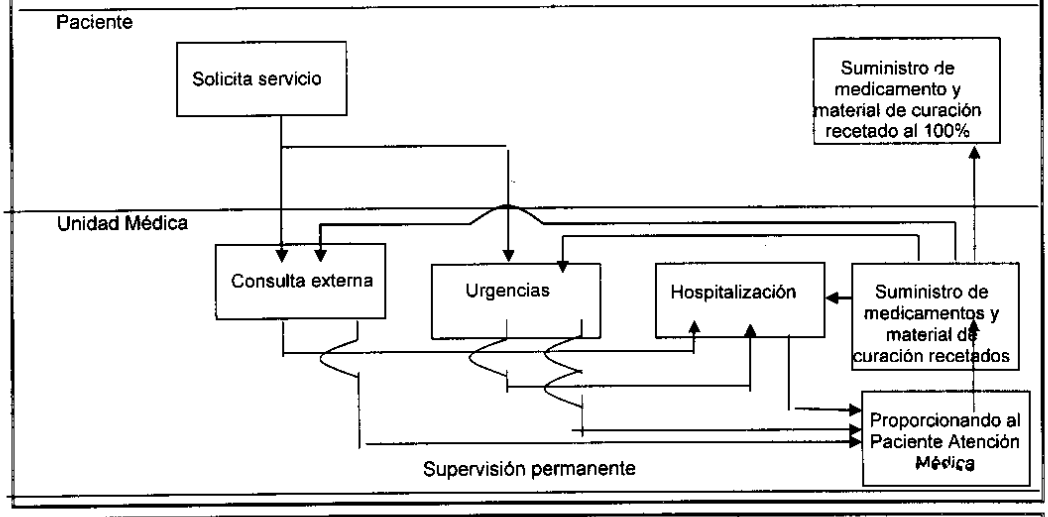
Suministro de medicamentos y material de curación a pacientes y Servicios Médicos del Instituto, mediante la subrogación del servicio de botica, en hospitales, centros de salud con hospitalización y centros de salud urbanos.

Relación de Procesos y Procedimientos

Procedimientos:

Suministro de Medicamentos por Receta Médica
Suministro de Medicamentos y Material de Curación por Recetario Colectivo
Emisión de Notas de Crédito
Pago a Proveedores
Emisión de Reportes.

Mapa de Procesos



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA DE CONTROL DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL DE CURACIÓN	**Edición:** Segunda
	Fecha: Junio / 2007
	Código: 217B50000
	Página: VII

Normas Generales de Operación

1. La Subdirección de Recursos Materiales elaborará y difundirá cronograma para convocar a las unidades médicas del instituto, participantes en la subrogación del servicio de botica, a realizar el cierre de sus almacenes en materia de medicamentos y material de curación, con el propósito de llevar a cabo la toma física de los inventarios correspondientes, en coordinación con la Unidad de Contraloría Interna y el Departamento de Contabilidad.
2. El período máximo del cierre de almacenes de medicamentos y material de curación y de boticas de las unidades médicas y la recepción y apertura de las mismas, por parte de los proveedores, no podrá ser mayor a 72 horas, de conformidad con el contrato correspondiente, así mismo los locales en donde se instale la botica deberán cumplir con la legislación sanitaria correspondiente.
3. El Instituto entregará a los proveedores los inventarios del catálogo y cuadro básico de medicamentos y material de curación estipulados en el contrato respectivo; mediante los kardex respectivos los cuales deberán contener información relativa a clave, descripción, presentación, costo unitario, cantidad, subtotal, fecha de caducidad, lote y país de origen. Las claves que queden fuera se almacenarán de manera separada, quedando bajo el resguardo y responsabilidad del personal de las unidades médicas del Instituto.
4. Sólo se deberán dar de baja del sistema los medicamentos y material de curación contemplados en el inventario a entregar en consignación a los proveedores, los restantes deberán de seguirse operando normalmente.
5. Para la operación del sistema de computo, los costos de referencia para consignación serán costos promedio ponderados a no más de 5 decimales (1.00000).
6. Los proveedores operaran los inventarios del medicamento y material de curación de manera consolidada, en uno solo, sin considerar precios, pero si costos.
7. Los proveedores dejarán como garantía la cuenta por cobrar al Instituto o en caso de insuficiencia de

esta, se hará efectiva la garantía de incumplimiento del contrato, hasta por el valor comercial de los medicamentos otorgados en consignación.

8. A la baja en sistema de los medicamentos y material de curación por entregar a los proveedores, se le dará el trato de una salida por consignación bajo cuatro rubros de abasto identificados por un carácter: c: compra directa, a: abasto por almacén central, d: donaciones y t: transferencias.

9. Las unidades médicas integrarán las salidas de los medicamentos y material de curación por entregar en consignación a los proveedores en cuatro grupos, de conformidad con su tipo de abasto: compra directa, abasto por almacén central, donaciones y transferencias.

10. Las unidades médicas sistemáticamente manejarán la salida de los medicamentos y material de curación por entregar a los proveedores como un archivo temporal.

11. Deberá estipularse dentro del contrato la obligatoriedad de los proveedores de respetar los costos ofrecidos por el Instituto al momento de emitir los reportes de las salidas de los medicamentos y material de curación bajo la modalidad de consignación.

12. Los proveedores instalarán en cada unidad médica del Instituto, participantes en la subrogación del servicio de botica, un equipo de cómputo y sistema, el cual deberá contener el archivo del inventario inicial de sus operaciones.

13. Las unidades médicas y administrativas del Instituto, deberán entregar a los proveedores la siguiente información para dar inicio con la operación del Sistema para el Control de Medicamentos y/o Material de Curación bajo la modalidad de subrogación del servicio de botica:

    a). La Subdirección de Atención Médica del Instituto:
    - Catálogo de claves CIE-10, tanto primarias como secundarias.
    - Catálogo de claves del personal médico facultado en las diferentes unidades médicas participantes en el sistema, para autorizar la "Receta Médica" y el "Recetario Colectivo de Medicamentos y/o Material de Curación", conteniendo su número de cédula profesional. En el caso del personal médico que carezca de cédula, se registrará el R.F.C. Los Directores y/o Administradores de las unidades médicas actualizarán mensualmente dicho catálogo, considerando como clave del médico el registro federal de causantes.

    b). La Subdirección de Recursos Materiales del Instituto:
    - Catálogo de claves de medicamentos y material de curación incluidos en el sistema (de conformidad con el indicado en las bases de la licitación).
    - El precio de las claves del medicamento y material de curación incluidos en el sistema, de conformidad con la ultima compra consolidada, a efecto de valuar la toma de inventarios en los centros de salud.

    c). La Subdirección de Tesorería y Contabilidad del Instituto:
    - Catálogo de claves de las unidades médicas en las que habrá de operar el sistema, para el caso de los centros de salud se estructura la clave anexando un digito identificador.

    d). La Unidad de Informática del Instituto:
    - La definición de la estructura del archivo plano, basada en los requerimientos de información que fueron definidos por las áreas médica y de finanzas del Instituto..

    e). La Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación del Instituto:
    - Catálogo de unidades por municipio y localidad.

14. El proveedor entregará por escrito a la Coordinación de Administración y Finanzas la clave de acceso a su sistema para su explotación.

15. La clave del paciente correspondiente a población abierta será su número de expediente.

16. Para el caso de los centros de salud, los contactos para la toma de inventarios, serán el Administrador y/o el Responsable de Almacén de las jurisdicciones correspondientes.

17. En las boticas instaladas por el proveedor, bajo el sistema de subrogación de servicios, no se practicará el suministro de medicamentos bajo la modalidad de pastilleo, por lo que el servicio de botica de la unidad médica del instituto será el responsable del resguardo del medicamento y material de curación que no le sea suministrado de inmediato a los pacientes.

18. La Subdirección de Recursos Materiales deberá de informar oficialmente a la Subdirección de Atención Médica las fechas de cierre de almacenes, así como del suministro de medicamentos y material de curación, para la toma física de inventarios, en las unidades médicas participantes en la subrogación del servicio de botica.
19. El proveedor proporcionará a las unidades médicas del instituto un número confidencial de acceso al sistema, con el propósito de llevar a cabo su actualización mediante el registro oportuno de las altas y bajas del personal médico.
20. El proveedor deberá dejar en su sistema el módulo correspondiente a catálogos de información, además el proveedor deberá permitir exportar dicha información cuando el instituto lo requiera, así como la información de requerimientos.
21. Los proveedores serán responsables de contar con las autorizaciones sanitarias y demás permisos, avisos y registros necesarios para operar el servicio subrogado de medicamentos y material de curación.
22. Cada botica del proveedor deberá contar con responsable sanitario, aviso de funcionamiento y licencia sanitaria, para el caso de suministrar medicamento controlado deberá contar con aviso de previsión, autorizados por la jurisdicción de regulación sanitaria correspondiente.
23. Por cada dos farmacias se autorizará un responsable sanitario y se verificara por parte de regulación sanitaria que cumpla con su horario de farmacia.
24. Es responsabilidad del proveedor solicitar ante cada jurisdicción de regulación sanitaria, la capacitación de su personal respecto al manejo y dispensación de medicamentos.
25. Cada botica del proveedor deberá contar con la edición reciente del suplemento de la "Farmacopea".
26. El proveedor deberá tramitar ante la Subdirección de Normatividad Sanitaria del Instituto, por cada botica, su aviso de previsión de medicamentos controlados (grupo I).
27. El sistema se aplicará con carácter obligatorio en Hospitales y Centros de Salud del Instituto de Salud del Estado de México.
28. Los hospitales, centros de salud urbanos y con hospitalización del Instituto serán abastecidos con los medicamentos de acuerdo al catálogo y cuadro básico de medicamentos y material de curación estipulados en el contrato correspondiente, por la empresa adjudicada mediante el proceso de licitación.
29. Todo servicio hospitalario deberá contar con la dotación suficiente para dar cumplimiento a la terapéutica indicada, de conformidad con lo estipulado en las cláusulas del el contrato correspondiente.
30. El proveedor estará sujeto a las obligaciones y sanciones establecidas en el contrato correspondiente, para el surtimiento de medicamentos y material de curación.
31. El Director y Administrador de las unidades medicas serán los encargados de levantar las actas de incumplimiento y turnarlas dentro de los cinco días hábiles posteriores a su elaboración a la Subdirección de Recursos Materiales y de la Unidad de Contraloría Interna del instituto, respecto a las anomalías e ineficiencias en que incurra el proveedor de la botica.
32. La Subdirección de Recursos Materiales notificara por escrito a la Unidad de Asuntos Jurídicos, los casos que den origen a la rescisión del contrato o que requieran seguimiento jurídico.
33. Los medicamentos controlados y los de libre venta no considerados en el servicio subrogado, serán adquiridos, registrados y administrados de conformidad con los controles y sistemas establecidos en el Manual de Procedimientos del Servicio de Botica, así como con la normatividad sanitaria vigente en la materia.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA DE CONTROL DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL DE CURACIÓN	**Edición:** Segunda
	Fecha: Junio / 2007
	Código: 217B50000
	Página: VIII

Definiciones

Abastecer: Proveer de los elementos materiales necesarios para llevar a cabo una operación o función determinada.

Adquisición: Acto o hecho en virtud del cual una persona obtiene el dominio o propiedad de una cosa – mueble o inmueble – o algún derecho real sobre ella. Puede tener efecto a título oneroso o gratuito; a título singular o universal.

Atención a la salud; servicio de atención a la salud: Conjunto de acciones coordinadas de promoción y de educación para la salud, protección específica, detección, limitación del daño, atención médica de enfermedades y rehabilitación, que se desarrollan por interacción de diferentes grupos de profesionales y técnicos, con el fin de preservar la salud del individuo o recuperarla, en conjunto con la familia o la comunidad.

Botica: Establecimiento dedicado a la comercialización de especialidades farmacéuticas, incluyendo aquellas que contengan estupefacientes y psicotrópicos o demás insumos para la salud.

CIE-10: Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, décima revisión. Al estándar internacional, de uso obligatorio en todo el país, para la codificación y generación de estadísticas de morbilidad y mortalidad uniformes, que permitan la comparabilidad nacional e internacional.

CLUES: Clave única de establecimientos de salud. Al identificador único, consecutivo e intransferible que asigna la Dirección General de Información en Salud a cada establecimiento de salud (unidad médica, laboratorio, farmacia, centros de diagnóstico, centros de tratamiento, oficinas administrativas) que exista en el territorio nacional, sea público o privado, y con la cual se identifica todo lo reportado por el mismo a cada uno de los subsistemas del Sistema Nacional de Información en Salud.

Conciliación: Método o acción para la prevención y resolución de discrepancias en materia financiera y/o administrativa, entre las unidades operativas y normativas del instituto.

Contabilidad: Principios y técnicas utilizadas en el establecimiento y análisis de las cuentas que registran tanto los activos, pasivos, capital o patrimonio; ingresos, costos y gastos, como las asignaciones, compromisos y ejercicios correspondientes a los programas y partidas presupuéstales.

Contrato: Es el instrumento usual para formalizar la voluntad y compromiso de las partes que intervienen, por lo general se utiliza para la adquisición o venta de productos o como medio para emplear los servicios de una persona. El contrato es un instrumento normativo, y como tal, debe precisar en todo momento las diversas condiciones que las partes contratantes se imponen como obligaciones y derechos; éstos son asentados en cláusulas cuyo conjunto norma la actuación de las partes contratantes durante la vigencia del mismo.

Contra recibo: Es un documento donde registra los datos para pago de un servicio o un bien, en el cual se pagará canjeando dicho documento.

Control: Proceso cuyo objetivo es la detección de logros y desviaciones para evaluar la ejecución de programas y acciones y aplicar las medidas correctivas necesarias. La acción de control puede producirse permanente, periódica o eventualmente durante un proceso determinado o parte de éste, a través de la medición de resultados.

Control de existencias: Registros que se efectúan a fin de mantener un equilibrio entre la demanda de medicamentos y material de curación por parte de los diferentes servicios de las unidades médicas del instituto y la existencia física de los mismos en la botica, de conformidad con lo estipulado en las cláusulas del contrato.

Control presupuestal: Sistema compuesto por un conjunto de procedimientos administrativos mediante los cuales se vigila la autorización, tramitación y aplicación de los recursos humanos, materiales (servicios) y financieros integrantes del gasto público que realicen las diferentes unidades del instituto en el desempeño de sus funciones asignadas.

Consulta externa: Atención médica que se otorga al paciente ambulatorio en un consultorio de la unidad médica del instituto, que consiste en realizar un interrogatorio y exploración física, para integrar un diagnóstico.

Cuadro básico de medicamentos y material de curación: Denominado también como Cuadro básico y catálogo de insumos del Sector Salud, en la actualidad se constituye como un instrumento fundamental en la política de adquisición de insumos, con el nuevo sistema de salud integrado por el IMSS, el ISSSTE y el Sistema de Protección Social en Salud, que significa la atención médica integral incluyendo el acceso a medicamentos, ya que son un componente esencial de la atención a la salud.; tiene por objeto seleccionar y codificar los insumos necesarios para la prevención, tratamiento, rehabilitación e investigación de los problemas de salud.

I. Medicamentos; y
II. Material de curación;

Diagnóstico médico: Proceso de acercamiento gradual al conocimiento analítico de un problema de salud, que permite destacar los elementos más significativos de una enfermedad.

Diagnóstico primario: Situación diagnosticada como la causa primaria de la necesidad de tratamiento y/o rehabilitación del paciente, en caso de detectarse más de una enfermedad así caracterizada, deberá seleccionarse la que ocasionó el síntoma principal de la alteración en la salud del paciente. Este será representado mediante una clave asignada mediante el CIE-10.

Diagnóstico secundario: Situación diagnosticada como la causa secundaria de la necesidad de tratamiento y/o rehabilitación del paciente, enfermedad subsecuente del síntoma principal de la alteración en la salud del paciente. Este será representado mediante una clave asignada mediante el CIE-10.

Eficacia: Capacidad para cumplir en el lugar, tiempo, calidad y cantidad las metas y objetivos establecidos. Virtud, actividad, fuerza, poder y capacidad para obrar y producir un efecto previsto.

Eficiencia: Es el uso más racional de los medios con que se cuenta para alcanzar un objetivo predeterminado. La eficiencia se considera el requisito para evitar dispendios y errores costosos.

Ejecución del gasto: Acción o manera de emplear el dinero, de acuerdo con lo programado o las necesidades que es preciso satisfacer.

Evaluación y control de adquisiciones: Activación y vigilancia de la entrega de los bienes en los términos y condiciones previstas en el contrato y de su existencia y suministro por parte de la botica para su entrega oportuna a los usuarios, así como la captación, registro y procesamiento de la información para la emisión de los informes requeridos por las áreas competentes del instituto.

Expediente clínico: Conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias (NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico, punto 4.4).

Facsímil: Es la reproducción exacta de firma, a través de un sello.

Farmacia: Establecimiento dedicado a la comercialización de especialidades farmacéuticas, incluyendo aquellas que contengan estupefacientes y psicotrópicos, insumos para la salud en general y productos de perfumería, belleza y aseo.

Fármaco: Toda sustancia natural, sintética o biotecnológica que tenga alguna actividad farmacológica y que se identifique por sus propiedades físicas, químicas o acciones biológicas, que no se presenten en forma farmacéutica y que reúna condiciones para ser empleada como medicamento o ingrediente de un medicamento.

Farmacopea: Documento legal instituido por la Ley General de Salud en donde se establecen los métodos de análisis y los requisitos sobre identidad, pureza y calidad que garanticen que los fármacos (principios activos), aditivos, medicamentos y productos biológicos (vacunas y hemoderivados) sean eficientes y seguros, de acuerdo a las características propias del país, que es expedida y reconocida por la autoridad sanitaria competente.

Firma autógrafa: Es el escrito realizado a mano de su mismo autor (firma de la persona).

Función: Conjunto de actividades a fines y coordinadas necesarias para alcanzar los objetivos de la institución, de cuyo ejercicio generalmente es responsable un órgano o unidad administrativa.

Indicador: Dimensión utilizada para medir o comparar los resultados efectivamente obtenidos en el suministro de medicamentos y material de curación por la botica a los usuarios y servicios de las unidades médicas del instituto.

Información: Conjunto de datos procesados que presentarán los proveedores a las áreas competentes del instituto, para dar a conocer el comportamiento del suministro de medicamentos y material de curación por la botica a los usuarios y servicios de las unidades médicas.

Información para la salud: Datos, información y evidencia relacionados con la generación, acceso, difusión y uso del personal, servicios, recursos, pacientes, tratamientos y resultados dentro del sector salud.

Manual de procedimientos: Medio o instrumento de información en el que se consignan, en forma metódica, los pasos y operaciones que deben seguirse para la realización de las funciones de una o varias unidades administrativas.

Medicamento: Substancia o mezcla de substancias de origen natural o sintético que tengan efecto terapéutico, preventivo o rehabilitatorio, que se presente en forma farmacéutica y se indique como tal por su actividad farmacológica, características físicas, químicas y biológicas.

Pago: Corresponder con reciprocidad en efectivo al servicio ó producto recibido.

Póliza-cheque: Es el instrumento formal de contrato y el registro de la orden de pago, que sirve al beneficiario para retirar los fondos de la cuenta.

Presupuesto: Documento contable que presenta la estimación anticipada de los ingresos y gastos relativos del Instituto, por un periodo determinado de tiempo.

Procedimiento: Sucesión cronológica de operaciones concatenadas entre sí, que se constituyen en una unidad, en la función de la realización de una actividad o tarea específica dentro de un ámbito predeterminado de aplicación.

Proceso: Conjunto ordenado de etapas y pasos con características de acción concatenada, dinámica y progresiva, que concluye con la obtención de un resultado.

Proceso Adquisitivo: Conjunto de acciones debidamente normadas, que tienen como propósito la compra de un bien o servicio.

Programación de las adquisiciones: Determinación y jerarquización de las necesidades de artículos, formulación de los programas parciales y anuales de compras, investigación y análisis de bienes, así como sus fuentes de suministro y la selección de proveedores.

Queja: Manifestación de Inconformidad que presenta el usuario del servicio subrogado de botica, ante los módulos previamente establecidos para ello.

Proveedor: Empresa encargada de proporcionar el servicio subrogado de botica.

Referencias: Base jurídica a la que deben apegarse las unidades del instituto, participantes en los procesos descritos en el manual, en el ejercicio de sus funciones, que pueden ser leyes, decretos, acuerdos, reglamentos y otros ordenamientos o normas emitidas por las autoridades competentes.

Registro: Evidencia o anotación de información sobre hechos, personas, actividades o sucesos que permite conocer o verificar los datos en forma sistemática.

Servicio: Actividad encaminada a dar satisfacción a alguna necesidad de terceros.

Servicio de Botica: Área de la unidad médica del Instituto en la que se almacenan, controlan y despachan los medicamentos e insumos requeridos en los diferentes servicios para ser suministrados a sus pacientes.

Servicio de hospitalización: Servicio que cuenta con camas censables para atender pacientes internos, proporcionar atención médica con el fin de realizar diagnósticos, aplicar tratamientos y cuidados continuos de enfermería.

Servicio Médico: Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo en las unidades médicas del instituto, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

Sistema de información en salud: Conjunto de elementos, recursos y personas que interactúan, bajo criterios y procedimientos definidos, para realizar de manera sistemática las actividades relacionadas con la organización y la administración de la información.

Subrogación: Relación jurídica mediante la cual se realiza la sustitución de un bien o servicio.

Suplemento de la farmacopea para establecimientos dedicados a la venta o suministro de medicamentos y otros insumos para la salud: Documento normativo para el funcionamiento integral de establecimientos dedicados a la venta o suministro de medicamentos y otros insumos para la salud.

Unidad Médica: Unidad del Instituto, hospital o centro de salud con hospitalización, encargada de proporcionar servicios de salud a población abierta.

PROCEDIMIENTO: Suministro de Medicamentos por Receta Médica

Nombre del Procedimiento:

Suministro de Medicamentos por Receta Médica

Objetivo:

Mejorar el suministro de medicamentos mediante Receta Médica, en los diferentes servicios de las unidades médicas del Instituto, a través del diseño e implantación de los mecanismos de carácter administrativo que permitan evitar el desabasto y caducidad de los mismos.

Alcance:

Aplica en Hospitales, Centros de Salud con Hospitalización y Centros de Salud Urbanos del Instituto.

Se excluye a los Centros de Salud Rurales.

Referencias:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4°.

Ley General de Salud (Título Segundo, Capítulo I, Artículo 7; Título Tercero, Capítulo I, Artículos: 23, 24 fracción I, 25, 27 fracción III; Capítulo II, Artículos: 32 y 33).

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica (Capítulo I, Artículo 19, Fracción V).

Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México, artículo 129.

Responsabilidades:

La Dirección de Servicios de Salud es la encargada de planear, organizar, coordinar, supervisar y controlar el cumplimiento de los programas y acciones en materia de prevención, detección y control de enfermedades, promoción de la salud, prevención y control de adicciones, vigilancia y control epidemiológico y atención médica que coadyuven al mejoramiento de la atención que se proporciona a la población abierta de la entidad; para lo cual se apoyará en las siguientes unidades médicas:

Los Centros de Salud con Hospitalización y Centros de Salud Urbanos deberán:

- Proporcionar servicios de atención médica con enfoque de riesgo mediante acciones de promoción, prevención, consulta externa, atención del parto eutócico y distócico, cirugía general de corta estancia y cirugía ambulatoria de baja complejidad, vigencias y rehabilitación, de manera oportuna y de calidad óptima al individuo, familia y comunidad, enfocada al cuidado de la salud.

Los Hospitales Generales y Hospitales del Programa de Reconstrucción deberán:

- Coordinar y vigilar la calidad y calidez de la atención médica integral que se otorga, considerando la promoción y protección de la salud, el diagnóstico médico, la aplicación de medicina de rehabilitación, etc.
- Autorizar y supervisar el programa de adquisiciones de material y equipo médico, instrumental, mobiliario y equipo de oficina, accesorios, material de consumo, verificando que se integre en el tiempo, cantidad y calidad requerida, en coordinación con las áreas correspondientes del nivel central.
- Coordinar la ejecución de las gestiones para la obtención de los recursos humanos, financieros, materiales y equipo que se requieran para el buen funcionamiento del hospital.
- Coordinar y vigilar la calidad y calidez de la atención médica integral que se otorga, considerando la promoción y protección de la salud, el diagnóstico médico, la aplicación de medicina de rehabilitación, etc.

Las Subdirecciones Médica de los Hospitales Generales y del Programa de Reconstrucción deberán:

- Diseñar y adecuar los mecanismos para que los servicios médicos que proporciona el hospital sean de la más alta calidad.
- Participar en la elaboración de los programas de investigación clínica, médica y administrativa, para elevar la calidad de atención médica.
- Vigilar el cumplimiento y aplicación de los programas, reglamentos e instructivos de trabajo.

- Realizar la supervisión y evaluación médica de todos y cada uno de los servicios (incluyendo los subrogados), bajo su adscripción.

Las Administraciones de los Hospitales Generales y las Subdirecciones Administrativas de los Hospitales Generales del Programa de Reconstrucción deberán:

- Instrumentar sistemas específicos de registro y control financiero y presupuestal del hospital.
- Estructurar y mantener un adecuado sistema para la adquisición, almacenamiento y suministro de insumos, materiales y equipo que se requiera en el hospital.
- Dirigir y controlar la adquisición de los insumos y equipo que se requiere en el hospital, ya sea a través de los almacenes centrales del Instituto o directamente con proveedores.
- Supervisar y controlar los registros de sistema de control de inventarios.

La Subdirección de Recursos Materiales del ISEM deberá:

- Vigilar el cumplimiento de los ordenamientos legales vigentes en materia de administración de recursos materiales, así como expedir las normas a que deberán sujetarse las diferentes unidades administrativas del Instituto en la materia.
- Coordinar la elaboración y ejecución del programa anual de adquisiciones del Instituto.
- Dirigir y controlar el proceso de adquisición de los insumos, bienes muebles, materiales y equipo que requieran las unidades del Instituto para el desarrollo de sus funciones.
- Coordinar las actividades de surtimiento de bienes a las unidades administrativas del Instituto.
- Presentar al Comité de Adquisiciones y Servicios, las propuestas de adquisiciones para su dictamen y autorización correspondiente.
- Autorizar, difundir y vigilar la aplicación de los manuales administrativos de su área de responsabilidad.

La Subdirección de Tesorería y Contabilidad del ISEM deberá:

- Emitir y vigilar el cumplimento de los lineamientos, políticas y criterios contables a los que deberán sujetarse las unidades del Instituto en la ejecución de sus operaciones financieras.
- Instrumentar y desarrollar sistemas de registro y control financiero, contable y presupuestal para el Instituto.
- Determinar y gestionar los recursos financieros necesarios para la operación del organismo.
- Vigilar y controlar la contabilidad general del organismo, así como los programas financieros y fondos especiales que se obtengan.
- Analizar y dar seguimiento al ejercicio del gasto del Instituto, de conformidad con la normatividad aplicable en la materia.
- Resguardar y controlar los libros, registros auxiliares, información y documentación soporte de las operaciones financieras del Instituto.
- Diseñar y vigilar la operación del sistema contable del ejercicio presupuestal del Instituto, a efecto de mantener un adecuado control de las finanzas y del presupuesto del organismo.
- Vigilar y supervisar el desarrollo de las conciliaciones con las áreas de contabilidad, presupuestos, planeación, recursos humanos, servicios generales, recursos materiales e infraestructura en salud.
- Vigilar y supervisar el pago a terceros.
- Autorizar, difundir y vigilar la aplicación de los manuales administrativos de su área de responsabilidad.

La Subdirección de Servicios Generales deberá:

- Vigilar la asignación de espacios físicos en arrendamiento, en los inmuebles del instituto, a las empresas y proveedores contratados por servicios subrogados, verificando el cumplimiento en el cobro de los mismos, de conformidad con los contratos correspondientes.

El Departamento de Servicios Generales deberá:

- Tramitar en los términos de las disposiciones aplicables, los procedimientos correspondientes para la aplicación de las penas convencionales pactadas por incumplimiento en el pago de los espacios físicos en arrendamiento, por parte de los prestadores del servicio subrogado de boticas y, en su caso para hacer efectivas las garantías otorgadas, comunicándolo de manera escrita y oportuna a la Unidad de Asuntos Jurídicos del Instituto.

La Unidad de Asuntos Jurídicos deberá:

- Realizar, a petición del Departamento de Fincamiento y Seguimiento de Pedidos, las gestiones pertinentes a efecto de cobrar por la vía legal las sanciones correspondientes por incumplimiento de cualquier cláusula de los contratos, así como de las garantías por insumos en consignación.

Insumos

Demanda del servicio de consulta externa por parte del paciente y la necesidad del suministro de medicamentos para proporcionarle la atención médica requerida.

Sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes al servicio de consulta externa.

Receta médica elaborada por el médico de consulta externa o del servicio de hospitalización.

Resultado

Proporcionar de manera oportuna, en los hospitales y centros de salud con hospitalización del Instituto, el servicio de consulta externa con el suministro suficiente y oportuno de medicamento.

Interacción con otros procedimientos

Suministro de Medicamentos y Material de Curación por Recetario Colectivo.
Emisión de Notas de Crédito
Pago a proveedores
Entrega de reportes

Políticas

1. El Médico del servicio de consulta externa requisitará la Receta Médica, de conformidad con el instructivo de llenado, al diagnóstico que realice del paciente y a la presentación del medicamento existente en la botica, ya que la información ahí plasmada, será la base para el cálculo del pago al proveedor.
2. El Director de la unidad médica correspondiente, entregará a la botica el registro de firmas de los médicos facultados para autorizar las recetas médicas, así mismo vigilará su actualización.
3. El Administrador de la unidad médica entregará a cada medico adscrito a la misma un block de recetas y registrará el número de folio en formato de entrega-recepción establecido, responsabilizándose cada médico de dicho block.
4. El responsable de la botica del proveedor verificará que la receta se encuentre debidamente requisitada, así como contra su registro de firmas vigente, que contenga la firma de autorización del médico facultado. para ello.
5. La botica suministrará sólo medicamentos y material de curación, de acuerdo con las especificaciones y presentación que marca el cuadro básico y catálogo de medicamentos y material de curación; así como en el catálogo de beneficios médicos (CAUSES) para el caso del Sistema de Protección Social en Salud, indicados en los contratos respectivos.
6. Para los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud, los medicamentos establecidos en el CAUSES y material de curación, no tendrán ningún costo.
7. El proveedor será responsable del traslado, en condiciones adecuadas, de los medicamentos y material de curación hasta su lugar de surtimiento, de acuerdo al producto de que se trate.
8. El proveedor colocará con tinta indeleble, la leyenda en el envase primario, secundario y colectivo de los medicamentos por suministrar **"Propiedad del Sector Salud, Prohibida su Venta"**.
9. Los proveedores deberán establecer un inventario de medicamentos, con base al catálogo estatal y conforme al cuadro básico de medicamentos del sector salud, en los centros de salud u hospitales del instituto, para el surtimiento de recetas de los pacientes, en los lugares en que no se cuente con el espacio necesario para la instalación del inventario, deberá por su cuenta y riesgo establecer un centro de distribución.
10. El proveedor mantendrá los niveles de existencia necesarios en la botica, considerando históricos de consumo. Por faltante o urgencia deberá surtirlo en un tiempo máximo de 60 minutos a partir de que se le solicite, en caso contrario se le sancionará con el 200% del costo de reposición, así mismo garantizará la atención durante las 24 hrs. en hospitales, en tanto que en los centros de salud de 8:00 a 20:00 hrs. de lunes a domingo, debiendo ser ésta siempre con calidad y calidez hacia los pacientes y/o sus familiares.
11. El suministro del medicamento y material de curación de la botica será responsabilidad del personal contratado por el proveedor, el cual deberá contar con la capacitación necesaria para brindar el servicio adecuadamente y evitar reprocesos o demoras en la atención e incurrir en la sanciones establecidas en el contrato correspondiente.
12. Los proveedores deberán de contar, a la vista del público, con centros de atención telefónica al usuario para negativas, quejas y sugerencias.
13. En el caso de las recetas de medicamentos controlados del grupo I, el original con código de barras el proveedor deberá entregarlas al verificador sanitario, cuando se le requiera en el procedimiento de balance.

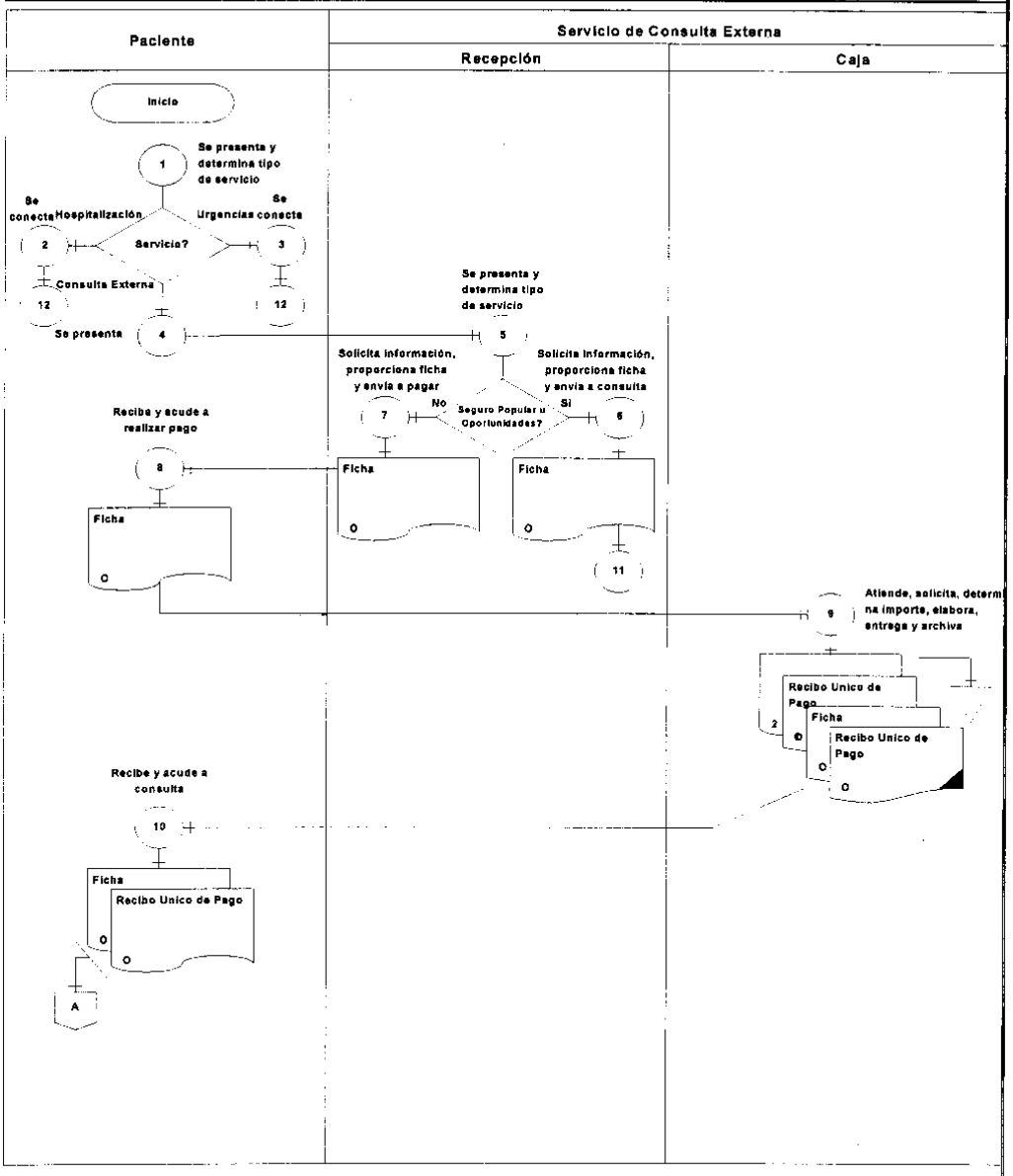
PROCEDIMIENTO: Suministro de Medicamentos por Receta Médica

Desarrollo

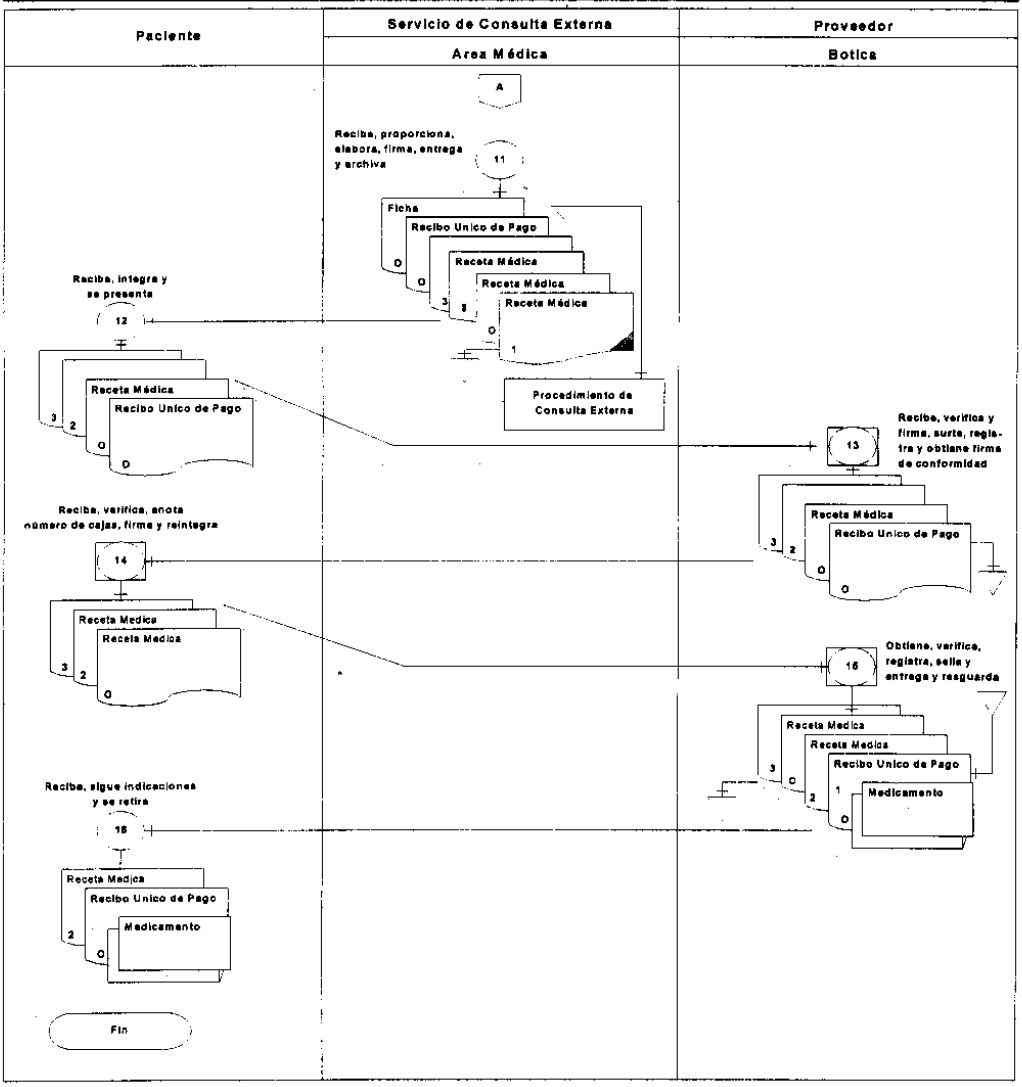
Procedimiento : Suministro de Medicamentos por Receta Médica

No.	Responsable	Descripción
1	Paciente	Se presenta en la unidad médica y determina el tipo de servicio requerido:
2	Paciente	De requerir medicamentos al egresar del servicio de hospitalización (Se conecta con la actividad No. 12).
3	Paciente	De requerir consulta de urgencias, recibe la atención (Se conecta a la actividad No. 12).
4	Paciente	De requerir consulta externa, se presenta en el área de recepción del servicio.
5	Servicio de Consulta Externa/ Área de Recepción	Atiende al paciente, le solicita sus datos generales, así como el tipo de consulta requerida y determina:
6	Servicio de Consulta Externa/ Área de Recepción	De corresponder al Seguro Popular o al programa Oportunidades, le solicita información, le proporciona ficha y lo envía al consultorio correspondiente. (Se conecta a la actividad No. 11).
7	Servicio de Consulta Externa/ Área de Recepción	De no corresponder al Seguro Popular o al programa Oportunidades, le solicita información, le proporciona ficha y lo envía al área de Caja a realizar el pago correspondiente.
8	Paciente	Recibe ficha y acude al área de Caja a realizar el pago correspondiente.
9	Servicio de Consulta Externa/ Área de Caja	Atiende al paciente, le solicita ficha e información del servicio requerido, determina importe de la cuota, elabora "Recibo Único de Pago" en original y dos copias, entrega el original junto con la ficha al paciente, indicándole pase al consultorio correspondiente y archiva las copias para su control (Se conecta con el procedimiento de Conciliación de Cuotas de Recuperación).
10	Paciente	Recibe original del "Recibo Único de Pago" y ficha y procede a presentarse a recibir la consulta requerida.
11	Servicio de Consulta Externa/ Área Médica	Atiende al paciente, le proporciona consulta (Se conecta con el procedimiento de consulta externa), elabora "Receta Médica" en original y tres copias, firma, entrega original y dos copias al paciente y archiva copia para su control.
12	Paciente	Recibe original y dos copias de la "Receta Médica", en su caso anexa original del "Recibo Único de Pago" y procede a presentarse en la botica del proveedor.
13	Proveedor / Botica	Recibe original y copias de la "Receta Médica" y, en su caso, original del "Recibo Único de Pago", verifica datos y firma de autorización de la receta, surte la receta, realiza los registros correspondientes y procede a obtener la firma de conformidad del paciente en la receta médica.
14	Paciente	Obtiene original y dos copias de la "Receta Médica", verifica que correspondan los medicamentos indicados en la misma, anota la cantidad de cajas recibidas, firma el original y las copias de la receta y los reintegra a la botica.
15	Proveedor / Botica	Obtiene original y copias de la "Receta Médica", verifica que se encuentre debidamente firmada de conformidad por parte del paciente, registra número de folio del recibo en la receta, sella de surtido y entrega al paciente su copia de la "Receta Médica", original del "Recibo Único de Pago", así como los medicamentos correspondientes y resguarda el original y copia de la receta para gestionar el pago correspondiente (Se conecta al procedimiento de pago a proveedores).
16	Paciente	Recibe copia de la "Receta Médica", original del "Recibo Único de Pago", así como los medicamentos correspondientes, sigue las indicaciones médicas establecidas en la receta y se retira.

Procedimiento: Suministro de Medicamentos por Receta Médica



Procedimiento: Suministro de Medicamentos por Receta Médica



PROCEDIMIENTO: Suministro de Medicamentos por Receta Médica

Medición

Indicador para medir capacidad de respuesta

De impacto:

- Porcentaje de unidades médicas cubiertas mediante el servicio subrogado, del total de unidades existentes en el instituto.
- Número de localidades y familias beneficiadas, bajo esta nueva modalidad de abasto de medicamentos.

- Nivel de abasto de medicamentos en las unidades médicas del Instituto, cubiertas mediante el servicio subrogado, contra el nivel de abasto en las unidades no participantes.
- Porcentaje de medicamentos caducos, mediante esta nueva forma de abasto, contra el porcentaje existente en otros tipos de basto.

De cobertura:

- Número de consultas proporcionadas, de recetas médicas emitidas y cantidad de medicamentos proporcionados, por servicio y unidad médica.
- Tipo y cantidad de medicamento suministrado por diagnóstico y tratamiento médico.

De eficacia:

- Grado de satisfacción de los pacientes atendidos en las unidades médicas del Instituto, cubiertas mediante el servicio subrogado, contra el grado de satisfacción de los pacientes atendidos en las unidades no participantes.
- Capacidad de respuesta, en tiempo y forma, de la botica del proveedor para el suministro de los medicamentos al paciente.
- Nivel de existencia de medicamentos en el inventario de la botica del proveedor.

Registro de Evidencias

El suministro de medicamento por parte de la botica, se sustentará en las recetas debidamente autorizadas por los médicos facultados dentro de cada servicio.

El responsable de la botica registrará el total del medicamento surtido del medicamento prescrito.

En la receta médica el responsable de la botica por parte del proveedor deberá registrarse el número de folio del recibo único de pago con el cual se pagan los medicamentos requeridos.

Receta médica surtida al 100%.

Formatos e Instructivo

Ahora tu consulta médica también incluye tus medicamentos

GOBIERNO DEL **ESTADO DE MÉXICO**

ISEM

Compromiso
Gobierno que cumple

Receta Médica *FOLIO* **A000 000 001**

NOMBRE Y CLAVE DE LA JURISDICCIÓN:	NOMBRE Y CLAVE DE LA UNIDAD MÉDICA:		DOMICILIO DE LA UNIDAD MÉDICA:	
☐ CONSULTA EXTERNA ☐ URGENCIAS ☐ HOSPITALIZACIÓN	CLAVE Y NOMBRE DEL SERVICIO:	No. LICENCIA SANITARIA	COBERTURA*: ☐ SP ☐ PA ☐ OP	FECHA DE ELABORACIÓN:

NÚMERO DE EXPEDIENTE Y DE AFILIACIÓN	CLAVE Y NOMBRE GENÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO O CÁTALOGO)			CLAVE DEL DIAGNÓSTICO (CIE-10) PRIMARIO / SECUNDARIO	
NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE:	INDICACIONES (DOSIS)	DURACIÓN DEL TRATAMIENTO	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD SURTIDA (LETRA)	
EDAD: / GÉNERO: ☐ MASCULINO ☐ FEMENINO	CLAVE Y NOMBRE GENÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO O CÁTALOGO)			CLAVE DEL DIAGNÓSTICO (CIE-10) PRIMARIO / SECUNDARIO	
NOMBRE DEL MÉDICO:	INDICACIONES (DOSIS)	DURACIÓN DEL TRATAMIENTO	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD SURTIDA (LETRA)	
R.F.C. / NÚM. DE CÉD. PROFES.	CLAVE Y NOMBRE GENÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO O CÁTALOGO)			CLAVE DEL DIAGNÓSTICO (CIE-10) PRIMARIO / SECUNDARIO	
FIRMA DEL MÉDICO	INDICACIONES (DOSIS)	DURACIÓN DEL TRATAMIENTO	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD SURTIDA (LETRA)	

EL PACIENTE CUENTA CON 48 HORAS PARA CANJEAR LA PRESENTE RECETA	NOMBRE Y FIRMA DE RECIBIDO DE CONFORMIDAD	ENTREGUÉ CAJAS	RECIBI CAJAS	FECHA DE RECIBIDO

*SP=SEGURO POPULAR PA=POBLACIÓN ABIERTA OP=OPORTUNIDADES **ESTA RECETA NO ESTÁ AUTORIZADA PARA PRESCRIPCIÓN DE ESTUPEFACIENTES**

NOTA IMPORTANTE:

EN CASO DE QUE NO SE CUENTE CON ALGUNO DE LOS MEDICAMENTOS, EL PROVEEDOR TENDRÁ 60 MINUTOS PARA SURTIR LA RECETA TOTALMENTE

ORIGINAL:ISEM/BOTICA PROVEEDOR

217B20000-001-06

Formatos e instructivo

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: RECETA MÉDICA		
Objetivo: Solicitar a la botica/proveedor el medicamento requerido por los pacientes de las unidades médicas del instituto, de conformidad al diagnóstico emitido por el personal Médico.		
Distribución y Destinatario: El formato se genera en original y tres copias. El original se turna a la botica/proveedor para gestionar el cobro de los medicamentos, la primera copia para control de la unidad médica, la segunda copia se entrega al paciente y la tercera copia para el proveedor.		
No.	**CONCEPTO**	**DESCRIPCIÓN**
1	FOLIO	Anotar el número consecutivo correspondiente al formato, de conformidad con el control que de los mismos se ejerza.
2	NOMBRE Y CLAVE DE LA JURISDICCIÓN	Anotar el nombre y clave presupuestal de la jurisdicción sanitaria a la cual corresponde la unidad médica en que se elabora el formato.
3	NOMBRE Y CLAVE DE LA UNIDAD MÉDICA	Anotar el nombre y clave presupuestal de la unidad médica en que se elabora el formato.
4	DOMICILIO DE LA UNIDAD MÉDICA	Anotar el nombre de la localidad en que se encuentra ubicada la unidad médica en que se genera el formato.
5	☐ CONSULTA EXTERNA ☐ URGENCIAS ☐ HOSPITALIZACION	Marcar con una "X" el origen del formato, si corresponde a consulta externa, urgencias u hospitalización.
6	CLAVE Y NOMBRE DEL SERVICIO	Anotar la clave y el nombre del servicio interno en el cual se genera el formato.
7	No. DE LICENCIA SANITARIA	Anotar el número de la licencia sanitaria del establecimiento o unidad médica en que se elabora el formato.
8	COBERTURA	Marcar con una "X" el programa al cual corresponde el paciente: SP= Seguro Popular PA= Población Abierta y OP= Oportunidades.
9	FECHA DE ELABORACIÓN	Anotar el día, mes y año en que se genera el formato.
10	NÚMERO DE EXPEDIENTE Y DE AFILIACIÓN	Anotar el número de expediente del paciente cuando corresponda a población abierta, o bien, además el de afiliación cuando corresponda al seguro popular o a oportunidades.
11	NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE	Anotar el nombre completo del paciente, comenzando por el nombre, el apellido paterno y el apellido materno.
12	EDAD	Anotar la edad en años cumplidos del paciente.
13	GÉNERO	Anotar él genero (masculino o femenino) del paciente.
14	NOMBRE DEL MÉDICO	Anotar el nombre completo del médico que elabora el formato.
15	R.F.C.	Anotar la clave del registro federal de contribuyentes del médico que genera el formato.
16	NÚMERO DE CÉDULA PROFESIONAL	Anotar el número de cédula profesional autorizada por la SEP, del médico que genera el formato.
17	FIRMA DEL MÉDICO	Colocar la firma autógrafa del médico que genera el formato.
18	CLAVE Y NOMBRE GENÉRICO DEL MEDICAMENTO	Anotar por parte del médico, el nombre genérico del medicamento, de conformidad con el cuadro básico y catálogo de medicamentos autorizado por la Secretaría de Salud, así como la clave del mismo, por parte del responsable de la botica.
19	CLAVE DEL DIAGNÓSTICO	Anotar la clave CIE-10 del diagnóstico primario y secundario del paciente dictaminado por el médico.
20	INDICACIONES (DOSIS)	Anotar las indicaciones al paciente, respecto a la dosis del medicamento prescrito.

21	DURACIÓN DEL TRATAMIENTO	Anotar el tiempo en que el paciente habrá de consumir el medicamento.
22	CANTIDAD SOLICITADA	Anotar, por parte del medico, la cantidad en cajas que se solicita del medicamento correspondiente, de conformidad con su presentación y al tiempo de duración del tratamiento.
22	CANTIDAD SURTIDA (LETRA)	Anotar con letra la cantidad (cajas), de medicamento que le proporciona la botica al paciente.
23	NOMBRE Y FIRMA DE RECIBIDO DE CONFORMIDAD	Colocar la firma autógrafa del paciente al momento de recibir de conformidad el medicamento.
24	ENTREGUÉ CAJAS	Anotar con letra el número total de cajas de medicamento que entrega el responsable de la botica al paciente.
25	RECIBÍ CAJAS	Anotar con letra el número total de cajas de medicamento que le son proporcionadas al paciente por la botica.
26	FECHA DE RECIBIDO	Anotar el día, mes y año en que se surten los medicamentos al paciente.

PROCEDIMIENTO: Suministro de Medicamentos y Material de Curación por Recetario Colectivo

Nombre del Procedimiento:

Suministro de Medicamentos y Material de Curación por Recetario Colectivo

Objetivo:

Mejorar el suministro de medicamentos y material de curación requeridos en los servicios de urgencias y hospitalización de las unidades médicas del Instituto, mediante el diseño e implantación de los mecanismos de carácter administrativo que permitan evitar el desabasto y caducidad de los mismos.

Alcance:

Aplica en Hospitales, Centros de Salud con Hospitalización y Centros de Salud Urbanos del Instituto, en los que se proporcionen medicamentos y material de curación a los pacientes.

Referencias:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4°.

Ley General de Salud (Título Segundo, Capítulo I, Artículo 7; Título Tercero, Capítulo I, Artículos: 23, 24 fracción I, 25, 27 fracciones III y VIII; Capítulo II, Artículos: 32 y 33).

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica (Capítulo I, Artículos 19, Fracción I y 37).

Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México, artículo 129.

Responsabilidades:

La Dirección de Servicios de Salud del Instituto es la encargada de planear, organizar, coordinar, supervisar y controlar el cumplimiento de los programas y acciones en materia de prevención, detección y control de enfermedades, promoción de la salud, prevención y control de adicciones, vigilancia y control epidemiológico y atención médica que coadyuven al mejoramiento de la atención que se proporciona a la población abierta de la entidad; para lo cual se apoyará en las siguientes unidades médicas:

Los Centros de Salud con Hospitalización y Centros de Salud Urbanos deberán:

- Proporcionar servicios de atención médica con enfoque de riesgo mediante acciones de promoción, prevención, consulta externa, atención del parto eutócico y distócico, cirugía general de corta estancia y cirugía ambulatoria de baja complejidad, vigencias y rehabilitación, de manera oportuna y de calidad óptima al individuo, familia y comunidad, enfocada al cuidado de la salud.

Los Hospitales Generales y del Programa de Reconstrucción deberán:

- Coordinar y vigilar la calidad y calidez de la atención médica integral que se otorga, considerando la promoción y protección de la salud, el diagnóstico médico, la aplicación de medicina de rehabilitación, etc.

- Autorizar y supervisar el programa de adquisiciones de material y equipo médico, instrumental, mobiliario y equipo de oficina, accesorios, material de consumo, verificando que se integre en el tiempo, cantidad y calidad requerida, en coordinación con las áreas correspondientes del nivel central.
- Gestionar la obtención de los recursos humanos, financieros, materiales y equipo que se requieran para el buen funcionamiento del hospital.
- Vigilar la calidad y calidez de la atención médica integral que se otorga, considerando la promoción y protección de la salud, el diagnóstico médico, la aplicación de medicina de rehabilitación, etc.

Las Subdirecciones Médicas de los Hospitales Generales y del Programa de Reconstrucción deberán:

- Diseñar y adecuar los mecanismos para que los servicios médicos que proporciona el hospital sean de la más alta calidad.
- Participar en la elaboración de los programas de investigación clínica, médica y administrativa, para elevar la calidad de atención médica.
- Vigilar el cumplimiento y aplicación de los programas, reglamentos e instructivos de trabajo.
- Realizar la supervisión y evaluación de los servicios bajo su adscripción.

Las Administraciones de los Hospitales Generales y las Subdirecciones Administrativas de los Hospitales Generales del Programa de Reconstrucción deberán:

- Instrumentar sistemas específicos de registro y control financiero y presupuestal del hospital.
- Estructurar y mantener un adecuado sistema para la adquisición, almacenamiento y suministro de insumos, materiales y equipo que se requiera en el hospital.
- Dirigir y controlar la adquisición de insumos y equipo requerido en el hospital, ya sea a través de los almacenes centrales del Instituto o directamente con proveedores.
- Supervisar y controlar los registros de sistema de control de inventarios.

La Subdirección de Recursos Materiales del Instituto deberá:

- Vigilar el cumplimiento de los ordenamientos legales vigentes en materia de administración de recursos materiales, así como expedir las normas a que deberán sujetarse las diferentes unidades administrativas del Instituto en la materia.
- Coordinar la elaboración y ejecución del programa anual de adquisiciones del Instituto.
- Dirigir y controlar el proceso de adquisición de los insumos, bienes muebles, materiales y equipo que requieran las unidades del Instituto para el desarrollo de sus funciones.
- Coordinar las actividades de surtimiento de bienes a las unidades administrativas del Instituto.
- Presentar al Comité de Adquisiciones y Servicios, las propuestas de adquisiciones para su dictamen y autorización correspondiente.
- Autorizar, difundir y vigilar la aplicación de los manuales administrativos de su área de responsabilidad.

La Subdirección de Tesorería y Contabilidad del Instituto deberá:

- Emitir y vigilar el cumplimento de los lineamientos, políticas y criterios contables a los que deberán sujetarse las unidades administrativas del Instituto en la ejecución de sus operaciones financieras.
- Instrumentar y desarrollar sistemas de registro y control financiero, contable y presupuestal para el Instituto.
- Determinar y gestionar los recursos financieros necesarios para la operación del organismo.
- Analizar y dar seguimiento al ejercicio del gasto del Instituto, de conformidad con la normatividad aplicable en la materia.
- Diseñar y vigilar la operación del sistema contable del ejercicio presupuestal del Instituto, a efecto de mantener un adecuado control de las finanzas y del presupuesto del organismo.
- Vigilar y supervisar el desarrollo de las conciliaciones con las áreas de contabilidad, presupuestos, planeación, recursos humanos, servicios generales, recursos materiales e infraestructura en salud.
- Vigilar y supervisar el pago a terceros.
- Autorizar, difundir y vigilar la aplicación de los manuales administrativos de su área de responsabilidad.

La Unidad de Asuntos Jurídicos deberá:

- Realizar, a petición de la Departamento de Fincamiento y Seguimiento de Pedidos, las gestiones pertinentes a efecto de cobrar por la vía legal las sanciones correspondientes por incumplimiento de cualquier cláusula de los contratos, así como de las garantías por insumos en consignación.

Insumos

Demanda del servicio de hospitalización y urgencias por el paciente y la necesidad del suministro de medicamentos para proporcionarle la atención médica requerida.

Indicaciones médicas del expediente del paciente, o necesidades del área de enfermería de los servicios de urgencias y hospitalización, para determinar tipo y cantidad de medicamentos y material de curación necesario para proporcionarle la atención médica.

Recetario Colectivo de Medicamentos y/o Recetario Colectivo de Material de Curación elaborado por el área de enfermería de los servicios de urgencias y hospitalización y autorizado por los titulares de los mismos.

Resultado

Proporcionar de manera oportuna, en los hospitales y centros de salud con hospitalización del Instituto, el servicio médico de urgencias y hospitalización con la disponibilidad suficiente de medicamento y material de curación.

Interacción con otros procedimientos

Suministro de Medicamentos por Receta Médica
Emisión de Notas de Crédito
Pago a Proveedores
Entrega de Reportes

Políticas

1. El área de Enfermería del servicio de hospitalización requisitará el "Recetario Colectivo de Medicamentos" y/o "Recetario Colectivo de Material de Curación", de conformidad con el instructivo de llenado y a las indicaciones del médico, establecidas en el expediente del paciente, o a las necesidades del área de enfermería de los servicios de urgencias y hospitalización, ya que la información ahí plasmada será la base para el cálculo del pago al proveedor.

2. El Director de la unidad médica correspondiente, entregará a la botica y al servicio de botica de la unidad, el registro de firmas de los médicos facultados para autorizar los recetarios colectivos, así mismo gestionará y vigilará su actualización.

3. El Director y Administrador de la unidad médica deberán constatar que los recetarios colectivos, cuyos medicamentos y material de curación ha surtido la botica, cuenten con la firma de autorización de los médicos previamente facultados para ello, de conformidad con el registro de firmas vigente.

4. El Director y Administrador de la unidad médica deberán instrumentar las actas circunstanciadas de incumplimiento, respecto de los medicamentos y material de curación no surtidos y remitirlas dentro de los cinco días hábiles siguientes a su elaboración, a la Subdirección de Recursos Materiales para instrumentar las sanciones procedentes.

5. La Subdirección de Recursos Materiales notificará por escrito a la Unidad de Asuntos Jurídicos, los casos que den origen a la rescisión del contrato o que requieran seguimiento jurídico.

6. El responsable de la botica del proveedor, antes de surtir cualquier recetario colectivo, verificará que la firma de autorización corresponda con el registro de firmas vigente.

7. La botica suministrará sólo medicamentos y material de curación, de acuerdo con las especificaciones y presentación que marca el cuadro básico y catálogo de medicamentos y material de curación; así como en el catálogo de beneficios médicos (CAUSES) para el caso del Sistema de Protección Social en Salud, indicados en el contrato.

8. Para los afiliados al Seguro Popular, los medicamentos establecidos en el CAUSES y material de curación suministrados en su estancia en el servicio de hospitalización, no tendrán costo.

9. El proveedor será responsable del traslado, en condiciones adecuadas, de los medicamentos y material de curación hasta su lugar de surtimiento.

10. El proveedor colocará la leyenda en el envase primario, secundario y colectivo de los medicamentos y/o material de curación por suministrar **"Propiedad del Sector Salud, Prohibida su Venta"**.

11. Los proveedores deberán establecer, para el surtimiento de recetarios, un inventario de medicamentos y material de curación incluyendo existencias de carro rojo, con base al cuadro básico del sector salud, en los centros de salud u hospitales del instituto, en lugares en que no se cuente con el espacio necesario para la instalación del inventario, deberá por su cuenta y riesgo establecer un centro de distribución.
12. En el Servicio de Urgencias, el "Recetario Colectivo de Medicamentos" y/o "Recetario Colectivo de Material de Curación", se elaborará considerando el suministro de medicamentos y/o material de curación hasta para 24 horas.
13. El proveedor mantendrá los niveles de existencia necesarios en la botica, considerando históricos de consumo. En caso de faltante o urgencia deberá surtirlo en un tiempo máximo de 60 minutos a partir de que le son solicitados, así mismo garantizará la atención durante las 24 hrs. en hospitales, en tanto que en los centros de salud de 8:00 a 20:00 hrs. de lunes a domingo, debiendo ser ésta siempre con calidad y calidez hacia los pacientes.
14. El suministro del medicamento y material de curación de la botica será responsabilidad del personal contratado por el proveedor.
15. Los proveedores deberán de contar con centros de atención telefónica al usuario para la atención de negativas, quejas y denuncias.
16. En caso de medicamento que sea o contenga estupefacientes, cumplir lo siguiente:
    - Elaborar recetas internas para cada paciente, firmadas por médicos autorizados.
    - Elaborar recetas con código de barras, firmadas por los médicos autorizados por la Secretaría de Salud, las cuales no pueden exceder la cantidad de 30 piezas o ampolletas y deben amparar los recetarios colectivos respectivos el medicamento autorizado en el o los pacientes dependiendo de la cirugía o tratamiento.
    - Durante la visita de verificación se deberán presentar ambos registros.
    - En libros de control se descarga únicamente la receta especial con código de barras (por pieza o número de ampolletas).
17. En caso de medicamentos que sean o contengan psicotrópicos, cumplir lo siguiente:
    - Elaborar recetas internas para cada paciente, firmadas por él o los médicos autorizados por la unidad médica, posteriormente se elaboran recetas médicas para cada medicamento y presentación.
    - Agrupar las recetas, cuya cantidad ampare las unidades contenidas en la prestación del producto.
    - Descargar por pieza en el libro de control.

PROCEDIMIENTO: Suministro de Medicamentos y Material de Curación por Recetario Colectivo

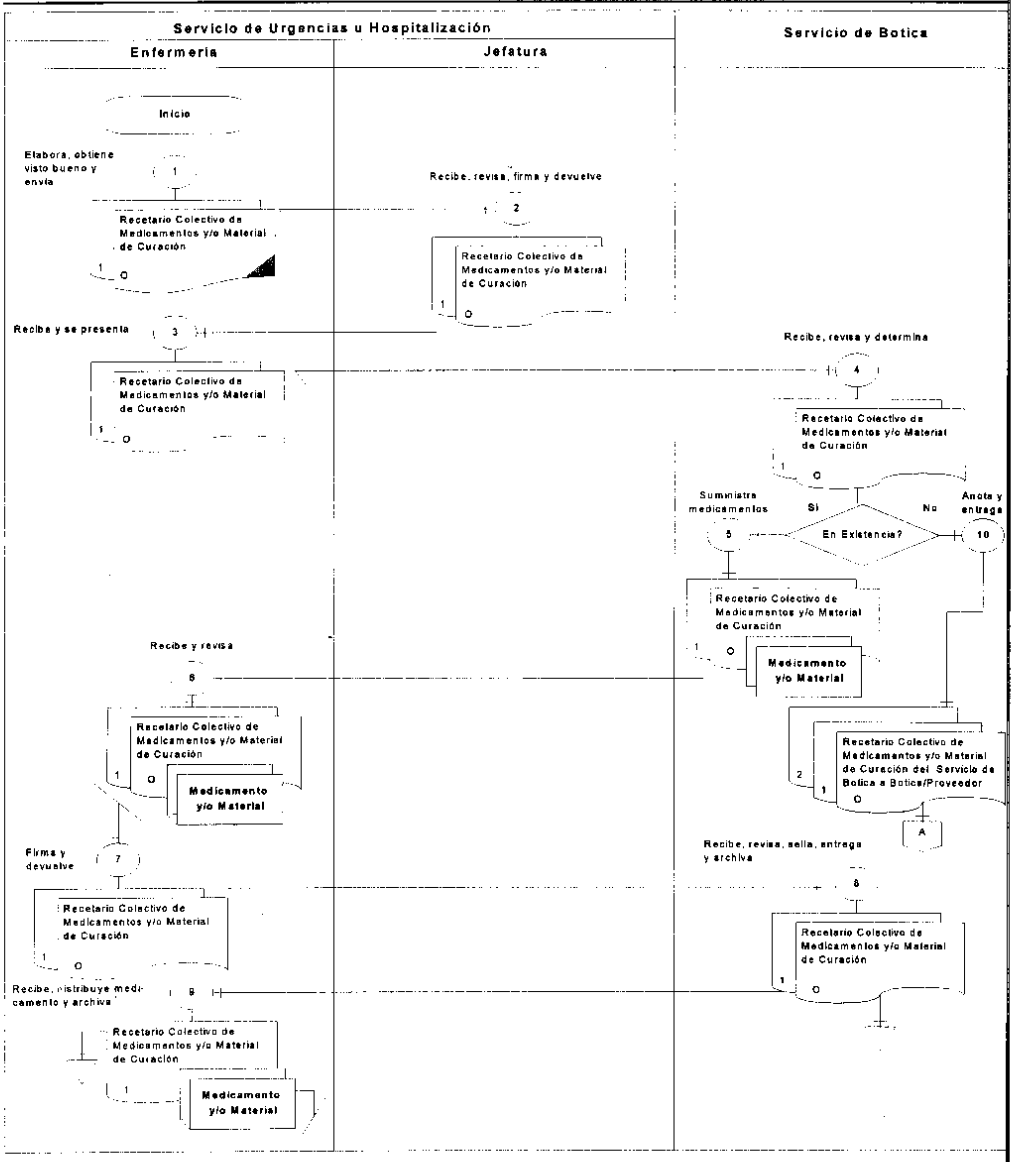
Desarrollo

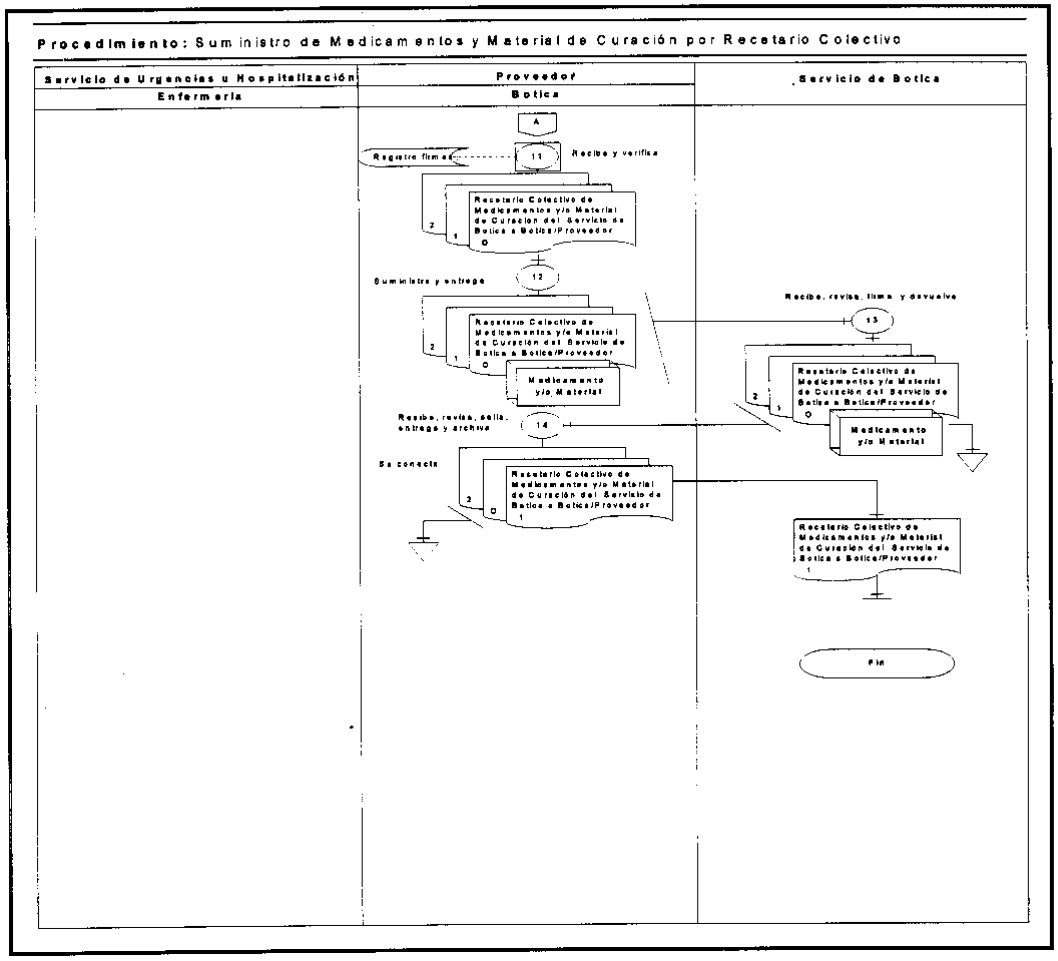
Procedimiento : Suministro de Medicamentos y Material de Curación por Recetario Colectivo

No.	Responsable	Descripción
1	Servicio de Urgencias y Hospitalización / Enfermería	Elabora con base a las notas medicas e indicaciones del médico, establecidas en el expediente clínico del paciente, así como a las necesidades del servicio hasta por 24 horas "Recetario Colectivo de Medicamentos", "Recetario Colectivo de Material de Curación", en original y copia, firma y lo envía para firma del Jefe del Servicio.
2	Servicio de Urgencias y Hospitalización / Jefatura	Recibe "Recetario Colectivo de Medicamentos" y/o "Recetario Colectivo de Material de Curación", en original y copia, revisa, firma y devuelve al área de Enfermería del Servicio.
3	Servicio de Urgencias y Hospitalización / Enfermería	Recibe "Recetario Colectivo de Medicamentos" y/o "Recetario Colectivo de Material de Curación", en original y copia y se presenta en el Servicio de Botica para que le surtan el medicamento y/o material de curación requerido.
4	Servicio de Botica	Recibe "Recetario Colectivo de Medicamentos" y/o "Recetario Colectivo de Material de Curación", en original y copia, revisa se encuentre debidamente firmado y determina:

5	Servicio de Botica	De contar con los medicamentos y/o material de curación requeridos, los suministra de manera inmediata al área de Enfermería, junto con el original y copia del "Recetario Colectivo de Medicamentos" y/o "Recetario Colectivo de Material de Curación".
6	Servicio de Urgencias y Hospitalización / Enfermería	Recibe "Recetario Colectivo de Medicamentos" y/o "Recetario Colectivo de Material de Curación" junto con el medicamento y/o material de curación requerido y verifica cantidades.
7	Servicio de Urgencias y Hospitalización / Enfermería	Firma de conformidad los recetarios y devuelve al Servicio de Botica.
8	Servicio de Botica	Recibe original y copia del "Recetario Colectivo de Medicamentos" y/o "Recetario Colectivo de Material de Curación", revisa se encuentre debidamente firmado de conformidad por Enfermería, sella de despachado, entrega la copia a Enfermería y archiva el original para su control.
9	Servicio de Urgencias y Hospitalización / Enfermería	Recibe copia del "Recetario Colectivo de Medicamentos" y/o "Recetario Colectivo de Material de Curación", efectúa distribución de los medicamentos y/o material de curación entre los pacientes del servicio y archiva la copia para su control.
10	Servicio de Botica	De no contar con los medicamentos y /o material de curación requeridos, elabora, "Recetario Colectivo de Medicamentos del Servicio de Botica a Botica/Proveedor" y/o "Recetario Colectivo de Material de Curación del Servicio de Botica a Botica/Proveedor", en original y dos copias, firma solicitando y entrega al responsable de la Botica/Proveedor.
11	Proveedor / Botica	Recibe "Recetario Colectivo de Medicamentos del Servicio de Botica a Botica/Proveedor" y/o "Recetario Colectivo de Material de Curación del Servicio de Botica a Botica/Proveedor", en original y dos copias, verifica se encuentren debidamente firmados.
12	Proveedor / Botica	Suministra medicamento y/o material de curación requerido y los entrega junto con el original y las copias de los formatos "Recetario Colectivo de Medicamentos del Servicio de Botica a Botica/Proveedor" y/o "Recetario Colectivo de Material de Curación del Servicio de Botica a Botica/Proveedor".
13	Servicio de Botica	Recibe original y las copias de "Recetario Colectivo de Medicamentos del Servicio de Botica a Botica/Proveedor" y/o "Recetario Colectivo de Material de Curación del Servicio de Botica a Botica/Proveedor", junto con el medicamento y/o material de curación requerido, revisa, firma de conformidad el recetario y devuelve a la Botica.
14	Proveedor / Botica	Recibe original y las copia de "Recetario Colectivo de Medicamentos del Servicio de Botica a Botica/Proveedor" y/o "Recetario Colectivo de Material de Curación del Servicio de Botica a Botica/Proveedor", revisa se encuentre debidamente firmado de conformidad por el Responsable del Servicio de Botica, sella de despachado, entrega copia al Responsable y archiva original y copia para su control (se conecta a la actividad No. 5).

Procedimiento: Suministro de Medicamentos y Material de Curación por Recetario Colectivo





PROCEDIMIENTO: Suministro de Medicamentos y Material de Curación por Recetario Colectivo

Medición

Indicador para medir capacidad de respuesta.

De impacto:

- Porcentaje de unidades médicas cubiertas mediante el servicio subrogado, del total de unidades existentes en el Instituto.
- Número de localidades y familias beneficiadas, bajo esta nueva modalidad de abasto de medicamentos y material de curación.
- Nivel de abasto de medicamentos y material de curación en las unidades médicas del instituto, cubiertas mediante el servicio subrogado, contra el nivel de abasto en las unidades no participantes.
- Porcentaje de medicamentos y material de curación caducos, mediante esta nueva forma de abasto, contra el porcentaje existente en otros tipos de abasto.

De cobertura:

- Número de consultas proporcionadas, de recetarios colectivos emitidos y cantidad de medicamentos y/o material de curación proporcionados, por servicio y unidad médica.

- Tipo y cantidad de medicamento y/o material de curación suministrado por diagnóstico y tratamiento médico.

De eficacia:

- Grado de satisfacción de los pacientes atendidos en las unidades médicas del instituto, cubiertas mediante el servicio subrogado, contra el grado de satisfacción de los pacientes atendidos en las unidades no participantes.
- Capacidad de respuesta, en tiempo y forma, de la botica del proveedor para el suministro de los medicamentos y/o material de curación al paciente.
- Nivel de existencia de medicamentos y material de curación en el inventario de la botica del proveedor.

Registro de Evidencias

El suministro de medicamento y/o material de curación por parte de la botica, se sustentará en las recetas debidamente autorizadas por los médicos facultados dentro de cada servicio.

En la receta médica deberá registrarse el número de folio del recibo único de pago con el cual se pagan los medicamentos y/o material de curación requeridos.

Recetarios colectivos surtidos al 100%.

Formatos e Instructivo

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO

Recetario Colectivo de Medicamentos FOLIO: 000 000 000

NOMBRE Y CLAVE DE LA JURISDICCIÓN	NOMBRE Y CLAVE DE LA UNIDAD MÉDICA	NÚMERO DE LICENCIA SANITARIA	CLAVE Y NOMBRE DEL SERVICIO	FECHA	TURNO	HORA

NO. DE CAMA	NÚMERO DE REGISTRO	C[1]	NOMBRE DEL PACIENTE	GÉNERO	EDAD	DIAGNÓSTICO (CIE-10)	MEDICAMENTO	CLAVE	PRESENTACIÓN	CANTIDAD	
										SOLICITADA (CON LETRA)	SURTIDA (CON LETRA)

JEFE DEL SERVICIO				NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN SOLICITA	NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN SURTE	NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RECIBE SURTIDO DE INFERMERÍA
NOMBRE	CLAVE	CÉDULA PROFESIONAL	FIRMA DE AUTORIZACIÓN			

2178200000-003-06

ORIGINAL: SERVICIO DE BOTICA / ISEM

[1] C COBERTURA: SP.- SEGURO POPULAR; OP.- OPORTUNIDADES; PA- POBLACIÓN ABIERTA

Formatos e instructivo

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: RECETARIO COLECTIVO DE MEDICAMENTOS

Objetivo: Solicitar al servicio de botica el medicamento requerido en los servicios de la unidad médica para proporcionar la atención médica a los pacientes.

Distribución y Destinatario: El formato se genera en original y una copia. El original se turna al servicio de botica de la unidad médica y la copia se archiva en el servicio de enfermería del servicio solicitante.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	FOLIO	Anotar el número consecutivo correspondiente al formato, de conformidad con el control que de los mismos se ejerza.
2	NOMBRE Y CLAVE DE LA JURISDICCIÓN	Anotar el nombre y clave presupuestal de la jurisdicción a la cual corresponde la unidad médica en que se elabora el formato.
3	NOMBRE Y CLAVE DE LA UNIDAD MÉDICA	Anotar el nombre y clave presupuestal de la unidad médica en que se elabora el formato.
4	NÚMERO DE LICENCIA SANITARIA	Anotar el número de la licencia sanitaria de la unidad médica en que se elabora el formato.
5	SERVICIO	Anotar el servicio de la unidad médica en la cual se genera el formato.
6	FECHA	Anotar el día, mes y año en que se genera el formato.
7	TURNO	Anotar el turno (matutino, vespertino o nocturno), en que se genera el formato.
8	HORA	Anotar la hora en que se genera el formato.
9	NO. DE CAMA	Anotar el número de cama de cada uno de los pacientes del servicio para los cuales se solicita el medicamento y/o material de curación registrado en el formato.
10	NÚMERO DE REGISTRO	Anotar el número con el cual se encuentran registrados en el servicio cada uno de los pacientes para los cuales se solicita el medicamento y/o material de curación registrado en el formato.
11	C[1]	Anotar el tipo de programa al cual pertenecen cada uno de los pacientes: SP= Seguro Popular PA= Población Abierta y OP= Oportunidades.
12	NOMBRE DEL PACIENTE	Anotar el nombre completo de cada uno de los pacientes.
13	GÉNERO	Anotar el genero (masculino o femenino), de cada uno de los pacientes.
14	EDAD	Anotar la edad en años cumplidos de cada uno de los pacientes.
15	DIAGNÓSTICO	Anotar el diagnóstico primario de cada uno de los pacientes.
16	MEDICAMENTO	Anotar el nombre genérico de cada uno de los medicamentos solicitados en el formato, de conformidad con el cuadro básico y catálogo de medicamentos autorizado por la Secretaría de Salud.
17	CLAVE	Anotar el número de la clave correspondiente a cada uno de los medicamentos, registrados en el recetario de conformidad con el cuadro básico y catalogo de medicamentos autorizados por la Secretaría de Salud.

18	PRESENTACIÓN	Anotar la presentación de los medicamentos requeridos en el formato, de conformidad con las necesidades de cada uno de los servicios.
19	CANTIDA	Anotar con letra la cantidad solicitada por el servicio de la unidad médica, así como la cantidad surtida por el servicio de botica, debiendo cancelar los renglones en blanco.
20	JEFE DEL SERVICIO	Anotar el nombre completo, la clave de identificación al interior del servicio, el número de cédula profesional y la firma autógrafa del jefe del servicio que solicita los medicamentos y/o material de curación registrados en el recetario.
21	NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN SOLICITA	Anotar el nombre completo y firma de la enfermera que elabora el recetario.
22	NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN SURTEN	Anotar el nombre completo y firma de la persona del servicio de botica que surten los medicamentos registrados en el recetario.
23	NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RECIBE SERVICIO DE ENFERMERÍA	Anotar el nombre completo y la firma autógrafa de la enfermera que recibe los medicamentos del servicio de botica.

Formatos e Instructivo

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO

Recetario Colectivo de Material de Curación FOLIO: 000 000 000

NOMBRE Y CLAVE DE LA JURISDICCIÓN	NOMBRE Y CLAVE DE LA UNIDAD MÉDICA	COBERTURA ☐ SEGURO POPULAR ☐ POBLACIÓN ABIERTA ☐ OPORTUNIDADES	FECHA:			TURNO	HORA
		CLAVE Y NOMBRE DEL SERVICIO	DÍA	MES	AÑO		

CLAVE	MATERIAL DE CURACIÓN	PRESENTACIÓN	CANTIDAD SOLICITADA (CON LETRA)	CANTIDAD SURTIDA (CON LETRA)

JEFE DEL SERVICIO				NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN SOLICITA	NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN SURTE	NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RECIBE SERVICIO DE ENFERMERÍA
NOMBRE	CLAVE	CÉDULA PROFESIONAL	FIRMA DE AUTORIZACIÓN			

COPIA: BOTICA / ISEM

21752000-005-08

Formatos e instructivo

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: RECETARIO COLECTIVO DE MATERIAL DE CURACIÓN

Objetivo: Solicitar al servicio de botica el material de curación requerido en los servicios de la unidad médica para proporcionar la atención médica a los pacientes.

Distribución y Destinatario: El formato se genera en original y una copia. El original se turna al servicio de botica de la unidad médica y la copia se archiva en el servicio de enfermería del servicio solicitante.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	FOLIO	Anotar el número consecutivo correspondiente al formato, de conformidad con el control que de los mismos se ejerza.
2	NOMBRE Y CLAVE DE LA JURISDICCIÓN	Anotar el nombre y clave presupuestal de la jurisdicción a la cual corresponde la unidad médica en que se elabora el formato.
3	NOMBRE Y CLAVE DE LA UNIDAD MÉDICA	Anotar el nombre y clave presupuestal de la unidad médica en que se elabora el formato.
4	COBERTURA	Marcar con una "X" el programa al cual corresponde el paciente: SP= Seguro Popular PA= Población Abierta y OP= Oportunidades.
5	CLAVE Y NOMBRE DEL SERVICIO	Anotar la clave y nombre del servicio de la unidad médica en la cual se genera el formato.
6	FECHA	Anotar el día, mes y año en que se genera el formato.
7	TURNO	Anotar el turno (matutino, vespertino o nocturno), en que se genera el formato.
8	HORA	Anotar la hora en que se genera el formato.
9	CLAVE	Anotar el número de la clave correspondiente a cada uno de los materiales de curación, registrados en el recetario, de conformidad con el cuadro básico y catalogo de material de curación autorizados por la Secretaría de Salud.
10	MATERIAL DE CURACIÓN	Anotar el nombre genérico del material de curación sin abreviaturas, de conformidad con el cuadro básico y catalogo de material de curación autorizados por la Secretaría de Salud.
11	PRESENTACIÓN	Anotar la presentación del material de curación requerido en el formato, de conformidad con las necesidades de cada servicio.
12	CANTIDA SOLICITADA (CON LETRA).	Anotar con letra la cantidad solicitada por el servicio de la unidad médica, debiendo cancelar los renglones en blanco.
13	CANTIDA SURTIDA (CON LETRA).	Anotar con letra la cantidad surtida por el servicio de botica, debiendo cancelar los renglones en blanco.
15	JEFE DEL SERVICIO	Anotar el nombre completo, la clave de identificación al interior del servicio, el número de cédula profesional y la firma autógrafa del jefe del servicio que solicita los medicamentos y/o material de curación registrados en el recetario.
16	NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN SOLICITA	Anotar el nombre completo y firma de la enfermera que elabora el recetario.
17	NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RECIBE	Anotar el nombre completo y firma de la persona del servicio de botica que surten los medicamentos y/o material de curación registrados en el recetario.
18	NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RECIBE SERVICIO DE ENFERMERÍA	Anotar el nombre completo y la firma autógrafa de la enfermera que recibe el material de curación del servicio de botica.

Formatos e instructivo

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO

Recetario Colectivo de Medicamentos del Servicio de Botica a Botica/Proveedor FOLIO: 000 000 000

NOMBRE Y CLAVE DE LA JURISDICCIÓN:	NOMBRE Y CLAVE DE LA UNIDAD MÉDICA:	COBERTURA: ☐ SEGURO POPULAR ☐ POBLACIÓN ABIERTA ☐ OPORTUNIDADES CLAVE Y NOMBRE DEL SERVICIO:	FECHA: DÍA / MES / AÑO	TURNO:	HORA

CLAVE	MEDICAMENTO (NOMBRE GÉNERICO)	PRESENTACIÓN	CANTIDAD SOLICITADA (CON LETRA)	CANTIDAD SURTIDA (CON LETRA)

RESPONSABLE DEL SERVICIO DE BOTICA	RESPONSABLE DE BOTICA/PROVEEDOR	RESPONSABLE DEL SERVICIO DE BOTICA
NOMBRE Y FIRMA (SOLICITA)	NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA (RECIBE DE CONFORMIDAD)

NOTA: EL PROVEEDOR CUENTA CON 60 MINUTOS PARA SURTIR TOTALMENTE EL RECETARIO

ORIGINAL: ISEM/BOTICA

2178200000-002-05

Formatos e instructivo

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: RECETARIO COLECTIVO DE MEDICAMENTOS DEL SERVICIO DE BOTICA A BOTICA/PROVEEDOR.

Objetivo: Solicitar a la Botica/Proveedor el medicamento requerido en los servicios de la unidad médica para proporcionar la atención médica a los pacientes.

Distribución y Destinatario: El formato se genera en original y dos copias. El original se turna a la Botica/Proveedor, una copia se archiva en el servicio de botica para su control interno y una copia para el proveedor.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	FOLIO	Anotar el número consecutivo correspondiente al formato, de conformidad con el control que de los mismos se ejerza.
2	NOMBRE Y CLAVE DE LA JURISDICCIÓN	Anotar el nombre y clave presupuestal de la jurisdicción a la cual corresponde la unidad médica en que se elabora el formato.
3	NOMBRE Y CLAVE DE LA UNIDAD MÉDICA	Anotar el nombre y clave presupuestal de la unidad médica en que se elabora el formato.
4	COBERTURA	Marcar con una "X" el programa al cual corresponde el paciente: SP= Seguro Popular PA= Población Abierta y OP= Oportunidades.
5	CLAVE Y NOMBRE DEL SERVICIO	Anotar la clave y nombre del servicio de la unidad médica en la cual se genera el formato.
6	FECHA	Anotar el día, mes y año en que se genera el formato.
7	TURNO	Anotar el turno (matutino, vespertino o nocturno), en que se genera el formato.
8	HORA	Anotar la hora en que se genera el formato.

9	CLAVE	Anotar el número de la clave correspondiente a cada uno de los medicamentos, registrados en el recetario de conformidad con el cuadro básico y catálogo de medicamentos autorizados por la Secretaría de Salud.
10	MEDICAMENTO (NOMBRE GENÉRICO)	Anotar el nombre genérico de cada uno de los medicamentos, de conformidad con el cuadro básico y catalogo de medicamentos autorizados por la Secretaría de Salud.
11	PRESENTACIÓN	Anotar la presentación de los medicamentos requeridos en el formato, de conformidad con el cuadro básico y catalogo de medicamentos autorizados por la Secretaría de Salud.
12	CANTIDA SOLICITADA (CON LETRA).	Anotar con letra la cantidad solicitada por el servicio de botica a la botica/proveedor, debiendo cancelar los renglones en blanco.
13	CANTIDA SURTIDA (CON LETRA).	Anotar con letra la cantidad surtida por la botica/proveedor al servicio de botica, debiendo cancelar los renglones en blanco.
14	RESPONSABLE DEL SERVICIO DE BOTICA	Anotar el nombre completo y firma del responsable del servicio de botica, solicitando los medicamentos registrados en el formato.
15	RESPONSABLE DE BOTICA/ PROVEEDOR	Anotar el nombre completo y firma del responsable de la botica/proveedor avalando la cantidad surtida del medicamento registrado en el recetario.
16	RESPONSABLE DEL SERVICIO DE BOTICA	Anotar el nombre completo y firma del responsable del servicio de botica, recibiendo de conformidad los medicamentos registrados en el formato.

Formatos e instructivo

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO

Recetario Colectivo de Material de Curación del Servicio de Botica a Botica/Proveedor FOLIO: 000 000 000

NOMBRE Y CLAVE DE LA JURISDICCIÓN	NOMBRE Y CLAVE DE LA UNIDAD MÉDICA	COBERTURA	FECHA:			TURNO	HORA
		☐ SEGURO POPULAR ☐ POBLACIÓN ABIERTA ☐ OPORTUNIDADES					
		CLAVE Y NOMBRE DEL SERVICIO	DIA	MES	AÑO		

CLAVE	MATERIAL DE CURACIÓN	PRESENTACIÓN	CANTIDAD SOLICITADA (CON LETRA)	CANTIDAD SURTIDA (CON LETRA)

RESPONSABLE DEL SERVICIO DE BOTICA	RESPONSABLE DE BOTICA/PROVEEDOR	RESPONSABLE DEL SERVICIO DE BOTICA
NOMBRE Y FIRMA (SOLICITA)	NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA (RECIBE DE CONFORMIDAD)

NOTA: EL PROVEEDOR CUENTA CON 60 MINUTOS PARA SURTIR TOTALMENTE EL RECETARIO

ORIGINAL: ISEM/BOTICA

217B20000-004-05

Formatos e Instructivo

'NSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: RECETARIO COLECTIVO DE MATERIAL DE CURACIÓN DEL SERVICIO DE BOTICA A BOTICA/PROVEEDOR.

Objetivo: Solicitar a la botica/proveedor el material de curación requerido en el servicio de botica para suministrarlo a los servicios de la unidad médica.

Distribución y Destinatario: El formato se genera en original y dos copias. El original se turna a la botica/proveedor, una copia se archiva en el servicio de botica de la unidad médica y una copia para el proveedor.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	FOLIO	Anotar el número consecutivo correspondiente al formato, de conformidad con el control que de los mismos se ejerza.
2	NOMBRE Y CLAVE DE LA JURISDICCIÓN	Anotar el nombre y clave presupuestal de la jurisdicción a la cual corresponde la unidad médica en que se elabora el formato.
3	NOMBRE Y CLAVE DE LA UNIDAD MÉDICA	Anotar el nombre y clave presupuestal de la unidad médica en que se elabora el formato.
4	COBERTURA	Marcar con una "X" el programa al cual corresponde el paciente: SP= Seguro Popular PA= Población Abierta y OP= Oportunidades.
5	CLAVE Y NOMBRE DEL SERVICIO	Anotar la clave y nombre del servicio de la unidad médica en la cual se genera el formato.
6	FECHA	Anotar el día, mes y año en que se genera el formato.
7	TURNO	Anotar el turno (matutino, vespertino o nocturno), en que se genera el formato.
8	HORA	Anotar la hora en que se genera el formato.
9	CLAVE	Anotar el número de la clave correspondiente a cada uno de los materiales de curación, registrados en el recetario, de conformidad con el cuadro básico y catálogo de medicamentos autorizados por la Secretaría de Salud.
10	MATERIAL DE CURACIÓN	Anotar el nombre genérico del material de curación sin abreviaturas, de conformidad con el cuadro básico y catalogo de medicamentos autorizados por la Secretaría de Salud.
11	PRESENTACIÓN	Anotar la presentación del material de curación requerido en el formato, de conformidad con el cuadro básico y catalogo de medicamentos autorizados por la Secretaría de Salud.
12	CANTIDA SOLICITADA (CON LETRA).	Anotar con letra la cantidad solicitada por el servicio de botica de la unidad médica, debiendo cancelar los renglones en blanco.
13	CANTIDA SURTIDA (CON LETRA).	Anotar con letra la cantidad surtida por la botica/proveedor, debiendo cancelar los renglones en blanco.
14	RESPONSABLE DEL SERVICIO DE BOTICA	Anotar el nombre completo y firma del responsable del servicio de botica, solicitando el material de curación registrado en el formato.
15	RESPONSABLE DE BOTICA/ PROVEEDOR	Anotar el nombre completo y firma del responsable de la botica/proveedor avalando la cantidad surtida del material de curación registrado en el recetario.
16	RESPONSABLE DEL SERVICIO DE BOTICA	Anotar el nombre completo y firma del responsable del servicio de botica, recibiendo de conformidad el material de curación registrado en el formato.

PROCEDIMIENTO: Emisión de Notas de Crédito

Nombre del Procedimiento:

Emisión de Notas de Crédito

Objetivo:

Sancionar al proveedor de la botica del servicio subrogado de medicamentos y material de curación, por

incumplimiento en el surtimiento de recetas o recetarios colectivos, en tiempo y forma, de conformidad con lo especificado en el contrato suscrito.

Alcance:

Aplica para los proveedores beneficiados con el contrato del servicio subrogado de medicamentos y material de curación en hospitales, centros de salud con hospitalización y centros de salud urbanos del Instituto.

Se excluye a los proveedores de medicamentos y material de curación del Instituto, contratados bajo una modalidad diferente a la subrogación del servicio.

Referencias:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4°.

Ley General de Salud (Título Segundo, Capítulo I, Artículo 7; Título Tercero, Capítulo I, Artículos: 23, 24 fracción I, 25, 27 fracción III; Capítulo II, Artículos: 32 y 33).

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica (Capítulo I, Artículo 19, Fracción V).

Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México, artículo 129.

Responsabilidades:

Los Hospitales Generales y del Programa de Reconstrucción deberán:

- Informar de manera oportuna el seguimiento del sistema de control de medicamentos y material de curación, a las instancias competentes del Instituto.

Los Hospitales Generales y del Programa de Reconstrucción deberán:

- Elaborar e informar de manera oportuna el seguimiento del sistema de control de medicamentos y material de curación, a las instancias competentes del Instituto.

Las Subdirecciones Médica de los Hospitales Generales y del Programa de Reconstrucción deberán:

- Vigilar el cumplimiento y aplicación de los programas, reglamentos e instructivos de trabajo.

Las Administraciones de los Hospitales Generales y las Subdirecciones Administrativas de los Hospitales Generales del Programa de Reconstrucción deberán:

- Instrumentar sistemas específicos de registro y control financiero y presupuestal del hospital.

Las Direcciones y/o Administraciones de los Centros de Salud Urbanos y Centros de Salud con Hospitalización deberán:

- Dar Seguimiento e Informar de manera oportuna a las instancias competentes del Instituto, las anomalías detectadas en el servicio subrogado de medicamentos y material de curación e sus unidades de adscripción.

El Departamento de Fincamiento y Seguimiento de Pedidos:

- Detectar y comunicar a las instancias correspondientes del Instituto, así como a los proveedores, el incumplimiento de las condiciones pactadas en los pedidos.
- Tramitar ante la Unidad de Asuntos Jurídicos, la efectividad de las garantías derivadas de incumplimientos o mala calidad de los bienes suministrados por el proveedor.

La Subdirección de Tesorería y Contabilidad del ISEM deberá:

- Emitir y vigilar él cumplimento de los lineamientos, políticas y criterios contables a los que deberán sujetarse las unidades del Instituto en la ejecución de sus operaciones financieras.
- Instrumentar y desarrollar sistemas de registro y control financiero, contable y presupuestal para el Instituto.
- Analizar y dar seguimiento al ejercicio del gasto del Instituto, de conformidad con la normatividad aplicable en la materia.
- Resguardar y controlar los libros, registros auxiliares, información y documentación soporte de las operaciones financieras del Instituto.
- Diseñar y vigilar la operación del sistema contable del ejercicio presupuestal del Instituto, a efecto de mantener un adecuado control de las finanzas y del presupuesto del organismo.
- Vigilar y supervisar el desarrollo de las conciliaciones con las áreas de contabilidad, presupuestos, planeación, recursos humanos, servicios generales, recursos materiales e infraestructura en salud.

- Vigilar y supervisar el pago a terceros.
- Autorizar, difundir y vigilar la aplicación de los manuales administrativos de su área de responsabilidad.

La Subdirección de Servicios Generales deberá:

- Vigilar la asignación de espacios físicos en arrendamiento, en los inmuebles del instituto, a las empresas y proveedores contratados por servicios subrogados, verificando el cumplimiento en el cobro de los mismos, de conformidad con los contratos correspondientes.

El Departamento de Servicios Generales deberá:

- Tramitar en los términos de las disposiciones aplicables, los procedimientos correspondientes para la aplicación de las penas convencionales pactadas por incumplimiento en el pago de los espacios físicos en arrendamiento, por parte de los prestadores del servicio subrogado de boticas y, en su caso para hacer efectivas las garantías otorgadas, comunicándolo de manera escrita y oportuna a la Unidad de Asuntos Jurídicos del Instituto.

Insumos

Contrato por la prestación del servicio, debidamente firmado.
Receta Médica.
Recetario Colectivo de Medicamentos.
Recetario Colectivo de Material de Curación.
Recetario Colectivo de Medicamentos del Servicio de Botica a Botica/Proveedor.
Recetario Colectivo de Material de Curación del Servicio de Botica a Botica/Proveedor.
Debidamente requisitados y autorizados.
Notas de Crédito.

Resultado

Hacer efectivas las garantías convenidas con el proveedor, con el propósito de concientizarlo respecto a brindar una mejor atención a los usuarios mediante el suministro de sus medicamentos y material de curación en tiempo y forma.

Interacción con otros procedimientos

Autorización de Cheques.
Programación de Pagos (Manual de Procedimientos de Inversión Financiera)
Suministro de Medicamentos por Receta Médica
Suministro de Medicamentos y Material de Curación por Recetario Colectivo
Pago a Proveedores

Políticas

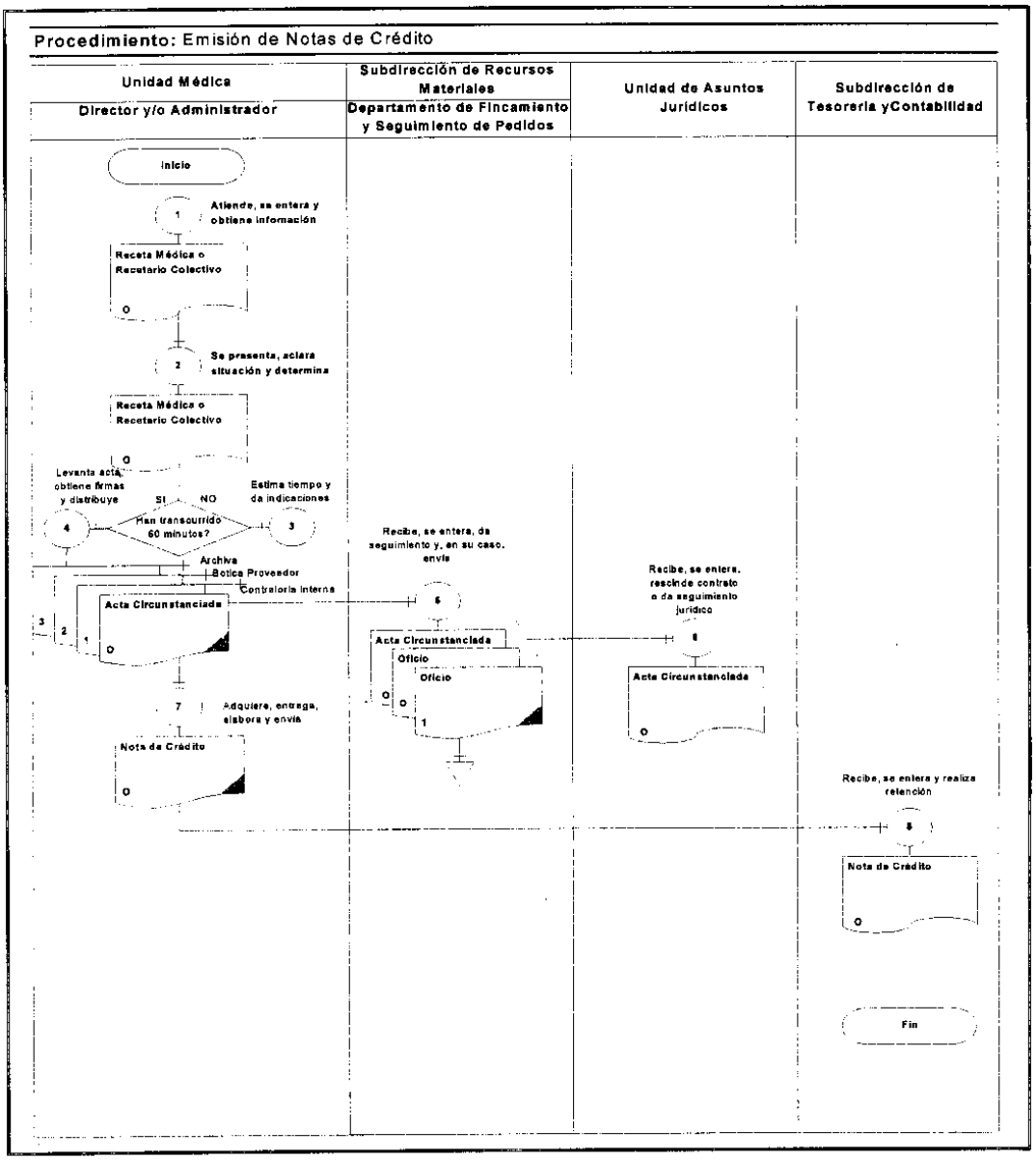
1. El Director y Administrador de las unidades médicas del Instituto instrumentarán los mecanismos internos de supervisión a la botica del proveedor, a efecto de vigilar que cumpla con el suministro de medicamentos y material de curación en un plazo máximo de 60 minutos, contados a partir de que es entregada la receta o recetario al responsable de la botica.
2. El Director y Administrador de las unidades médicas del Instituto comprarán los medicamentos no surtidos por la botica del proveedor, para entregarlos al paciente o al servicio solicitante, debiendo levantar el acta circunstanciada correspondiente, así como nota de crédito por el 200% del importe de lo adquirido.
3. Las notas de crédito emitidas se descontarán al proveedor del importe próximo a pagarle.
4. El Director y Administrador de las unidades médicas del Instituto enviarán el acta circunstanciada de incumplimiento en el suministro de medicamentos y material por parte de la botica del proveedor a la Subdirección de Recursos Materiales y de la Unidad de Contraloría Interna para su conocimiento y seguimiento correspondiente.
5. La Subdirección de Recursos Materiales comunicará por escrito a la Unidad de Asuntos Jurídicos del Instituto los casos de incumplimiento del proveedor que ameriten la rescisión del contrato o darles atención jurídica.

PROCEDIMIENTO: Emisión de Notas de Crédito

Desarrollo

Procedimiento : Emisión de Notas de Crédito

No.	Responsable	Descripción
1	Unidad Médica / Director y/o Administrador	Atiende al paciente o al personal de los servicios de la unidad, se entera del "No surtimiento" de la receta o recetario colectivo por parte del proveedor y procede a obtiene la información pertinente, así como el formato de la receta o recetario colectivo respectivo.
2	Unidad Médica / Director y/o Administrador	Se presenta en la botica del proveedor con el formato de la receta o recetario colectivo respectivo, le solicita aclare la situación, se entera y determina:
3	Unidad Médica / Director y/o Administrador	De no haber transcurrido los 60 minutos, estima en coordinación con el proveedor y el paciente o el personal de los servicios de la unidad, el tiempo restante, indicándoles a estos últimos que, en caso de que no les sea surtida la receta o el recetario en tiempo y forma se lo hagan de conocimiento de manera inmediata para proceder a tomar las medidas correctivas pertinentes. (Se conecta a la actividad No. 1).
4	Unidad Médica / Director y/o Administrador	De haber transcurrido los 60 minutos, levanta acta circunstanciada de los hechos, obtiene firma del paciente o del personal de la unidad afectado y, en su caso, del encargado en turno de la botica del proveedor y distribuye para su conocimiento y seguimiento correspondiente: Original: Subdirección de Recursos Materiales. Copia: Unidad de Contraloría Interna. Copia: Responsable de la botica del proveedor. Copia: Archivo.
5	Subdirección de Recursos Materiales / Departamento de Fincamiento y Seguimiento de Pedidos	Recibe original del acta circunstanciada, se entera, da seguimiento, en caso de ameritar la rescisión del contrato o darle atención jurídica, comunica mediante oficio a la Unidad de Asuntos Jurídicos, anexando el acta correspondiente y archiva copia para su control y seguimiento.
6	Unidad de Asuntos Jurídicos	Recibe oficio y acta circunstanciada, se entera y procede a realizar la rescisión del contrato o a darle el seguimiento jurídico al asunto correspondiente, manteniendo la comunicación necesaria con el Departamento de Fincamiento y Seguimiento de Pedidos.
7	Unidad Médica / Director y/o Administrador	Adquiere los medicamentos correspondientes, los proporciona al paciente o al servicio solicitante y procede a elaborar la nota de crédito al 200% del importe de la compra, y la envía a la Subdirección de Tesorería y Contabilidad para que sean descontadas del importe de las facturas por pagarle.
8	Subdirección de Tesorería y Contabilidad	Recibe notas de crédito, se entera y procede a realizar la retención del importe correspondiente al proveedor respectivo, del importe por pagarle



PROCEDIMIENTO: Emisión de Notas de Crédito

Medición

Indicador para medir la capacidad de respuesta:

- Número de actas circunstanciadas emitidas por día y mes, por unidad médica
- Número de notas de crédito emitidas por día y mes, por unidad médica y por proveedor

- Tipo de medicamentos o material de curación no suministrado con mayor frecuencia.
- Tipo de usuario al que no se le suministra con mayor frecuencia la receta o recetario colectivo, interno o externo
- Niveles de inventario

Registro de evidencias.

Acta circunstanciada elaborada por el Administrador o el Director de la unidad médica.

Nota de Crédito elaborada por el Administrador o el Director de la unidad médica.

Receta médica y recetario colectivo no surtidos al 100%.

PROCEDIMIENTO: Pago a Proveedores

Nombre del Procedimiento:

Pago a proveedores

Objetivo:

Agilizar el proceso de pago a los proveedores del Sistema para el Control de Medicamentos y Material de Curación, especificando de manera coordinada las funciones y obligaciones de los participantes en la recepción, revisión y registro de las facturas, programando su pago en tiempo y forma.

Alcance:

Aplica en Hospitales, Centros de Salud con Hospitalización y Centros de Salud Urbanos del Instituto.
Se excluye a los Centros de Salud Rurales.

Referencias:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4°.
Ley General de Salud (Título Segundo, Capítulo I, Artículo 7; Título Tercero, Capítulo I, Artículos: 23, 24 fracción I, 25, 27 fracción III; Capítulo II, Artículos: 32 y 33).
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica (Capítulo I, Artículo 19, Fracción V).
Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México, artículo 129.

Responsabilidades:

Los Hospitales Generales y del Programa de Reconstrucción deberán:
- Autorizar y supervisar el programa de adquisiciones de material y equipo médico, instrumental, mobiliario y equipo de oficina, accesorios, material de consumo, verificando que se integre en el tiempo, cantidad y calidad requerida, en coordinación con las áreas correspondientes del nivel central.

Los Hospitales Generales y Hospitales del Programa de Reconstrucción deberán:
- Coordinar la ejecución de las gestiones para la obtención de los recursos humanos, financieros, materiales y equipo que se requieran para su buen funcionamiento.

La Subdirección Médica de los Hospitales Generales y de los Hospitales del Programa de Reconstrucción deberán:
- Participar en la elaboración de los programas de investigación clínica, médica y administrativa, para elevar la calidad de atención médica.
- Vigilar el cumplimiento y aplicación de programas, reglamentos e instructivos de trabajo.

Las Administraciones de los Hospitales Generales y las Subdirecciones Administrativas de los Hospitales Generales del Programa de Reconstrucción deberán:
- Instrumentar sistemas específicos de registro y control financiero y presupuestal del hospital.
- Estructurar y mantener un adecuado sistema para la adquisición, almacenamiento y suministro de insumos, materiales y equipo que se requiera en el hospital.
- Dirigir y controlar la adquisición de los insumos y equipo que se requiere en el hospital, ya sea a través de los almacenes centrales del Instituto o directamente con proveedores.
- Supervisar y controlar los registros del sistema de control de inventarios.

Las Administraciones de los Centros de Salud con Hospitalización y Centros de Salud Urbanos deberán:
- Recibir y revisar las facturas e informe de inventario de medicamentos y material de curación en consignación, junto con las recetas y recetarios soporte, firmando de visto bueno las primeras, así

como resguardar copia de esta.

La Subdirección de Recursos Materiales del Instituto deberá:

- Vigilar el cumplimiento de los ordenamientos legales vigentes en materia de administración de recursos materiales, así como expedir las normas a que deberán sujetarse las diferentes unidades administrativas del Instituto en la materia.
- Coordinar la elaboración y ejecución del programa anual de adquisiciones del Instituto.
- Dirigir y controlar el proceso de adquisición de los insumos, bienes muebles, materiales y equipo que requieran las unidades del Instituto para el desarrollo de sus funciones.
- Coordinar las actividades de surtimiento de bienes a las unidades administrativas del Instituto.
- Presentar al Comité de Adquisiciones y Servicios, las propuestas de adquisiciones para su dictamen y autorización correspondiente.
- Autorizar, difundir y vigilar la aplicación de los manuales administrativos de su área de responsabilidad.

La Subdirección de Tesorería y Contabilidad del Instituto deberá:

- Emitir y vigilar él cumplimento de los lineamientos, políticas y criterios contables a los que deberán sujetarse las unidades del Instituto en la ejecución de sus operaciones financieras.
- Instrumentar y desarrollar sistemas de registro y control financiero, contable y presupuestal para el Instituto.
- Determinar y gestionar los recursos financieros necesarios para la operación del organismo.
- Vigilar y controlar la contabilidad general del organismo, así como los programas financieros y fondos especiales que se obtengan.
- Analizar y dar seguimiento al ejercicio del gasto del Instituto, de conformidad con la normatividad aplicable en la materia.
- Resguardar y controlar los libros, registros auxiliares, información y documentación soporte de las operaciones financieras del Instituto.
- Diseñar y vigilar la operación del sistema contable del ejercicio presupuestal del Instituto, a efecto de mantener un adecuado control de las finanzas y del presupuesto del organismo.
- Vigilar y supervisar el desarrollo de las conciliaciones con las áreas de contabilidad, presupuestos, planeación, recursos humanos, servicios generales, recursos materiales e infraestructura en salud.
- Vigilar y supervisar el pago a terceros.
- Autorizar, difundir y vigilar la aplicación de los manuales administrativos de su área de responsabilidad.

Insumos

Factura debidamente requisitada y firmada de conformidad por el Director y el Administrador de la unidad médica, con la documentación soporte correspondiente, debiendo conservar el original de la receta médica y del recetario colectivo, así como con copia de las facturas.

Contrato por la prestación del servicio, debidamente firmado.

Receta Médica y Recetario Colectivo de Medicamentos y/o Recetario Colectivo de Material de Curación, debidamente requisitados y autorizados.

Resultado

Proporcionar de manera oportuna el pago a proveedores, de conformidad con la normatividad vigente en la materia.

Interacción con otros procedimientos

Autorización de Cheques.

Programación de Pagos (Manual de Procedimientos de Inversión Financiera)

Suministro de Medicamentos por Receta Médica

Suministro de Medicamentos y Material de Curación por Recetario Colectivo

Entrega de reportes

Políticas

1. Las firmas para la autorización de cheques de cantidad menor a $150,000.00 (Ciento cincuenta mil pesos 00/100 m.n) podrán ser en facsímil.

2. Las firmas para la autorización de cheques de cantidad mayor a $150,000.01 (Ciento cincuenta mil pesos) deberán ser autógrafas.
3. La Subdirección de Tesorería y Contabilidad del Instituto, recibirá la factura sólo si ésta presenta firma de visto bueno del Director y Administrador de la unidad médica correspondiente.

4. El "Contra-recibo" que presenten los proveedores deberá ser canjeado por el cheque correspondiente, en tiempo y forma como se indica en las condiciones de pago.

5. Para el pago de los "Contra-recibos" a los proveedores, se deberá solicitar el siguiente:

Hasta un monto de	Documentación
$ 1 a $ 50,000.00	Carta autógrafa de la empresa signada por apoderado o representante legal de la misma. Credencial con fotografía vigente de la empresa, o carta poder de la misma, con identificación oficial vigente con fotografía
$ 50,001.00 en adelante	Poder Notarial para actos de administración.

6. Los proveedores conciliarán su factura con el Administrador de la unidad médica, contra el inventario entregado en consignación y/o recetas médicas surtidas, como parte de las gestiones para el cobro de las mismas.

7. El suministro del medicamento y material de curación de la botica será responsabilidad del personal contratado por el proveedor.

8. Los proveedores deberán contar con centros de atención telefónica al usuario para la atención de quejas y sugerencias.

9. Los proveedores emitirán semanalmente, factura del medicamento y material de curación que hayan suministrado.

10. Los proveedores emitirán por unidad médica, reporte semanal de los inventarios de medicamentos y material de curación que le fueron asignados por el Instituto bajo la modalidad de consignación, en cuyo caso, para cuestiones contables, la facturación deberá considerarse en ceros.

11. Los informes y reportes requeridos para la facturación serán requisitos indispensables para que el proveedor pueda hacer su trámite de pago; estos deberán contar invariablemente con la firma del Director y Administrador de la unidad médica, la factura deberá corresponder al periodo que se esta facturando y contener la clave de la jurisdicción correspondiente y la del centro de salud u hospital.

12. La información de requerimientos para los reportes de facturación serán proporcionados a los proveedores por la Subdirección de Tesorería y Contabilidad del Instituto.

13. El pago se efectuará a los 30 días naturales posteriores a la presentación de la factura correspondiente en ventanilla del Departamento de Tesorería.

14. Las notas de crédito emitidas por incumplimiento en el suministro de medicamentos y material de curación, se descontarán al proveedor del importe por pagarle.

15. El Instituto no aceptará recetas ni facturas con tachaduras o enmiendas para trámite de pago.

16. El proveedor estará sujeto a las obligaciones y sanciones establecidas en el contrato correspondiente, para el surtimiento de medicamentos y material de curación.

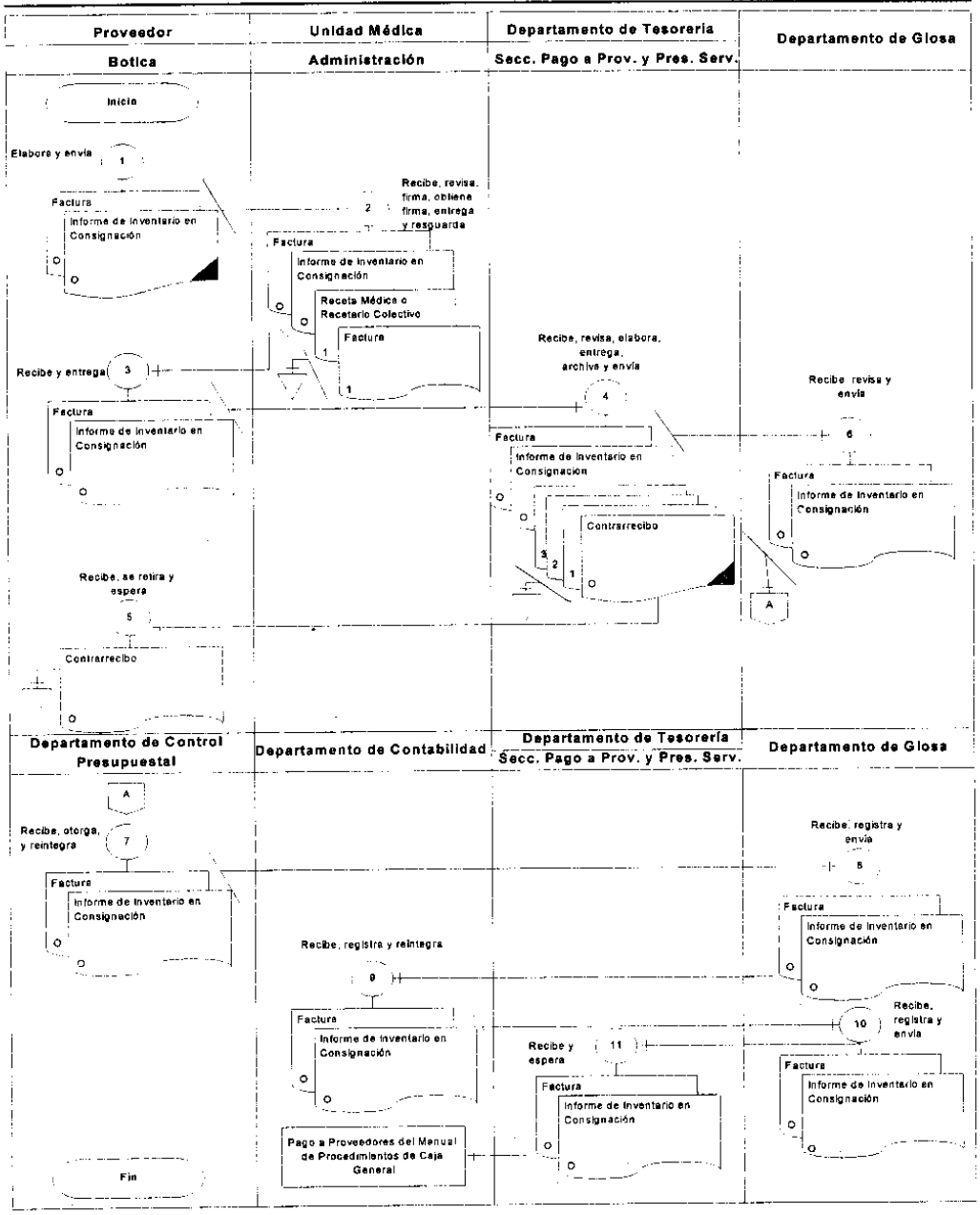
PROCEDIMIENTO: Pago a Proveedores

Desarrollo

Procedimiento : Pago a proveedores

No.	Responsable	Actividad
1	Proveedor / Botica	Elabora "Factura" e informe de inventario de medicamentos y material de curación en consignación, de las recetas y recetarios suministrados en la botica, de conformidad con el contrato y envía para revisión y firma del Administrador y del Director de la unidad médica correspondiente.
2	Unidad Médica / Administración	Recibe "Factura" e informe de inventario de medicamentos y material de curación en consignación, junto con las recetas y recetarios soporte, revisa, firma de visto bueno, obtiene firma del Director y del Administrador, entrega la factura e informe al proveedor y resguarda las recetas y recetarios correspondientes, junto con copia de la factura.
3	Proveedor / Botica	Recibe "Factura" e informe de inventario de medicamentos y material de curación en consignación, debidamente validada por el Administrador y Director de la unidad médica, entrega a la Sección de Pago de Proveedores y Prestadores de Servicios del Departamento de Tesorería.
4	Departamento de Tesorería / Sección de Pago a Proveedores y Prestadores de Servicios	Recibe "Factura" e informe de inventario de medicamentos y material de curación en consignación, revisa que estén debidamente firmados por el Administrador y Director de la unidad médica; elabora "Contrarrecibo" en original y tres copias y distribuye: • Original del "Contra-recibo".- Proveedor, • Primera y segunda copia con factura.- Departamento de Glosa, y • Tercera copia.- Consecutivo.
5	Proveedor / Botica	Recibe original del "Contra-recibo" donde se establece la fecha probable de pago, se retira y espera.
6	Departamento de Glosa	Recibe "Factura" e informe, revisa factura, que contenga: unidad, centro de salud u hospital, rango de fecha de corte, requisitos fiscales y administrativos, informe de inventario de medicamentos y material de curación en consignación y envía al Departamento de Control Presupuestal.
7	Departamento de Control Presupuestal	Recibe "Factura" e informe, se otorga asignación y póliza presupuestal y reintegra al Departamento de Glosa.
8	Departamento de Glosa	Recibe "Factura" e informe, registra y envía al Departamento de Contabilidad.
9	Departamento de Contabilidad	Recibe "Factura" e informe, registra asiento contable, asigna número de póliza y reintegra al Departamento de Glosa.
10	Departamento de Glosa	Recibe "Factura" e informe, registra y envía al Departamento de Tesorería para pago.
11	Departamento de Tesorería/ Sección de Pago a Proveedores y Prestadores de Servicios	Recibe "Factura" e informe, prepara cheque póliza y copias del "Contra-recibo" y espera a que se presenten los proveedores (se conecta con el Procedimiento: Pago a Proveedores y Contratistas del Manual de Procedimientos de Caja General).

Procedimiento: Pago a proveedores



PROCEDIMIENTO: Pago a proveedores

Medición

Indicador para medir la capacidad de respuesta:

- Cantidad de medicamentos y material de curación suministrados contra número de recetas y recetarios colectivos emitidos.
- Importe de medicamentos y material de curación pagados por día, mes, servicio y unidad médica.
- Importe promedio de medicamentos y material de curación pagados por paciente atendido.
- Importe promedio de medicamentos y material de curación pagados por diagnóstico dictaminado.
- Rotación de medicamentos y material de curación en el inventario de la botica del proveedor.

$$\frac{\text{\# Mensual de solicitud de cheques}}{\text{\# Mensual de cheques elaborados}} = \text{Porcentaje de Cheques autorizados}$$

Registro de evidencias.

Los cheques-póliza quedarán registrados para su manejo y control en el formato **"Programación de Pagos para Cheques y Transferencias Electrónicas"**.

El suministro de medicamento por parte de la botica, se sustentará en las recetas debidamente autorizadas por los médicos facultados dentro de cada servicio.

PROCEDIMIENTO: Entrega de Reportes

Nombre del Procedimiento:

Entrega de reportes

Objetivo:

Agilizar la emisión y entrega de los reportes requeridos por las áreas del Instituto, en tiempo y forma, con el propósito de que cuenten de manera oportuna con la información necesaria para la toma de decisiones en su ámbito de competencia.

Alcance:

Aplica en Hospitales, Centros de Salud con Hospitalización y Centros de Salud Urbanos del instituto.

Se excluye a los Centros de Salud Rurales.

Referencias:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4°.

Ley General de Salud (Título Segundo, Capítulo I, Artículo 7; Título Tercero, Capítulo I, Artículos: 23, 24 fracción I, 25, 27 fracción III; Capítulo II, Artículos: 32 y 33).

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica (Capítulo I, Artículo 19, Fracción V).

Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México, artículo 129.

Responsabilidades:

Los Hospitales Generales y del Programa de Reconstrucción deberán:

- Informar de manera oportuna el seguimiento del sistema de control de medicamentos y material de curación, a las instancias competentes del Instituto.

Los Hospitales Generales y del Programa de Reconstrucción deberán:

- Elaborar e informar de manera oportuna el seguimiento del sistema de control de medicamentos y material de curación, a las instancias competentes del Instituto.

Las Subdirecciones Médica de los Hospitales Generales y del Programa de Reconstrucción deberán:

- Vigilar el cumplimiento y aplicación de los programas, reglamentos e instructivos de trabajo.

Las Administraciones de los Hospitales Generales y las Subdirecciones Administrativas de los Hospitales Generales del Programa de Reconstrucción deberán:

- Instrumentar sistemas específicos de registro y control financiero y presupuestal del hospital.
- Supervisar y controlar los registros de sistema de control de inventarios.

Los Centros de Salud y Centros de Salud con hospitalización deberán:

- Elaborar los informes requeridos por el sistema jurisdiccional de información y las unidades relacionadas con el centro de salud.

La Subdirección de Recursos Materiales del ISEM deberá:

- Vigilar el cumplimiento de los ordenamientos legales vigentes en materia de administración de recursos materiales, así como expedir las normas a que deberán sujetarse las diferentes unidades administrativas del Instituto en la materia.
- Coordinar la elaboración y ejecución del programa anual de adquisiciones del Instituto.
- Presentar al Comité de Adquisiciones y Servicios, las propuestas de adquisiciones para su dictamen y autorización correspondiente.
- Autorizar, difundir y vigilar la aplicación de los manuales administrativos de su área de responsabilidad.

La Subdirección de Tesorería y Contabilidad del ISEM deberá:

- Emitir y vigilar él cumplimento de los lineamientos, políticas y criterios contables a los que deberán sujetarse las unidades del Instituto en la ejecución de sus operaciones financieras.
- Instrumentar y desarrollar sistemas de registro y control financiero, contable y presupuestal para el Instituto.
- Analizar y dar seguimiento al ejercicio del gasto del Instituto, de conformidad con la normatividad aplicable en la materia.
- Resguardar y controlar los libros, registros auxiliares, información y documentación soporte de las operaciones financieras del Instituto.
- Diseñar y vigilar la operación del sistema contable del ejercicio presupuestal del Instituto, a efecto de mantener un adecuado control de las finanzas y del presupuesto del organismo.
- Vigilar y supervisar el desarrollo de las conciliaciones con las áreas de contabilidad, presupuestos, planeación, recursos humanos, servicios generales, recursos materiales e infraestructura en salud.
- Vigilar y supervisar el pago a terceros.
- Autorizar, difundir y vigilar la aplicación de los manuales administrativos de su área de responsabilidad.

Insumos

Contrato por la prestación del servicio, debidamente firmado.
Receta Médica.
Recetario Colectivo de Medicamentos.
Recetario Colectivo de Material de Curación.
Recetario Colectivo de Medicamentos del Servicio de Botica a Botica/Proveedor.
Recetario Colectivo de Material de Curación del Servicio de Botica a Botica/Proveedor.
Debidamente requisitados y autorizados.

Resultado

Emisión y entrega de los informes y reportes requeridos por las áreas competentes del instituto para la adecuada toma de decisiones en tiempo y forma.

Interacción con otros procedimientos

Autorización de Cheques.
Programación de Pagos (Manual de Procedimientos de Inversión Financiera)
Suministro de Medicamentos por Receta Médica
Suministro de Medicamentos y Material de Curación por Recetario Colectivo
Pago a proveedores

Políticas

1. La Unidad de Informática integrará el sistema informático a utilizar, coordinadamente con los proveedores, recabando la información de las áreas usuarias del Instituto, con el propósito de que los informes y reportes que se emitan cubran sus requerimientos en tiempo y forma.
2. El sistema informático que utilizarán los proveedores, deberá estar debidamente avalado por las áreas competentes del Instituto.
3. Las áreas usuarias del Instituto definirán el tiempo y forma en que requerirán los reportes por parte de los proveedores.
4. La Unidad de Informática deberá obtener de los proveedores clave de acceso a su sistema para transportar en el tiempo que lo requiera información hacia el Instituto, así como sus tiempos de retardo para la actualización de información.
5. Será responsabilidad de las áreas usuarias del Instituto, recabar los informes y reportes de los proveedores en su materia y, en su caso, tomar las medidas correctivas necesarias, haciéndolas del conocimiento de manera oportuna a la coordinación a la que pertenezcan.
6. Los proveedores deberán generar por día, semana y mes, un reporte el cual deberá contener localidad, área y/o servicio y fecha de surtimiento, nombre del paciente, edad, sexo, diagnósticos primarios y/o secundarios; cantidad, clave y nombre genérico del medicamento; costo por pieza, renglón y total de la

receta o requerimiento surtido; nombre y registro del médico que prescribe; diagnóstico del padecimiento; estadísticas de medicamentos prescritos por padecimiento, prescripción y consumo por médico, medicamentos prescritos por localidad, centro de salud, claves de mayor movimiento, importe de los consumos por farmacia y por clave, niveles de inventarios; así mismo permitirán una cuenta de usuario a una dirección electrónica para consultar en línea dicha información y emitirá mensualmente un archivo plano conteniendo la información señalada.

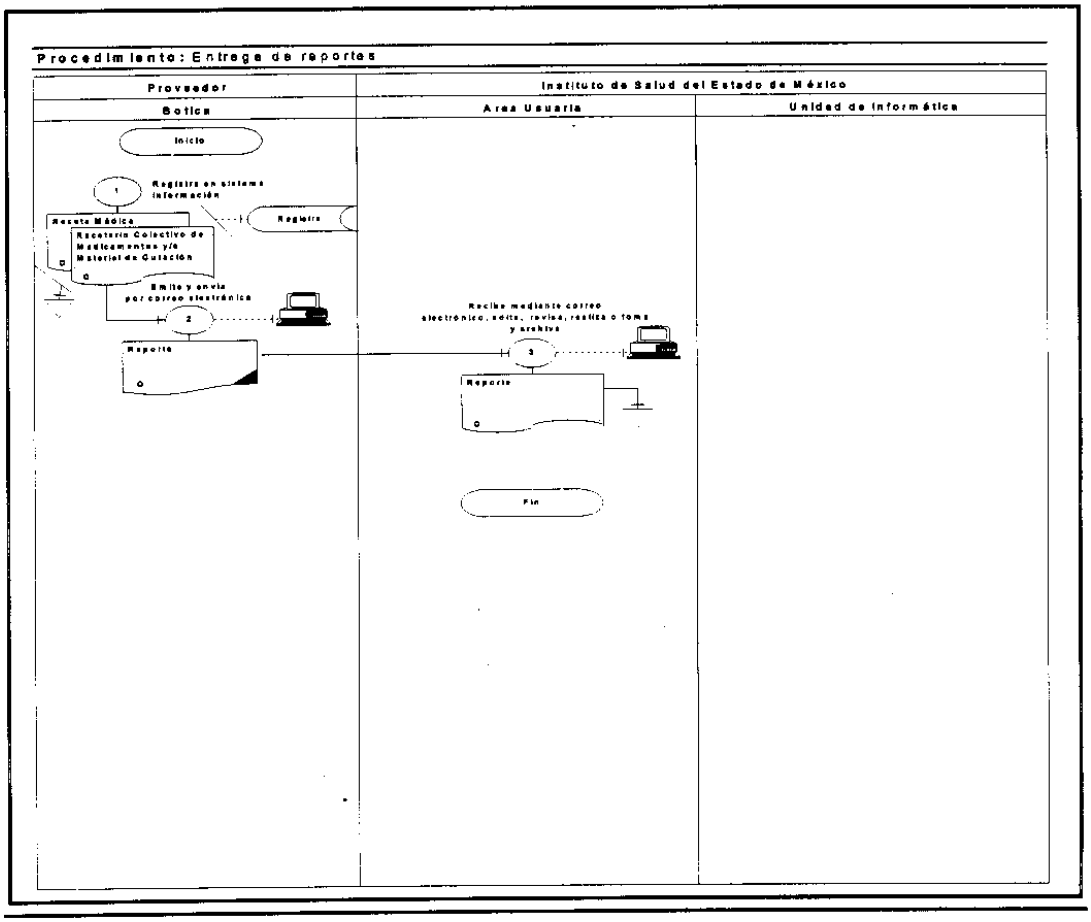
7. La Subdirección de Atención Médica requerirá los reportes diarios, semanales y mensuales siguientes:
   7.1 Reporte de consumo y costo diario por:
   a) Unidad médica, hospital o jurisdicción,
   b) Localidad,
   c) Municipio,
   d) Cobertura (Seguro Popular, Oportunidades y Población Abierta),
   e) Nombre del paciente,
   f) Fecha de surtimiento,
   g) Edad del paciente,
   h) Género,
   i) Tipo de receta (Receta Médica o Recetario Colectivo de Medicamentos y/o Material de Curación),
   j) Clave de medicamento,
   k) Clave CIE y/o diagnóstico emitido por el Médico (Primario y/o Secundario),
   l) Nombre del Médico,
   m) Servicio,
   n) Reportes estatal,
   o) Cantidad de medicamento surtido,
   p) Medicamento prescrito por padecimiento,
   q) Medicamento prescrito por medico,
   r) Medicamento de mayor y menor consumo,
   s) Medicamento prescrito por localidad, por centro de salud y/u hospital,
   t) Importe de los consumos por botica,
   u) Importe de los consumos por clave de medicamento,
   v) Costo por pieza,
   w) Costo por renglón, y
   x) Costo total por receta surtida.
8. Los reportes diarios, semanales y mensuales requeridos por la Subdirección de Tesorería y Contabilidad serán los siguientes:
   8.1 Reporte y archivo plano de la evaluación del inventario global de la mercancía que se recibió en consignación, valuado a costo promedio ponderado conteniendo los siguientes datos:
   a) Clave del artículo,
   b) Presentación,
   c) Descripción,
   d) Tipo de suministro 1 (medicamento) y 2 (material de curación),
   e) Costo promedio ponderado, y
   f) Cantidad consignada.
9. Los proveedores deberán imprimir su corte semanal un día antes de la facturación.
10. Los proveedores deberán entregar el inventario del material que se les entregó en consignación, incluidos los cuatro tipos de requerimientos, valuado a costo promedio ponderado.
11. En el caso de que el proveedor no surta la receta al 100%, deberá hacer los registros de requerimientos cada vez que surta los medicamentos.
12. Cuando el proveedor se presente a revisión de facturas, deberá adjuntar el reporte.

PROCEDIMIENTO: Entrega de Reportes

Desarrollo

Procedimiento : Entrega de reportes

No.	Responsable	Actividad
1	Proveedor / Botica	Registra en sistema la información de las recetas y recetarios surtidos, así como de su proceso de conciliación y facturación correspondientes.
2	Proveedor / Botica	Emite por sistema, al finalizar el día, los reportes e informes requeridos y procede a enviar la información vía correo electrónico a las áreas usuarias del Instituto.
3	Instituto / Área Usuaria	Recibe información por su correo electrónico, revisa, realiza registros correspondientes y/o toma las decisiones pertinentes. Archiva reportes e informes para su control.



PROCEDIMIENTO: Entrega de Reportes

Medición

Indicador para medir la capacidad de respuesta:

- Número de medicamentos surtidos / Número de medicamentos prescritos
- Medicamentos prescritos por padecimiento
- Medicamentos prescritos por localidad
- Claves de mayor movimiento
- Consumos por botica y por clave
- Niveles de inventario

Registro de evidencias.

El suministro de medicamento y/o material de curación por parte de la botica, se sustentará en las recetas y recetarios colectivos, debidamente autorizados por los médicos facultados dentro de cada servicio.

En la receta médica deberá registrarse el número de folio del recibo único de pago con el cual se pagan los medicamentos y/o material de curación requeridos.

Receta médica y recetario colectivo surtidos al 100%.

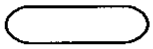
*Los cheques-póliza quedarán registrados para su manejo y control en el formato "**Programación de Pagos***

para Cheques y Transferencias Electrónicas".

El suministro de medicamento y/o material de curación por parte de la botica, se sustentará en las recetas debidamente autorizadas por los médicos facultados dentro de cada servicio.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA DE CONTROL DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL DE CURACIÓN	**Edición:** Segunda
	Fecha: Junio / 2007
	Código: 217B50000
	Página: X

INICIO O FINAL DEL PROCESO



Señala el principio o terminación de un procedimiento. Cuando se utilice para indicar el principio de un proceso se anotará la palabra **INICIO**, en el segundo caso, cuando se termine la secuencia de operaciones, se escribirá la palabra **FIN**.

OPERACION

Para representar una actividad o proceso, sea manual, mecanizado o mental, se utilizará este símbolo, el cual muestra las principales fases del procedimiento, empleándose cuando el material, formato o la propia acción va a cambiar, por ejemplo: enviar, anotar, tramitar, modificar, contestar, ejecutar, etc., se anotará dentro del símbolo un número en secuencia, concatenándose con las verificaciones o actividades combinadas únicamente; del mismo modo se escribirá una breve descripción al margen del símbolo de lo que sucede en ese paso.

INSPECCION

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

ACTIVIDAD COMBINADA

Figura que se utiliza en los casos en que un mismo paso se realiza tanto una operación como una verificación

LINEA CONTINUA

La línea 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 símbolo empleado.

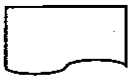
LINEA DE GUIONES

Este símbolo 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 ZIG ZAG

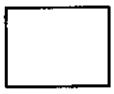
Se utiliza para señalar que existe flujo de información, la cual se realiza a través de teléfono, telex, fax, etc. La dirección del flujo se indica como en los casos de las líneas de guiones y continua.

FORMATO IMPRESO



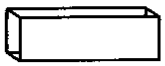
Como su nombre lo indica, esta representación se aplica en formas impresas, documentos, reportes, listados, etc., y se anota después de cada operación, inspección o actividad combinada, indicando dentro del símbolo el nombre del formato; cuando se requiera indicar el número de copias de formatos utilizados 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 numerar y la última contiene el número final de copias, esta disposición se ejercerá cuando el juego de formatos siga un mismo flujo, ahora bien si se desconoce el número de copias en el primer símbolo se anotará una "X" y en el último una "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



Este símbolo 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, pudiendo ser un machote.

PAQUETE DE MATERIALES

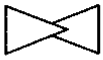


En este caso, la figura se emplea para representar un conjunto de materiales, dinero o todo aquello que sea en especie.

REGISTRO Y/O CONTROLES

Tiene como función representar un control o libro de registros, se usará cuando se hable 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 de ser en guiones terminando de igual manera en el símbolo.

DESTRUCCION DE DOCUMENTOS



Este signo representa el destino final del documento cuando por diversas causas ya no es necesaria su participación en el procedimiento en estudio.

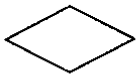
ARCHIVO TEMPORAL

La situación de archivo temporal en un procedimiento, se presenta cuando un documento o material por algún motivo debe guardarse durante un período indefinido para después utilizarlo en otra actividad, representa espera y se aplica cuando el uso del documento o material se conecta con otra operación.

ARCHIVO DEFINITIVO

Esta representación marca el fin de la participación de un documento o material en un procedimiento, por lo que se procede a archivar de manera definitiva, con la salvedad de emplearse en otros procesos. En el caso de que en alguna actividad se archive y concluya el proceso, es válido utilizar, ambos símbolos (archivo definitivo y FIN).

DECISION



Símbolo que 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.

INTERRUPCION DEL PROCESO

En ocasiones el procedimiento requiere de una interrupción para ejecutar alguna actividad o bien para dar tiempo al usuario para realizar o reunir una determinada situación. Por ello, el presente símbolo se emplea cuando el proceso requiere de una espera necesaria e insoslayable. El caso usual, es cuando un documento se archiva temporalmente y después se vuelve a utilizar, indica tiempo sin actividad.

ANEXO DE DOCUMENTOS

El empleo de este símbolo indica que dos o más documentos se anexan para concentrarse en un sólo paquete, el cual permita identificar las copias o juegos de los documentos existentes e involucrados en el procedimiento.

FUERA DE FLUJO

Cuando por necesidad del procedimiento, una determinada actividad o participación ya no es requerida dentro del mismo, se opta por utilizar el signo de fuera de flujo para finalizar su intervención en el proceso.

CONECTOR DE PROCEDIMIENTOS

Es utilizado para señalar que un procedimiento proviene o es la continuación de otro(s). Es importante anotar dentro del símbolo el nombre del proceso del cual se deriva o hacia donde va.

CONECTOR DE HOJA EN UN MISMO PROCEDIMIENTO

Este símbolo se utiliza con la finalidad de evitar las hojas de gran tamaño que lejos de facilitar el entendimiento del procedimiento, lo hace más complejo, el cual muestra al finalizar la hoja, hacia donde va y el principio de la siguiente hoja de donde viene. Asimismo, se deberá utilizar el menor número de veces, lo cual se puede lograr distribuyendo los símbolos de tal manera que sólo se empleen los necesarios a efecto de evitar confusiones en la secuencia del procedimiento; para fines de control se escribirá dentro de la figura una letra (mayúscula) del alfabeto, empezando con la "A", y continuando con la secuencia del mismo.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA DE CONTROL DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL DE CURACIÓN	**Edición:** Segunda
	Fecha: Junio / 2007
	Código: 217B50000
	Página: XI

Registro de Ediciones

Segunda edición (junio de 2007): actualización del manual.

Distribución

El original del manual del procedimiento se encuentra en poder del Departamento de Desarrollo Institucional, de la Unidad de Modernización Administrativa del Instituto.
Las copias controladas están distribuidas de la siguiente manera:

1. Coordinación de Servicios de Salud.
2. Dirección de Finanzas.
3. Subdirección de Atención Médica.
4. Subdirección de Recursos Materiales.
5. Unidad de Contraloría Interna.
6. Unidad de Asuntos Jurídicos

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA DE CONTROL DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL DE CURACIÓN	**Edición:** Segunda
	Fecha: Junio / 2007
	Código: 217B50000
	Página: XII

Validación

DRA. MARÍA ELENA BARRERA TAPIA
SECRETARIA DE SALUD Y DIRECTORA GENERAL DEL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO
(RÚBRICA)

DR. JESÚS LUIS RUBÍ SALAZAR
COORDINADOR DE SALUD
(RÚBRICA)

DR. SERGIO ROJAS ANDERSEN
COORDINADOR DE REGULACIÓN SANITARIA
(RÚBRICA)

LIC. FEDERICO RUIZ SÁNCHEZ
COORDINADOR DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
(RÚBRICA)

DR. ROBERTO MARTÍNEZ POBLETE
DIRECTOR DE SERVICIOS DE SALUD
(RÚBRICA)

ING. ARMANDO TORRES GÓMEZ
DIRECTOR DE REGULACIÓN SANITARIA
(RÚBRICA)

M. EN E. RODOLFO DAVIS CONTRERAS
DIRECTOR DE FINANZAS
(RÚBRICA)

M. EN A. EDUARDO FRANCISCO BERTERAME BARQUIN
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN
(RÚBRICA)

LIC. LEOPOLDO MOLINA ZENTENO
JEFE DE LA UNIDAD DE ASUNTOS JURÍDICOS
(RÚBRICA)

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

DRA. MARÍA DEL CARMEN GUTIÉRREZ VÁZQUEZ
SUBDIRECTORA DE NORMATIVIDAD SANITARIA
(RÚBRICA)

C. P. JUAN MANUEL CAMACHO CABALLERO
SUBDIRECTOR DE TESORERÍA Y CONTABILIDAD
(RÚBRICA)

L.A.E. JUAN GRANDA GIL
SUBDIRECTOR DE RECURSOS MATERIALES
(RÚBRICA)

L.A.E. MARTHA MEJÍA MÁRQUEZ
JEFE DE LA UNIDAD DE MODERNIZACIÓN ADMINISTRATIVA
(RÚBRICA)

MP/ 103
© Manuales de procedimientos
Manual de Procedimientos del Sistema de Control de Medicamentos y Material de Curación, Servicio Subrogado
Secretaría de Salud
Instituto de Salud del Estado de México

Responsables de proporcionar la información:
C.P. José Antonio Valdés López
M. en E. Rodolfo Davis Contreras
Ing. Enrique Vincent Dávila
C. P. Juan Manuel Camacho Caballero
Dra. María del Carmen Gutiérrez Vázquez
Lic. Juan Granda Gil
Ing. Amalia Renata Reyes Monroy
C. P. Leticia Ramírez Rosaldo
C. P. Edith Romero Arizmendi
C. P. Roberto Valerio Carlos
C. P. Juan Mejía Hernández
Quim. Juan Carlos Ruiz García

Responsables de la integración del documento:
L.A.E. Martha Mejía Márquez
L.A.E. Armando Santín Pérez
Lic. Víctor Flores Silva

Toluca, México, junio, 2007.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

REGLAMENTO INTERNO DE LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS DEL ISEM

JULIO DE 2007

EL CONSEJO INTERNO DEL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 2.6 DEL CÓDIGO ADMINISTRATIVO DEL ESTADO DE MÉXICO Y 293 FRACCIÓN IV DEL REGLAMENTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO.

CONSIDERANDO

Que la presente administración para la gestión, concibe una estrategia de desarrollo, basada en un gobierno responsable y moderno, capaz de propiciar un ambiente de acuerdos y consensos; que conduzca el esfuerzo social para concretar acciones, programas y proyectos, que impacten positivamente en la calidad de vida de los mexiquenses.

Que la seguridad integral es un concepto que se sustenta en tres pilares fundamentales, siendo uno de ellos el de la seguridad social, el cual encuentra fundamento en la aspiración de ejercer un gobierno en el que todos los sectores de la sociedad, particularmente los más vulnerables, cuenten con las capacidades físicas, intelectuales y emocionales necesarias para incorporarse al desarrollo.

Que en cumplimiento del pilar de la seguridad social, el Instituto de Salud del Estado de México realiza acciones en el marco de las estrategias de acceso universal a la salud, estableciendo un modelo integrado de salud con interacción

de los tres niveles de atención, a fin de considerar nuevos padecimientos de la población y de cobertura de atención hospitalaria.

Que para fortalecer la prestación de los servicios de salud de los hospitales psiquiátricos, se elaboró el nuevo Reglamento Interno de hospitales psiquiátricos con la finalidad de atender a la población dentro de estándares de calidad.

En mérito de lo expuesto, se expide el siguiente:

REGLAMENTO INTERNO DE LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS DEL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO

CAPÍTULO I
DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1. El presente reglamento tiene por objeto regular la organización y funcionamiento de los Hospitales Psiquiátricos: "José Sáyago", "Dr. Adolfo M. Nieto" y "Granjas La Salud Tlazolteotl".

Artículo 2. Para los efectos del presente Reglamento, cuando se haga referencia a la Secretaría, el Instituto, la Ley, al Reglamento de la Ley, Reglamento de Salud, la Norma y los hospitales, se entenderá a la Secretaría de Salud, al Instituto de Salud del Estado de México, a la Ley General de Salud, al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, al Reglamento de Salud del Estado de México, la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994 para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, y los Hospitales Psiquiátricos: "José Sáyago", "Dr. Adolfo M. Nieto" y "Granjas La Salud Tlazolteotl".

Artículo 3. Los hospitales son unidades médicas de segundo nivel que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica a usuarios que padezcan un trastorno mental.

Artículo 4. Son actividades de atención médica de los hospitales:

I. Preventivas;
II. Curativas;
III. De Rehabilitación;
IV. Enseñanza y Capacitación e
V. Investigación.

Artículo 5. Los hospitales proporcionarán servicios médicos a toda persona que lo solicite, en primera instancia, en los términos del presente Reglamento, sin distinción de raza, clase o condición social; pero para el internamiento de pacientes se atenderá a los siguientes:

I. En Hospital Psiquiátrico "José Sáyago" a pacientes femeninos mayores de 18 años,
II. En Hospital Psiquiátrico "Dr. Adolfo M. Nieto" a pacientes femeninos mayores de 18 años; y
III. En Hospital Psiquiátrico "Granjas la Salud Tlazolteotl" a pacientes masculinos mayores de 18 años.

Siempre y cuando tengan un proceso agudo o sub-agudo de su padecimiento y crónicos con posibilidades de ser reincorporados a la vida social.

Artículo 6. Los hospitales son establecimientos públicos de salud que prestan sus servicios regidos por criterios de universalidad y de gratuidad fundada en las condiciones socioeconómicas de los usuarios, la atención médica que presten los hospitales a los usuarios deberá ser retribuida mediante cuotas de recuperación aportadas por el usuario o por aquella persona que funja como responsable del mismo ante los hospitales, de acuerdo a la investigación socioeconómica que se realice, exceptuándose del pago al usuario que carezca de recursos.

Artículo 7. Para el cumplimiento de sus fines, los hospitales tendrán las siguientes funciones:

I. Prestar servicios de salud en aspectos preventivos, curativos y de rehabilitación en el área de psiquiatría;
II. Proporcionar consulta externa, atención hospitalaria y servicios de urgencias a la población que requiera en el área de psiquiatría, hasta el límite de su capacidad instalada;
III. Contribuir al desarrollo de los programas prioritarios en materia de salud mental;
IV. Operar los recursos inherentes a la prestación de los servicios referidos en las fracciones anteriores, de conformidad con las normas, políticas y procedimientos aplicables;
V. Establecer y mantener congruencia y racionalidad en acciones y programas, de acuerdo a los lineamientos que establezca el Instituto;
VI. Desarrollar en coordinación con las unidades competentes del Instituto las acciones relativas a las tareas de investigación en el campo de la salud mental;
VII. Coadyuvar a la formación de recursos humanos en el campo de la salud mental;
VIII. Formar parte del sistema escalonado de atención y de los programas de referencia y contrarreferencia de pacientes de población abierta; y

IX. Las demás que les correspondan conforme al presente reglamento y otras disposiciones aplicables.

CAPÍTULO II
DE LA ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA

Artículo 8. La administración de cada uno de los hospitales estará a cargo de:

I. Dirección;
II. Subdirección Médica;
III. Subdirección Administrativa; y
IV. Asistentes de la Dirección.

Artículo 9. Los hospitales podrán contar con un patronato que auxiliará a la dirección como órgano de apoyo y asesoría, el cual tendrá las funciones a que se refiere el artículo 40 del presente Reglamento y demás disposiciones aplicables.

Artículo 10. En los hospitales, el Director es la máxima autoridad médica y administrativa interna y, por tanto, es el responsable de que los servicios sean prestados con dignidad, ética profesional y estricto apego a los derechos humanos de quienes hacen uso de ellos y de los trabajadores de la salud. Son de su incumbencia la promoción de las medidas necesarias para el correcto funcionamiento de la unidad, así como para el desarrollo de sus servicios y tendrá las siguientes funciones:

I. Ejecutar los acuerdos del Director General y del Coordinador de Salud;
II. Presentar al Instituto, los programas, presupuestos, informes de actividades y estados financieros periódicos;
III. Proponer a la Dirección de Servicios de Salud los candidatos a integrar los comités internos respectivos;
IV. Planear, dirigir y controlar el funcionamiento del hospital, conforme a las disposiciones del Instituto;
V. Apoyar las funciones de enseñanza e investigación que realice el hospital; y
VI. Las demás que sean necesarias para el ejercicio de las anteriores.

Artículo 11. Para ser Director de los hospitales, además de cumplir con los requisitos establecidos por el Reglamento de la Ley y tener amplia experiencia en las áreas médica, académica y de administración de sistemas de salud pública.

Artículo 12. Además de las establecidas por el Reglamento de la Ley, son funciones de los Directores de los hospitales:

I. Orientar las funciones de los Subdirectores y Asistentes de la Dirección, en todo lo relativo a las políticas de la Institución;
II. Presidir el Cuerpo de Gobierno del hospital;
III. Orientar, fomentar y estimular la investigación científica y la función docente, de acuerdo con los planes que elabore el Cuerpo de Gobierno;
IV. Presidir las reuniones que se efectúen dentro del hospital;
V. Acordar con el Coordinador de Salud del Instituto, o con quien éste designe, de conformidad con el calendario que para tal efecto se formule o los asuntos que lo ameriten;
VI. Promover y fomentar las relaciones científicas con Instituciones Hospitalarias, Sociedades Médicas y Universidades Nacionales y Extranjeras;
VII. Todas aquellas funciones necesarias para el mejor desempeño y funcionamiento del hospital; y
VIII. Las demás que le señalen otras disposiciones aplicables.

Artículo 13. Para el despacho de los asuntos del hospital, el Director contará con el apoyo de los asistentes de la dirección, el Subdirector Médico, el Subdirector Administrativo, Jefes de Servicio y aquellos que considere necesarios.

Artículo 14. Los asistentes de la Dirección son los encargados de suplir y asesorar al Director en las acciones de administración hospitalaria que garanticen niveles óptimos de atención médica psiquiátrica.

Artículo 15. En cada uno de los hospitales, el Subdirector Médico es el responsable ante el Director, de la organización y buen funcionamiento de los servicios médicos, paramédicos, auxiliares de diagnóstico y tratamiento del hospital.

Artículo 16. Son obligaciones del Subdirector Médico las siguientes:

I. Asumir la responsabilidad del cumplimiento de la disciplina, el profesionalismo y la eficiencia del personal médico y técnico a su cargo;
II. Supervisar el trabajo de los servicios de atención médica y paramédica; y
III. Las demás que el director le asigne.

Artículo 17. El Subdirector Administrativo, sin perjuicio de las facultades que le correspondan al Director, es el responsable administrativo del hospital, de él dependen directamente todos los servicios administrativos, le

corresponde además, vigilar que el personal cumpla con las normas administrativas adoptadas por la Institución; debiendo acordar, cuando el caso así lo amerite, con el Director del hospital o con el Subdirector Médico.

Artículo 18. Son obligaciones y atribuciones del Subdirector Administrativo, las siguientes:

I. Asumir la responsabilidad del buen funcionamiento de los servicios administrativos del hospital;
II. Supervisar el trabajo de los servicios administrativos;
III. Acordar con la Dirección del hospital los asuntos referentes a los Recursos Humanos, Financieros y Materiales a fin de que sea ésta, en todos los casos, la que dicte las medidas correspondientes;
IV. Vigilar el cumplimiento de las Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud;
V. Mantener el aprovisionamiento de los recursos necesarios para el funcionamiento ininterrumpido de todos los servicios que preste el hospital;
VI. Tramitar ante las autoridades correspondientes las requisiciones necesarias;
VII. Dictar en ausencia del Director y del Subdirector Médico, las providencias necesarias para la debida atención de los pacientes hospitalizados, en cuyo caso se apoyará en la opinión de quien se encuentre a cargo de los servicios médicos del hospital, informando de inmediato al Director;
VIII. Elaborar periódicamente el informe y balance de la situación económica y administrativa del hospital; y
IX. Las demás que le asigne el Director del hospital.

CAPÍTULO III
DE LOS ÓRGANOS CONSULTIVOS

Artículo 19. Son órganos consultivos de cada uno de los hospitales, los siguientes:

I. El Consejo Técnico Consultivo; y
II. Los Comités Internos.

Artículo 20. El Consejo Técnico Consultivo tiene la finalidad de asesorar técnicamente a la administración del hospital para el mejor desarrollo de las actividades del mismo.

Artículo 21. Son funciones del Consejo Técnico Consultivo:

I. Proponer la adopción de medidas de orden general tendientes al mejoramiento técnico y operativo de cada unidad;
II. Proponer las normas específicas de atención médica y los procedimientos técnicos necesarios;
III. Emitir opinión sobre los programas de trabajo e informes de labores para que sean considerados por la administración de los hospitales;
IV. Apoyar las funciones de formación, capacitación y adiestramiento del personal adscrito a cada hospital; de acuerdo a las necesidades de los servicios y disponibilidad de recursos;
V. Apoyar la organización de eventos científicos de carácter nacional o internacional, para el personal de la Institución;
VI. Elaborar y someter a consideración de las autoridades de los hospitales el proyecto de Reglamento Interno del Consejo Técnico;
VII. Coordinar sus acciones con los comités de salud de las localidades bajo la jurisdicción de cada hospital; y
VIII. Las demás que sean necesarias para el cumplimiento de sus funciones.

Artículo 22. El Consejo Técnico estará integrado por el Director quien lo presidirá; por el Subdirector Médico, quien será el secretario y por cinco distinguidos profesionistas del ramo de la salud, nombrados por el Director de Servicios de Salud a propuesta del Director de cada hospital, quienes serán vocales.

Artículo 23. Con la finalidad de comentar en grupos de trabajo, cuestiones relevantes para la Institución que requieran de estudio y análisis, los hospitales contarán con comités internos que coadyuven al mejor funcionamiento y organización de los servicios que prestan.

Artículo 24. Los comités internos son grupos de profesionales de la salud de reconocida capacidad sobre procedimientos y diseño de estrategias en materia específica de alta prioridad dentro del ámbito hospitalario. Su propósito fundamental es apoyar la toma de decisiones a través de la identificación del grado de eficiencia de operación, de la problemática y detección de desviaciones en el desarrollo de acciones, estableciendo retroalimentación que permita reorientar el proceso en la prestación de servicios o en la realización de procedimientos para mejorar la calidad de la atención. Los comités internos estarán presididos por el Director de la Unidad Médica.

Artículo 25. Para ser integrante de un Comité Interno, se requiere:

I. Ser miembro distinguido del personal médico del hospital;
II. Asistir regularmente a todas las actividades académicas y docentes del hospital, y
III. No estar disfrutando de licencia en el periodo de su gestión.

Artículo 26. Los Comités Internos con que contarán cada uno de los hospitales son:

I. El comité de bioética ;
II. El comité de garantía de calidad de la atención;
III. El comité de infecciones intrahospitalarias;
IV. El comité de mortalidad;
V. El comité de seguridad;
VI. El comité de insumos;
VII. El comité de enseñanza e investigación;
VIII. El comité de referencia y contrarreferencia;
IX. El comité de ingresos y egresos hospitalarios;
X. El comité de seguridad e higiene laboral.

Artículo 27. El Comité de Bioética se constituye con la finalidad de vigilar el cumplimiento de los principios ético profesionales para el trato y tratamiento de los pacientes. Es el responsable de custodiar que éstos se ajusten a los principios deontológicos de las diversas disciplinas, así como a los derechos humanos y tendrá las siguientes funciones:

I. Evaluar la calidad del personal médico desde el punto de vista de la ética médica, participar en el análisis y dictamen de los problemas deontológicos que surgen con el avance de la ciencia médica y dictaminar los casos que violen estos principios;
II. Velar por el cumplimiento de las normas oficiales y éticas;
III. Conocer y revisar las quejas o peticiones de los usuarios en relación a las normas establecidas;
IV. Reunirse con motivo de los casos presentados por los pacientes y proponer alternativas de solución;
V. Registrar los casos sometidos a su consideración y plantearlos a la Dirección del hospital;
VI. Los casos que tengan implicaciones legales o morales, el comité pondrá el caso en conocimiento de las autoridades del Instituto, quienes habrán de tomar las medidas administrativas o legales que consideren necesarias; y
VII. El comité podrá sugerir al familiar responsable, solicitar al juzgado competente, el trámite de juicio de interdicción del paciente.

Artículo 28. El Comité de Calidad de la Atención se constituye con la finalidad de vigilar la atención médica de calidad a los usuarios a través del estudio del expediente clínico, y tendrá las siguientes funciones:

I. Analizar y evaluar los expedientes clínicos en forma aleatoria de los casos egresados de los diferentes servicios que presta el hospital;
II. Estimar la oportunidad de la prestación médica, la coordinación entre los servicios involucrados y la utilización apropiada de los servicios auxiliares para el diagnóstico y tratamiento;
III. Fortalecer la enseñanza médica y paramédica continua y el manejo apropiado de la normatividad;
IV. Determinar criterios de calidad de la atención con base en la disponibilidad de recursos humanos, físicos y tecnológicos de la unidad;
V. Evaluar el uso apropiado de los antimicrobianos y otros medicamentos;
VI. Establecer los lineamientos y metodología para la revisión, análisis y evaluación del expediente clínico;
VII. Dictar medidas correctivas para solucionar y evitar los problemas detectados;
VIII. Informar periódicamente los resultados de las evaluaciones;
IX. Realizar sesiones informativas, recibir opiniones, establecer compromisos, responsables y tiempos; y
X. Divulgar, en coordinación con el comité de enseñanza e investigación, las clasificaciones de los padecimientos mentales.

Artículo 29. El Comité de Infecciones Intrahospitalarias es el responsable de investigar, prevenir, controlar y llevar a cabo la vigilancia epidemiológica; sus funciones son:

I. Desarrollar las acciones de vigilancia epidemiológica de las infecciones intrahospitalarias;
II. Actualizar las normas internas para la prevención, detección y control de las infecciones en el hospital;
III. Estudiar y evaluar todos los casos de infecciones e infestaciones hospitalarias, determinando los factores de riesgo generales y específicos de las áreas y dictar medidas de control sobre factores de riesgo;
IV. Elaborar y difundir los patrones epidemiológicos bacterianos y la tasa de ataque de infecciones en áreas criticas de la unidad;
V. Analizar, evaluar y controlar la calidad del agua y de los alimentos; así como la esterilización y preparación de ropa e instrumental médico quirúrgico;
VI. Tener estrecha relación con los comités de insumos y el de calidad de la atención;
VII. Informar periódicamente al personal involucrado, los resultados de las evaluaciones y del avance en la aplicación de las medidas correctivas;
VIII. El Presidente del Comité hará un informe mensual al Director de Servicios de Salud, sobre los resultados del funcionamiento del Comité, para su conocimiento y evaluación.

Artículo 30. El Comité de Mortalidad es el responsable de analizar y correlacionar la causalidad de la mortalidad hospitalaria y establecer estrategias específicas para su reducción; sus funciones son:

I. Llevar a cabo el estudio individual y evaluación de todos los casos de muerte hospitalaria, determinando los factores causantes o concurrentes, así como la previsibilidad de los mismos;
II. Participar en la revisión del llenado de certificados de defunción;
III. Contribuir al estudio y reducción de la mortalidad en su área de influencia;
IV. Promover la capacitación médica continua entre el personal de la unidad;
V. Identificar los niveles de previsibilidad de las defunciones hospitalarias.

Mensualmente el comité debe realizar un análisis y evaluación de los resultados, y dar a conocer las tasas y causas de mortalidad del hospital, la problemática detectada con más frecuencia y otros datos que se consideren importantes así como las alternativas de solución propuestas para disminuir la mortalidad en el hospital.

Artículo 31. El Comité de Seguridad e Higiene Laboral, es el responsable de vigilar las condiciones de seguridad de las áreas de trabajo, así mismo, deberá de proponer los medios preventivos y correctivos necesarios para afrontar situaciones de desastre en beneficio del personal y los usuarios de la Unidad; de organizar la atención médica oportuna y de aplicar las medidas necesarias para mitigar los daños a la salud o a la estructura y coordinar las actividades que se desarrollen antes, durante y después en el interior de la unidad y con otros Comités externos relacionados con estos fenómenos; entre sus funciones se encuentran las siguientes:

I. Elaborar el plan hospitalario para hacer frente a las situaciones de emergencia;
II. Elaborar el directorio de los miembros del Comité de Seguridad de Atención para casos de desastre y mantenerlo en lugar accesible para localización inmediata de sus integrantes en situación de emergencia;
III. Integrar y coordinar a las unidades ejecutoras o comisiones que apoyarán al Comité en los aspectos: estructural, a los que podrán asistir como invitados especiales;
IV. Sancionar las sugerencias sobre las áreas prioritarias de investigación, que le presenten las unidades ejecutoras o las comisiones;
V. Coordinar la participación social organizada en torno al hospital, después de un desastre o emergencia;
VI. Reunir y difundir la información sobre la estructura de la unidad, detectar zonas de riesgo y seguridad, así como establecer estrategias de acción para enfrentar desastres y emergencias;
VII. Proponer las áreas de acceso y selección (triage), servicios permanentes de reanimación cardiorrespiratoria y cirugía de urgencias con personal calificado, para pacientes hospitalizados;
VIII. Establecer stock de equipamiento y suministros médicos y apoyo logístico contingente;
IX. Organizar el sistema de referencia y contrarreferencia;
X. Mantener actualizados el inventario del equipo y mobiliario del hospital con riesgos para los usuarios;
XI. Integrar un programa de atención médica para casos de desastre y hacerlo del conocimiento del personal;
XII. Desarrollar acciones de coordinación con unidades médicas para la referencia de pacientes;
XIII. Coordinar ejercicios y simulacros;
XIV. Instrumentar un sistema de información y comunicación social para casos de emergencias;
XV. Desarrollar y ejecutar programas de capacitación y educación continua en casos de emergencia para el personal.

Artículo 32. El Comité de Insumos, es el responsable de vigilar el cumplimiento de los lineamientos técnicos que regulan el manejo de los insumos; así como de proponer, a través de la Dirección General, la inclusión de otros ante la Comisión del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud, dependiente del Consejo de Salubridad General, o la exclusión de insumos obsoletos; vigilar que no se apliquen medicamentos que estén considerados como tóxicos o con riesgo de efectos colaterales indeseables o antagónicos entre sí y, finalmente, actuar en coordinación con áreas administrativas para lograr niveles adecuados de abastecimientos; sus funciones son:

I. Garantizar el uso óptimo de los insumos para contribuir a mejorar la calidad de la atención a la población usuaria;
II. Llevar información precisa de los fondos fijos de insumos de uso hospitalario y de su adecuado nivel de abastecimiento;
III. Prevenir el uso indiscriminado de ciertos medicamentos de alto costo o con efectos colaterales de riesgo;
IV. Establecer los mejores procedimientos para el almacenamiento, conservación, preparación y distribución de los insumos, verificando el sistema de abastecimiento, elaborando los fondos fijos por servicio, el porcentaje de suministros, así como el control de las fechas de caducidad con la frecuencia que sea necesaria;
V. Proponer, en coordinación con la administración de la unidad, los medicamentos necesarios para que se tenga abasto adecuado de insumos las 24 horas;
VI. Proponer la lista de insumos de los botiquines de urgencia que deben tener los servicios autorizados, procurando que contengan los suficientes para la atención durante las 24 horas y durante los fines de semana;
VII. Recibir las propuestas y bases técnicas del cuerpo médico del hospital, relativas a la inclusión de nuevos insumos y retiro de los que se consideren inapropiados, para enviar la información técnica que sustente la propuesta dirigida a la comisión de cuadros básicos del sector salud;
VIII. Evitar el uso de fármacos de dudosa eficacia terapéutica y de aquellos que todavía se encuentren en proceso de investigación o experimentación, salvo en el caso de protocolos aprobados;
IX. Conocer las desviaciones en la utilización de medicamentos para corregir su uso;

X. Revisar las recetas médicas que se expidan en los servicios y que contengan insumos que están fuera del cuadro básico, a fin de evaluar si es procedente su indicación o utilización, informando a los Jefes de Servicio su opinión al respecto;
XI. Examinar, estudiar y evaluar la información sobre insumos recibidos, a fin de dictaminar los proyectos que se requieran de investigación en farmacología clínica;
XII. Propiciar con el epidemiólogo del hospital el estudio de la epidemiología intrahospitalaria, para identificar los gérmenes involucrados en infecciones de Unidad así como de disponer los antimicrobianos que deben prescribirse con base en estudios de sensibilidad y resistencia a los antibióticos;
XIII. Evitar el abuso de antibióticos en manejos profilácticos;
XIV. Coadyuvar con la administración de los medicamentos controlados en la unidad;
XV. Establecer una estrategia de vinculación en sus actividades con los comités técnicos y comisiones de la unidad, para establecer las medidas de control pertinentes, siendo una de las más importantes con el Comité de Infecciones Intrahospitalarias.

Artículo 33. El Comité de Enseñanza e Investigación, es el responsable de llevar la enseñanza médica a un alto nivel en beneficio del usuario, de analizar y evaluar los programas de docencia médica y paramédica de pre-grado, post-grado y educación continua, supervisar y validar los protocolos de investigación, así como contribuir a que el personal médico pertenezca a sociedades profesionales de reconocido prestigio; tendrá las siguientes funciones:

I. Promover la docencia de ciencias de la salud;
II. Planear, programar, organizar, coordinar y evaluar los cursos, talleres, seminarios y conferencias intra y extra hospitalarias para todo el personal de la Unidad;
III. Revisar y evaluar la calidad de los profesores e instructores, así como el cumplimiento de los programas de los diferentes cursos que se impartan en el hospital;
IV. Participar en la detección de las necesidades de capacitación del personal médico, paramédico, técnico y administrativo; y
V. Sugerir acciones o programas en casos individuales o generales para mejorar el nivel de enseñanza y las funciones médicas.

Artículo 34. El Comité de Referencia y Contrarreferencia tendrá como objetivo favorecer la atención médica oportuna integral y de calidad, mediante el adecuado y ágil flujo de pacientes referidos y contrarreferidos entre los niveles de atención.

Artículo 35. El Comité de Ingresos y Egresos Hospitalarios se constituye con la finalidad de proporcionar al paciente con padecimiento psiquiátrico un trato digno y justo en lo que se refiere a su estancia en el hospital y su egreso del mismo, garantizando la protección de sus derechos humanos, de acuerdo a los lineamientos nacionales e internacionales; así como vigilar que los usuarios que no requieran seguir internados sean egresados, cuidando que continúen su tratamiento en externación y tendrá las siguientes funciones:

I. La revisión clínica de los casos presentados a solicitud del propio paciente o un familiar responsable; y
II. Verificar que el médico tratante informe al usuario cuando haya cedido el estado agudo, ya sea por su evolución natural o por la acción del tratamiento, y que de continuar en el hospital será de manera voluntaria por un tiempo determinado, o bien, salir y continuar en la consulta externa, quedando bajo el cuidado de un familiar responsable o bajo su propia responsabilidad.

Artículo 36. El Comité de Seguridad e Higiene Laboral es un grupo técnico integrado por personal de los hospitales con el fin de vigilar las condiciones de seguridad e higiene de las áreas de trabajo, así como proponer los medios preventivos y correctivos en beneficio del personal y los usuarios. Es responsable de vigilar que las condiciones de seguridad e higiene del hospital cumplan con las normas mínimas previstas, de establecer y organizar la unidad una coordinación con el servicio de Medicina Preventiva y de informar semanalmente a los servidores públicos del hospital, los resultados de la inspección realizada en las áreas de trabajo. Sus funciones son las siguientes:

I. Realizar el diagnóstico de las condiciones de seguridad de la unidad hospitalaria;
II. Coordinación con la comisión mixta de seguridad e higiene del trabajo de la unidad;
III. Proponer cursos de seguridad e higiene laboral; y
IV. Participar en la realización de simulacros de evacuación para casos de siniestro.

Artículo 37. Las sesiones ordinarias y extraordinarias de los comités internos se llevarán a cabo de acuerdo a la calendarización y cuando así se requiera, por cada sesión que se lleve a cabo se levantará el acta correspondiente. Los acuerdos y opiniones adoptados por cada comité se deberán hacer del conocimiento del Director del hospital, particularmente en los casos en que se vean involucrados el bienestar de los usuarios o personal de la unidad.

Artículo 38. Los miembros de los comités internos del hospital pueden ser permanentes o temporales.

Los miembros permanentes son:

a) El Director,
b) El Subdirector Médico,
c) El Subdirector Administrativo, y
d) Los Jefes de Servicio;

Los miembros temporales serán nombrados por las autoridades de los hospitales mediante una selección entre quienes se consideren idóneos, de conformidad a lo que establecen los artículos 22 y 25 del presente reglamento.

Los miembros de los comités trabajarán de acuerdo con los lineamientos particulares que se establezcan para cada uno de éstos.

CAPÍTULO IV
DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL

Artículo 39. Cada uno de los hospitales contará con un patronato y con un comité ciudadano de apoyo, como órganos de apoyo y consulta.

Artículo 40. Los patronatos tendrán el encargo de apoyar las labores de investigación, enseñanza y atención médica de los hospitales, principalmente en la obtención de recursos de origen externo; serán también órganos de asesoría y consulta. Sus funciones son:

I. Apoyar las actividades del hospital y formular sugerencias tendientes a su mejor desempaño;
II. Alentar la participación de la comunidad en acciones y servicios que prestan los hospitales;
III. Contribuir a la obtención de recursos que permitan el mejoramiento de los servicios de los hospitales y el cumplimiento de sus objetivos;
IV. Promover la participación de la comunidad en labores de voluntariado social en programas de promoción de la salud individual o colectiva, prevención y rehabilitación, accidentes e invalidez; y
V. Las demás que sean necesarias para el ejercicio de las anteriores.

Artículo 41. Los patronatos estarán integrados por un Presidente, un Secretario y por los Vocales que determine el Director General del Instituto, entre personas de reconocida honorabilidad de los sectores social y privado o de la comunidad en general, con vocación de servicio en instituciones hospitalarias, y serán propuestas por los directores de los hospitales.

Artículo 42. Los cargos de los miembros de los patronatos serán honoríficos, en consecuencia no percibirán retribución, emolumento o compensación alguna.

Artículo 43. El Comité Ciudadano de Apoyo es un órgano de apoyo y consulta, constituido con miembros de la comunidad interesados e informados de los tópicos del área de salud mental y que deseen apoyar a los hospitales a proporcionar atención médica psiquiátrica. Se integrarán de acuerdo a lo dispuesto en la NOM-025-SSA2-1994 para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico Psiquiátrica; y tendrán las funciones previstas en la citada norma, entre otras:

I. Gestionar o promover el otorgamiento de recursos financieros o materiales que permitan mejorar la condición de las instalaciones y equipo de los hospitales;
II. Proponer acciones de atención y rehabilitación que mejoren la calidad de la atención médico-psiquiátrica que presta el hospital;
III. Coadyuvar a que se respeten los derechos humanos de los usuarios.

Artículo 44. Los órganos de participación social mencionados quedarán constituidos civil y legalmente, y no tendrán fines lucrativos ni partidarios.

Artículo 45. La relación que se establezca entre las autoridades de los hospitales, el patronato y el comité ciudadano de apoyo, será en todo momento de cooperación y buena disposición mediante el diálogo objetivo y directo.

CAPÍTULO V
DE LOS SERVICIOS DE LOS HOSPITALES

Artículo 46. Para la organización y funcionamiento óptimos de los hospitales, se conforman por los siguientes servicios:

I. Médicos psiquiátricos;
II. Auxiliares de diagnóstico;
III. Paramédicos;
IV. De enseñanza e investigación; y
V. Administrativos.

Artículo 47. La atención médica a los usuarios se realizará mediante las diversas áreas que integran a los hospitales, los disponibles son:

I. Trabajo social
II. Unidad de enseñanza e investigación
III. Subdirección médica:
Servicio de enfermería
Admisión hospitalaria
- Consulta Externa;
  a) Atención Primaria
  b) Psicología

c) Psiquiatría
d) Paidopsiquiatría
e) Admisión
f) Odontología

- Hospitalización;
  a) Psiquiatría
  b) Psicología Clínica
  c) Medicina General
  d) Epidemiología y Medicina Preventiva
  e) Terapia Ocupacional y Rehabilitación
  f) Dietología

IV. Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento:
a) Laboratorio clínico
b) Rayos X
c) Electroencefalografía
d) Radiología
e) Botica

Artículo 48. Los servicios de enseñanza tienen por objetivo coadyuvar al desarrollo de los programas de capacitación del personal y estará a cargo del Departamento de Enseñanza e Investigación.

Artículo 49. Los Servicios de Investigación del hospital tienen como finalidad realizar actividades de investigación de alto nivel en el área médica y paramédica, así como publicar y difundir sus resultados.

Para el desarrollo de sus funciones, el área responsable de la investigación, delineará el programa del hospital en el rubro, así como las políticas para la presentación, aprobación, desarrollo y difusión de los proyectos en las áreas de epidemiología, clínica y prestación de servicios, siempre de conformidad con los lineamientos establecidos en La Ley General de Salud y en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, y demás disposiciones aplicables.

Queda prohibido ejecutar medidas que tengan carácter experimental sin el consentimiento previo por escrito del usuario, o en su caso, de un familiar, tutor o representante legal, y del Comité de Ética y Vigilancia y el de Enseñanza e Investigación.

Artículo 50. Los Servicios de Capacitación tienen como finalidad brindar los elementos necesarios para la formación, preparación y actualización continua del personal que brinda sus servicios en los hospitales.

Para el desarrollo de sus funciones, el área responsable de la capacitación de personal, establecerá el diagnóstico de las necesidades en este rubro, así como los planes y programas de los cursos que se requieran; deberá así mismo garantizar la continua impartición de los cursos y los mecanismos de evaluación de validación de los mismos.

Artículo 51. Las actividades de investigación, se sujetarán a lo dispuesto en la Ley General de Salud y su Reglamento en materia de investigación para la salud y conforme a los lineamientos que señale la Secretaría a través de las Unidades Administrativas competentes, informando del desarrollo de las mismas y de los resultados obtenidos a la propia Secretaría.

Artículo 52. A las actividades de investigación tienen como finalidad realizar investigación en el área médico psiquiátrica, así como publicar y difundir sus resultados.

Para el desarrollo de sus funciones, el área responsable de la investigación, delineará el programa del hospital en el rubro, así como las políticas para la presentación, aprobación desarrollo y difusión de los proyectos, siempre de conformidad con los lineamientos establecidos en la normatividad en materia de Investigación para la Salud.

Artículo 53. Las actividades de atención médica, formación y capacitación de personal, investigación, control y vigilancia sanitaria, se efectuarán conforme a los lineamientos que señale la Dirección General a través de las unidades administrativas competentes, informando del desarrollo de las mismas y de los resultados obtenidos al propio Instituto.

Artículo 54. Los servicios administrativos tienen por objeto coadyuvar con la organización y desempeño adecuado de las funciones sustantivas de los hospitales, así como garantizar el orden y mantenimiento de las instalaciones. Los servicios administrativos constan de:

I. Subdirección administrativa
- Administración de personal
- Recursos financieros
- Informática y
- Recursos materiales, mantenimiento y servicios generales

Artículo 55. Los Jefes de Departamento, División y/o equivalentes, adoptarán las medidas necesarias a fin de que coordinen a su personal en forma escalonada dentro de los horarios del comedor para proporcionar los alimentos, a efecto de no descubrir los servicios en los turnos a los que están adscritos.

Artículo 56. Con el fin de tener un estricto control en cuanto a dietas proporcionadas al personal de los hospitales, se utilizará una tarjeta donde se especifique el nombre del servidor público y horario, etc.; debiendo marcar el personal adscrito al comedor, en la misma tarjeta, el alimento consumido ese día.

Artículo 57. Por lo que respecta a las personas que no laboren en los hospitales pero que asistan a la misma a realizar actividades de apoyo y educativas, se les proporcionará el servicio de comedor, en razón de un solo alimento, siempre y cuando su horario cubra más de seis horas en el hospital, y que esté contemplado en el convenio respectivo conforme a lo establecido en los lineamientos internos de la Institución en esta materia, así como a la disponibilidad presupuestal del hospital, y a la capacidad del mismo para recibir a personas bajo este supuesto.

Artículo 58. El Servicio de Vigilancia tiene por objeto preservar la seguridad de los usuarios, personal, visitantes y de las instalaciones de los hospitales.

Artículo 59. Por ningún motivo, el personal de vigilancia podrá imponer restricciones que impliquen molestias innecesarias a los usuarios, visitantes y demás personal de los hospitales.

Artículo 60. Para apoyar los demás servicios que prestan los hospitales, el servicio de vigilancia deberá implementar dispositivos de seguridad para:

a) Controlar el ingreso y egreso de personas y automóviles de los hospitales, quienes deberán de identificarse plenamente.
b) Evitar la introducción de los objetos y sustancias prohibidas por este reglamento, y otras disposiciones.
c) Garantizar la vigilancia continua de las diversas zonas e instalaciones de los hospitales.

Artículo 61. Queda prohibido el empleo de todo tipo de violencia física y/o moral por parte del personal de vigilancia contra los usuarios, los empleados, o cualquier persona que se encuentre en las instalaciones de los hospitales; cualquier acto de esta naturaleza deberá ser puesto de inmediato en conocimiento de las autoridades de los hospitales.

CAPÍTULO VI
SERVICIOS MEDICOS

Artículo 62. En consulta externa se atenderá a pacientes ambulatorios, quienes mediante el control de un carnet de citas, deberán acudir en los días y horas que para tal fin se hayan indicado en el servicio. De igual forma, valorará a los usuarios que requieran hospitalización, determinando si es procedente su ingreso y bajo el supuesto qué se llevará a cabo, en caso de así requerirlo.

Artículo 63. La consulta externa, estará integrada por áreas donde el abordaje asistencial se hará en forma multi e interdisciplinaria, con el fin de proporcionar una atención médica integral a los usuarios que requieran los servicios; debiendo informar a los usuarios y a sus familiares acerca de la enfermedad mental y de su participación de programa de tratamiento y rehabilitación; de acuerdo a las disposiciones aplicables.

Artículo 64. El servicio de hospitalización operará bajo un esquema que incluye dos modalidades: continua y parcial, las cuales incluyen actividades preventivas, curativas y rehabilitatorias; debiendo informar a los usuarios y a sus familiares, acerca de la salud mental, las características de la enfermedad mental y de su participación en el programa de tratamiento y rehabilitación; de acuerdo a lo estipulado en las disposiciones aplicables.

Artículo 65. En el servicio de hospitalización continua, se contará con unidades terapéuticas para la estancia de los usuarios internos, con camas en cada una de ellas; así como con módulos de villas.

Artículo 66. Las unidades terapéuticas, integrará a profesionales de las áreas que laboren en los hospitales, con la finalidad de que actúen en forma conjunta, multi e interdisciplinariamente para ofrecer atención integral hospitalaria medico-psiquiátrica.

Artículo 67. Por cada unidad terapéutica habrá un responsable quien deberá ser médico con la especialidad en Psiquiatría y será el responsable del buen funcionamiento del servicio que esta bajo su control.

Artículo 68. Los usuarios en el servicio de hospitalización parcial realizarán actividades de rehabilitación y terapia ocupacional, contando con el apoyo de los demás servicios de los hospitales desarrollando una labor multi e interdisciplinarias.

Artículo 69. Los hospitales llevarán un control estricto del número de usuarios internados que comprenderá: fecha, motivo, tipo y periodo de internamiento.

Artículo 70. Para ingreso a los hospitales, se requiere una valoración psiquiátrica previa en el servicio de consulta externa, conforme a los criterios científicos y éticos, además de los requisitos legales que determine la Secretaría y que establecen las disposiciones aplicables, se trate de una paciente de primer ingreso o de reingreso.

Los criterios para la admisión de pacientes en internamiento sin perjuicio de lo señalado en la normatividad de la materia, serán los siguientes:

I. Ser mayor de 18 años;
II. Ser valorado por el médico psiquiatra del servicio de consulta externa y que el resultado de dicha evaluación determine que el usuario presenta una condición psicopatológica grave y que para su manejo requiere internamiento;
III. Que el responsable o representante legal del paciente firme la hoja de responsabilidades y se comprometa a cumplir lo especificado en la misma;
IV. Presentar al servicio de trabajo social dos copias simples del acta de nacimiento del usuario;
V. El horario de admisión de pacientes en hospitalización, será durante el turno matutino en días hábiles, salvo casos de urgencias;

Artículo 71. Las inconformidades con motivo del internamiento de pacientes, será sometida a consideración del comité de ingresos y egresos hospitalarios.

Artículo 72. Cuando el paciente presente alguna intercurrencia médica que no permita prestar los servicios de salud mental eficientemente, los hospitales deberán orientar al paciente y/o responsable del mismo a efecto de que sea referido a la unidad médica correspondiente.

Artículo 73. El ingreso de los pacientes a los hospitales podrá ser: voluntario, involuntario u obligatorio.

Artículo 74. El ingreso voluntario requiere la solicitud del usuario y la indicación del médico a cargo del servicio de consulta externa de los hospitales, ambas por escrito, haciendo constar el motivo de la solicitud e informando a sus familiares o a su representante legal, la cual deberán firmar el usuario y dos testigos.

Artículo 75. Ingresan en forma involuntaria, usuarios con trastornos mentales severos que requieran atención urgente que representen un peligro grave o inmediato para sí mismos o para los demás. Se requiere la indicación de un médico psiquiatra y la solicitud del familiar responsable, tutor o representante legal, ambas por escrito. En caso de extrema urgencia un usuario puede ingresar por indicación escrita del médico a cargo del servicio de consulta externa de los hospitales.

Artículo 76. El ingreso obligatorio, se lleva a cabo cuando lo solicita la autoridad competente mediante la documentación establecida, siempre que, de acuerdo al examen médico psiquiátrico el paciente lo requiera; en tal situación los hospitales sólo se harán responsables de la atención médica quedando la custodia del paciente a cargo de la autoridad correspondiente.

Artículo 77. En cuanto las condiciones del usuario lo permitan, deberá ser informado de su situación de internamiento involuntario, para que en su caso, su condición cambie a la de ingreso voluntario.

Artículo 78. En la valoración psiquiátrica de ingreso, deberá consignarse el diagnóstico presuncional, los tratamientos previos, así como los motivos que justifican el internamiento; así mismo, deberá especificarse el tratamiento médico inmediato a seguir, así como las indicaciones necesarias para el personal de las unidades terapéuticas de hospitalización en el que será ubicado particularmente si hay manifestaciones de conducta que pongan en peligro la vida o integridad del paciente, de los otros internos o del personal a su cargo.

Artículo 79. En estricto apego a los derechos humanos de los usuarios, los hospitales se reservan la facultad de aceptar usuarios en calidad de internos, de acuerdo con su capacidad instalada, y a sus posibilidades de respuesta técnica y administrativa.

Artículo 80. Una vez en la unidad terapéutica de hospitalización que le fue asignada, el paciente debe ser sujeto de una valoración por parte del médico psiquiatra que se hará responsable de su atención dentro de las primeras 48 horas, con la finalidad de verificar la evolución del mismo con el tratamiento prescrito al ingreso y, si procede, realizar las modificaciones al tratamiento de acuerdo al cuadro clínico que presente.

Artículo 81. Dentro de las 72 horas posteriores al ingreso, se debe tener integrada la historia clínica completa del usuario, al expediente clínico se anexarán las notas de evolución y revisión, la hoja de enfermería, los resultados de exámenes de laboratorio y gabinete y todos aquellos datos que sean necesarios para su tratamiento.

Artículo 82. La información personal que el usuario, sus familiares o representante legal del mismo proporcionen al médico psiquiatra o al personal especializado en salud mental, solo podrá ser dada a conocer mediante orden de autoridad Judicial o Administrativa.

De igual forma, los expedientes clínicos sólo serán manejados por el personal autorizado de los hospitales, quedando estrictamente prohibido el acceso a estos a personas ajenas a la unidad.

Artículo 83. En el caso de que el usuario se ausente de las instalaciones hospitalarias sin autorización médica, el departamento de Trabajo Social de la Institución deberá notificarlo de inmediato a los familiares o representantes legales del usuario, al Ministerio Público de la adscripción del hospital, y en caso de estar a disposición de alguna autoridad judicial o administrativa, darle aviso a la misma.

Artículo 84. Durante la estancia de los pacientes en los hospitales deberán seguirse las siguientes reglas:

I. Con el objeto de unificar el envío de la información que los hospitales generen, los diagnósticos deben ser elaborados de acuerdo con la clasificación internacional de las enfermedades que para tal efecto establece la Organización Mundial de la Salud (OMS);
II. Con el fin de observar continuamente la evolución del padecimiento, así como la respuesta del usuario al tratamiento prescrito, deberán realizarse y registrarse periódicamente las valoraciones que sean requeridas, y de igual forma se aplicarán los estudios psicológicos que correspondan;
III. Vigilar el cumplimiento de las tareas de rehabilitación y las terapias grupales e individuales indicadas para el tratamiento del paciente. Quienes participen en alguna actividad laboral dentro de su programa de rehabilitación, recibieran los estímulos que terapéuticamente se consideren convenientes;
IV. Se aplicará una revisión periódica y actualización del estudio médico social a las familias o representantes legales del usuario, con el fin de ajustar la cuota de recuperación que deben proporcionar a los hospitales por

la estancia del paciente en el mismo, y cuando los recursos económicos con que cuenta no permitan dicha retribución se les exentará; y

V. Para evitar que se produzca el abandono de los usuarios en la institución por parte de los familiares o representantes legales de los mismos, se realizarán programas de rescate y seguimiento de los casos en específico, haciéndoles mención de la responsabilidad legal en que incurren por este hecho.

Artículo 85. Las salidas terapéuticas y de rehabilitación se pueden llevar a cabo de dos formas:

I. Promovidas por los propios hospitales con la participación de los usuarios para realizar actividades recreativas con la autorización del representante legal o familiar responsable; y
II. A solicitud de los familiares, tutores o representantes legales.

Se considera salida terapéutica y de rehabilitación psicosocial al evento que se realiza fuera de la institución, con la participación de usuarios y que puede tener diferentes destinos.

Artículo 86. Los permisos de salida deberán ser otorgados siempre y cuando se considere adecuado para la mejor evolución del estado de salud del paciente. Dichos permisos terapéuticos, podrán renovarse cuando lo considere oportuno el médico tratante; durante la vigencia de éstos la unidad proporcionará el medicamento suficiente al familiar o representante legal del paciente para que éste continúe su tratamiento.

Los hospitales permitirán la salida de grupos reducidos de pacientes, los cuales quedarán a cargo del personal previamente comisionado, quien se responsabilizará de la vigilancia y protección de los mismos en actividades extrahospitalarias.

Se deberá invitar a familiares y/o responsables de los usuarios a participar en actividades extrahospitalarias, para que auxilien al personal responsable de la vigilancia y cuidados de las mismas.

Artículo 87. Los hospitales estarán obligados a conservar los expedientes clínicos por un periodo mínimo de cinco años, a partir del egreso del paciente.

Artículo 88. El egreso de los usuarios del servicio de hospitalización se efectuará en los casos siguientes:

I. Desaparición de sus síntomas clínicos;
II. Mejoría;
III. Solicitud de los familiares legalmente autorizados y consentimiento del usuario;
IV. Abandono de las instalaciones hospitalarias sin autorización médica;
V. Disposición de la autoridad legal competente;
VI. Defunción; y
VII. Voluntario.

Artículo 89. Los egresos serán indicados por el médico responsable del paciente. El motivo del egreso quedará registrado en el expediente, así como el tratamiento que el paciente debe continuar, si es enviado a otro nivel de atención o establecimiento se elaborará un resumen y una hoja de referencia, la cual tendrá información suficiente para continuar su tratamiento.

Artículo 90. Si el usuario carece de un familiar o tutor, o bien, de una institución de Asistencia Social que lo reciba, será dado de alta sólo si el médico que lo trata considere su estado de salud adecuado para ser externado; al mismo tiempo que el Consejo Técnico de los hospitales tendrá que tratarlo en sesión ordinaria o extraordinaria según sea el caso en coordinación con el Comité de Enseñanza e Investigación.

El departamento de trabajo social deberá buscar las medidas pertinentes para que la incorporación del paciente a la sociedad se de en condiciones que le garanticen una vida digna y segura.

Artículo 91. En el caso de una terminación voluntaria del tratamiento en internación, solicitada en contra de la recomendación médica por un familiar, tutor o su representante legal, firmará un documento en el que se exima de toda responsabilidad al médico tratante y al hospital, quedando bajo su propio cuidado la integridad del paciente.

Artículo 92. En caso de muerte del paciente, las autoridades de los hospitales darán el aviso correspondiente a la familia, tutor o representante legal, para los efectos que correspondan.

Si la muerte ocurriera de forma violenta o presuntamente vinculada a la comisión de hechos ilícitos deberá darse aviso de inmediato al ministerio público y se observarán las disposiciones legales reglamentarias correspondientes. Para garantizar las diligencias que realice la autoridad competente, deberán observarse las medidas que a continuación se señalan:

I. Mantener el cuerpo en el sitio y posición en la que se encuentre;
II. Avisar de inmediato a la autoridad del hospital presente en ese momento;
III. Consignar en el expediente, las condiciones objetivas en que ocurrió el fallecimiento;
IV. No extender certificado médico de defunción;
V. Avisar de inmediato a los familiares o representantes legales; y
VI. Efectuar, en su caso, el manejo psicológico de los pacientes que pudieran resultar afectados.

CAPÍTULO VII
OBLIGACIONES Y DERECHOS DEL PERSONAL DEL HOSPITAL

Artículo 93. La relación entre el personal de los hospitales y los usuarios de los mismos, se funda en un mutuo acuerdo que requiere confianza, reserva, franqueza, cooperación y responsabilidad.

Artículo 94. Ningún miembro del personal podrá usar las posibilidades que le brinda su puesto o profesión para el maltrato al paciente, debiendo asegurarse que los sentimientos y prejuicios nunca interfieran con el trato y tratamiento que se ofrece al paciente.

Artículo 95. El personal de los hospitales tiene la obligación de proporcionar un trato digno y respetuoso a los derechos humanos de quienes hacen uso de los servicios de los hospitales.

Artículo 96. Sin perjuicio de lo establecido en las leyes y reglamentos de carácter laboral o penal, todo el personal del hospital esta obligado a cumplir responsablemente con las disposiciones jurídicas, administrativas, técnicas y todas aquellas cuyo descuido o demérito afecte la seguridad y la atención a los pacientes.

Artículo 97. El personal de los hospitales deberá abstenerse a colaborar con acciones que contravengan los principios de la ética profesional, sin importar que sean solicitadas por sus superiores jerárquicos, por las propias pacientes, por sus familiares o por cualquier otra persona.

De igual forma, todos los trabajadores del hospital, independientemente de la función que desempeñen dentro del mismo, tienen estrictamente prohibido celebrar contratos con los pacientes, familiares y/o representantes de los mismos así como; de realizar transacciones de orden económico personal o encargos que los pacientes les hagan para adquirir cosas en el exterior; de sorprenderse a algún trabajador realizando este tipo de actividades, se procederá a levantamiento en su contra de un acta administrativa sin perjuicio de la responsabilidad laboral, administrativa y/o penal en que pueda incurrir.

Artículo 98. En caso de urgencia, cuando no sea posible obtener la autorización por incapacidad del usuario, y en ausencia un familiar, tutor o representante legal, los médicos autorizados de los hospitales, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos, llevarán a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera, dejando constancia por escrito en el expediente clínico del paciente.

Artículo 99. Queda prohibido ejecutar medidas que tengan carácter experimental sin el consentimiento previo por escrito del familiar, tutor o representante legal, y de los Comités de Enseñanza e Investigación y Ética de los hospitales y en ausencia de las personas mencionadas, los médicos autorizados de los hospitales, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos, llevarán a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera, dejando constancia por escrito en el expediente clínico del paciente.

Artículo 100. Es obligación del personal denunciar ante las autoridades competentes los actos de corrupción, negligencia, deficiencia, maltrato, ilícitos o violación a derechos humanos, a fin de evitar daños y perjuicios a los intereses de los pacientes, de sus compañeros de trabajo, o de cualquier persona que resulte afectada por acciones directas o indirectas de servidores públicos de los hospitales.

Artículo 101. Todo procedimiento o tratamiento que se prescriba deberá ajustarse a los principios éticos, profesionales, humanitarios y de respeto a los derechos humanos de quienes sean sujetos de ellos.

Artículo 102. En caso de que con fines terapéuticos deba realizarse alguna amputación, mutilación o extirpación orgánica que produzca modificación física permanente en el paciente, en su condición fisiológica o mental, deberá recabarse autorización previa por escrito, siguiendo el procedimiento que establece el artículo anterior, mediante el consentimiento informado de conformidad a lo dispuesto en la normatividad aplicable; además de la valoración que hagan del caso los Comités de Ética y Vigilancia y el de Enseñanza e Investigación.

Artículo 103. Sin perjuicio de sus derechos humanos, es una obligación ética de todo el personal notificar a las autoridades competentes, de las enfermedades infectocontagiosas que padezcan, tan pronto como tengan conocimiento de ellas con la finalidad de evitar contagios innecesarios en la comunidad de los hospitales.

Artículo 104. El personal de los hospitales esta obligado a ejecutar su trabajo con la intensidad, cuidado y esmero que exige su compromiso profesional y a guardar escrupulosamente el secreto profesional de cualquier información de la que tenga conocimiento por razón de la labor que desempeñe, así como de los asuntos administrativos reservados, con cuya divulgación pueda causar perjuicios a las pacientes, sus compañeros de trabajo o a los hospitales.

El personal del hospital esta obligado a prestar auxilio en cualquier momento en el que se requiera, y cuando por siniestro o riesgo inminente se ponga en peligro la vida o la integridad de quienes conforman la comunidad de los hospitales.

Artículo 105. La autoridad de los hospitales señalará los procedimientos para que los familiares, representante legal del paciente presenten sus quejas, reclamaciones y sugerencias de la prestación de los mismos y en relación a la falta de probidad, en su caso, de los servidores públicos.

Artículo 106. Las responsabilidades que puedan derivarse de las acciones terapéuticas violatorias de lo preceptuado en el presente capítulo, se exigirán a quien o a quienes las hubieran ejecutado, ordenado o autorizado.

Artículo 107. Todo el personal de los hospitales tiene derecho a la protección de su integridad física, moral y psicológica, dentro de las instalaciones del mismo, en la forma y términos que establezcan los ordenamientos legales aplicables a la materia.

Artículo 108. Los trabajadores de los hospitales contarán, de acuerdo a las características y naturaleza de su labor, con instalaciones, equipo, material y utensilios idóneos para prestar, con el nivel requerido, la atención directa o indirecta al paciente que les sea encomendada.

Artículo 109. Todo el personal de los hospitales tiene derecho a gozar de cursos de capacitación y, en específico, de su desarrollo laboral dentro de la Institución; esto es, en el trato directo con el paciente psiquiátrico.

Artículo 110. Dadas las características del propio hospital y de los paciente que en él se atienden, el personal del mismo tendrá la garantía de que, en todo momento, cualquier accidente o situación directamente a su persona, producido por éstas circunstancias, será resarcido por la institución competente, en los términos previstos en los ordenamientos legales aplicables.

Artículo 111. De preferencia, los servicios administrativos, así como los servicios de índole similar que no requieran contacto directo con los pacientes y que además, la formación profesional y ética de su personal no cuente con los conocimientos mínimos de trato al enfermo mental, deberá existir por separado de las áreas de tratamiento y consulta externa de los hospitales.

Artículo 112. Quien atienda un caso de urgencia, esta obligado a tomar las medidas necesarias para asegurar la valoración médica del paciente, el tratamiento inmediato para la estabilización de su condición, así como los procedimientos que haya que seguir una vez superada la urgencia.

CAPÍTULO VIII
DE LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LOS USUARIOS Y DEMANDANTES
DE LOS SERVICOS MÉDICOS DEL HOSPITAL

Artículo 113. A los usuarios de los hospitales debe darse un trato que atienda a la obligación de respetar, en todo momento derechos inalienables de la persona, por lo que:

I. Ningún usuario puede ser sometido a tratos crueles, inhumanos o degradantes; aún cuando se pretenda la aplicación de tratamientos especiales, o imposición de medidas disciplinarias y la organización del propio hospital.
II. No esta permitida ninguna medida que impida a los usuarios, el goce de sus derechos fundamentales, de acuerdo a las condiciones de sus facultades mentales, por lo tanto podrá gozar de sus derechos civiles, sociales, económicos y culturales que sean compatibles con su estado de salud.
III. Las autoridades de los hospitales son responsables de velar por la vida, la integridad y la salud de los usuarios que se encuentren internados.
IV. Toda molestia que se infiera sin motivo legal, toda contribución que se exija a cambio de algún servicio, son abusos que se deben evitar y que, en todo caso, serán sancionados por la legislación penal aplicable en éste sentido y por las autoridades sanitarias y administrativas correspondientes.

Artículo 114. Todos los usuarios ambulatorios e internados en el hospital, tienen derecho a ser informados sobre la naturaleza de su padecimiento, su diagnóstico, su tratamiento, evolución y pronóstico del mismo, siempre que las condiciones de sus facultades mentales lo permitan.

Artículo 115. Todos los usuarios del hospital tienen derecho al secreto profesional, por lo tanto, a que sus expediente y toda la información referida a su caso, sea guardada confidencialmente y a que su utilización para fines de enseñanza e investigación se realice previo consentimiento de sus familiares, tutores o de quien funja como representante legal.

Los expedientes clínicos podrán ser dados a conocer a terceros únicamente cuando exista mandato de la autoridad judicial o sanitaria para tal efecto.

Artículo 116. Es prerrogativa del usuario, o en su caso de los familiares, tutores o representantes legales, la aceptación del tratamiento sugerido por el hospital, así como la solicitud de alternativas, tanto a nivel de diagnóstico como de tratamiento.

Artículo 117. Todos los usuarios tienen derecho a obtener el mejor tratamiento disponible, así mismo, de conocer todo tipo de información sobre los objetivos, procedimientos, riesgos e inconvenientes calculados, así como de los beneficios de dicho tratamiento.

Artículo 118. Todo usuario internado en el hospital tiene derecho, como parte de su tratamiento integral, al esparcimiento, la rehabilitación y a su reintegración social, dentro de las posibilidades del hospital y de sí mismo, esto de acuerdo a los programas que sobre el rubro se contemple en el Instituto y lo establecido en la NOM-025-SSA2-1994.

Artículo 119. Todo usuario que voluntariamente se haya sometido a tratamientos experimentales o a programas de enseñanza o investigación académica, tiene la libertad de retirarse de los mismos, por cualquier razón y en el momento que lo desee.

Artículo 120. Todo usuario tiene derecho a ser informado convenientemente cuando por alguna razón sus deseos o intereses no puedan llevarse a cabo en el tratamiento.

Artículo 121. Los usuarios que se encuentren bajo tratamiento en internación tienen derecho a:

I. Tener contacto con personas ajenas a la institución para apoyarse en ellas en todo lo referente a su relación con el exterior, sin interferencia del personal del hospital;
II. Gozar de instalaciones acondicionadas en función del servicio, en cuanto a espacio, mobiliario, higiene, iluminación y ventilación;
III. Ser alojados en áreas específicamente destinadas para la habitación de personas, con adecuada iluminación natural y artificial, en perfectas condiciones de higiene y aseo, bien ventiladas y con el espacio necesario para evitar la promiscuidad o el hacinamiento;
IV. Ser atendidos en todo momento por los servidores públicos a quienes corresponda procurarles asistencia, atención médica e higiene;
V. Recibir visitas, en los términos que fije el presente reglamento, en la parte final de este capítulo.
VI. Gozar de una alimentación balanceada, higiénica, en buen estado, de sabor y aspectos agradables, y en la cantidad suficiente para que les nutra, servida en utensilios adecuados para que pueda ser consumida decorosamente;
VII. Tener derecho, en la medida en que su padecimiento lo permita, a consumir sus alimentos en el comedor general para pacientes de hospital, en las áreas destinadas para tal fin dentro de las unidades terapéuticas de hospitalización o, el día de visita, en las áreas destinadas para que se lleve a cabo ésta en compañía de sus visitantes,
VIII. Participar en las actividades culturales y recreativas que se organicen dentro del hospital.
IX. Recibir y enviar correspondencia, y que ésta sea en todo momento respetada; y
X. Que se respete la intimidad; en tal virtud, todas las visitas con fines de enseñanza e investigación deberán sujetarse a los más estrictos y rigurosos procedimientos de respeto a la dignidad de los pacientes internados, así como a la voluntad de los mismos para ser sujetos de entrevistas personales o colectivas, estudios escolares, o cualquier otra actividad que perturbe las condiciones de vida cotidiana de éstos; y tan solo se realizarán con la autorización y consentimiento del Comité de Ética y Vigilancia del hospital, con la solicitud por escrito y debidamente fundamentada. En tal sentido, únicamente con la autorización de la Dirección de Servicios de Salud y del Comité mencionado anteriormente, podrán tomarse fotografías, películas o videogramas en el interior del mismo, y por ningún motivo se podrá retratar o filmar el rostro de las personas que se encuentran internadas, salvo que éstas den su consentimiento expreso. La realización de dichas actividades deberá solicitarse por escrito, explicando exhaustivamente los motivos y fines de las mismas.

Artículo 122. En todo caso, las autoridades de los hospitales deberán otorgar las facilidades a la Comisión Nacional de Derechos Humanos, así como a la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, para que actúen en el ámbito de su competencia.

Artículo 123. Los usuarios de servicios del hospital tienen la obligación de acatar las disposiciones que, en beneficio del usuario se emitan, por parte del equipo interdisciplinario bajo el cual esta siendo atendido.

Artículo 124. El usuario deberá sujetarse a las disposiciones del hospital en relación al uso y conservación del mobiliario, equipos médicos y materiales que se pongan a su disposición; así mismo, está obligado a conservar en buen estado y darles un buen trato a las instalaciones de la unidad.

Artículo 125. El familiar, representante legal o tutor que quiera internar a un paciente en el hospital, deberá proporcionar al área de trabajo social de consulta externa, una identificación personal con fotografía así como recibos recientes de algún servicio público (teléfono, luz, agua, etc.) donde aparezca su domicilio actual y entregar copias simples de las mismas al hospital con la finalidad de que sean anexadas al expediente clínico del usuario.

Artículo 126. Es obligación del familiar, tutor o representante legal del usuario, notificar al hospital cambio de su domicilio al servicio de trabajo social.

Artículo 127. La persona que falsifique o haga confusa la información respecto a su identidad o el lugar donde se le pueda encontrar, aparte de las responsabilidades penales en que pueda incurrir, se le advertirá que en la próxima vez que solicite los servicios de la Institución se le atenderá en primera instancia pero, después, se canalizará a su paciente a otro hospital.

Artículo 128. Los familiares, tutores o representantes legales, están obligados a asistir los días de visita al hospital, con el fin de convivir con su paciente, y, con esto, coadyuvar a su tratamiento, rehabilitación y reintegración social.

De igual forma se encuentran obligados a participar en las actividades para familiares que se desarrollen en la unidad terapéutica donde se encuentra su familiar o representado legal internado, para así estar informado de su estado mental, de salud, en lo que se refiere al diagnóstico, tratamiento y pronóstico del mismo.

Artículo 129. Aquel familiar, tutor o representante legal que deje de visitar a su usuario, teniendo la obligación de hacerlo, desatendiendo su participación en el plan terapéutico integral rehabilitatorio en internamiento del mismo, o que se niegue a llevárselo o a recibirlo en su domicilio cuando el hospital emita su alta médica, así como evada la localización que lleve a cabo éste para su paradero, se hará del conocimiento del ministerio público correspondiente, y se procederá conforme a derecho.

Artículo 130. Todo usuario demandante de atención médica psiquiátrica tiene la obligación de tratar con el mayor de los respetos a los trabajadores del hospital, tanto a aquellos profesionales de la salud que tratan directamente con su paciente, como al personal en general.

DE LA VISITA

Artículo 131. La visita esta destinada a garantizar el derecho del paciente a estar en contacto con su familia, tutores, amistades y representantes legales y tiene como finalidad la conservación y el fortalecimiento de los vínculos del usuario con personas provenientes del exterior, que tengan una relación personal con él.

Artículo 132. Todo visitante, para su ingreso y durante su estancia en el hospital, deberá sujetarse a las normas y disposiciones que fije este reglamento.

Artículo 133. Podrán visitar a los pacientes internados en el hospital:

I. Familiares y amistades;
II. Tutores y representantes legales;
III. Ministros acreditados de cultos religiosos; y
IV. Autoridades judiciales o sanitarias competentes, por alguna situación que amerite la visita.

Ninguna visita familiar o de amistades será autorizada sin que previamente haya sido promovida o aceptada por el usuario, o en su caso por la persona responsable de este último.

Artículo 134. El Comité de Seguridad e Higiene Laboral de los hospitales podrán, si lo considera pertinente, autorizar la visita de menores de edad o bien de otras personas no consideradas en el artículo anterior. Por lo que respecta a mujeres embarazadas y personas seniles, se les advertirá los riesgos que pueden correr por la naturaleza misma del hospital y de los usuarios que en él se tratan, liberándose de toda responsabilidad la Institución si, pese a la observación, deciden introducirse a las instalaciones de la misma.

Artículo 135. Sin perjuicio de lo establecido en el presente apartado, los horarios y requisitos para la visita, estarán determinados en el instructivo correspondiente.

Artículo 136. En los hospitales, queda estrictamente prohibida la introducción, uso, consumo, posesión o comercio de bebidas alcohólicas, estupefacientes, psicotrópicos, sustancias tóxicas; armas, explosivos y en general instrumentos cuyo uso pueda resultar contrario a los fines de los hospitales o que pongan en peligro la seguridad y el orden. De no acatarse esta disposición se turnara el caso a las autoridades correspondientes.

Artículo 137. Todo individuo ajeno al personal de la unidad que pretenda introducirse a las instalaciones de la misma, deberá identificarse mediante cualquier credencial que contenga nombre, fotografía y firma, en caso de carecer el interesado de una credencial con estas características, los hospitales se reservan la facultad discrecional para autorizar su acceso.

Artículo 138. Durante la visita es responsabilidad de las autoridades de los hospitales, garantizar la intimidad y el respeto de las circunstancias y condiciones en las cuales se realice en las áreas específica y acondicionadas para ello.

Artículo 139. Queda estrictamente prohibido que las personas que visiten a los pacientes dejen a los mismos, dinero, objetos valiosos, comida o ropa en demasía, aparatos eléctricos u objetos que puedan causar daño o lesiones a los mismos o al personal. El instructivo de visita determinará que tipo de objetos en particular son los mencionados en el presente artículo.

Artículo 140. La vigilancia y supervisión de los derechos y obligaciones de los usuarios y profesionales estará a cargo de la autoridad correspondiente.

Artículo 141. Todo usuario podrá dirigir sus quejas y sugerencias con el fin de mejorar la prestación del servicio ante el Comité de Ética y Vigilancia de los hospitales, así como el de la Calidad de la Atención (auditoria médica y evaluación del expediente clínico) ante la autoridad competente de este Instituto.

CAPÍTULO IX
DE LA SUPLENCIA DE LOS TITULARES

Artículo 142. El Director del hospital será suplido en sus ausencias temporales menores de 15 días, por el Subdirector que él designe. En las mayores de 15 días, por el servidor público de la jerarquía inmediata inferior que designe el Coordinador de Salud.

Artículo 143. Los Subdirectores del hospital serán suplidos en ausencias temporales menores de 15 días, por el servidor público de la jerarquía inmediata inferior que ellos designen. En las mayores de 15 días, por el servidor público de la jerarquía inmediata inferior que designe el Director del hospital.

Artículo 144. Los Jefes de Servicio serán suplidos en ausencias temporales menores de 15 días, por el servidor público de la jerarquía inmediata inferior que ellos designen. En las mayores de 15 días, por el servidor público de la jerarquía inmediata inferior que designe el Director del hospital.

TRANSITORIOS

Primero. Publíquese el presente Reglamento en el periódico oficial "Gaceta del Gobierno".

Segundo. Este Reglamento entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el periódico oficial "Gaceta del Gobierno".

Tercero. Se derogan las disposiciones de igual o menor jerarquía que se opongan a las contenidas en el presente Reglamento.

Aprobado por el Consejo Interno del Instituto de Salud del Estado de México, según consta en acta de su Sesión Ordinaria número 152, celebrada en la Ciudad de Toluca de Lerdo, capital del Estado de México a los 25 días del mes de julio de dos mil siete.

POR EL CONSEJO INTERNO DEL INSTITUTO

DRA MARIA ELENA BARRERA TAPIA
SECRETARIA DE SALUD Y
PRESIDENTA DEL CONSEJO INTERNO
(RÚBRICA)

MTRO. EDUARDO FRANCISCO BERTERAME BARQUÍN
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN DEL INSTITUTO DE SALUD
DEL ESTADO DE MÉXICO Y SECRETARIO TÉCNICO
DEL CONSEJO INTERNO
(RÚBRICA)

POR EL INSTITUTO

LIC. FEDERICO RUIZ SÁNCHEZ
COORDINADOR DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
(RÚBRICA)

LIC. LEOPOLDO MOLINA ZENTENO
JEFE DE LA UNIDAD DE ASUNTOS JURÍDICOS
(RÚBRICA)

DR. JESÚS LUIS RUBÍ SALAZAR
COORDINADOR DE SALUD
(RÚBRICA)

DR. ROBERTO MARTÍNEZ POBLETE
DIRECTOR DE SERVICIOS DE SALUD
(RÚBRICA)

DR. ÁNGEL SALINAS ARNAUT
SUBDIRECTOR DE ATENCIÓN MÉDICA
(RÚBRICA)

DR. DANIEL LUCATERO MORA
DIRECTOR DEL HOSPITAL
PSIQUIÁTRICO "DR. ADOLFO M. NIETO"
(RÚBRICA)

DRA. EDITH GUERRERO URIBE
DIRECTORA DEL HOSPITAL
PSIQUIÁTRICO "LA SALUD TLALZOLTEOTL"
(RÚBRICA)

L. PS. GABRIELA SÁNCHEZ CALVO
DIRECTORA DEL HOSPITAL
PSIQUIÁTRICO "JOSÉ SAYAGO"
(RÚBRICA)

.HOJA DE ACTUALIZACIÓN

Reglamento Interno del Hospital Psiquiátrico "Granjas la Salud" Tlalzolteol, Toluca, Méx.,noviembre de 1999.
Reglamento Interno del Hospital Psiquiátrico "José Sayago", Toluca, Méx., junio de 1996.
Reglamento Interno del Hospital Psiquiátrico "Dr. Adolfo M. Nieto" Toluca, Méx., junio de 1996.

Reglamento Interno de los Hospitales Psiquiátricos del ISEM, Toluca, Méx., julio de 2007.

CRÉDITOS

© **R. I / 110**
Reglamento Interno de los Hospitales Psiquiátricos del ISEM.
Secretaría de Salud
Instituto de Salud del Estado de México

Responsables de la información:
- *Dr. Daniel Lucatero Mora.- Director del Hospital Psiquiátrico "Dr. Adolfo M. Nieto".*
- *Dra. Edith Guerrero Uribe.- Directora del Hospital Psiquiátrico "Granjas la Salud Tlalzolteotl"*
- *L. PS. Gabriela Sánchez Calvo.- Directora del Hospital Psiquiátrico "José Sayago"*

Responsables de su integración:
- *L.A.E. Martha Mejía Márquez*
- *LIC. Armando Santín Pérez*
- *P.L.T. Silvia Reynoso Díaz*
- *L.A.E. Martha Ivonne Romero Hernández*

Toluca, México
Julio, 2007.