



GACETA DEL GOBIERNO



ESTADO DE MÉXICO

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 CXC

A:202/3/001/02

Número de ejemplares impresos: 300

Toluca de Lerdo, Méx., miércoles 17 de noviembre de 2010

No. 92

SUMARIO:

SECRETARIA DE SALUD

REGLAMENTO INTERNO DEL HOSPITAL PARA ENFERMOS CRÓNICOS "DR. GUSTAVO BAZ PRADA" DEL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE CONSULTA EXTERNA EN UNIDADES DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCION DEL ISEM (AREA MEDICA).

MANUAL DE OPERACION DEL COMITE DE CONTROL Y EVALUACION DEL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MEXICO.

PROCEDIMIENTO "SUSCRIPCION DE CONTRATOS DE ARRENDAMIENTO DE INMUEBLES DEL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MEXICO".

"2010. AÑO DEL BICENTENARIO DE LA INDEPENDENCIA DE MEXICO"



1810-2010

SECCION TERCERA

PODER EJECUTIVO DEL ESTADO

SECRETARIA DE SALUD



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

EE

REGLAMENTO INTERNO DEL
HOSPITAL PARA ENFERMOS CRÓNICOS
"DR. GUSTAVO BAZ PRADA"
DEL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO



Compromiso
Gobierno que cumple

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 uno de los propósitos de la presente administración es la seguridad integral sustentada en tres pilares fundamentales: la Seguridad Social, la Seguridad Económica y la Seguridad Pública; estableciendo en la seguridad social, 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 las condiciones que impone el desarrollo, como es brindar certidumbre y confianza a la sociedad para que cumpla sus fines productivos en un ambiente de armonía y paz social, mismas que conforman los cimientos del marco institucional necesario para la seguridad integral, requieren que el gobierno tenga legitimidad, se fomente la legalidad de sus acciones y se busque en todo momento la coordinación interinstitucional.

Que el establecimiento y adecuación de la normatividad y las bases que sustentan el quehacer de la administración pública, son necesarias para el cumplimiento de los tres pilares que sustenta el Plan de Desarrollo del Estado de México, 2005 - 2011.

Que con fecha 1 de marzo del 2005 fue publicado en el periódico oficial "Gaceta del Gobierno" el Reglamento Interno del Instituto de Salud del Estado de México, el que establece las atribuciones del titular del Instituto y de sus unidades administrativas básicas.

Que es necesario que las disposiciones reglamentarias que rigen el funcionamiento del Instituto, sean congruentes con las condiciones administrativas y jurídicas vigentes en la Administración Pública Estatal, dando así mayor sustento jurídico a los actos que emitan las autoridades de este organismo; además permitirá precisar el apoyo que otorga este organismo a la Secretaría de Salud.

En mérito de lo expuesto, ha tenido a bien expedir el siguiente:

**REGLAMENTO INTERNO DEL HOSPITAL PARA ENFERMOS CRÓNICOS
"DR. GUSTAVO BAZ PRADA"
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 del Hospital para Enfermos Crónicos "Dr. Gustavo Baz Prada".

Artículo 2. Para efectos del presente reglamento, cuando se haga referencia a la Secretaría, el Instituto, la Ley, el Reglamento de la Ley, Reglamento de Salud, el hospital; 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, al Hospital para Enfermos Crónicos "Dr. Gustavo Baz Prada"

Artículo 3. El hospital es una unidad de salud, especializada en la atención a personas con enfermedades crónico degenerativas y otras enfermedades que por sus complicaciones, presenten una discapacidad, que lleva a cabo las siguientes actividades:

- I. Atención médica general y de especialidad;
- II. Enseñanza y capacitación; e
- III. Investigación científica.

Artículo 4. Las actividades de atención médica del hospital son:

- I. Preventivas;
- II. Curativas;
- III. De rehabilitación; y
- IV. Paliativas.

Artículo 5. El hospital es un establecimiento público de salud que presta sus servicios regidos por criterios de universalidad y de gratuidad fundada en las condiciones socioeconómicas de los usuarios. La atención médica que preste a los pacientes deberá ser retribuida mediante cuotas de recuperación aportadas por el usuario o por aquella persona que funja como responsable del mismo ante el hospital, de acuerdo a la investigación socioeconómica que se realice, exceptuándose del pago al usuario que carezca de recursos.

Artículo 6. Para el cumplimiento de sus fines, el hospital tendrá las siguientes funciones:

- I. Proporcionar servicios de atención médica general y especializada a población abierta;
- II. Contribuir al desarrollo de los programas prioritarios de salud; principalmente el de atención de adultos mayores, con énfasis en la prevención de enfermedades crónico-degenerativas, tales como diabetes mellitus, hipertensión arterial, así como cáncer cérvico-uterino, mamario y prostático;
- III. Operar los recursos inherentes a la prestación de los servicios referidos en las fracciones anteriores, de conformidad con las normas, políticas y procedimientos establecidos por las unidades competentes;
- IV. Establecer y mantener congruencia y racionalidad de acciones y programas de acuerdo a los lineamientos que establezca el Instituto;
- V. Desarrollar en coordinación con las unidades competentes del Instituto las acciones relativas a las tareas de investigación en el campo de la salud y atención de enfermos crónicos;
- VI. Coadyuvar a la formación, de recursos humanos en el campo de la salud y de enfermos crónicos;
- VII. Formar parte del sistema escalonado de atención y de los programas de referencia y contra-referencia de pacientes que pertenezcan a población abierta; y
- VIII. Las demás que le correspondan conforme al presente reglamento y otras disposiciones aplicables.

CAPÍTULO II DE LA ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA

Artículo 7. La administración del hospital estará a cargo de:

- I. Dirección;
- II. Subdirección médica;
- III. Administración, y
- IV. Asistentes de la Dirección.

Artículo 8. El hospital podrá 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 35 de éste reglamento y demás disposiciones aplicables.

Artículo 9. El Director del hospital es la autoridad médica y administrativa interna y por lo tanto, es el responsable de que los servicios se presten 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 la realización de las finalidades en el orden técnico asistencial, docente y de investigación que están encomendados al hospital, para lo cual podrá contar con asesoría de los órganos consultivos previstos en el presente reglamento y tendrá las siguientes facultades.

- I. Ejecutar los acuerdos y disposiciones del Director General y del Coordinador de Salud del Instituto;
- 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;
- VI. Vigilar el cumplimiento de las Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud; y
- VII. Las demás que sean necesarias para el ejercicio de las anteriores;

Artículo 10. Para ser Director del hospital, además de cumplir con los requisitos establecidos por el artículo 18 del Reglamento de la Ley, deberá contar con conocimientos en administración de sistemas de salud pública.

Artículo 11. 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 general y de especialidad.

Artículo 12. El Subdirector Médico es el responsable ante la dirección del hospital, de la organización y buen funcionamiento de los servicios médicos, paramédicos, auxiliares de diagnóstico y tratamiento del hospital.

Artículo 13. Son obligaciones del Subdirector Médico las siguientes:

- I. Asumir la responsabilidad del cumplimiento de la disciplina, el profesionalismo y la eficiencia del personal técnico a su cargo;
- II. Supervisar el trabajo de los servicios de atención médica general y de especialidad; y
- III. Las demás que el Director del hospital le asigne.

Artículo 14. El Administrador sin perjuicio de las facultades que le corresponden 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; acordar, cuando el caso lo amerite, con el Director del hospital, o con el Subdirector Médico.

Artículo 15. Son obligaciones y atribuciones del Administrador, 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 el Director del hospital los asuntos referentes a los recursos humanos, financieros y materiales, a fin de que sea éste, en todos los casos, el que dicte las medidas correspondientes;
- IV. Mantener el aprovisionamiento de los recursos necesarios para el funcionamiento ininterrumpido de todos los servicios que preste el hospital;
- V. Dictar las providencias necesarias en ausencia del Director y del Subdirector Médico, 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, sin perjuicio de informar de inmediato al Director;
- VI. Elaborar periódicamente el informe y balance de la situación financiera y administrativa del hospital; y
- VII. Las demás que le asigne el Director del hospital.

CAPITULO III DE LOS ÓRGANOS CONSULTIVOS

Artículo 16. Son órganos consultivos del hospital, los siguientes:

- I. El Consejo Técnico Consultivo; y
- II. Los Comités Internos.

Artículo 17. El Consejo Técnico Consultivo tiene la finalidad de asesorar técnicamente a la administración del hospital para el mejor desarrollo de las actividades.

Artículo 18. Son funciones del Consejo Técnico Consultivo:

- I. Proponer la adopción de medidas de orden general tendientes al mejoramiento técnico y operativo del hospital;
- 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 del hospital;
- IV. Apoyar las funciones de formación, capacitación y adiestramiento del personal adscrito al hospital, de acuerdo a las necesidades de los servicios y disponibilidad de recursos;
- V. Apoyar la organización de eventos científicos, para el personal de la unidad médica;
- VI. Elaborar y someter a consideración de las autoridades competentes del hospital el proyecto de Reglamento Interno del Consejo Técnico;
- VII. Coordinar sus acciones con los comités de salud para el logro de sus objetivos; y
- VIII. Las demás que sean necesarias para el cumplimiento de sus funciones.

Artículo 19. El Consejo Técnico Consultivo, estará conformado por el Director, quien lo presidirá; por el Subdirector Médico, quien será el Secretario y por cinco distinguidos profesionistas del ramo de la salud adscritos al hospital, nombrados por el Director de Servicios de Salud a propuesta del Director del hospital, quienes fungirán como vocales.

Artículo 20. Con la finalidad de comentar en grupos de trabajo, cuestiones relevantes para la institución que requieran de estudio y análisis, el hospital contará con comités internos que coadyuven al mejor funcionamiento y organización de los servicios que presta.

Artículo 21. Los Comités Internos son grupos de profesionales de reconocida capacidad sobre procedimientos y diseño de estrategias en materia específica de alta prioridad en el 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 22. 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 23. Los Comités Internos con que contará el hospital son:

- I. El Comité de Calidad de la Atención Médica;
- II. El Comité de Detección y Control de Infecciones Intrahospitalarias;
- III. El Comité de Mortalidad Materna Perinatal y Hospitalaria;
- IV. El Comité de Seguridad y Atención Médica para Casos de Desastre;
- V. El Comité de Insumos;
- VI. El Comité de Enseñanza, Investigación y Capacitación;
- VII. El Comité de Ingresos y Egresos; y
- VIII. El Comité de Bioética.

Artículo 24. El Comité de Calidad de la Atención Médica se constituye con la finalidad de evaluar la calidad de la atención, a través del análisis del expediente clínico; y tendrá las siguientes funciones:

- I. Analizar y evaluar los expedientes clínicos en forma aleatoria de pacientes egresados de los diferentes servicios prestados por el hospital;
- II. Evaluar la oportunidad de la prestación de atención 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 cumplimiento de la normatividad aplicable;
- IV. Proponer 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 la sangre y de sus derivados, así como 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; y
- IX. Realizar sesiones informáticas, recibir opiniones, establecer compromisos, responsables y tiempos.

Artículo 25. El Comité para la Detección y Control de Infecciones Intrahospitalarias, se constituye con el fin de prevenir, controlar y llevar a cabo la vigilancia epidemiológica de las infecciones intrahospitalarias; sus funciones son:

- I. Desarrollar las acciones de vigilancia epidemiológica de las infecciones intrahospitalarias;
- II. Participar en la actualización de las normas internas para la prevención, detección y control de las infecciones en el hospital;
- III. Estudiar y evaluar todos los casos de infecciones nosocomiales, determinar los factores de riesgos generales y específicos de 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 críticas 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.
- VI. Coordinarse con los comités de insumos y el de auditoría médica y el de calidad de la atención médica;
- VII. Llevar el seguimiento, los resultados de las evaluaciones y del avance en la aplicación de las medidas correctivas; y
- VIII. Elaborar un informe mensual al Director del hospital, sobre los resultados del funcionamiento del comité, para su conocimiento y evaluación;

Artículo 26. El Comité de Mortalidad Materna, Perinatal y Hospitalaria, 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. Realizar sistemáticamente la revisión del llenado de certificados de defunción;

- III. Contribuir al estudio y reducción de la mortalidad en su área de influencia;
- IV. Propiciar y fomentar la educación médica continua entre el personal de la unidad;
- V. Identificar los niveles de previsibilidad de las defunciones hospitalarias; y
- VI. Garantizar el adecuado llenado de los cuestionarios confidenciales de muerte, dictaminación, autopsia verbal y de información periódica en los casos conducentes.

Artículo 27. El Comité de Seguridad y Atención Médica para Casos de Desastre, es el responsable de vigilar las condiciones de seguridad de las áreas de trabajo, así como de proponer los medios preventivos y correctivos necesarios para afrontar situaciones de desastre, en beneficio del personal y los usuarios de la unidad; organizar la atención médica oportuna, aplicar las medidas necesarias para atender los daños a la salud, a la estructura y coordinar las actividades que se desarrollen en el interior de la unidad, en coordinación con comités externos relacionados con estos fenómenos; sus funciones son:

- I. Elaborar el plan hospitalario para hacer frente a las situaciones de desastre y emergencia;
- II. Elaborar el directorio de los miembros del Comité de Seguridad de Atención Médica para Casos de Desastre y mantenerlo en lugar visible;
- III. Integrar y coordinar a las unidades ejecutoras o comisiones que apoyarán al comité en los aspectos: estructural y organizacional;
- IV. Coordinar la participación social organizada en torno al hospital en caso de un desastre de emergencia;
- V. Reunir y difundir la información sobre la estructura de la unidad, detectar zonas de riesgo y seguridad y establecer estrategias de acción para enfrentar desastres y emergencias;
- VI. Proponer las áreas de acceso y selección, servicios permanentes de reanimación cardiopulmonar y cirugía de urgencia con personal calificado;
- VII. Establecer stock de equipamiento y suministros médicos y apoyo logístico contingente;
- VIII. Organizar el sistema de referencia y contra-referencia;
- IX. Mantener actualizado el inventario del equipo y mobiliario del hospital con riesgo para los usuarios;
- X. Integrar un programa de atención médica para casos de desastre y hacerlo del conocimiento del personal;
- XI. Desarrollar acciones de coordinación con unidades médicas para la referencia de pacientes;
- XII. Coordinar ejercicios y simulacros;
- XIII. Instrumentar un sistema de información y comunicación social para casos de desastre y emergencias; y
- XIV. Desarrollar y ejecutar programas de capacitación y educación continua en casos de desastre;

Artículo 28. El Comité de Insumos, es el responsable de vigilar el cumplimiento de los lineamientos técnicos que regulan el manejo de los insumos; proponer, a través de la Dirección General del Instituto, 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, así como actuar en coordinación con las 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 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 de los insumos, con la frecuencia que sea necesaria;
- V. Proponer, en coordinación con la administración de la unidad, los medicamentos de control y respuesta para que se tenga abasto adecuado de insumos las 24 horas;
- VI. Proponer la lista de insumos de los botiquines de urgencias que deben tener los servicios autorizados, procurando que contengan los insumos 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, enviar la información técnica que sustente la propuesta dirigida a la Comisión de los Cuadros Básicos del Sector Salud;
- VIII. Evitar el uso de fármacos de dudosa eficacia terapéutica y de aquellos que se encuentren en proceso de investigación o experimentación, salvo en el caso de protocolos aprobados;
- IX. Conocer las desviaciones en la utilización de medicamentos de segunda elección para corregir su uso;

- X. Revisar las recetas médicas que se expidan en los servicios y que contengan insumos que estén 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 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 la 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 la unidad, para un adecuado control de los insumos que contengan estupefacientes o sustancias psicotrópicas; y
- 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 29. El Comité de Enseñanza e Investigación, es el responsable 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, tendrá las siguientes funciones:

- I. Promover la docencia en ciencias de la salud;
- II. Planear, programar, organizar, coordinar y evaluar cursos, talleres, seminarios y conferencias intra y extra hospitalarias para el personal del hospital;
- 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 necesidades de capacitación del personal médico, paramédico, técnico y administrativo;
- V. Proponer acciones y programas en casos individuales o generales para el mejor nivel de enseñanza y las acciones médicas; y
- VI. Evaluar la calidad del personal médico desde el punto de vista ético, 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.

Artículo 30. El Comité de Ingresos y Egresos se constituye con la finalidad de proporcionar a los pacientes 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 la normatividad en la materia; así como vigilar que los usuarios que no requieran seguir en internamiento, sean egresados, cuidando que continúen su tratamiento en forma ambulatoria 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 31. 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 estos 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 los pondrá 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 32. Las sesiones ordinarias y extraordinarias de cada comité interno 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.

Artículo 33. Los miembros de los Comités Internos del hospital pueden ser, permanentes o temporales.

Los miembros permanentes son el Director, el Subdirector Médico, el Administrador, y los Jefes de Servicio; los miembros temporales serán nombrados por las autoridades del hospital mediante una selección entre quienes se consideren idóneos, de conformidad a lo que establece el artículo 22 del presente reglamento. Los miembros de los comités trabajarán con los lineamientos que se establezcan para cada uno de estos.

CAPÍTULO IV DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL

Artículo 34. Para favorecer la participación de la población en el funcionamiento del hospital, se podrá contar con un patronato.

Artículo 35. El patronato es el órgano de apoyo y consulta de la Dirección del hospital, dirigido a lograr la participación de la comunidad, principalmente en la obtención de recursos en términos de las disposiciones aplicables y tendrá como funciones:

- I. Apoyar las actividades del hospital y formular sugerencias tendientes a su mejor desempeño;
- II. Alentar la participación de la comunidad en acciones y servicios que preste el hospital;
- III. Contribuir a la obtención de recursos que permitan el mejoramiento de los servicios del hospital 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;
- V. Tener un carácter altruista y de responsabilidad compartida entre el patronato y el hospital; y
- VI. Las demás que sean necesarias para el ejercicio de las anteriores.

Artículo 36. El patronato estará integrado por un Presidente, un Secretario y por los Vocales que designe el Director General del Instituto, los integrantes del patronato serán personas de reconocida honorabilidad de los sectores social y privado con vocación de servicio en instituciones hospitalarias, y serán propuestos por el Director del hospital.

Artículo 37. Los cargos de los Miembros del Patronato serán honoríficos, en consecuencia no recibirán retribución, emolumento o compensación alguna.

Artículo 38. El órgano mencionado quedará integrado legal y civilmente y no tendrá fines lucrativos.

CAPÍTULO V DE LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL

Artículo 39. Para la organización y funcionamiento óptimos del hospital, éste se conforma por los siguientes servicios:

- I. Médicos;
- II. Auxiliares de diagnóstico y tratamiento;
- III. Paramédicos;
- IV. De enseñanza e investigación; y
- V. Administrativos.

Artículo 40. La atención médica a los pacientes se realiza mediante las diversas áreas que integran los servicios médicos, cuyo conjunto constituye la Unidad hospitalaria; los servicios disponibles son:

- I. Servicios Médicos:
 - a) Cirugía general;
 - b) Gineco-obstetricia;
 - c) Medicina interna;
 - d) Pediatría;
 - e) Medicina preventiva;
 - f) Geriátría; y
 - g) Rehabilitación
- II. Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento:

- a) Laboratorio clínico;
- b) Radiodiagnóstico;
- c) Anatomía patológica;
- d) Anestesiología; y
- e) Servicios de Transfusión.

III. Servicios Paramédicos.

- a) Enfermería;
- b) Registros hospitalarios;
- c) Farmacia;
- d) Trabajo social; y
- e) Dietología.

Artículo 41. Los servicios de enseñanza tienen por objeto coadyuvar al desarrollo de programas de pregrado y la formación de especialistas en el área médica mediante el establecimiento de programas de posgrado, así como de residencias médicas.

Para el desarrollo de sus funciones, el área responsable de los servicios de enseñanza se ajustará a los lineamientos y normatividad de la materia.

Artículo 42. Los servicios de investigación tienen como finalidad realizar acciones de alto nivel en el área de medicina y rehabilitación, así como publicar y difundir sus resultados.

Para el desarrollo de sus funciones, el área responsable de la investigación delinearé el programa del hospital en este rubro, así como las políticas, para la presentación, aprobación, desarrollo y difusión, de los proyectos, en las áreas de epidemiología clínica y prestación de servicio.

Artículo 43. Las actividades de atención médica, formación y capacitación de personal e investigación, se efectuarán conforme a los lineamientos que señale el Instituto a través de las unidades administrativas competentes, informando del desarrollo de las mismas y de los resultados obtenidos al Instituto.

Artículo 44. Los servicios Administrativos tienen por objeto coadyuvar con la organización y desempeño adecuado de las funciones sustantivas del hospital, así como garantizar el orden y mantenimiento de las instalaciones y consta de:

- a) Recursos humanos;
- b) Recursos financieros;
- c) Recursos materiales;
- d) Servicios generales;
- e) Ingeniería y mantenimiento; y
- f) Control y sistematización.

CAPÍTULO VI

PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS

Artículo 45. En el servicio de consulta externa, se atenderá a pacientes ambulatorios, los cuales bajo el control, de un carnet de citas, deberán acudir en los días y horas específicas que para tal fin se haya indicado en el servicio. De igual forma, valorará a los usuarios que soliciten servicios en el hospital, determinando si es procedentes o no su ubicación y bajo el supuesto que se llevará a cabo, en caso de requerirlo.

Artículo 46. La consulta externa, estará organizada, por áreas específicas y el abordaje asistencial se hará en forma multi e interdisciplinaria, con el fin de proporcionar una atención médica integral a los usuarios que demanden sus servicios.

Artículo 47. El servicio de hospitalización operará bajo un esquema que incluye dos modalidades, continua (enfermos de estancia prolongada), y parcial (enfermos de tipo agudo). Los enfermos de estancia prolongada son pacientes que sufren padecimientos crónicos no infecto contagiosos y son motivo de la misión del hospital; los enfermos de tipo agudo representan la necesidad del hospital por proyectar servicios asistenciales a la comunidad.

Es obligación de los responsables de los servicios médicos del hospital, mantener la vigilancia y control de los pacientes crónicos a través del pase de visita por cada turno, notas de evolución e indicaciones diarias, cuantas veces se requiera, cuidados de enfermería, baño y medición de signos vitales por turno, seguimiento de los estudios de laboratorio y gabinete, interconsulta a otros servicios y referencia a otras unidades hospitalarias a su diagnóstico, especialidad y

complejidad del manejo. Así como mantener la calidad de la atención médica, comunicación con los pacientes, realización de sesiones clínicas y bibliográficas, y participar en los comités hospitalarios.

Artículo 48. En el servicio de hospitalización continua, se contará con dos Servicios (Servicio de Geriatria y Servicio de Crónicos) para la estancia de los pacientes internados.

Artículo 49. Cada servicio de los que se mencionan en el artículo anterior, integrará a profesionales de las áreas que laboren en el hospital, con la finalidad de que actúen en forma conjunta, multi e interdisciplinaria, en la atención debida a cada uno de los pacientes.

Artículo 50. Por cada servicio habrá un responsable del mismo, a quien se le denominará Jefe de servicio; quién deberá ser Médico Especialista en Medicina, Geriatria, Interna, Cirugía General, Rehabilitación o especialidad afin con experiencia en el servicio y será el responsable del buen funcionamiento del servicio bajo su control;

Artículo 51. Los pacientes en el servicio de hospitalización parcial realizarán actividades de rehabilitación y terapia ocupacional, contando con el apoyo de los demás servicios, desarrollando una labor multi e interdisciplinaria, asimismo cuando se considere necesario deberán ser referidos para su atención a la unidad de salud que corresponda.

Artículo 52. El hospital llevará un control estricto del número de pacientes internos, fecha de ingreso, motivo, tipo y período de internamiento.

Artículo 53. Para que un paciente sea ingresado al hospital, se requiere una valoración previa en el servicio de consulta externa, conforme a los criterios éticos, además de los requisitos científicos y los que establezcan las disposiciones jurídicas aplicables, se trata de un paciente de primer ingreso o de reingreso.

Los criterios para la admisión de pacientes en internamiento serán los siguientes:

- I. Elaborar la solicitud correspondiente;
- II. Ser valorado por médico especialista encargado del servicio de consulta externa y que el resultado de dicha evaluación aporte los elementos de que el paciente presenta una condición crónica o aguda grave y que para el manejo se requiere de su internamiento;
- III. Que el responsable legal del paciente firme la hoja de responsabilidades y se comprometa a cumplir lo especificado en la misma;
- IV. Elaborar el estudio socioeconómico al paciente o a sus familiares;
- V. El horario de admisión de pacientes en hospitalización, será durante el turno matutino en días hábiles y sólo en casos de urgencia la admisión se realizará las 24 horas;
- VI. De surgir alguna inconformidad con motivo del internamiento de un paciente, será sometida a consideración del Comité de Ingresos y Egresos del hospital; y
- VII. Cuando el paciente presente alguna intercurencia médica que no permita prestar los servicios de salud eficientemente, el hospital deberá orientar al paciente y/o responsable del mismo a efecto de que sea referido a la unidad médica correspondiente.

Artículo 54. El ingreso de los pacientes al hospital podrá ser:

- I. Voluntario;
- II. Involuntario; y
- III. Obligatorio.

Artículo 55. Para el ingreso voluntario, se requiere la solicitud del paciente y la indicación del médico a cargo del servicio de consulta externa del hospital, ambas por escrito, haciendo constar el motivo de la solicitud.

Artículo 56. Para el ingreso involuntario, se requiere la indicación de un médico y la solicitud del familiar responsable, tutor o representante legal, ambas por escrito. En caso de extrema urgencia un paciente puede ingresar por indicación escrita del médico a cargo del servicio de consulta externa del hospital.

Artículo 57. El ingreso obligatorio, se llevará a cabo cuando lo ordena la autoridad competente mediante la documentación correspondiente, siempre que de acuerdo al examen clínico, lo requiera, en tal situación el hospital sólo se compromete a otorgar la atención médica necesaria, quedando la custodia del paciente a cargo de la autoridad responsable.

Artículo 58. En la valoración interdisciplinaria de ingreso, deberá consignarse el diagnóstico presuncional, los tratamientos previos, así como los motivos que justifican el internamiento; asimismo deberá especificarse el tratamiento médico

inmediato a seguir, así como las indicaciones necesarias para el personal del Servicio de hospitalización en el que será ubicada.

Artículo 59. En estricto apego a los derechos humanos de los pacientes internos en el hospital se reserva la facultad de aceptar pacientes en calidad de internos, de acuerdo con su capacidad instalada y sus posibilidades de respuesta técnica y administrativa. En todo caso, el Director del hospital, gestionará lo necesario para no afectar los derechos de los pacientes internos a recibir la atención médica oportuna y adecuada.

Artículo 60. Una vez en la villa de hospitalización que le fue asignada, el paciente debe ser sujeto de una valoración por parte del médico especialista que se hará responsable de su atención dentro de las primeras 24 horas, con la finalidad de verificar la evolución del paciente con el tratamiento prescrito al ingreso y, si procede, realizar las modificaciones al tratamiento de acuerdo al cuadro clínico que presente.

Artículo 61. Dentro de las 72 horas posteriores al ingreso, se debe tener integrada la historia clínica completa del paciente. 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, de conformidad a la normatividad aplicable.

Artículo 62. La información personal que el paciente, sus familiares o representante legal del mismo, proporcionen al médico especialista o al personal correspondiente, sólo podrá ser dada a conocer mediante orden de Autoridad Judicial o Administrativa. Los expedientes clínicos solo serán manejados por el personal autorizado del hospital, quedando estrictamente prohibido el acceso a estos a personas ajenas a la Unidad o personal no autorizado.

Artículo 63. Durante la estancia de los pacientes en el hospital deberán seguirse las siguientes reglas:

- I. Mantener el área que se le asigne de manera decorosa, limpia y ordenada;
- II. No se podrán contar con mascotas dentro del hospital, ya que alteran el orden y afectan a terceros;
- III. Deberán contribuir a la limpieza y orden del área de convivencia del resto de los internos;
- IV. Deberán mostrar disciplina y respeto con los demás internos;
- V. Mostrar respeto al personal que les atiende, a los profesionales de la medicina, personal de enfermería, cocina y afines;
- VI. Queda prohibido ingerir dentro del hospital bebidas embriagantes y/o consumir sustancias enervantes, así mismo los pacientes que hayan salido con permiso del hospital, a su regreso no podrán ser admitidos en estado de embriaguez o bajo los efectos de algún enervante;
- VII. Cuando por indicación médica necesite tomar psicotrópicos, deberá estar registrado en su expediente su dosis y horario;
- VIII. Queda prohibido hacerse acompañar de personas ajenas a la Institución y en el caso de familiares podrán permanecer en la Institución únicamente si existe autorización otorgada por la Dirección o por la administración del hospital;
- IX. Queda prohibido introducir, portar y poseer armas de cualquier tipo en el hospital;
- X. Queda prohibido la comercialización de los bienes materiales y de consumo que la Institución otorga a los pacientes, en virtud de que se proporciona para uso y consumo del propio interno;
- XI. Queda prohibido al interno realizar cambios de área sin la autorización médica correspondiente;
- XII. Cuando por alguna razón el paciente tenga que retirarse del hospital indistintamente del tiempo que pueda permanecer fuera de éste, por razones de seguridad, el familiar responsable del paciente o su tutor quien se responsabilizará del mismo, lo deberá solicitar al médico tratante;
- XIII. El médico tratante al autorizar la salida del paciente, deberá notificarlo de inmediato al área de registros hospitalarios y trabajo social, con el objeto de que autorice la salida el Director y/o Subdirector Médico, el médico tratante y el familiar del paciente; en el mismo se debe especificar el tiempo del permiso de salida y el motivo del mismo.
- XIV. No podrá introducir objetos que no sean los estrictamente otorgados por la Institución, en el supuesto de justificar la necesidad de aparatos eléctricos motivo de la terapia ocupacional, se deberá informar a la administración;
- XV. El interno se compromete a dar buen uso a los muebles y bienes de consumo que reciba durante su estancia en el hospital; y
- XVI. Los demás compromisos que coadyuven para mantener la disciplina, la dignidad y el decoro de los internos, sin menoscabo de los derechos humanos y la observancia de las disposiciones aplicables.

Artículo 64. Los permisos de salida con fines terapéuticos, podrán ser solicitados por el propio paciente, sus familiares, tutores o representantes legales o a criterio del médico tratante, de quien depende su autorización, deberán ser

otorgados siempre y cuando se considere adecuado para la mejor evolución del estado de salud del paciente; dichos permisos terapéuticos, podrán ser de un día hasta por una semana y podrán renovarse cuando lo considere oportuno el médico tratante; durante la vigencia de estos la unidad proporcionará el medicamento suficiente al familiar o representante legal del paciente para que éste continúe su tratamiento.

Artículo 65. El hospital estará obligado a conservar los expedientes clínicos por un período mínimo de cinco años, contados a partir del último acto médico.

Artículo 66. El alta médica de los pacientes del servicio de hospitalización se efectuará en los casos siguientes:

- a) Por mejoría o curación;
- b) Voluntaria, a solicitud del paciente o de sus familiares responsables;
- c) Disciplinaria, a solicitud del médico tratante;
- d) Por fuga o abandono de tratamiento o indisciplina;
- e) Por traslado a otro centro hospitalario; y
- f) Por defunción.

Artículo 67. Las altas serán indicadas por el médico responsable del paciente; el motivo del alta quedará registrada 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 68. El área de trabajo social deberá implementar las medidas tendientes para que la incorporación del paciente a la sociedad se dé en condiciones que le garanticen una vida digna y segura.

Artículo 69. En caso de que sea el propio paciente quien solicite la terminación del tratamiento en internación; si procede, el médico responsable en coordinación con el área de trabajo social, pondrá al paciente bajo la tutela de un familiar, de sus tutores o de alguna Institución de asistencia social, indicando la evolución de su padecimiento, así como los cuidados y medicamentos que correspondan.

Artículo 70. Si el paciente 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 tratante considera su estado de salud adecuado para ser externado; al mismo tiempo que el Comité de Ingresos y Egresos del Hospital, tendrá que presentarlo en sesión ordinaria o extraordinaria para su análisis, según el caso en coordinación con el Comité de Enseñanza, Investigación y Capacitación, así como el Comité de Bioética.

Artículo 71. En el caso de una terminación voluntaria del tratamiento en internación solicitada en contra de la recomendación médica, el propio paciente, un familiar, tutor o su representante legal firmará un documento en el que se exima de toda responsabilidad al hospital, quedando bajo su propio cuidado la integridad del paciente.

Artículo 72. En los casos en que el paciente se ausente permanentemente sin causa justificada del hospital, ya sea por abandono de la unidad o por no regresar de permiso terapéutico, se contarán setenta y dos horas a partir del abandono o bien, a partir del día que debería de haber regresado de permiso, para extender el documento de alta médica del hospital.

En el caso de que el paciente se ausente de las instalaciones hospitalarias sin autorización médica, el área de trabajo social del hospital deberá de notificarlo de inmediato a los familiares o representantes legales del paciente, al Ministerio Público, y en caso de estar a disposición de alguna Autoridad Judicial o Administrativa, darle aviso a la misma.

Artículo 73. En caso de muerte del paciente las autoridades del hospital darán aviso a la familia, tutor o representante legal, para los efectos que correspondan.

Si la muerte ocurriera de forma violenta o presuntamente vinculada a hechos ilícitos deberá darse aviso de inmediato al Ministerio Público y se observarán las disposiciones legales y 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, así como preservar la escena;
- II. Avisar de inmediato a la autoridad del hospital presente en ese momento;
- III. Consignar en el expediente clínico, las condiciones objetivas en que ocurrió el fallecimiento;
- IV. No extender certificado médico de defunción;
- V. Avisar de inmediato a los familiares o representante legal del paciente; 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 74. La relación entre el personal del hospital y quienes hacen uso de sus servicios, se funda en un mutuo acuerdo que requiere confianza, reserva, franqueza, cooperación y responsabilidad.

Artículo 75. Ningún miembro del personal podrá usar las posibilidades que le brinda su puesto o profesión para maltratar al paciente, debiendo asegurarse que los sentimientos y prejuicios nunca interfieran con el trato y tratamiento que se ofrece al usuario.

Artículo 76. El personal del hospital tiene obligación de proporcionar un trato digno y respetuoso a los derechos humanos de quienes hacen uso de los servicios del hospital.

Artículo 77. Sin perjuicio de lo establecido en las Condiciones Generales de Trabajo, que rigen las relaciones de trabajo, así como a disposiciones de carácter laboral, el personal del hospital está 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 78. El personal del hospital deberá abstenerse a colaborar en acciones que contravengan los principios de la ética profesional, sin importar que sean solicitadas por sus superiores jerárquicos, el propio paciente, los familiares de los mismos, o por cualquier otra persona.

De igual forma los servidores públicos de la unidad, tienen prohibido celebrar contratos con los pacientes o los familiares y/o representantes de los mismos, así como realizar transacciones de orden económico personal o encargos de los pacientes para adquirir cosas en el exterior, de sorprenderse a algún trabajador realizando este tipo de actividades, se procederá a instrumentar acta administrativa, sin perjuicio de la responsabilidad laboral, administrativa o penal en que puedan incurrir.

Artículo 79. Queda prohibido ejecutar medidas que tengan carácter experimental, sin el consentimiento previo por escrito del paciente, o en su caso, de un familiar, tutor o representante legal y del Comité de Enseñanza, Investigación y Capacitación del hospital, cuando no sea posible obtener la autorización por la incapacidad del paciente y en ausencia de las personas mencionadas, los médicos autorizados del hospital, 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 80. Es obligación del personal denunciar ante las autoridades competentes los actos de corrupción, negligencia, deficiencia, maltrato, ilícitos o cualquier 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 del hospital.

Artículo 81. Todo procedimiento o tratamiento que se prescriba, deberá ajustarse a los principios éticos, profesionales, humanitarios y de respeto a los derechos humanos de los pacientes.

Artículo 82. En caso de que con fines terapéuticos deba realizarse alguna amputación, mutilación o extirpación orgánica que produzca modificación física permanente en el paciente, en la condición fisiológica o mental del mismo deberá recabarse la autorización previa por escrito, siguiendo el procedimiento que establece el artículo anterior, mediante el consentimiento informado de conformidad a lo dispuesto por la normatividad aplicable.

Artículo 83. 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 del hospital.

Artículo 84. El personal del hospital está obligado a ejecutar su trabajo con la intensidad, cuidado y esmero que exige su compromiso profesional y a guardar el secreto profesional o 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 perjuicio a los pacientes a sus compañeros de trabajo o al hospital.

Con el fin de observar continuamente la evolución del paciente, así como la respuesta del paciente al tratamiento prescrito, deberá realizarse y registrarse periódicamente las valoraciones que sean requeridas, y de igual forma se aplicarán los estudios que correspondan; asimismo vigilar el cumplimiento de las tareas de rehabilitación y las terapias grupales e individuales indicadas para el tratamiento del paciente, quienes participen alguna actividad laboral dentro de su programa de rehabilitación, recibirá estímulos que terapéuticamente se considere convenientes;

Se aplicará una revisión periódica y actualización del estudio socioeconómico a los familiares o representante legal del paciente, con el fin de ajustar la cuota de recuperación que deben cubrir al hospital por la estancia del paciente, y cuando los recursos económicos con que cuenta no permitan dicha retribución se les dejará exentos de pago; y para evitar que se produzca el abandono de pacientes en la Institución por parte de los familiares o representante legal de los mismos, se realizarán programas de rescate y seguimiento de los casos en específico, haciéndoles mención de la responsabilidad legal en que incurrirán por este hecho.

Artículo 85. El personal del hospital está obligado a prestar auxilio que en cualquier momento se requiera, y cuando por siniestro o riesgo inminente de algún tipo se ponga en peligro la vida o la integridad de quienes conforman la comunidad del hospital.

Artículo 86. La autoridad del hospital señalará los procedimientos para que los usuarios de los servicios presenten sus quejas reclamaciones, y sugerencias sobre la prestación de los mismos y en relación a la falta de probidad, en su caso de los servidores públicos.

Artículo 87. Las responsabilidades que puedan derivarse de las acciones terapéuticas violatorias de lo preceptuado en el presente capítulo, se exigirán a quien o quienes las hubieran ejecutado, ordenado o autorizado.

Artículo 88. Quien atienda un caso de urgencia, está obligado a tomar las medidas necesarias para asegurar la valoración médica del usuario, el tratamiento inmediato para la estabilización de su condición, así como de los procedimientos que haya que seguir una vez superada la urgencia.

Artículo 89. El personal del hospital deberá portar gafete institucional para su acceso a la unidad y durante toda su jornada laboral.

Artículo 90. Queda prohibido a los trabajadores hacerse acompañar por menores de edad.

Artículo 91. El personal no podrá permanecer en la unidad fuera de su jornada laboral, salvo que medie solicitud por escrito o se le autoricen horas extras, cuando el servicio, área o departamento así lo requiera.

CAPÍTULO VIII DE LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LOS USUARIOS Y PACIENTES DE LOS SERVICIOS MÉDICOS DEL HOSPITAL

Artículo 92. A los usuarios del hospital debe darse un trato que atienda a la obligación de respetar, en todo momento sus derechos inalienables a la persona, por lo que:

- I. Ningún paciente puede ser sometido a tratos crueles, inhumanos o degradantes; aún cuando se pretenda la aplicación de tratamientos especiales, o imposición de medidas disciplinarias;
- II. No está permitida ninguna medida que impida o limite a paciente alguno, el goce de sus derechos fundamentales, de acuerdo a sus condiciones.

Artículo 93. Los pacientes internos del hospital, tienen derecho a ser informados sobre la naturaleza de su padecimiento, diagnóstico, tratamiento, evolución y pronóstico, siempre que las condiciones de su padecimiento lo permitan.

Artículo 94. Los usuarios del hospital tienen derecho al secreto profesional, por lo tanto, a que sus expedientes 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 del paciente, de sus familiares, tutores o de quien funja como su representante legal

Los expedientes clínicos podrán ser dados a conocer a terceros únicamente cuando exista mandato de la autoridad judicial o administrativa competente.

Artículo 95. Es prerrogativa del paciente, o en su caso de los familiares, tutor o representante legal, la aceptación del tratamiento sugerido por el hospital, así como la solicitud de alternativas, tanto a nivel de diagnóstico como de tratamiento.

Artículo 96. Los pacientes tienen derecho a obtener el mejor tratamiento disponible; asimismo de todo tipo de información sobre los objetivos, procedimientos, riesgos e inconvenientes calculados, así como de los beneficios de dicho tratamiento.

Artículo 97. Los pacientes internados en el hospital tienen derecho, como parte de su tratamiento integral, al esparcimiento, la rehabilitación, a su reintegración social y a conocer todo tipo de información dentro de las posibilidades del hospital y del paciente mismo, esto de acuerdo a los programas que sobre el rubro se contemplen en la institución.

Artículo 98. Los pacientes que voluntariamente se hayan 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 99. Los pacientes tienen derecho a ser informados convenientemente cuando por alguna razón sus deseos o intereses no pueden llevarse a cabo en el tratamiento

Artículo 100. Los pacientes internados que se encuentren bajo tratamiento tienen derecho a:

- I. Tener contacto con personal ajeno a la Institución para apoyarse en ellas, en todo lo referente a su relación con el exterior, sin interferencia de personal del hospital;
- II. Gozar de instalaciones en condiciones de 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 condiciones de higiene y aseo, bien ventiladas y con el espacio necesario para evitar la promiscuidad o el hacinamiento;
- IV. Ser atendido 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 y demás disposiciones aplicables;
- VI. Gozar de una alimentación balanceada, higiénica, en buen estado, de sabor y aspecto agradable en la cantidad suficiente para que se nutra; servida en utensilios adecuados para que pueda ser consumida decorosamente;
- VII. En la medida en que su padecimiento lo permita, a consumir sus alimentos en la sala de usos múltiples para pacientes del hospital, en las áreas destinadas para tal fin dentro de las Villas de hospitalización y el día de visita en las áreas específicas para que se lleve a cabo esta 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;
- X. Que se respete su 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 estos; y sólo se realizarán con la autorización del Director y consentimiento del Comité de Enseñanza, Investigación y Capacitación 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 en cita, podrán tomarse fotografías, películas o videogramas, en el interior del mismo, y por ningún motivo se podrá retratar y/o filmar el rostro de las personas que se encuentren internas, salvo que estas den su consentimiento expreso. La realización de dichas actividades deberá solicitarse por escrito, explicando exhaustivamente los motivos y fines de las mismas;
- XI. Obtener información de cualquier unidad médica, Instituciones Educativas que estén trabajando o investigando sobre el procedimiento del paciente, en este caso, el hospital tiene la responsabilidad de informarle sobre estos aspectos al paciente y a su familiar responsable y/o tutor.
- XII. Examinar y recibir explicación sobre cuotas de recuperación; y
- XIII. Conocer las normas y reglamentos hospitalarios que debe observar como paciente, dándose a conocer a su ingreso a la Institución.

Artículo 101. En todo caso, las autoridades del hospital, deberán otorgar las facilidades a las Comisiones Nacional y Estatal de Derechos Humanos, para que actúen en el ámbito de su competencia.

Artículo 102. Los usuarios de servicios del hospital tienen la obligación de acatar las disposiciones que en su beneficio, emitan por parte del equipo interdisciplinario bajo el cual están siendo atendidos.

Artículo 103. Los usuarios deberán sujetarse a las disposiciones del hospital en relación al uso y conservación del mobiliario, equipos médicos y materiales que se pongan a su disposición; asimismo, están obligados a conservar en buen estado y dar uso adecuado a las instalaciones de la unidad.

Queda estrictamente prohibido el uso de parrillas eléctricas, o cualquier aparato que consuma combustible o que genere calor y que ponga en peligro la seguridad de los pacientes y las instalaciones.

Artículo 104. 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 oficial con fotografía, así como recibos de algún servicio público reciente (teléfono, luz, agua, etc.) donde aparezca su domicilio actual.

Artículo 105. Las personas que falsifiquen o hagan confusa la información respecto a su identidad o el lugar donde se le pueda encontrar, aparte de las responsabilidades en que pueda incurrir, se le conminará a manifestarse con la verdad.

Artículo 106. Los familiares consanguíneos hasta de tercer grado, tutores o representantes legales, están obligados a asistir los días de visita al hospital de preferencia diariamente, en los casos justificados o cada 15 días, de igual forma se encuentran obligados a alojarlos en su domicilio por períodos de una semana a 15 días cada seis meses como mínimo, este manejo coadyuvará a la rehabilitación, así como a la reintegración familiar y social.

De igual forma se encuentran obligados a participar en las actividades para familiares que se desarrollen en el Servicio donde se encuentra su familiar o representado, para así estar informado de su estado de salud y de su tratamiento.

Artículo 107. El familiar, tutor o representante legal que deje de visitar a su paciente, teniendo la obligación de hacerlo, y se desatienda de su tratamiento en internación, así como que evada la localización que el hospital lleve a cabo de su paradero, será denunciado ante el Ministerio Público correspondiente por abandono de persona.

Artículo 108. Queda estrictamente prohibido al paciente usar los corredores como lugares de estancia; así como trasladarse de una planta del hospital a otra a altas horas de la noche, y sobre todo el pase de paciente de un sexo, al área de pacientes de otro sexo.

Los pacientes deberán recluirse a sus respectivas habitaciones a más tardar a las 20:00 horas, el incumplimiento de esta indicación será motivo, la primera vez de amonestación verbal, la segunda, llamada de atención por escrito e informe al familiar responsable y la tercera un extrañamiento por indisciplina. A partir de las 22:00 horas se apagarán todos los aparatos generadores de ruido (radios y televisores), los cuales podrán encenderse a partir de las 6:30 horas.

Artículo 109. Los usuarios de atención médica especializada tienen 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.

Artículo 110. La visita está destinada a garantizar el derecho del paciente a estar en contacto con su familia, tutores, amistades y representante legal y tiene como finalidad la conservación y el fortalecimiento de los vínculos del paciente con las personas provenientes del exterior, que tengan una relación personal con él.

Artículo 111. Para su ingreso y durante su estancia en el hospital, los visitantes deberán sujetarse a las normas que fije este reglamento.

En relación a los fumadores, pacientes y personal, deberán apegarse a la normatividad en materia de protección a los no fumadores la cual prohíbe estrictamente fumar dentro de las instituciones del Sector Salud.

Artículo 112. 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, en situaciones que ameriten la visita.

Ninguna visita familiar o de amistades será autorizada sin que previamente haya sido promovida o aceptada por el paciente, o en su caso por la persona responsable de este último.

Artículo 113. El Comité de Seguridad y Atención Médica para Casos de Desastre podrá, si lo considera pertinente, autorizar la visita de menores de edad o bien de otras personas no consideradas en el artículo anterior.

Artículo 114. Sin perjuicio de lo establecido en el presente apartado, los horarios y requisitos para la visita, estarán determinados en el instructivo correspondiente, sin embargo el tiempo de visita no excederá de dos horas, en casos especiales el tiempo autorizado quedará a juicio del Director del hospital.

Artículo 115. En el hospital, queda estrictamente prohibida la introducción, uso, consumo, posesión o comercio de bebidas alcohólicas, estupefaciente, psicotrópicos, sustancias tóxicas, armas explosivos y en general, instrumentos cuyo uso pueda resultar contrario a los fines del hospital o que pongan en peligro la seguridad y el orden de la unidad. De no acatarse esta disposición, se turnará el caso a las Autoridades competentes.

Artículo 116. Todo individuo ajeno al personal de la unidad que pretenda introducirse a las instalaciones de la misma, deberá identificarse mediante documento oficial que contenga nombre, fotografía y firma, en caso de carecer el interesado de una credencial con estas características, el hospital se reserva la facultad para autorizar el acceso.

Artículo 117. Durante la visita, es responsabilidad de las autoridades del hospital garantizar la intimidad y el respeto de las circunstancias y condiciones en las cuales se realice, en las áreas específicas y acondicionadas para ello.

Artículo 118. Queda estrictamente prohibido que las personas que visitan a los pacientes dejen al mismo dinero, objetos valiosos, comida, ropa, aparatos electrónicos, cigarros y objetos que puedan causar daño a la salud o lesiones a los pacientes o al personal el instructivo de visita determinará qué tipo de objetos en particular son los mencionados en el presente artículo. La donación de bienes, debe ser comunicada al Director del hospital para su autorización y apegarse a las normas y procedimientos de donaciones esto con el fin de mantener el orden, la seguridad y la protección a la salud de los pacientes.

Artículo 119. La vigilancia y supervisión de los derechos y obligaciones de los usuarios y profesionales estarán a cargo de la autoridad correspondiente.

Artículo 120. Todo usuario podrá dirigir sus quejas y sugerencias con el fin de mejorar la prestación del servicio ante el Comité de Bioética del hospital o ante la autoridad competente.

Artículo 121. El hospital realizará la revisión a la entrada y salida de bultos, bolsas, cajas y cajuelas de vehículos de visitas, pacientes y personal del hospital.

CAPÍTULO IX DE LA SUPLENCIA DE LOS TITULARES

Artículo 122. 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 123. 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 124. 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 167 Ordinaria, celebrada en la Ciudad de Toluca de Lerdo, capital del Estado de México, a los 23 días del mes de Abril de dos mil diez.

POR EL CONSEJO INTERNO DEL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO

**DR. GABRIEL JAIME O'SHEA CUEVAS
SECRETARIO DE SALUD, DIRECTOR GENERAL DEL
INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO Y
PRESIDENTE DEL CONSEJO INTERNO DEL INSTITUTO DE SALUD
DEL ESTADO DE MÉXICO
(Rúbrica)**

LIC. FERNANDO A. CÉSAR LUNA
**DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN Y SECRETARIO DEL
CONSEJO INTERNO DEL INSTITUTO DE SALUD
DEL ESTADO DE MÉXICO**
(Rúbrica)

**VALIDACIÓN
POR EL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO**

LIC. RAUL JAIME FLORES RODRÍGUEZ
**JEFE DE LA UNIDAD DE ASUNTOS
JURÍDICOS**
(Rúbrica)

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

DRA. ELIZABETH DÁVILA CHÁVEZ
DIRECTORA DE SERVICIOS DE SALUD
(Rúbrica)

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

DR. FELIPE B. MARTÍNEZ ARRONTE
**DIRECTOR DEL HOSPITAL PARA
ENFERMOS CRÓNICOS "DR. GUSTAVO
BAZ PRADA"**
(Rúbrica)

HOJA DE ACTUALIZACIÓN

Reglamento Interno del Hospital para Enfermos Crónicos "Dr. Gustavo Baz Prada". Toluca. México, octubre de 1998. Primera edición.

Reglamento Interno del Hospital para Enfermos Crónicos "Dr. Gustavo Baz Prada" del Instituto de Salud del Estado de México Toluca, México, noviembre de 2009. Segunda edición.

CRÉDITOS

© R.1 / 49

Reglamento Interno del Hospital para Enfermos Crónicos "Dr. Gustavo Baz Prada" del Instituto de Salud del Estado de México. Toluca, Méx; noviembre de 2009. Segunda edición.
Secretaría de Salud
Instituto de Salud del Estado de México.

Responsable de la información:

Dr. Felipe B. Martínez Arronte.- Director del Hospital para Enfermos Crónicos "Dr. Gustavo Baz Prada".

Responsables de la integración:

Lic. Raúl Jaime Flores Rodríguez.- Jefe de la Unidad de Asuntos Jurídicos.
Lic. Víctor Flores Silva.- Unidad de Modernización Administrativa



**GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO**



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE CONSULTA
EXTERNA EN UNIDADES DE SALUD DE PRIMER NIVEL
DE ATENCIÓN DEL ISEM**

ÁREA MÉDICA

ABRIL DE 2010

**SECRETARÍA DE SALUD
INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO**

© Derechos Reservados.

Primera edición, 2010.

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, México.

Printed and made in Toluca, México.

Correo electrónico: webmasterisem@salud.gob.mx

“El cimientto 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

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

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE CONSULTA EXTERNA EN UNIDADES DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL ISEM	Edición:	Primera
	Fecha:	Abril/2010
	Código:	217B50401
	Página	

ÍNDICE

Presentación	III
Aprobación	IV
Objetivo General	V
Identificación e Interacción de Procesos (Mapa de Procesos de Alto Nivel).....	VI
Relación de Procesos y Procedimientos.....	VII
Descripción de los Procedimientos	VIII
1.- Atención Médica al Paciente en Consulta Externa en Centros de Salud.	217B50401/01
2.- Atención Médica al Paciente en Consulta Externa en Centros Especializados en Atención Primaria a la Salud.	217B50401/02
3.- Atención Médica al Paciente en Consulta Externa de Especialidad (Ginecología y Pediatría) en Centros Especializados en Atención Primaria a la Salud.	217B50401/03
4.- Atención Médica al Paciente en Consulta Externa de Nutrición en Centros Especializados en Atención Primaria a la Salud.	217B50401/04
5.- Atención Médica al Paciente en Consulta Externa de Psicología en Centros Especializados en Atención Primaria a la Salud.	217B50401/05
6.- Atención Médica al Paciente en Consulta Externa en Unidades Móviles.	217B50401/06
7.- Atención Médica al Paciente en Consulta Externa Estomatológica.	217B50401/07
8.- Alta del Paciente en los Centros Especializados en Atención Primaria a la Salud.	217B50401/08

Formatos e instructivos IX
 Simbología X
 Registro de Ediciones XII
 Distribución XIII
 Validación XIV

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE CONSULTA EXTERNA EN UNIDADES DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL ISEM	Edición: Primera
	Fecha: Abril/2010
	Código: 217B50401
	Página III

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 por 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 calidad.

El presente Manual Administrativo documenta la acción organizada para dar cumplimiento a la misión de la Atención del Paciente en Consulta Externa en las Unidades de Salud de Primer Nivel. 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 delinear la gestión administrativa de Institución.

Este documento contribuye en 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 del Sector Salud hacia nuevos esquemas de responsabilidad, transparencias, organización, liderazgo y productividad.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE CONSULTA EXTERNA EN UNIDADES DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL ISEM	Edición: Primera
	Fecha: Abril/2010
	Código: 217B50401
	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 168, aprobó el presente **“Manual de Procedimientos de Consulta Externa en Unidades de Salud de Primer Nivel de Atención del ISEM”**, el cual contiene la información referente a consideraciones generales, mapa de procesos y procedimientos, así como a las directrices para el logro de los objetivos institucionales.

FECHA DE ACUERDO	NÚMERO DE ACUERDO
27 de agosto de 2010.	ISE / 168 / 014.

Lic. Antonio Salomón Naime Atala
 Director de Administración y
 Secretario del Consejo Interno del ISEM
 (RÚBRICA)

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE CONSULTA EXTERNA EN UNIDADES DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL ISEM	Edición: Primera
	Fecha: Abril/2010
	Código: 217B50401
	Página V

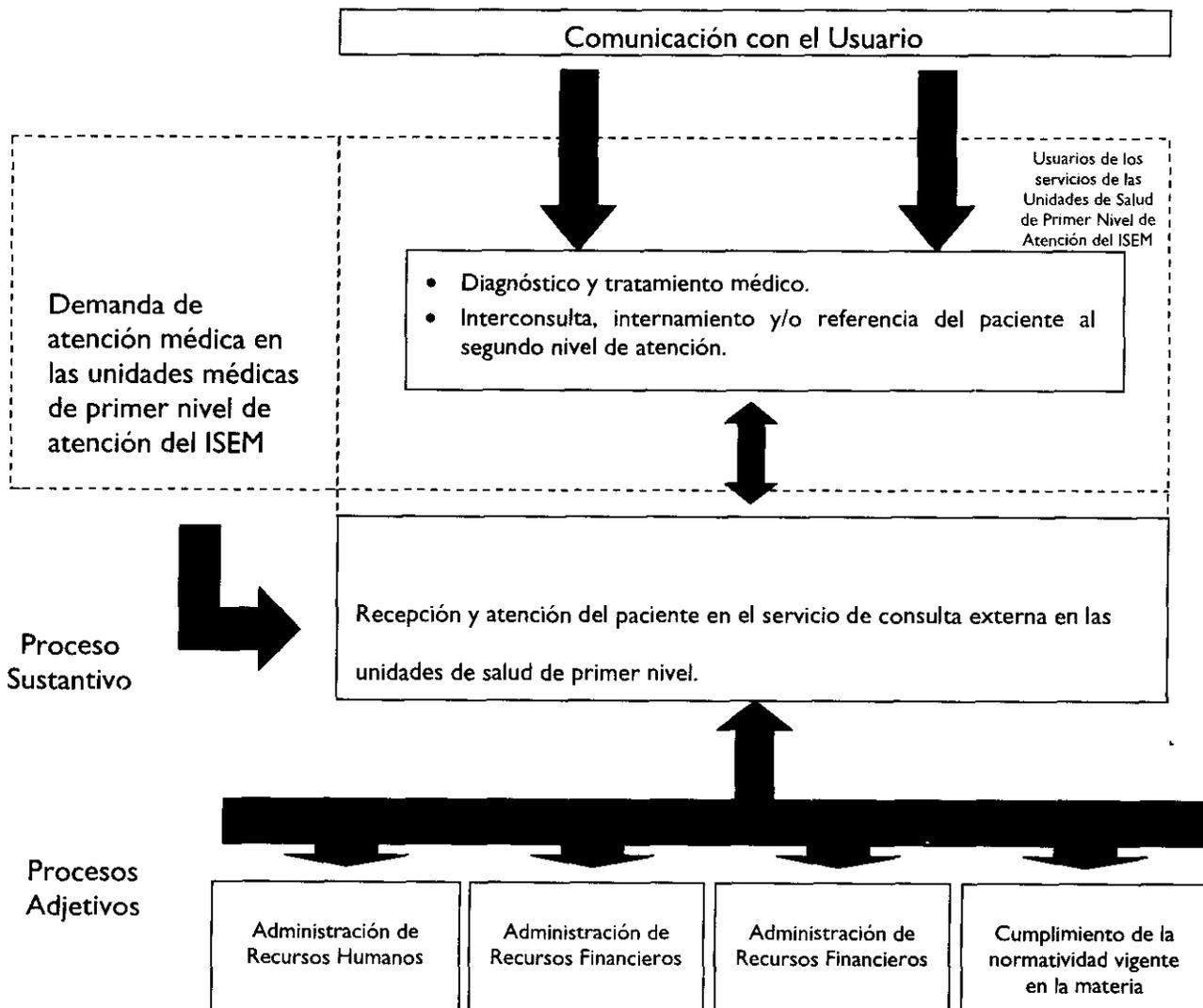
OBJETIVO GENERAL

Mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud en las Unidades Médicas del Instituto de Salud del Estado de México, mediante la estandarización de los procedimientos de Consulta Externa en todas las Unidades Médicas de Primer Nivel de Atención, que permita la disminución de los tiempos de espera, ofreciendo servicios con calidad, oportunidad y calidez con mejora continua a la excelencia.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE CONSULTA EXTERNA EN UNIDADES DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL ISEM	Edición: Primera
	Fecha: Abril/2010
	Código: 217B50401
	Página VI

IDENTIFICACIÓN E INTERACCIÓN DE PROCESOS

(Mapa de Procesos de Alto Nivel)



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE CONSULTA
 EXTERNA EN UNIDADES DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE
 ATENCIÓN DEL ISEM**

Edición:	Primera
Fecha:	Abril/2010
Código:	217B50401
Página:	VII

RELACIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS
Proceso
Recepción y Atención del Paciente en el Servicio de Consulta Externa en las Unidades de Salud de Primer Nivel.

De la solicitud verbal del paciente y/o familiar para su atención, hasta su diagnóstico, tratamiento, interconsulta, internamiento, referencia y/o contrarreferencia.

Procedimientos:

1. Atención Médica al Paciente en Consulta Externa en Centros de Salud.
2. Atención Médica al Paciente en Consulta Externa en Centros Especializados en Atención Primaria a la Salud.
3. Atención Médica al Paciente en Consulta Externa de Especialidad (Ginecología y Pediatría) en Centros Especializados en Atención Primaria a la Salud.
4. Atención Médica al Paciente en Consulta Externa de Nutrición en Centros Especializados en Atención Primaria a la Salud.
5. Atención Médica al Paciente en Consulta Externa de Psicología en Centros Especializados en Atención Primaria a la Salud.
6. Atención Médica al Paciente en Consulta Externa en Unidades Móviles.
7. Atención Médica al Paciente en Consulta Externa Estomatológica.
8. Alta del Paciente en los Centros Especializados en Atención Primaria a la Salud.

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE CONSULTA
 EXTERNA EN UNIDADES DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE
 ATENCIÓN DEL ISEM**

Edición:	Primera
Fecha:	Abril/2010
Código:	217B50401
Página:	VIII

DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS
**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE CONSULTA
 EXTERNA EN UNIDADES DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE
 ATENCIÓN DEL ISEM**

Edición:	Primera
Fecha:	Abril/2010
Código:	217B50401/01
Página:	

PROCEDIMIENTO 01: Atención Médica al Paciente en Consulta Externa en Centros de Salud.
Objetivo:

Mejorar la salud del paciente, mediante la prestación de los servicios de atención médica en consulta externa en los Centros de Salud del ISEM, de conformidad con los lineamientos técnicos en la materia y la estandarización de los procedimientos en las unidades de primer nivel.

Alcance:

Aplica a todo el personal que realiza actividades administrativas y de atención médica en los Centros de Salud del Instituto de Salud del Estado de México.

Referencias:

Ley General de Salud. Título Tercero, Capítulo I, artículos 23 y 27, fracción III, Capítulo II Atención Médica, Artículo 33, fracciones I, II y III. Diario Oficial de la Federación, 7 de febrero de 1984, reformas y adiciones.

Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado y Municipios. Título Tercero, Capítulo II, artículos 42 y 43. Gaceta del Gobierno, 11 de septiembre de 1990, reformas y adiciones.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Capítulo I, Artículo 8, fracciones I, II y III, Capítulo IV, artículos 73, 74 y 87. Diario Oficial de la Federación, 14 de mayo de 1986, reformas y adiciones.

Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, En Materia de Información en Salud. Diario Oficial de la Federación, 28 de septiembre de 2005.

Norma Oficial Mexicana NOM-166-SSA1-1997, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos. Diario Oficial de la Federación, 4 de diciembre de 1998, reformas y adiciones.

Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico. Diario Oficial de la Federación, 07 de diciembre de 1998, reformas y adiciones.

Norma Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998, Que establece los Requerimientos Mínimos de Infraestructura y Equipamiento de Establecimientos para la Atención Médica de Paciente Ambulatorio. Diario Oficial de la Federación, 14 de septiembre de 1999.

Responsabilidades:

El Centro de Salud es la unidad médico-administrativa responsable de otorgar la atención médica a la población que así lo requiera, apegándose a la normatividad vigente en la materia.

El Médico deberá:

- Interrogar y explorar al paciente.
- Requisar y/o actualizar la "Historia Clínica General", "Notas de Evolución", Línea de Vida y Tarjeta de Programa de Salud del paciente.
- Registrar, en su caso, en el "Carnet de Citas" del paciente, la fecha de su próxima cita.
- Establecer el diagnóstico clínico, determinar el plan de tratamiento médico y dar instrucciones al paciente.
- Elaborar el formato de "Referencia y Contrarreferencia" en caso de que el paciente requiera otro servicio en una unidad médica de mayor nivel de atención.
- Emitir "Receta Médica" y entregarla al paciente.
- Registrar las actividades realizadas en la "Hoja Diaria de Consulta Externa" del Sistema de Información en Salud.
- Elaborar, si así lo requiere el paciente, la "Solicitud de Laboratorio" y/o "Solicitud de Estudio de Gabinete", entregarlas al paciente e interpretar los resultados de los estudios realizados.
- Referir al paciente, cuando así lo requiera, a otros servicios en la unidad médica, tales como: inmunizaciones, citología vaginal, hidratación oral y/o estimulación temprana.

La Enfermera deberá:

- Tomar signos vitales al paciente y registrarlos en las Notas de Evolución.
- Localizar tarjeta de programa y registrar las actividades realizadas en la "Hoja Diaria de Consulta Externa" del Sistema de Información en Salud.
- Entregar al médico el Expediente Clínico Familiar.

El personal del Área de Archivo deberá:

- Integrar el Expediente Clínico Familiar y turnarlo al área de enfermería.
- Requisar el "Carnet de Citas" y entregarlo al paciente.
- Asignar turno de atención al paciente y designarle al médico tratante.
- Recibir los resultados de estudios de laboratorio o gabinete e integrarlos en el Expediente Clínico Familiar del paciente.
- Archivar los Expedientes Clínicos Familiares de todos los pacientes del Centro de Salud.

El Cajero deberá:

- Realizar el cobro correspondiente del servicio que solicita el paciente.
- Elaborar el "Recibo Único de Pago" y entregarlo.

El personal de Laboratorio y/o Gabinete deberá:

- Otorgar cita para estudios solicitados por el médico.
- Realizar los estudios de laboratorio y/o gabinete que sean necesarios al paciente.
- Entregar los resultados de los estudios realizados al área de archivo para que sean integrados al Expediente Clínico Familiar que así lo requiera.

Definiciones:

- **Atención Ambulatoria.**- Servicio que se otorga a toda persona que acude a un establecimiento de salud para consulta o tratamiento, y abandona el establecimiento en un lapso de unas horas desde el inicio de la consulta; se consideran ambulatorias todas las visitas a instalaciones de atención que no conlleven a la hospitalización con estancia nocturna. (Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de información en salud).
- **Atención Médica.**- Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar la salud. (Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico).
- **Centro de Salud.**- Son unidades que prestan servicios, tanto de atención de salud a la persona como de atención de salud a la comunidad. El Centro de Salud es un órgano desconcentrado por servicio, de carácter sustantivo, al que se transfieren prestaciones médicas de atención primaria a la salud, que habrán de proporcionarse preferentemente a los usuarios determinados como su población responsable, sin exclusión de los que no lo sean, en el ámbito geográfico establecido.

- **Consulta Externa.-** Atención médica que se otorga al paciente ambulatorio, en un consultorio o en domicilio del mismo, que consiste en realizar un interrogatorio y exploración física, para integrar un diagnóstico. (Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de información en salud).
- **Consulta Externa General.-** Atención que otorga el médico general o familiar a los pacientes ambulatorios en la unidad médica o en el domicilio, que consiste en realizar un interrogatorio y exploración física para integrar un diagnóstico. (Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de información en salud).
- **Contrarreferencia.-** Procedimiento administrativo mediante el cual una vez otorgada la atención, motivo de referencia se envía al paciente a la unidad operativa que lo refirió, con el fin de que se realice el control y seguimiento necesarios.
- **Expediente Clínico.-** Instrumento médico legal propiedad de la institución, expedido en beneficio del paciente, que se conserva por un período mínimo de 5 años contando a partir de la fecha del acto médico registrado.
- **Paciente.-** Beneficiario directo de la atención médica. (Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSAI-1998, del expediente clínico).
- **Procedimiento Médico.-** Conjunto de actividades que realiza el médico o el personal de enfermería para la prevención específica y el diagnóstico o tratamiento quirúrgico o no quirúrgico, de las enfermedades, lesiones u otros problemas relacionados con la salud. (Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de información en salud).
- **Referencia-Contrarreferencia.-** Es el procedimiento de coordinación entre las unidades operativas de los tres niveles de atención médica para facilitar el envío y recepción de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.
- **Referencia.-** Procedimiento administrativo utilizado para enviar al paciente de una unidad médica a otra de mayor complejidad.
- **Unidad Médica.-** Establecimiento físico que cuenta con los recursos materiales, humanos, tecnológicos y económicos, cuya complejidad es equivalente al nivel de operación y está destinado a proporcionar atención médica integral a la población. (Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de información en salud).
- **Usuario.-** Toda aquella persona, paciente o no que requiera y obtenga la prestación de los servicios de atención médica. (Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de información en salud).

Insumos:

- Solicitud verbal de algún servicio de salud por parte del paciente, en el servicio de Consulta Externa en el Centro de Salud.

Resultado:

- Diagnóstico, tratamiento, interconsulta o referencia del paciente al segundo nivel de atención, según corresponda, para el restablecimiento de su salud.

Interacción con otros procedimientos:

- Procedimiento: "Referencia de Pacientes a Unidades Médicas de Primero, Segundo y Tercer Nivel de Atención" del Manual de Procedimientos para la Operación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes en las Unidades Médicas de Primero, Segundo y Tercer Nivel de Atención.
- Manual de Procedimientos de Enfermería en Unidades de Salud de Primer Nivel Atención del ISEM.
- Manual de Procedimientos de Consejería y Toma de Citologías del ISEM.

Políticas:

- Las unidades médicas deberán otorgar la atención médica a todos los usuarios que la soliciten, con la sola restricción de la suficiencia de recursos profesionales, técnicos y administrativos que les sean autorizados.
- Las unidades médicas deberán otorgar la atención médica y paramédica con personal autorizado por la institución (médicos, enfermeras, pasantes en servicio social, médicos generales, enfermeras, generales o auxiliares, de base o de contratación).
- El personal médico, de enfermería y administrativo atenderá a los usuarios con la diligencia y la debida ética que el servicio médico requiera.
- La atención médica en las unidades de salud deberá otorgarse en instalaciones limpias, ordenadas y seguras. antes, durante y después de la práctica médica.
- El médico tratante y su personal de enfermería se apegarán a los tiempos que asignen las autoridades competentes para la atención médica a cada usuario, como lo establecen los indicadores de evaluación de la calidad y desempeño establecidos, tiempos específicos para paciente de primera vez y subsecuente en el año.
- El médico tratante deberá apearse al cumplimiento del indicador 45 de calidad, donde se establece un indicador mínimo de 12 y máximo de 24 consultas médico-día durante su jornada de trabajo asignada, como lo establecen los indicadores de evaluación de la calidad y desempeño para la evaluación de la productividad médica.

- El personal médico y auxiliar de salud deberán archivar y ordenar obligatoriamente los expedientes clínicos bajo la normatividad vigente, para el manejo del archivo clínico.
- El personal médico y auxiliar de salud deberá manejar obligatoriamente los expedientes clínicos, como único documento médico legal, propiedad de la institución y se elaborará desde la primera vez que el usuario demanda el servicio.
- El Expediente Clínico se manejará familiar y no individual, incluyendo a cada integrante de la familia que demandé el servicio, como lo establece el Manual Operativo para el Llenado de Formatos del Expediente Clínico Familiar en el Primer Nivel de Atención.
- El personal médico y auxiliar de salud deberá requisitar y ordenar obligatoriamente los formatos oficiales que integran el expediente clínico, así como su actualización por un periodo de 5 años, como lo establece el Manual Operativo para el Llenado de Formatos del Expediente Clínico Familiar en el Primer Nivel de Atención.
- El personal médico y auxiliar de salud deberá requisitar obligatoriamente los formatos oficiales que determinen los Programas Prioritarios de Salud vigentes e integrarlos al Expediente Clínico.
- El personal médico y auxiliar deberá apearse a establecer diagnósticos y planes de tratamiento médico basado en los contenidos de las Normas Oficiales Mexicanas vigentes de los Programas de Salud en el Primer Nivel de Atención y Guías Clínico-Terapéuticas.
- En caso de requerir el usuario ser referido a otro nivel resolutivo para su atención médica, el médico tratante seguirá el procedimiento del Sistema de Referencia-Contrarreferencia establecido en los Lineamientos Estatales para el Sistema de Referencia-Contrarreferencia en el Primer Nivel de Atención.
- En caso de requerir el usuario ser referido para su evaluación médica por otro profesional de la salud o especialista médico: Pediatría, Gineco-obstetricia, Medicina Interna, Nutriólogo, Psicólogo o Rehabilitación, que labore dentro de las mismas instalaciones de la unidad o sólo requiera ser enviado a otro servicio médico (Odontología, Inmunizaciones, Curaciones, Hospitalización, Tocoquirúrgica, etc.), con el fin de proporcionar atención integral al paciente, el médico tratante seguirá el procedimiento del Sistema de Referencia-Contrarreferencia establecido en los Lineamientos Estatales para el Sistema de Referencia-Contrarreferencia en el Primer Nivel de Atención.
- Todos los centros de salud deberán contar con la suficiencia necesaria de formatos específicos del expediente clínico y de programas de salud vigentes durante la consulta médica.
- El personal médico y auxiliar de salud deberá obligatoriamente realizar las actividades administrativas de las áreas de archivo, caja y farmacia, en caso de no contar la unidad con recursos humanos específicos para desarrollar estas actividades administrativas.
- El personal médico y/o administrativo, en caso de existir, solicitará al usuario la cuota de recuperación, cuando el caso así lo requiera, en los diferentes servicios médicos de la unidad, como lo establece la normatividad vigente de cuotas de recuperación.
- En las unidades médicas se deberán implementar estrategias para disminuir tiempos de espera, como el establecimiento obligatorio de la agenda de citas en pacientes, en control de los Programas de Salud como Crónico-Degenerativas, embarazos y el menor de 5 años, control de peso y talla los cuales asisten periódicamente a control a la unidad de salud.
- En las unidades médicas se implementarán estrategias para disminuir tiempos de espera, como el establecimiento obligatorio de la asignación de turnos, con la asignación equitativa de un número de consultas normado de acuerdo a indicadores de evaluación de productividad a cada médico de la unidad, con el fin de dar calidad en el servicio.

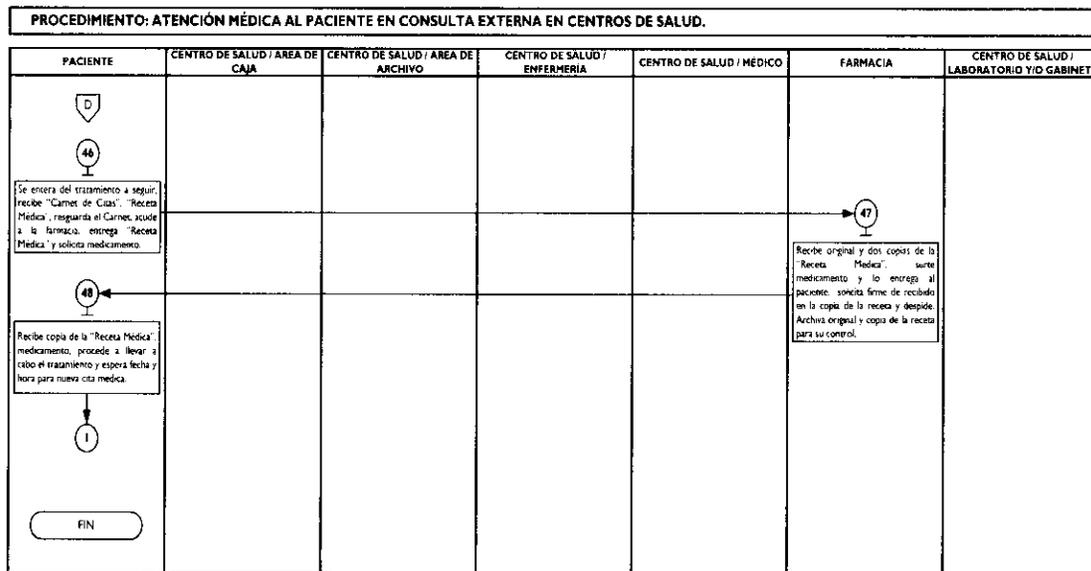
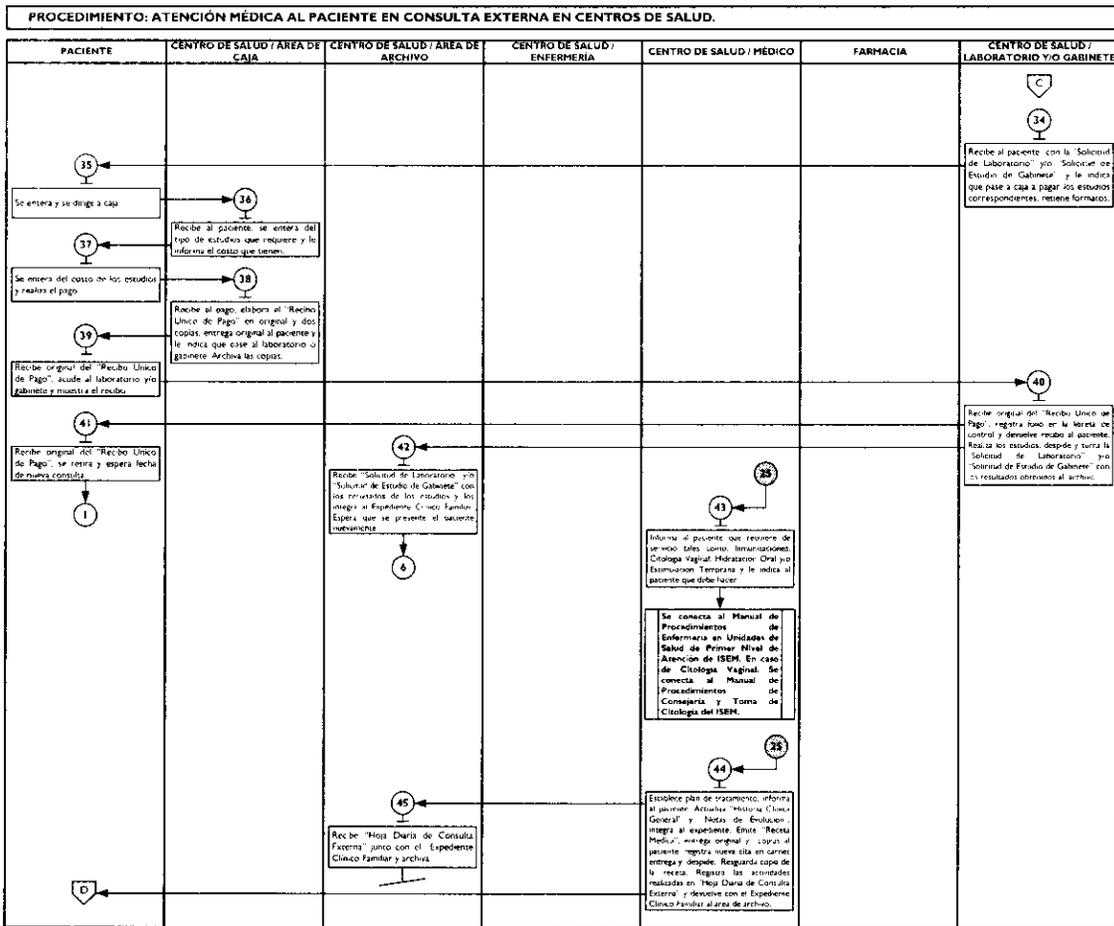
Desarrollo:**PROCEDIMIENTO 01: Atención Médica al Paciente en Consulta Externa en Centros de Salud.**

No	UNIDAD ADMINISTRATIVA/PUESTO	DESCRIPCIÓN
1	Paciente	Se presenta en el centro de salud en el área de caja y solicita verbalmente un servicio médico.
2	Centro de Salud / Área de Caja	Recibe al paciente, se entera de la solicitud y tipo de servicio que requiere y le informa el costo que tiene.
3	Paciente	Se entera del costo del servicio médico y realiza el pago.
4	Centro de Salud / Área de Caja	Recibe el pago del servicio médico, elabora "Recibo Único de Pago" en original y dos copias, entrega el original al paciente y le indica que pase al área de archivo. Archiva las dos copias del Recibo para su control.
5	Paciente	Recibe indicación junto con el original de "Recibo Único de Pago", acude al área de archivo y presenta el Recibo.

6	Centro de Salud / Área de Archivo	Recibe al paciente junto con el Recibo, verifica Recibo, lo devuelve, interroga al paciente y determina: ¿Es paciente de primera vez?
7	Centro de Salud / Área de Archivo	Si es paciente de primera vez. Solicita datos generales del paciente, integra el Expediente Clínico Familiar, requisita el "Carnet de Citas", lo entrega al paciente, le asigna turno de atención, designa al médico tratante y le indica pasar al área de enfermería. Entrega el Expediente Clínico Familiar en el área de enfermería. Se conecta con la operación No. 13.
8	Paciente	Recibe el "Carnet de Citas", se traslada al área de enfermería y espera llamado. Se conecta con la operación No. 14.
9	Centro de Salud / Área de Archivo	No es paciente de primera vez. Solicita el "Carnet de Citas".
10	Paciente	Se entera y entrega el "Carnet de Citas".
11	Centro de Salud / Área de Archivo	Recibe el "Carnet de Citas", localiza el Expediente Clínico Familiar, indica turno de atención al paciente, le devuelve el Carnet, designa al médico tratante y le instruye al paciente pasar al área de enfermería. Entrega el Expediente Clínico Familiar en el área de enfermería.
12	Paciente	Recibe el "Carnet de Citas", se traslada al área de enfermería y espera llamado.
13	Centro de Salud / Enfermería	Recibe Expediente Clínico Familiar del área de archivo y llama al paciente.
14	Paciente	Escucha su nombre y entra al área de enfermería.
15	Centro de Salud / Enfermería	Recibe al paciente, le toma sus signos vitales, los registra en las "Notas de Evolución", localiza tarjeta de programa de salud al que pertenece el paciente y le informa que pase a la sala de espera. Registra las actividades en la "Hoja Diaria de Consulta Externa" del Sistema de Información en Salud y turna junto con el Expediente Clínico Familiar al médico asignado. Se conecta con la operación No. 17.
16	Paciente	Se entera, se dirige a la sala de espera y aguarda a ser llamado por el médico. Se conecta con la operación No. 18.
17	Centro de Salud / Médico	Recibe el Expediente Clínico Familiar junto con la "Hoja Diaria de Consulta Externa" y llama al paciente por su nombre completo.
18	Paciente	Escucha su nombre y entra al consultorio médico.
19	Centro de Salud / Médico	Interroga y explora al paciente, requisita o actualiza la "Historia Clínica General", "Notas de Evolución", Línea de Vida y tarjeta de programa de salud al que pertenece el paciente e integra al expediente, establece diagnóstico clínico y plan de tratamiento médico del paciente y determina: ¿El paciente requiere ser referido a otra unidad médica con mayor nivel de atención?
20	Centro de Salud / Médico	El paciente requiere ser referido. Elabora formato de "Referencia y Contrarreferencia" en original y dos copias, entrega el original y una copia al paciente, le explica su padecimiento y la necesidad de referirlo a otra unidad médica, la segunda copia la integra al Expediente Clínico Familiar y registra la referencia en su libreta de control de pacientes referidos. Emite "Receta Médica" en original y tres copias, entrega original y dos copias al paciente y lo despide. Reguarda tercera copia de la receta para su control en el recetario. Registra las actividades realizadas en "Hoja Diaria de Consulta Externa" del Sistema de Información en Salud y devuelve junto con el Expediente Clínico Familiar al área de archivo.

21	Centro de Salud / Área de Archivo	Recibe "Hoja Diaria de Consulta Externa" junto con Expediente Clínico Familiar y archiva.
22	Paciente	Recibe original y copia de "Referencia y Contrarreferencia" junto con el original y dos copias de la "Receta Médica", reguarda formato de "Referencia y Contrarreferencia", acude a la farmacia, entrega receta y solicita el medicamento.
23	Farmacia	Recibe original y dos copias de la "Receta Médica", surte medicamento y lo entrega al paciente junto con una copia de la receta, le solicita al paciente que firme de recibido en la segunda copia de la receta y lo despide. Archiva original y copia de la receta para su control.
24	Paciente	Recibe copia de la receta junto con medicamento, procede a llevar a cabo el tratamiento y acude a la unidad médica o servicio a donde lo refirieron. Se conecta con el procedimiento: "Referencia de Pacientes a Unidades Médicas de Primero, Segundo y Tercer Nivel de Atención" del Manual de Procedimientos para la Operación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes en Unidades Médicas del Primero, Segundo y Tercer Nivel de Atención.
25	Centro de Salud / Médico	No requiere ser referido. Con base en lo diagnosticado determina: ¿El paciente requiere de estudios de laboratorio y/o de gabinete u otro servicio de la unidad?
26	Centro de Salud / Médico	Requiere de estudios de Laboratorio y/o Gabinete. Elabora "Solicitud de Laboratorio" y/o "Solicitud de Estudio de Gabinete", las entrega al paciente y le informa que debe acudir al laboratorio y/o gabinete. Emite "Receta Médica" en original y tres copias, entrega original y dos copias al paciente, registra nueva cita en el "Carnet de Citas" del paciente, se lo entrega y lo despide. Reguarda tercera copia de la receta para su control en el recetario. Registra las actividades realizadas en "Hoja Diaria de Consulta Externa" del Sistema de Información en Salud y devuelve junto con el Expediente Clínico Familiar al área de archivo.
27	Centro de Salud / Área de Archivo	Recibe "Hoja Diaria de Consulta Externa" junto con Expediente Clínico Familiar y archiva.
28	Paciente	Recibe "Carnet de Citas", "Solicitud de Laboratorio" y/o "Solicitud de Estudio de Gabinete" y original y dos copias de la "Receta Médica". Acude al laboratorio y/o gabinete, entrega el "Carnet de Citas" y "Solicitud de Laboratorio" y/o "Solicitud de Estudio de Gabinete" y solicita cita.
29	Centro de Salud / Laboratorio y/o Gabinete.	Atiende al paciente, recibe el "Carnet de Citas" y "Solicitud de Laboratorio" y/o "Solicitud de Estudio de Gabinete", le asigna cita en el Carnet y lo devuelve junto con "Solicitud de Laboratorio" y/o "Solicitud de Estudio de Gabinete", le informa como debe presentarse para realizar el estudio, lo despide y espera fecha de cita.
30	Paciente	Recibe su "Carnet de Citas", "Solicitud de Laboratorio" y/o "Solicitud de Estudio de Gabinete", se entera de cómo debe presentarse al estudio, así como la fecha y hora. Acude a la farmacia, entrega receta y solicita el medicamento.
31	Farmacia	Recibe original y dos copias de la "Receta Médica", surte medicamento y lo entrega al paciente junto con una copia de la receta, le solicita firme de recibido en la segunda copia de la receta y lo despide. Archiva original y copia de la receta para su control.

32	Paciente	Recibe copia de la receta junto con medicamento, procede a llevar a cabo el tratamiento y espera fecha de cita de laboratorio y/o gabinete.
33	Paciente	En la fecha y hora señalada en el "Carnet de Citas" acude al laboratorio o gabinete para realizarse los estudios y entrega la "Solicitud de Laboratorio" y/o "Solicitud de Estudio de Gabinete".
34	Centro de Salud / Laboratorio y/o Gabinete.	En la fecha y hora señalada recibe al paciente junto con la "Solicitud de Laboratorio" y/o "Solicitud de Estudio de Gabinete", y le indica que pase a caja a pagar los estudios correspondientes, retiene formatos.
35	Paciente	Se entera y se dirige a caja.
36	Centro de Salud / Área de Caja	Recibe al paciente, se entera del tipo de estudios que requiere y le informa el costo que tienen.
37	Paciente	Se entera del costo de los estudios y realiza el pago.
38	Centro de Salud / Área de Caja	Recibe el pago de los estudios, elabora el "Recibo Único de Pago" en original y dos copias, entrega el original al paciente y le indica que pase al laboratorio o gabinete. Archiva las dos copias del Recibo para su control.
39	Paciente	Recibe original del "Recibo Único de Pago", acude al laboratorio y/o gabinete y muestra el recibo.
40	Centro de Salud / Laboratorio y/o Gabinete	Recibe original del "Recibo Único de Pago", registra el folio en la libreta de control y devuelve recibo al paciente. Realiza los estudios correspondientes, despide al paciente y turna la "Solicitud de Laboratorio" y/o "Solicitud de Estudio de Gabinete" con los resultados obtenidos al área de archivo.
41	Paciente	Recibe original del "Recibo Único de Pago", se retira y espera fecha de nueva consulta. Se conecta con la operación No. 1.
42	Centro de Salud / Área de Archivo	Recibe "Solicitud de Laboratorio" y/o "Solicitud de Estudio de Gabinete" con los resultados de los estudios y los integra al Expediente Clínico Familiar. Espera que se presente el paciente nuevamente. Se conecta con la operación No. 6.
43	Centro de Salud / Médico	Requiere de otros servicios de la unidad. Informa al paciente que requiere de servicio tales como: Inmunizaciones, Citología Vaginal, Hidratación Oral y/o Estimulación Temprana y le indica al paciente que debe hacer. Se conecta al Manual de Procedimientos de Enfermería en Unidades de Salud de Primer Nivel de Atención de ISEM. En caso de Citología Vaginal. Se conecta al Manual de Procedimientos de Consejería y Toma de Citología del ISEM.



Medición:

Indicador para medir la atención de pacientes que ingresan al servicio de consulta externa de manera mensual: Estándar de consulta por médico, mínimo 12, máximo 24 por jornada de trabajo.

Número mensual de consultas generales otorgadas en servicio de consulta externa

Número mensual de médicos en días laborables

X100= Porcentaje de consultas atendidas en el Servicio de Consulta Externa.

Registro de Evidencias:

El registro de atención de los pacientes queda evidenciado en el Expediente Clínico Familiar que se resguarda en el área de archivo del Centro de Salud.

Formatos e instructivos:

Los formatos y sus respectivos instructivos de llenado se encuentran en el Apartado de Anexos.

- Recibo Único de Pago (anexo Formatos e Instructivos).
- Carnet de Citas (anexo Formatos e Instructivos).
- Notas de Evolución (anexo Formatos e Instructivos).
- Hoja Diaria de Consulta Externa (anexo Formatos e Instructivos).
- Historia Clínica General. (anexo Formatos e Instructivos).
- Referencia y Contrarreferencia (anexo Formatos e Instructivos).
- Solicitud de Laboratorio (anexo Formatos e Instructivos).
- Solicitud de Estudios de Gabinete (anexo Formatos e Instructivos).
- Receta Médica (anexo Formatos e Instructivos).

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE CONSULTA EXTERNA EN UNIDADES DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL ISEM	Edición:	Primera
	Fecha:	Abril/2010
	Código:	217B50401/02
	Página	

PROCEDIMIENTO 02: Atención Médica al Paciente en Consulta Externa en Centros Especializados en Atención Primaria a la Salud.**Objetivo:**

Mejorar la salud del paciente mediante la prestación de los servicios de atención médica en consulta externa en los Centros Especializados en Atención Primaria a la Salud, de conformidad con los lineamientos técnicos en la materia y la estandarización de los procedimientos en las unidades de primer nivel.

Alcance:

Aplica a todo el personal que realiza actividades administrativas y de atención médica en los Centros Especializados en Atención Primaria a la Salud del Instituto de Salud del Estado de México.

Referencias:

Ley General de Salud. Título Tercero, Capítulo I, artículos 23 y 27, fracción III, Capítulo II Atención Médica, Artículo 33, fracciones I, II y III. Diario Oficial de la Federación, 7 de febrero de 1984, reformas y adiciones.

Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado y Municipios. Título Tercero, Capítulo II, artículos 42 y 43. Gaceta del Gobierno, 11 de septiembre de 1990, reformas y adiciones.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Capítulo I, Artículo 8, fracciones I, II y III, Capítulo IV, artículos 73, 74 y 87. Diario Oficial de la Federación, 14 de mayo de 1986, reformas y adiciones.

Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004. En Materia de Información en Salud. Diario Oficial de la Federación, 28 de septiembre de 2005.

Norma Oficial Mexicana NOM-166-SSA1-1997. Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos. Diario Oficial de la Federación, 4 de diciembre de 1998, reformas y adiciones.

Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998. Del Expediente Clínico. Diario Oficial de la Federación, 07 de diciembre de 1998, reformas y adiciones.

Norma Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998. Que establece los Requerimientos Mínimos de Infraestructura y Equipamiento de Establecimientos para la Atención Médica de Paciente Ambulatorio. Diario Oficial de la Federación, 14 de septiembre de 1999.

MASalud Modelo de Atención a la Salud del Estado de México de 2007.

Responsabilidades:

El Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud es la unidad médico-administrativa responsable de otorgar la atención médica a la población que así lo requiera, apeñándose a la normatividad vigente en la materia.

El Médico deberá:

- Interrogar y explorar al paciente.
- Elaborar y/o actualizar la "Historia Clínica General", "Notas de Evolución", Líneas de Vida y tarjeta de programa de salud del paciente.

- Registrar, en su caso, en el "Carnet de Citas" del paciente, la fecha de su próxima cita.
- Establecer el diagnóstico clínico, determinar el plan de tratamiento médico y dar instrucciones al paciente.
- Elaborar la "Solicitud-Recepción de Interconsulta Médica", en caso de consulta externa de especialidad del paciente.
- Elaborar en su caso, el formato de "Referencia y Contrarreferencia" y registrar en la libreta de control de pacientes referidos.
- Emitir la Receta Médica y entregar al paciente.
- Registrar las actividades realizadas en la "Hoja Diaria de Consulta Externa" del Sistema de Información en Salud.
- Elaborar en su caso, las solicitudes de laboratorio y/o gabinete y entregarlas al paciente.
- Recibir e interpretar el resultado de los estudios de laboratorio y gabinete para confirmar el diagnóstico médico y el plan de tratamiento.
- Referir al paciente, cuando así lo requiera, a otros servicios de la unidad médica, tales como: inmunizaciones, citología vaginal, hidratación oral y/o estimulación temprana.

La Enfermera deberá:

- Tomar signos vitales al paciente y registrarlos en las "Notas de Evolución".
- Registrar las actividades realizadas en la "Hoja Diaria de Consulta Externa" del Sistema de Información en Salud.
- Entregar al médico el Expediente Clínico Familiar.

El personal del Área de Archivo deberá:

- Integrar el Expediente Clínico Familiar y turnarlo al área de enfermería.
- Requisar el "Carnet de Citas" y entregarlo al paciente.
- Asignar turno de atención al paciente y designarle al médico tratante.
- Recibir los resultados de estudios de laboratorio y/o gabinete e integrarlos en el Expediente Clínico Familiar del paciente.
- Archivar los Expedientes Clínico Familiares de todos los pacientes del Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud.

El personal del Área de Caja deberá:

- Realizar el cobro correspondiente del servicio que solicita el paciente.
- Elaborar el "Recibo Único de Pago" y entregarlo.

El personal de Laboratorio y/o Gabinete deberá:

- Otorgar cita para estudios solicitados por el médico.
- Realizar los estudios de laboratorio y/o gabinete que sean necesarios para el paciente.
- Entregar los resultados de los estudios realizados al área de archivo para que sean integrados al Expediente Clínico Familiar que así lo requiera.

El personal de Farmacia deberá:

- Entregar medicamento al paciente y archivar original y copia de la "Recta Médica" para su control.

Definiciones:

- **Atención Ambulatoria.-** Servicio que se otorga a toda persona que acude a un establecimiento de salud para consulta o tratamiento y abandona el establecimiento en un lapso de unas horas desde el inicio de la consulta; se consideran ambulatorias todas las visitas a instalaciones de atención que no conlleven a la hospitalización con estancia nocturna. (Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de información en salud).
- **Atención Médica.-** Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar la salud. (NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico).
- **Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud.-** Es un órgano desconcentrado por servicio, de carácter sustantivo, al que se transfieren prestaciones médicas de atención primaria de la salud, que habrán de proporcionarse preferentemente a los usuarios determinados como su población responsabilidad, sin exclusión de los que no lo sean, en el ámbito geográfico establecido. (Consulta: general, odontológica, obstétrica, pediátrica, nutricional y psicológica).
- **Consulta Externa.-** Atención médica que se otorga al paciente ambulatorio, en un consultorio o en domicilio del mismo, que consiste en realizar un interrogatorio y exploración física, para integrar un diagnóstico. (Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de Información en salud).
- **Consulta Externa General.-** Atención que otorga el médico general o familiar a los pacientes ambulatorios en la unidad médica o en el domicilio, que consiste en realizar un interrogatorio y exploración física, para integrar un diagnóstico. (Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de información en salud).
- **Consultorio.-** Área física que cuenta con las instalaciones y equipo necesario para que el personal médico y paramédico brinde consulta externa a pacientes ambulatorios. (Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de información en salud).

- **Contrarreferencia.-** Procedimiento administrativo mediante el cual una vez otorgada la atención motivo de referencia, se envía al paciente a la unidad operativa que lo refirió, con el fin de que se realice el control y seguimiento necesarios.
- **Expediente Clínico.-** Instrumento médico legal propiedad de la institución, expedido en beneficio del paciente, que se conserva por un período mínimo de 5 años contando a partir de la fecha del acto médico registrado.
- **Paciente.-** Beneficiario directo de la atención médica. (Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSAI-1998, del expediente clínico).
- **Procedimiento Médico.-** Conjunto de actividades que realiza el médico o el personal de enfermería para la prevención específica y el diagnóstico o tratamiento quirúrgico o no quirúrgico, de las enfermedades, lesiones u otros problemas relacionados con la salud. (Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de información en salud).
- **Referencia-Contrarreferencia.-** Es el procedimiento de coordinación entre las unidades médicas de los tres niveles de Atención Médica para facilitar el envío y recepción de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.
- **Referencia.-** Procedimiento administrativo utilizado para enviar al paciente de una unidad médica a otra de mayor complejidad.
- **Unidad Médica.-** Establecimiento físico que cuenta con los recursos materiales, humanos, tecnológicos y económicos, cuya complejidad es equivalente al nivel de operación y está destinado a proporcionar atención médica integral a la población. (Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de información en salud).

Insumos:

- Solicitud verbal de algún servicio de salud por parte del paciente, en el servicio de Consulta Externa en el Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud.

Resultados:

- Diagnóstico, tratamiento, interconsulta y/o referencia del paciente al segundo nivel de atención, según corresponda, para el restablecimiento de su salud.

Interacción con otros procedimientos:

- "Atención del Paciente en Consulta Externa de Especialidad (Ginecología y Pediatría) en CEAPS".
- "Atención del Paciente en Consulta Externa de Nutrición en CEAPS".
- "Atención del Paciente en Consulta Externa de Psicología en CEAPS".
- Manual de Procedimientos para la Operación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes en las Unidades Médicas de Primero, Segundo y Tercer Nivel de Atención.
- Manual de Procedimientos de Enfermería en Unidades de Salud de Primer Nivel de Atención.
- Manual de Procedimientos de Consejería y Toma de Citología del ISEM.

Políticas:

- Los Centros Especializados en Atención Primaria a la Salud (CEAPS) otorgarán la atención médica a todos los usuarios que los soliciten, con la sola restricción de la suficiencia de recursos profesionales, técnicos y administrativos que los sean autorizados.
- Los Centros Especializados en Atención Primaria a la Salud (CEAPS) otorgarán la atención médica sólo con el personal autorizado por la institución.
- La atención médica que se proporcione en los Centros Especializados en Atención Primaria a la Salud (CEAPS), deberá apegarse a los estándares de calidad que señalen las normas en materia de salud.
- El personal médico y administrativo atenderá a los usuarios con la diligencia y la debida ética que el servicio médico requiera.
- La atención médica en los Centros Especializados en Atención Primaria a la Salud (CEAPS), se otorgará en instalaciones limpias, ordenadas y seguras antes, durante y después de la práctica médica, por lo que el personal médico, auxiliar y administrativo deberá prever mediante la gestión ante comunidad, comités locales de salud, aval ciudadano, grupos de autoayuda de programas de salud, usuarios de programas de seguridad social, autoridades municipales y de la institución, a la que pertenece la unidad, para que se dé cumplimiento a este requisito.
- El personal médico y administrativo difundirá y dará cumplimiento a lo normado en los Códigos Ético-Conductuales establecidos por la institución, a la población demandante del servicio médico.
- El médico tratante y su personal auxiliar de salud deberán apegarse a los tiempos que asignen las autoridades competentes para la atención médica a cada usuario, como lo establecen los indicadores de Evaluación de la Calidad y Desempeño, estableciendo tiempos específicos para paciente de primera vez y subsecuente en el año.
- El médico tratante se apegará al cumplimiento del indicador 45 de Calidad, donde se establece un indicador mínimo de 12 y máximo de 24 consultas médico-día durante su jornada de trabajo asignada, como lo establecen los indicadores de Evaluación de la Calidad y Desempeño para la evaluación de la productividad médica.

- El personal médico y auxiliar manejará obligatoriamente los Expedientes Clínicos, único documento médico legal.
- El Expediente Clínico se manejará familiar y no individual, incluyendo a cada integrante de la familia que demandé el servicio.
- El personal médico y auxiliar requisitará y ordenará obligatoriamente los formatos oficiales que integran el Expediente Clínico, así como su actualización por un periodo de 5 años.
- El personal médico y auxiliar requisitará obligatoriamente los formatos oficiales que determinen los Programas Prioritarios de Salud vigentes y los integrará al Expediente Clínico.
- El personal médico y auxiliar establecerá diagnósticos y planes de tratamiento médicos basado en los contenidos de las Normas Oficiales Mexicanas vigentes de los Programas de Salud en el Primer Nivel de Atención y Guías Clínico-Terapéuticas.
- El personal médico contará obligatoriamente con una biblioteca de la normatividad vigente en la Unidad de Salud.

Desarrollo:**PROCEDIMIENTO 02: Atención Médica al Paciente en Consulta Externa en Centros Especializados en Atención Primaria a la Salud.**

No	UNIDAD ADMINISTRATIVA/PUESTO	DESCRIPCIÓN
1	Paciente	Se presenta en el CEAPS en el área de caja y solicita verbalmente un servicio médico.
2	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Área de Caja	Recibe al paciente, se entera de la solicitud y tipo de servicio que requiere y le informa el costo que tiene.
3	Paciente	Se entera del costo del servicio médico y realiza el pago.
4	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Área de Caja	Recibe el pago del servicio médico, elabora "Recibo Único de Pago" en original y dos copias, entrega el original al paciente y le indica que pase al área de archivo. Archiva las dos copias del Recibo para su control.
5	Paciente	Recibe indicación junto con el original de "Recibo Único de Pago", acude al área de archivo y presenta el Recibo.
6	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Área de Archivo	Recibe al paciente junto con el Recibo, verifica Recibo, lo devuelve, interroga al paciente y determina: ¿Es paciente de primera vez?
7	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Área de Archivo	Si es paciente de primera vez. Solicita datos generales del paciente e integra el Expediente Clínico Familiar, requisita el "Carnet de Citas", lo entrega al paciente, le asigna turno de atención, designa al médico tratante y le indica pasar al área de enfermería. Entrega el Expediente Clínico Familiar en el área de enfermería. Se conecta con la operación No. 13.
8	Paciente	Recibe "Carnet de Citas", se traslada al área de enfermería y espera llamado. Se conecta con la operación No. 14.
9	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Área de Archivo	No es paciente de primera vez. Le solicita el "Carnet de Citas" al paciente.
10	Paciente	Se entera y entrega el "Carnet de Citas".
11	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Área de Archivo	Recibe el "Carnet de Citas", localiza el Expediente Clínico Familiar, indica turno de atención al paciente, le devuelve el Carnet, designa al médico tratante y le instruye al paciente pasar al área de enfermería. Entrega el Expediente Clínico Familiar en el área de enfermería.
12	Paciente	Recibe el "Carnet de Citas", se traslada al área de enfermería y espera llamado.
13	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Enfermería	Recibe Expediente Clínico Familiar del área de archivo y llama al paciente.

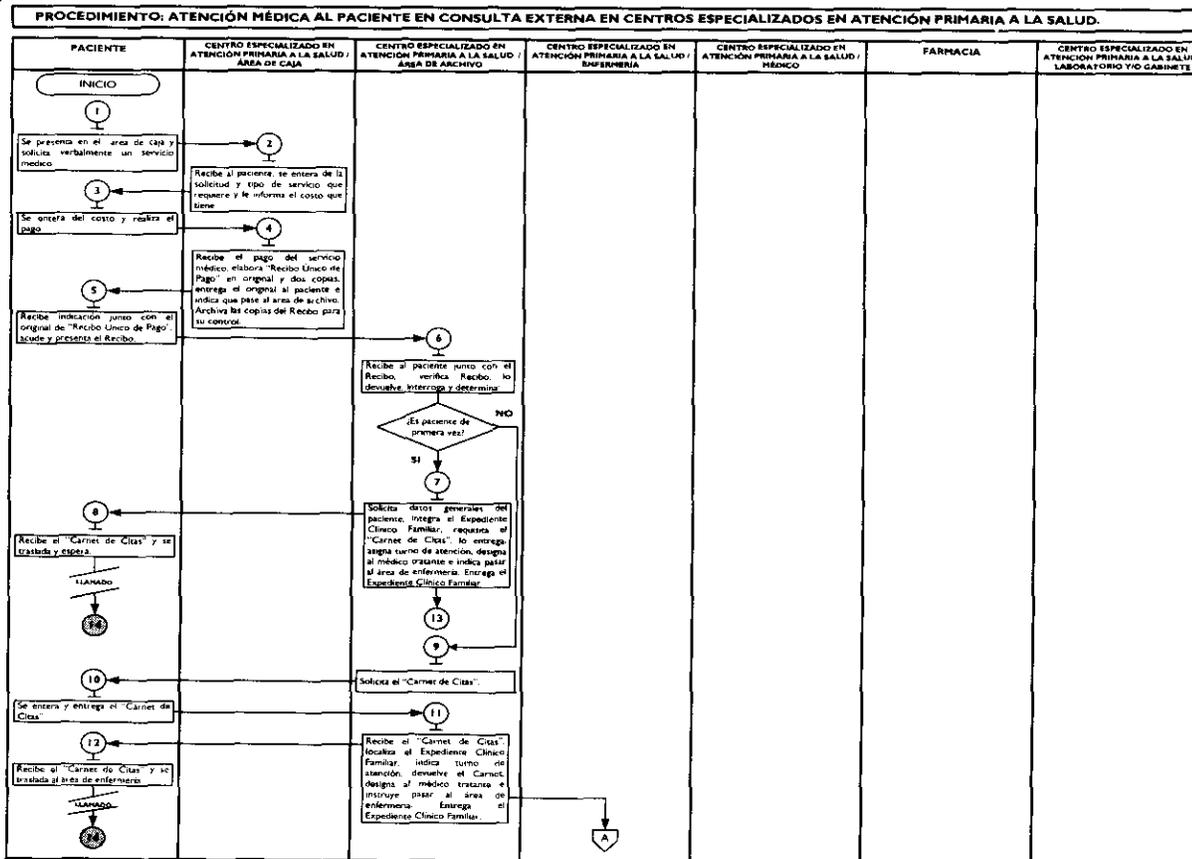
14	Paciente		Escucha su nombre y entra al área de enfermería.
15	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Enfermería		Recibe al paciente, le toma sus signos vitales, los registra en las "Notas de Evolución", localiza tarjeta de programa de salud al que pertenece el paciente y le informa que pase a la sala de espera. Registra las actividades en la "Hoja Diaria de Consulta Externa" del Sistema de Información en Salud y turna junto con el Expediente Clínico Familiar al médico asignado. Se conecta con la operación No. 17.
16	Paciente		Se entera, se dirige a la sala de espera y aguarda a ser llamado por el médico. Se conecta con la operación No. 18.
17	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Médico		Recibe el Expediente Clínico Familiar junto con la "Hoja Diaria de Consulta Externa" y llama al paciente por su nombre completo.
18	Paciente		Escucha su nombre y entra al consultorio médico.
19	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Médico		Interroga y explora al paciente, requisita o actualiza la "Historia Clínica General", "Notas de Evolución", Línea de Vida y tarjeta de programa de salud al que pertenece el paciente, integra al expediente, establece diagnóstico clínico y plan de tratamiento médico y determina: ¿El paciente requiere de una consulta de especialidad?
20	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Médico		Si requiere de una consulta de especialidad. Elabora el formato de "Solicitud-Recepción de Interconsulta Médica" en original y copia, así como "Receta Médica" en original y tres copias, entrega original y dos copias de la receta y original y copia de la "Solicitud-Recepción de Interconsulta Médica" al paciente y lo despide. Reguarda tercera copia de la receta para su control en el recetario. Registra las actividades realizadas en la "Hoja Diaria de Consulta Externa" del Sistema de Información en Salud y la devuelve junto con el Expediente Clínico Familiar al área de archivo.
21	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Área de Archivo		Recibe "Hoja Diaria de Consulta Externa" junto con Expediente Clínico Familiar y archiva.
22	Paciente		Se entera de que requiere consulta con un especialista, recibe original y copia de la "Solicitud-Recepción de Interconsulta Médica", junto con el original y dos copias de la receta, acude a la farmacia, entrega la receta y solicita el medicamento.
23	Farmacia		Recibe original y dos copias de la "Receta Médica", surte el medicamento y lo entrega al paciente junto con una copia de la receta, le solicita al paciente que firme de recibido en la segunda copia de la receta y lo despide. Archiva original y copia de la receta para su control.
24	Paciente		Recibe medicamento junto con copia de la receta, acude al área de caja y presenta "Solicitud-Recepción de Interconsulta Médica". Se conecta al procedimiento: "Atención del Paciente en Consulta Externa de Especialidad (Ginecología y Pediatría) en CEAPS", "Atención del Paciente en Consulta Externa de Nutrición en CEAPS", "Atención del Paciente en Consulta Externa de Psicología en CEAPS".
25	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Médico		No requiere de una consulta de especialidad. Con base en el diagnóstico determina: ¿El paciente requiere ser referido a otro nivel de atención de mayor complejidad, a estudios de laboratorio y/o gabinete, o a otro servicio de la unidad?

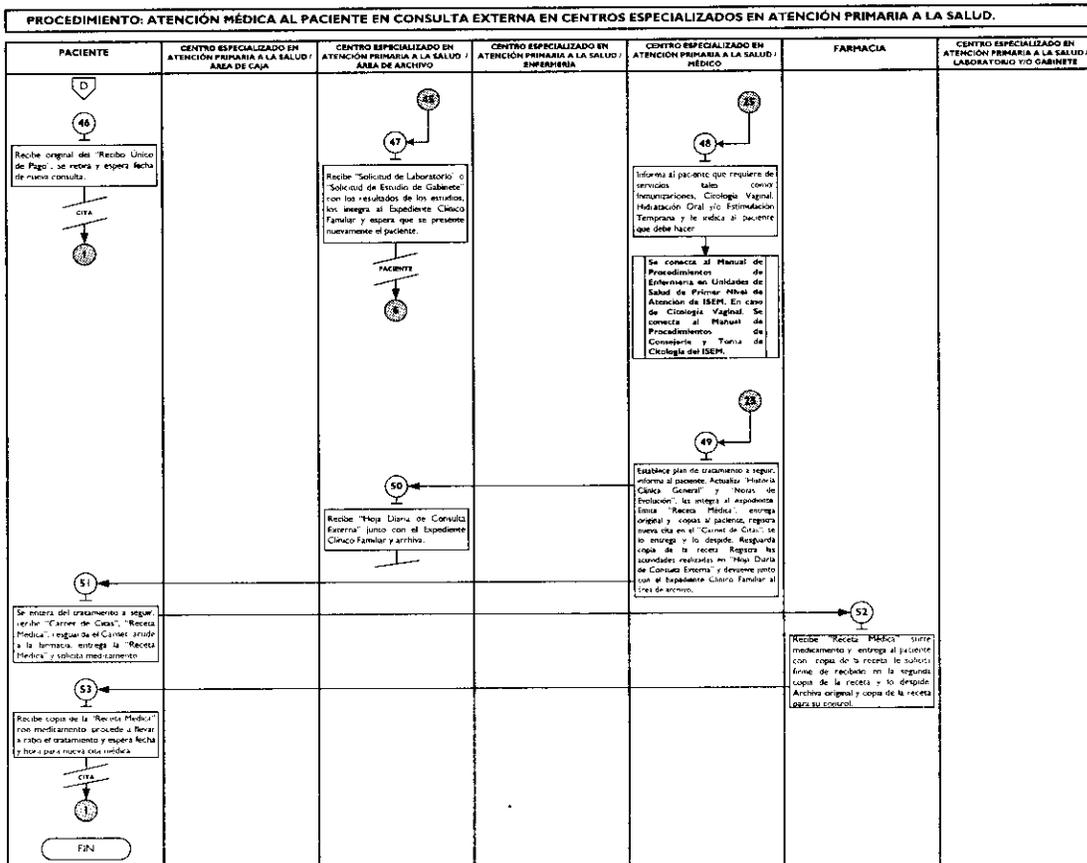
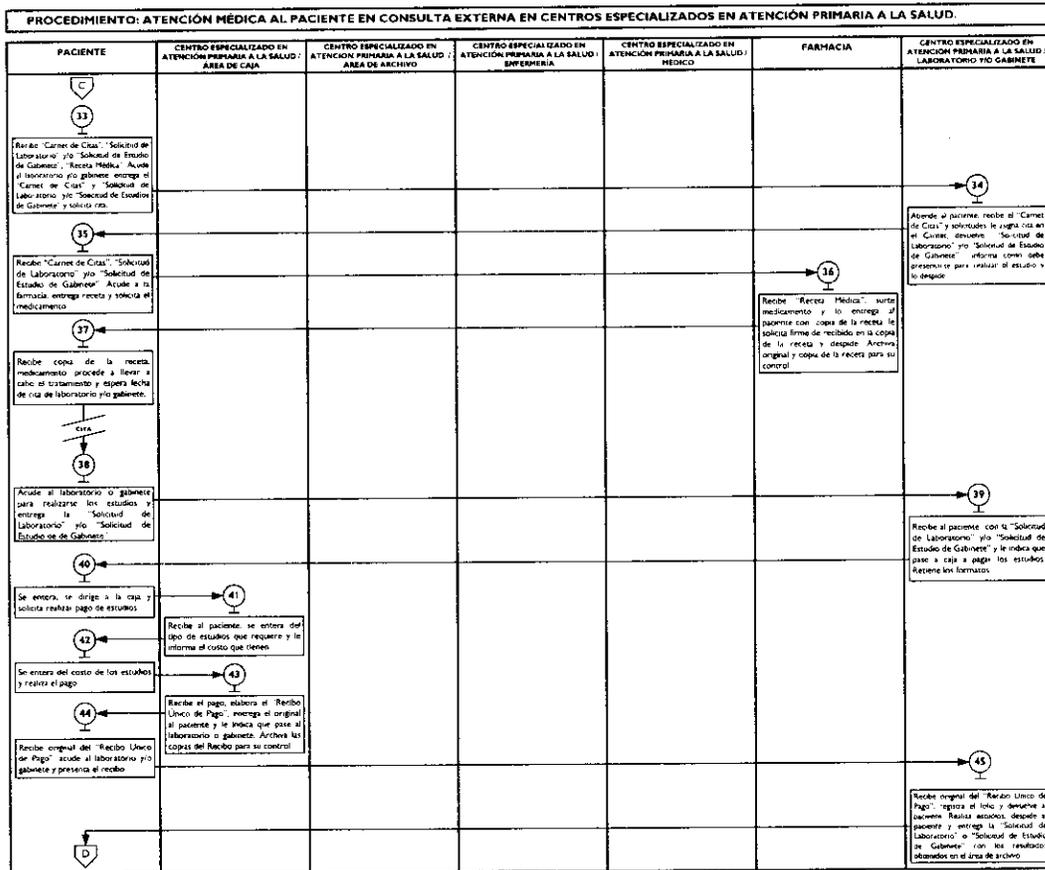
26	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Médico	<p>Requiere ser referido a otro nivel de atención de mayor complejidad.</p> <p>Elabora formato de "Referencia y Contrarreferencia" en original y dos copias, entrega el original y una copia al paciente, le explica su padecimiento y la necesidad de referirlo a otra unidad médica y la segunda copia la integra al Expediente Clínico Familiar. Registra la referencia en su libreta de control de pacientes referidos.</p> <p>Emite "Receta Médica" en original y tres copias, entrega original y dos copias de la receta al paciente y lo despide.</p> <p>Reguarda copia de la receta para su control en el recetario.</p> <p>Registra las actividades realizadas en "Hoja Diaria de Consulta Externa" del Sistema de Información en Salud y devuelve junto con el Expediente Clínico Familiar al área de archivo.</p>
27	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Área de Archivo	<p>Recibe "Hoja Diaria de Consulta Externa" junto con Expediente Clínico Familiar y archiva.</p>
28	Paciente	<p>Recibe original y copia de "Referencia y Contrarreferencia", junto con el original y dos copias de la "Receta Médica", reguarda formato de "Referencia y Contrarreferencia", acude a la farmacia, entrega receta y solicita el medicamento.</p>
29	Farmacia	<p>Recibe original y dos copias de la "Receta Médica", surte medicamento y lo entrega al paciente junto con una copia de la receta, le solicita al paciente que firme de recibido en la segunda copia de la receta y lo despide. Archiva original y copia de la receta para su control.</p>
30	Paciente	<p>Recibe copia de la receta junto con medicamento, procede a llevar a cabo el tratamiento y acude a la unidad médica o servicio a donde lo refirieron.</p> <p>Se conecta con el procedimiento: "Referencia de Pacientes a Unidades Médicas de Primero, Segundo y Tercer Nivel de Atención" del Manual de Procedimientos para la Operación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes en Unidades Médicas del Primero, Segundo y Tercer Nivel de Atención.</p>
31	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Médico	<p>Requiere de Estudios de Laboratorio y/o Gabinete.</p> <p>Elabora "Solicitud de Laboratorio" y/o "Solicitud de Estudio de Gabinete", las entrega al paciente y le informa que debe acudir al laboratorio y/o gabinete. Emite "Receta Médica" en original y tres copias, entrega original y dos copias de la receta al paciente, registra nueva cita en el "Carnet de Citas" del paciente, se lo entrega y lo despide.</p> <p>Reguarda tercera copia de la receta para su control en el recetario.</p> <p>Registra las actividades realizadas en "Hoja Diaria de Consulta Externa" del Sistema de Información en Salud y devuelve junto con el Expediente Clínico Familiar al área de archivo.</p>
32	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Área de Archivo	<p>Recibe "Hoja Diaria de Consulta Externa" junto con Expediente Clínico Familiar y archiva.</p>
33	Paciente	<p>Recibe "Carnet de Citas", "Solicitud de Laboratorio" y/o "Solicitud de Estudio de Gabinete" y original y dos copias de la "Receta Médica". Acude al laboratorio y/o gabinete, entrega el "Carnet de Citas" y "Solicitud de Laboratorio" y/o "Solicitud de Estudios de Gabinete" y solicita cita.</p>

34	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Laboratorio y/o Gabinete	Atiende al paciente, recibe el "Carnet de Citas" y "Solicitud de Laboratorio" y/o "Solicitud de Estudio de Gabinete", le asigna cita en el Carnet y lo devuelve junto con "Solicitud de Laboratorio" y/o "Solicitud de Estudio de Gabinete", le informa como debe presentarse para realizar el estudio y lo despide.
35	Paciente	Recibe "Carnet de Citas", "Solicitud de Laboratorio" y/o "Solicitud de Estudio de Gabinete", se entera de como debe presentarse al estudio, así como la fecha y hora. Acude a la farmacia, entrega receta y solicita el medicamento.
36	Farmacia	Recibe original y dos copias de la "Receta Médica", surte medicamento y lo entrega al paciente junto con una copia de la receta, le solicita firme de recibido en la segunda copia de la receta y despide. Archiva original y copia de la receta para su control.
37	Paciente	Recibe copia de la receta junto con medicamento, procede a llevar a cabo el tratamiento y espera fecha de cita de laboratorio y/o gabinete.
38	Paciente	En la fecha y hora señalada en el "Carnet de Citas" acude al laboratorio o gabinete para realizarse los estudios y entrega la "Solicitud de Laboratorio" y/o "Solicitud de Estudio de de Gabinete".
39	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Laboratorio y/o Gabinete	Recibe al paciente junto con la "Solicitud de Laboratorio" y/o "Solicitud de Estudio de Gabinete" y le indica que pase a caja a pagar los estudios correspondientes. Retiene los formatos.
40	Familiar y/o Paciente	Se entera, se dirige a la caja y solicita realizar pago de estudios.
41	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Área de Caja	Recibe al paciente, se entera del tipo de estudios que requiere y le informa el costo que tienen.
42	Paciente	Se entera del costo de los estudios y realiza el pago.
43	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Área de Caja	Recibe el pago de los estudios, elabora el "Recibo Único de Pago" en original y dos copias, entrega el original al paciente y le indica que pase al laboratorio o gabinete. Archiva las dos copias del Recibo para su control.
44	Paciente	Recibe original del "Recibo Único de Pago", acude al laboratorio y/o gabinete y presenta el recibo.
45	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Laboratorio y/o Gabinete	Recibe original del "Recibo Único de Pago", registra el folio en la libreta de control y devuelve recibo al paciente. Realiza los estudios correspondientes, despide al paciente y entrega la "Solicitud de Laboratorio" o "Solicitud de Estudio de Gabinete" con los resultados obtenidos en el área de archivo.
46	Paciente	Recibe original del "Recibo Único de Pago", se retira y espera fecha de nueva consulta. Se conecta con la operación No. 1.
47	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Área de Archivo	Recibe "Solicitud de Laboratorio" o "Solicitud de Estudio de Gabinete" con los resultados de los estudios, los integra al Expediente Clínico Familiar y espera que se presente nuevamente el paciente. Se conecta con la operación No. 6.
48	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Médico	Requiere de otros servicios de la Unidad. Informa al paciente que requiere de servicios tales como: Inmunizaciones, Citología Vaginal, Hidratación Oral y/o Estimulación Temprana y le indica al paciente que debe hacer. Se conecta al Manual de Procedimientos de Enfermería en Unidades de Salud de Primer Nivel de Atención de ISEM. En caso de Citología Vaginal. Se conecta al Manual de Procedimientos de Consejería y Toma de Citología del ISEM.

49	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Médico	No requiere de estudios de laboratorio y/o gabinete ni de otro servicio de la unidad. Establece plan de tratamiento a seguir y le informa al paciente. Actualiza "Historia Clínica General" y "Notas de Evolución" y las integra al expediente. Emite "Receta Médica" en original y tres copias, entrega original y dos copias de la receta al paciente, registra nueva cita en el "Carnet de Citas" del paciente, se lo entrega y lo despide. Resguarda tercera copia de la receta para su control en el recetario. Registra las actividades realizadas en "Hoja Diaria de Consulta Externa" del Sistema de Información en Salud y devuelve junto con el Expediente Clínico Familiar al área de archivo.
50	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Área de Archivo	Recibe "Hoja Diaria de Consulta Externa" junto con el Expediente Clínico Familiar y archiva.
51	Paciente	Se entera del tratamiento a seguir, recibe "Carnet de Citas" junto con el original y dos copias de la "Receta Médica", resguarda el Carnet, acude a la farmacia, entrega la "Receta Médica" y solicita medicamento.
52	Farmacia	Recibe original y dos copias de la "Receta Médica", surte medicamento y lo entrega al paciente junto con una copia de la receta, le solicita firme de recibido en la segunda copia de la receta y lo despide. Archiva original y copia de la receta para su control.
53	Paciente	Recibe copia de la "Receta Médica" junto con medicamento, procede a llevar a cabo el tratamiento y espera fecha y hora para nueva cita médica. Se conecta con la operación No. 1.

Diagramación:





Medición:

Indicador para medir la atención de pacientes que ingresan al servicio de consulta externa de manera mensual: Estándar de atención por médico de 12 a 24 consultas por jornada de trabajo.

Número mensual de consultas generales otorgadas en servicio de consulta externa	X 100= Porcentaje de consultas atendidas en el Servicio de Consulta Externa.
Número mensual de médicos en días laborables	

Registro de Evidencias:

El registro de atención de los pacientes queda evidenciado en el Expediente Clínico Familiar que se resguarda en el área de archivo del Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud.

Formatos e instructivos:

Los formatos y sus respectivos instructivos de llenado se encuentran en el Apartado de Anexos.

- Recibo Único de Pago (página 2 del anexo Formatos e Instructivos).
- Carnet de Citas (página 5 del anexo Formatos e Instructivos).
- Notas de Evolución (página 7 del anexo Formatos e Instructivos).
- Hoja Diaria de Consulta Externa (página 10 del anexo Formatos e Instructivos).
- Historia Clínica General (página 21 del anexo Formatos e Instructivos).
- Referencia y Contrarreferencia (página 25 del anexo Formatos e Instructivos).
- Receta Médica (página 42 del anexo Formatos e Instructivos).
- Solicitud de Laboratorio (página 34 del anexo Formatos e Instructivos).
- Solicitud de Estudio de Gabinete (página 38 del anexo Formatos e Instructivos).
- Solicitud-Recepción de Interconsulta Médica (página 45 del anexo Formatos e Instructivos).

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE CONSULTA EXTERNA EN UNIDADES DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL ISEM	Edición: Primera
	Fecha: Abril/2010
	Código: 217B50401/03
	Página

PROCEDIMIENTO 03: Atención Médica al Paciente en Consulta Externa de Especialidad (Ginecología y Pediatría) en Centros Especializados en Atención Primaria a la Salud.

Objetivo:

Mejorar la salud del paciente mediante la prestación de los servicios de atención médica en consulta externa de especialidad en los Centros Especializados en Atención Primaria a la Salud, de conformidad con los lineamientos técnicos en la materia y la estandarización de los procedimientos en las unidades de primer nivel.

Alcance:

Aplica a todo el personal que realiza actividades administrativas y de atención médica al paciente en los Centros Especializados en Atención Primaria a la Salud del Instituto de Salud del Estado de México.

Referencias:

- Ley General de Salud.** Título Tercero, Capítulo I, artículos 23 y 27, fracción III, Capítulo II Atención Médica, Artículo 33, fracciones I, II y III. Diario Oficial de la Federación, 7 de febrero de 1984, reformas y adiciones.
- Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado y Municipios.** Título Tercero, Capítulo II, artículos 42 y 43. Gaceta del Gobierno, 11 de septiembre de 1990, reformas y adiciones.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.** Capítulo I, Artículo 8, fracciones I, II y III, Capítulo IV, artículos 73, 74 y 87. Diario Oficial de la Federación, 14 de mayo de 1986, reformas y adiciones.
- Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004.** En Materia de Información en Salud. Diario Oficial de la Federación, 28 de septiembre de 2005.
- Norma Oficial Mexicana NOM-166-SSA1-1997.** Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos. Diario Oficial de la Federación, 4 de diciembre de 1998, reformas y adiciones.
- Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998.** Del Expediente Clínico. Diario Oficial de la Federación, 07 de diciembre de 1998, reformas y adiciones.
- Norma Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998.** Que establece los Requerimientos Mínimos de Infraestructura y Equipamiento de Establecimientos para la Atención Médica de Paciente Ambulatorio. Diario Oficial de la Federación, 14 de septiembre de 1999.

MASalud Modelo de Atención a la Salud del Estado de México de 2007.

Responsabilidades:

El Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud es la unidad médico-administrativa responsable de otorgar la atención médica a la población que así lo requiera, apegándose a la normatividad vigente en la materia.

El Médico Especialista deberá:

- Interrogar y explorar al paciente.
- Elaborar y/o actualizar la "Historia Clínica General", "Notas de Evolución", Línea de Vida y Tarjeta de Programa de Salud del paciente.
- Registrar, en su caso, en el "Carnet de Citas" del paciente, la fecha de su próxima cita.
- Establecer el diagnóstico clínico, determinar el plan de tratamiento médico y dar instrucciones al paciente.
- Elaborar el formato de "Referencia y Contrarreferencia" en caso de que el paciente requiera otro servicio en una unidad médica de mayor nivel de atención.
- Emitir "Receta Médica" y entregarla al paciente.
- Registrar las actividades realizadas en la "Hoja Diaria de Consulta Externa" del Sistema de Información en Salud.
- Elaborar, en su caso, las solicitudes de laboratorio y/o de gabinete, entregarlas al paciente e interpretar los resultados de los estudios realizados.
- Interpretar el resultado de los estudios de laboratorio o gabinete, emitir o confirmar el diagnóstico y decidir el plan de tratamiento.
- Elaborar, si es que así lo requiere el paciente, la "Solicitud de Internamiento" y "Carta de Consentimiento Informado" para hospitalizar al paciente e informarle adecuadamente el procedimiento a seguir y las razones por las cuales debe quedarse en la unidad médica.
- Informar a enfermería del ingreso a hospitalización del paciente.
- Dar seguimiento al padecimiento del paciente durante su hospitalización, hasta que se le otorgue el alta.

La Enfermera deberá:

- Tomar signos vitales al paciente y registrarlos en las "Notas de Evolución".
- Localizar tarjeta de programa y registrar las actividades realizadas en la "Hoja Diaria de Consulta Externa" del Sistema de Información en Salud.
- Entregar al médico el Expediente Clínico Familiar.

La Enfermera de Hospitalización deberá:

- Recibir el Expediente Clínico Familiar, ingresar al paciente siguiendo las indicaciones del médico y registrar el ingreso del paciente en la libreta de ingreso y egreso de pacientes.
- Elaborar el "Registro Clínico de Enfermería" e integrar al Expediente Clínico.

El personal del Área de Archivo deberá:

- Integrar el Expediente Clínico Familiar y turnarlo al área de enfermería.
- Requisar el "Carnet de Citas" y entregarlo al paciente.
- Asignar turno de atención al paciente y designarle al médico especialista.
- Recibir los resultados de los estudios de laboratorio y/o gabinete e integrarlos al Expediente Clínico Familiar.
- Archivar los Expedientes Clínicos Familiares de todos los pacientes del Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud.

El personal de Laboratorio y/o Gabinete deberá:

- Otorgar cita al paciente para estudios solicitados por el médico.
- Realizar los estudios de laboratorio y/o gabinete que sean necesarios al paciente.
- Entregar los resultados de los estudios realizados al área de archivo para que sean integrados al Expediente Clínico Familiar.

El Área de Caja deberá:

- Realizar el cobro correspondiente del servicio que solicita el paciente.
- Elaborar el "Recibo Único de Pago" y entregarlo.

La Farmacia deberá:

- Entregar el medicamento al paciente y archivar original y copia de la "Receta Médica" para su control.

Definiciones:

- **Atención Ambulatoria.-** Servicio que se otorga a toda persona que acude a un establecimiento de salud para consulta o tratamiento, y abandona el establecimiento en un lapso de unas horas desde el inicio de la consulta; se

consideran ambulatorias todas las visitas a instalaciones de atención que no conlleven a la hospitalización con estancia nocturna. (Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de información en salud).

- **Atención Médica.-** Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar la salud. (NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico).
- **Cartas de consentimiento bajo información.-** Documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepte, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico o, con fines diagnósticos terapéuticos o rehabilitatorios. (Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico).
- **Calidad de la atención.-** Se considera a la secuencia de actividades que relacionan al prestador de los servicios con el usuario (oportunidad de la atención, accesibilidad a la unidad, tiempo de espera, así como de los resultados). (Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio).
- **Calidez en la atención.-** Trato cordial, atento y con información que se proporciona al usuario del servicio. (Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio).
- **Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud.-** Es un órgano desconcentrado por servicio, de carácter sustantivo, al que se transfieren prestaciones médicas de atención primaria de la salud, que habrán de proporcionarse preferentemente a los usuarios determinados como su población responsable, sin exclusión de los que no lo sean, en el ámbito geográfico establecido. (Consulta: general, odontológica, obstétrica, pediátrica, nutricional y psicológica).
- **Consulta Externa.-** Atención médica que se otorga al paciente ambulatorio, en un consultorio o en domicilio del mismo, que consiste en realizar un interrogatorio y exploración física para integrar un diagnóstico. (Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de información en salud).
- **Consulta Externa General.-** Atención que otorga el médico general o familiar a los pacientes ambulatorios en la unidad médica o en el domicilio, que consiste en realizar un interrogatorio y exploración física, para integrar un diagnóstico. (Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de información en salud).
- **Consultorio.-** Área física que cuenta con las instalaciones y equipo necesario para que el personal médico y paramédico brinde consulta externa a pacientes ambulatorios. (Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de información en salud).
- **Contrarreferencia.-** Procedimiento administrativo mediante el cual una vez otorgada la atención motivo de referencia, se envía al paciente a la unidad operativa que lo refirió, con el fin de que se realice el control y seguimiento necesarios.
- **Consulta Externa de Especialidad.-** 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.
- **Expediente Clínico.-** Instrumento médico legal propiedad de la institución, expedido en beneficio del paciente, que se conserva por un período mínimo de 5 años contando a partir de la fecha del acto médico registrado.
- **Hospitalización.-** Servicio de internamiento de pacientes para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación. (Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico).
- **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. (Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico).
- **Procedimiento Médico.-** Conjunto de actividades que realiza el médico o el personal de salud para la prevención específica y el diagnóstico o tratamiento quirúrgico o no quirúrgico, de las enfermedades, lesiones u otros problemas relacionados con la salud. (Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de información en salud).
- **Referencia-Contrarreferencia.-** Es el procedimiento de coordinación entre las unidades operativas de los tres niveles de atención médica para facilitar el envío y recepción de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.
- **Referencia.-** Procedimiento administrativo utilizado para enviar al paciente de una unidad operativa a otra de mayor complejidad.
- **Oportunidad en la atención.-** Ocurrencia de la atención médica en el momento que se requiera y la realización de lo que se debe hacer con la secuencia adecuada. (Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio).
- **Paciente.-** Beneficiario directo de la atención médica (Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico).
- **Unidad Médica.-** Establecimiento físico que cuenta con los recursos materiales, humanos, tecnológicos y económicos, cuya complejidad es equivalente al nivel de operación y está destinado a proporcionar atención médica integral a la población. (Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de información en salud).

Insumos:

- Solicitud-Recepción de Interconsulta Médica.

Resultado:

- Diagnóstico, tratamiento, hospitalización o referencia del paciente al segundo nivel de atención, según corresponda, para el restablecimiento de su salud.

Interacción con otros procedimientos:

- "Atención Médica al Paciente en Consulta Externa en Centros Especializados de Atención Primaria a la Salud".
- Procedimiento: "Referencia de Pacientes a Unidades Médicas de Primero, Segundo y Tercer Nivel de Atención" del Manual de Procedimientos para la Operación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes en las Unidades Médicas de Primero, Segundo y Tercer Nivel de Atención.
- "Alta del Paciente en los Centros Especializados en Atención Primaria a la Salud".

Políticas:

- Los Centros Especializados en Atención Primaria a la Salud (CEAPS) otorgarán la atención médica a todos los usuarios que los soliciten, con la sola restricción de la suficiencia de recursos profesionales, técnicos y administrativos que les sean autorizados.
- Los Centros Especializados en Atención Primaria a la Salud (CEAPS) otorgarán la atención médica sólo con personal autorizado por la institución.
- La atención médica de especialidad que se proporcione en los Centros Especializados en Atención Primaria a la Salud (CEAPS), deberá apegarse a los estándares de calidad que señalen las normas en materia de salud.
- El personal médico y administrativo atenderá a los usuarios con la diligencia y la debida ética que el servicio médico requiera.
- La atención médica en los Centros Especializados en Atención Primaria a la Salud (CEAPS), se otorgará en instalaciones limpias, ordenadas y seguras antes, durante y después de la práctica médica, por lo que el personal médico, auxiliar y administrativo deberá prever mediante la gestión ante la comunidad, comités locales de salud, aval ciudadano, grupos de autoayuda de programas de salud, usuarios de programas de seguridad social, autoridades municipales y de la institución a la que pertenece la unidad, para que se dé cumplimiento a este requisito.
- El personal médico y administrativo difundirá y dará cumplimiento a lo normado en los Códigos Ético-Conductuales establecidos por la institución, a la población demandante del servicio médico.
- El médico tratante y su personal auxiliar de salud deberán apegarse a los tiempos que asignen las autoridades competentes, para la atención médica a cada usuario como lo establecen los indicadores de Evaluación de la Calidad y Desempeño, estableciendo tiempos específicos para los pacientes de primera vez y subsecuente en el año.
- El médico tratante se apegará al cumplimiento del indicador 45 de Calidad, donde se establece un indicador mínimo de 12 y máximo de 24 consultas médico-día durante su jornada de trabajo asignada, como lo establecen los indicadores de Evaluación de la Calidad y Desempeño para la evaluación de la productividad médica.
- El personal médico y auxiliar manejará obligatoriamente los Expedientes Clínicos, como único documento médico legal.
- El Expediente Clínico se manejará familiar y no individual, incluyendo a cada integrante de la familia que demandé el servicio.
- El personal médico especialista y auxiliar requisitará y ordenará obligatoriamente los formatos oficiales que integran el Expediente Clínico, así como su actualización por un periodo de 5 años.
- El personal médico y auxiliar requisitará obligatoriamente los Formatos Oficiales que determinen los Programas Prioritarios de Salud vigentes y los integrará al Expediente Clínico.
- El personal médico especialista y auxiliar establecerá diagnósticos y planes de tratamiento médicos basado en los contenidos de las Normas Oficiales Mexicanas vigentes de los Programas de Salud en el Primer Nivel de Atención y Guías Clínico-Terapéuticas.
- El personal médico contará obligatoriamente con una biblioteca de la normatividad vigente en la Unidad de Salud.
- En caso de requerir el usuario de estudios de laboratorio clínico para complementar su atención médica, el médico tratante seguirá el procedimiento de envío del usuario a los servicios correspondientes, tanto si se encuentran en las instalaciones de la misma unidad o fuera de ella, sólo requisitando los formatos de "Solicitud de Laboratorio" y "Solicitud de Estudio de Gabinete".
- En caso de requerir el usuario de hospitalización (Atención del parto normo-evolutivo) para complementar su atención médica, el médico tratante seguirá el procedimiento de hospitalización en las instalaciones de la misma unidad, siguiendo con los lineamientos normados para cada una de las áreas.
- En caso de requerir el usuario de hospitalización para complementar su atención médica, el médico tratante seguirá el procedimiento del Sistema de Referencia-Contrarreferencia establecido en los Lineamientos Estatales para el Sistema de Referencia-Contrarreferencia en el Primer Nivel de Atención.

- En los Centros Especializados en Atención Primaria a la Salud (CEAPS) se implementarán estrategias para disminuir tiempos de espera en el establecimiento obligatorio de la Agenda de Citas en pacientes en control de los Programas de Salud como Crónico-Degenerativas, embarazos y el menor de 5 años, control de peso y talla, los cuales asisten periódicamente a control a la unidad de salud.
- En los Centros Especializados en Atención Primaria a la Salud (CEAPS) se implementarán las estrategias para disminuir tiempos de espera en el establecimiento obligatorio de la asignación de turnos, con la asignación equitativa de un número de consultas normado de acuerdo a indicadores de evaluación de productividad a cada médico de la unidad, con el fin de dar calidad en el servicio.
- Todas las políticas mencionadas con anterioridad deberán estar bajo estricta y permanente supervisión y asesoría por autoridades competentes de todos los niveles, para dar cumplimiento estricto a las mismas.
- El Director y, en su ausencia, el médico tratante serán responsables de llevar a cabo la notificación al Ministerio Público, en caso médico legal.

Desarrollo:

PROCEDIMIENTO 03: Atención Médica al Paciente en Consulta Externa de Especialidad (Ginecología y Pediatría) en Centros Especializados en Atención Primaria a la Salud.

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA/PUESTO	DESCRIPCIÓN
Viene del procedimiento: "Atención Médica al Paciente en Consulta Externa en Centros Especializados en Atención Primaria a la Salud" operación No. 24.		
1	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Área de Caja	Recibe al paciente junto con original y copia de la "Solicitud-Recepción de Interconsulta Médica", se entera de la solicitud, tipo de servicio y le informa el costo que tiene.
2	Paciente	Se entera del costo del servicio médico y realiza el pago.
3	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Área de Caja	Recibe el pago del servicio médico, elabora "Recibo Único de Pago" en original y dos copias, entrega el original al paciente junto con original y copia de la "Solicitud-Recepción de Interconsulta Médica" y le indica que pase al área de archivo. Archiva las dos copias del Recibo para su control.
4	Paciente	Recibe indicación junto con el original de "Recibo Único de Pago" y el original y copia de la "Solicitud-Recepción de Interconsulta Médica", acude al área de archivo y presenta el Recibo.
5	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Área de Archivo	Recibe al paciente junto con el "Recibo de Pago", verifica Recibo, lo devuelve y solita al paciente su "Carnet de Citas" y original y copia de la "Solicitud-Recepción de Interconsulta Médica".
6	Paciente	Se entera y entrega el "Carnet de Citas" junto con el original y copia de la "Solicitud-Recepción de Interconsulta Médica".
7	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Área de Archivo	Recibe Carnet junto con el original y copia de la "Solicitud-Recepción de Interconsulta Médica", localiza el Expediente Clínico Familiar, integra el original de la Solicitud al Expediente, designa al médico especialista, instruye al paciente pasar al área de enfermería y le devuelve el Carnet junto con la copia de la Solicitud. Entrega el Expediente Clínico Familiar en el área de enfermería.
8	Paciente	Recibe el "Carnet de Citas" junto con copia de la "Solicitud-Recepción de Interconsulta Médica" y se traslada al área de enfermería. Se conecta con la operación No. 10.
9	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Enfermería	Recibe Expediente Clínico Familiar del área de archivo y llama al paciente.
10	Paciente	Escucha su nombre y entra al área de enfermería.
11	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Enfermería	Recibe al paciente, le toma sus signos vitales y los registra en las "Notas de Evolución", localiza tarjeta de programa de salud al que pertenece el paciente y le informa que pase a la sala de espera. Registra las actividades en la "Hoja Diaria de Consulta Externa" del Sistema de Información en Salud y turna junto con el Expediente Clínico Familiar al médico especialista.

12	Paciente	Se entera, se dirige a la sala de espera y aguarda a ser llamado por el médico.
13	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Médico Especialista	Recibe el Expediente Clínico Familiar junto con la "Hoja Diaria de Consulta Externa" y llama al paciente por su nombre completo.
14	Paciente	Escucha su nombre y entra al consultorio médico.
15	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Médico Especialista	Interroga y explora al paciente, extrae del Expediente Clínico Familiar el original de la "Solicitud-Recepción de Interconsulta Médica", revisa o actualiza la "Historia Clínica General", "Notas de Evolución", Línea de Vida y tarjeta de programa de salud al que pertenece el paciente, establece diagnóstico clínico y plan de tratamiento médico y determina: ¿El paciente requiere ser referido a otra unidad médica de mayor nivel de atención?
16	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Médico Especialista	Si requiere ser referido. Elabora formato de "Referencia y Contrarreferencia" en original y dos copias, entrega el original y una copia al paciente, le explica su padecimiento y la necesidad de referirlo a otra unidad médica y la segunda copia la integra al Expediente Clínico Familiar. Registra la referencia en su libreta de control de pacientes referidos. Emite "Receta Médica" en original y tres copias, entrega original y dos copias de la receta al paciente y lo despide. Resguarda tercera copia de la receta para su control en el recetario. Registra las actividades realizadas en "Hoja Diaria de Consulta Externa" del Sistema de Información en Salud y devuelve junto con el Expediente Clínico Familiar al área de archivo.
17	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Área de Archivo	Recibe "Hoja Diaria de Consulta Externa" junto con Expediente Clínico Familiar y archiva.
18	Paciente	Recibe original y copia de "Referencia y Contrarreferencia" junto con el original y dos copias de la "Receta Médica", resguarda formato de "Referencia y Contrarreferencia", acude a la farmacia, entrega receta y solicita el medicamento.
19	Farmacia	Recibe original y dos copias de la "Receta Médica", surte medicamento y lo entrega al paciente junto con una copia de la receta, le solicita al paciente que firme de recibido en la segunda copia de la receta y lo despide. Archiva original y copia de la receta para su control.
20	Paciente	Recibe copia de la receta junto con medicamento, procede a llevar a cabo el tratamiento y acude a la unidad médica donde lo refirieron. Se conecta con el procedimiento: "Referencia de Pacientes a Unidades Médicas de Primero, Segundo y Tercer Nivel de Atención" del Manual de Procedimientos para la Operación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes en Unidades Médicas del Primero, Segundo y Tercer Nivel de Atención.
21	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Médico Especialista	No requiere ser referido. Con base en lo diagnosticado determina: ¿El paciente requiere de estudios de laboratorio y/o gabinete u otro servicio de la unidad?
22	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Médico Especialista	Requiere de Estudios de Laboratorio y/o Gabinete. Elabora "Solicitud de Laboratorio" y/o "Solicitud de Estudio de Gabinete", las entrega al paciente y le informa que debe acudir al laboratorio y/o gabinete. Emite "Receta Médica" en original y tres copias, entrega original y dos copias al paciente, registra nueva cita en el "Carnet de Citas" del paciente, se lo entrega y lo despide. Resguarda tercera copia de la receta para su control en el recetario. Registra las actividades realizadas en "Hoja Diaria de Consulta Externa" del Sistema de Información en Salud y devuelve junto con el Expediente Clínico Familiar al área de archivo.

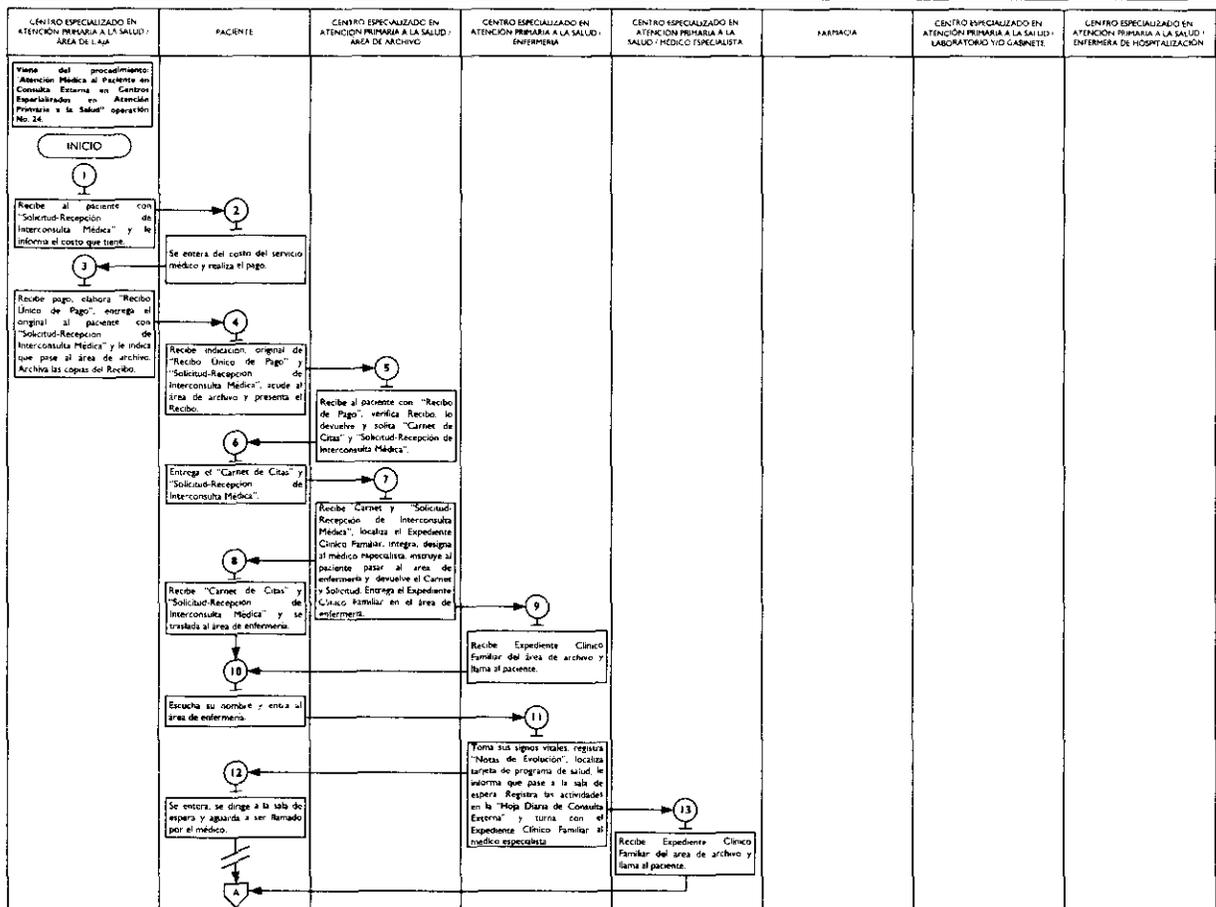
23	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Área de Archivo	Recibe "Hoja Diaria de Consulta Externa" junto con Expediente Clínico Familiar y archiva.
24	Paciente	Recibe "Carnet de Citas", "Solicitud de Laboratorio" y/o "Solicitud de Estudio de Gabinete" y original y dos copias de la "Receta Médica". Acude al laboratorio y/o gabinete, entrega el "Carnet de Citas" y "Solicitud de Laboratorio" y/o "Solicitud de Estudio de Gabinete" y solicita cita.
25	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Laboratorio y/o Gabinete	Atiende al paciente, recibe el "Carnet de Citas" y "Solicitud de Laboratorio" y/o "Solicitud de Estudio de Gabinete" le asigna cita en el Carnet y lo devuelve junto con "Solicitud de Laboratorio" y/o "Solicitud de Estudio de Gabinete", le informa como debe presentarse para realizar el estudio y lo despide.
26	Paciente	Recibe su "Carnet de Citas", "Solicitud de Laboratorio" y/o "Solicitud de Estudio de Gabinete", se entera de como debe presentarse al estudio, así como la fecha y hora. Acude a la farmacia, entrega receta y solicita el medicamento.
27	Farmacia	Recibe original y dos copias de la "Receta Médica", surte medicamento y lo entrega al paciente junto con una copia de la receta, le solicita firme de recibido en la segunda copia de la receta y lo despide. Archiva original y copia de la receta para su control.
28	Paciente	Recibe copia de la receta junto con medicamento, procede a llevar a cabo el tratamiento y espera fecha de cita de laboratorio y/o gabinete.
29	Paciente	En la fecha y hora señalada en el "Carnet de Citas" acude al laboratorio o gabinete para realizarse los estudios y entrega la "Solicitud de Laboratorio" y/o "Solicitud de Estudio de de Gabinete".
30	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Laboratorio y/o Gabinete	Recibe al paciente junto con la "Solicitud de Laboratorio" y/o "Solicitud de Estudio de Gabinete" y le indica que pase a caja a pagar los estudios correspondientes. Retiene formato.
31	Paciente	Se entera, se dirige a la caja y solicita realizar el pago de los estudios.
32	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Área de Caja	Recibe al paciente, se entera del tipo de estudios que requiere y le informa el costo que tienen.
33	Paciente	Se entera del costo de los estudios y realiza el pago.
34	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Área de Caja	Recibe el pago de los estudios, elabora el "Recibo Único de Pago" en original y dos copias, entrega el original al paciente y le indica que pase al laboratorio y/o gabinete". Archiva las dos copias del Recibo para su control.
35	Paciente	Recibe original del "Recibo Único de Pago", acude a laboratorio y/o gabinete y muestra el Recibo.
36	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Laboratorio y/o Gabinete	Recibe original del "Recibo Único de Pago", registra el folio en la libreta de control y devuelve Recibo al paciente. Realiza los estudios correspondientes, despide al paciente y entrega la "Solicitud de Laboratorio" y/o "Solicitud de Estudio de Gabinete" con los resultados de los estudios en el área de archivo.
37	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Área de Archivo	Recibe "Solicitud de Laboratorio" o "Solicitud de Estudio de Gabinete" con los resultados de los estudios y los integra al Expediente Clínico Familiar. Espera que se presente el paciente nuevamente. Se conecta con la operación no. 44.
38	Paciente	Recibe original del "Recibo único de Pago", se retira y espera fecha de nueva consulta.
39	Paciente	En la fecha señalada en el "Carnet de Citas", acude al CEAPS al área de caja y solicita verbalmente el servicio médico.
40	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Área de Caja	Recibe al paciente, se entera de la solicitud, tipo de servicio y le informa el costo que tiene.

41	Paciente	Se entera del costo del servicio médico y realiza el pago.
42	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Área de Caja	Recibe el pago del servicio médico, elabora "Recibo Único de Pago" en original y dos copias, entrega el original al paciente y le indica que pase al área de archivo. Archiva las dos copias del Recibo para su control.
43	Paciente	Recibe indicación junto con el original de "Recibo Único de Pago", acude al área de archivo y presenta el Recibo.
44	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Área de Archivo	Recibe al paciente junto con el "Recibo de Pago", verifica Recibo, lo devuelve y solita al paciente su "Carnet de Citas".
45	Paciente	Se entera y entrega el "Carnet de Citas".
46	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Área de Archivo	Recibe Carnet, localiza el Expediente Clínico Familiar, instruye al paciente pasar al área de enfermería y le devuelve el Carnet. Entrega el Expediente Clínico Familiar en el área de enfermería.
47	Paciente	Recibe el "Carnet de Citas" y se traslada al área de enfermería.
48	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Enfermería	Recibe Expediente Clínico Familiar del área de archivo y llama al paciente.
49	Paciente	Escucha su nombre y entra al área de enfermería.
50	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Enfermería	Recibe al paciente, le toma sus signos vitales y los registra en las "Notas de Evolución", localiza tarjeta de programa de salud al que pertenece el paciente y le informa que pase a la sala de espera. Registra las actividades en la "Hoja Diaria de Consulta Externa" del Sistema de Información en Salud y turna junto con el Expediente Clínico Familiar al médico especialista.
51	Paciente	Se entera, se dirige a la sala de espera y aguarda a ser llamado por el médico.
52	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Médico Especialista	Se conecta con la operación No. 53. Recibe el Expediente Clínico Familiar junto con la "Hoja Diaria de Consulta Externa" y llama al paciente por su nombre completo.
53	Paciente	Escucha su nombre y entra al consultorio médico.
54	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Médico Especialista	Recibe al paciente, extrae los estudios de laboratorio y/o gabinete, los interpreta, emite o confirma el diagnóstico y plan de tratamiento y determina: ¿El paciente requiere ser hospitalizado?
55	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Médico Especialista	Si requiere ser hospitalizado. Informa al paciente que requiere ser hospitalizado, elabora "Solicitud de Internamiento" y "Carta de Consentimiento Informado para Traslados" en original y copia, obtiene firma del paciente e integra Solicitud y original de la Carta al Expediente Clínico Familiar y entrega copia de la Carta al paciente. Informa al paciente que debe pasar con la enfermera de hospitalización y lo despide. Entrega el Expediente Clínico Familiar a la enfermera de hospitalización y le da indicaciones médicas.
56	Paciente	Recibe indicación junto con copia de la "Carta de Consentimiento Informado para Traslados" y acude con la enfermera de hospitalización.
57	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Enfermera de Hospitalización	Recibe al paciente junto con el Expediente Clínico Familiar, realiza el registro en la libreta de ingreso y egreso de pacientes, ingresa al paciente a hospitalización con base en las indicaciones del médico, elabora formato de "Registro Clínico de Enfermería", lo integra al Expediente Clínico Familiar y lo resguarda para cuando el médico especialista lo solicite.
58	Paciente	Se hospitaliza y sigue indicaciones médicas para la restauración de su salud.
59	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Médico Especialista	Revisa periódicamente al paciente, actualiza nota médica en "Notas de Evolución" y da seguimiento al padecimiento del paciente, establece diagnóstico clínico, determina plan de tratamiento médico, da instrucciones a enfermería para el cuidado del paciente y procede a dar seguimiento para la posterior alta del paciente. Se conecta con el procedimiento: Alta del Paciente en los Centros Especializados de Atención Primaria a la Salud.

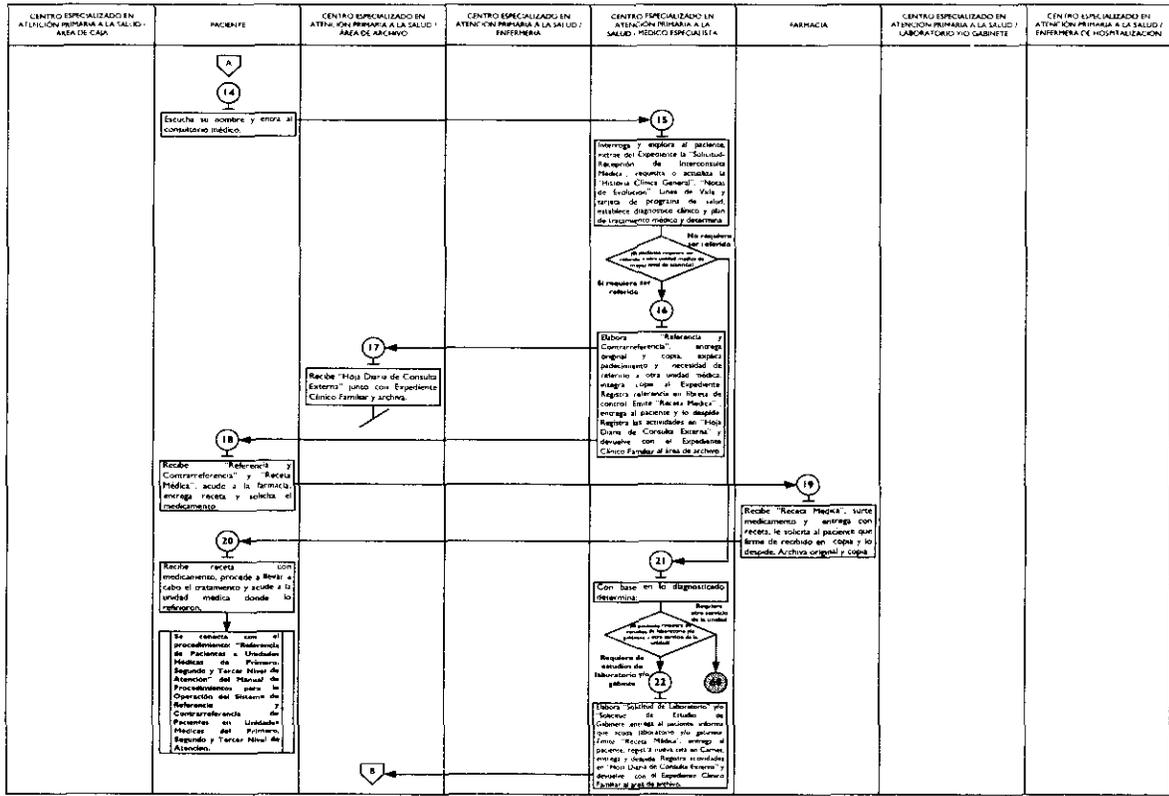
60	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Médico Especialista	No requiere estudios de laboratorio y/o gabinete ni de ser hospitalizado.
		<p>Establece plan de tratamiento a seguir y le informa al paciente. Actualiza "Historia Clínica General", "Notas de Evolución" y las integra al expediente.</p> <p>Emite "Receta Médica" en original y tres copias, entrega original y dos copias de la receta al paciente, registra nueva cita en el "Carnet de Citas" del paciente, se lo entrega y lo despide.</p> <p>Resguarda tercera copia de la receta para su control en el recetario.</p> <p>Registra las actividades realizadas en "Hoja Diaria de Consulta Externa" del Sistema de Información en Salud y devuelve junto con el Expediente Clínico Familiar al área de archivo.</p>
61	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Área de Archivo	Recibe "Hoja Diaria de Consulta Externa" junto con el Expediente Clínico Familiar y archiva.
62	Paciente	Se entera del tratamiento a seguir, recibe "Carnet de Citas" junto con el original y las dos copias de la "Receta Médica", resguarda el Carnet, acude a la farmacia, entrega "Receta Médica" y solicita medicamento.
63	Farmacia	Recibe original y dos copias de la "Receta Médica", surte el medicamento y lo entrega al paciente junto con una copia de la receta, le solicita firme de recibido en la segunda copia de la receta y lo despide. Archiva original y copia de la receta para su control.
64	Paciente	<p>Recibe copia de la "Receta Médica" junto con medicamento, procede a llevar a cabo el tratamiento y espera fecha y hora para nueva cita médica.</p> <p>Se conecta con la operación No. 39.</p>

Diagramación:

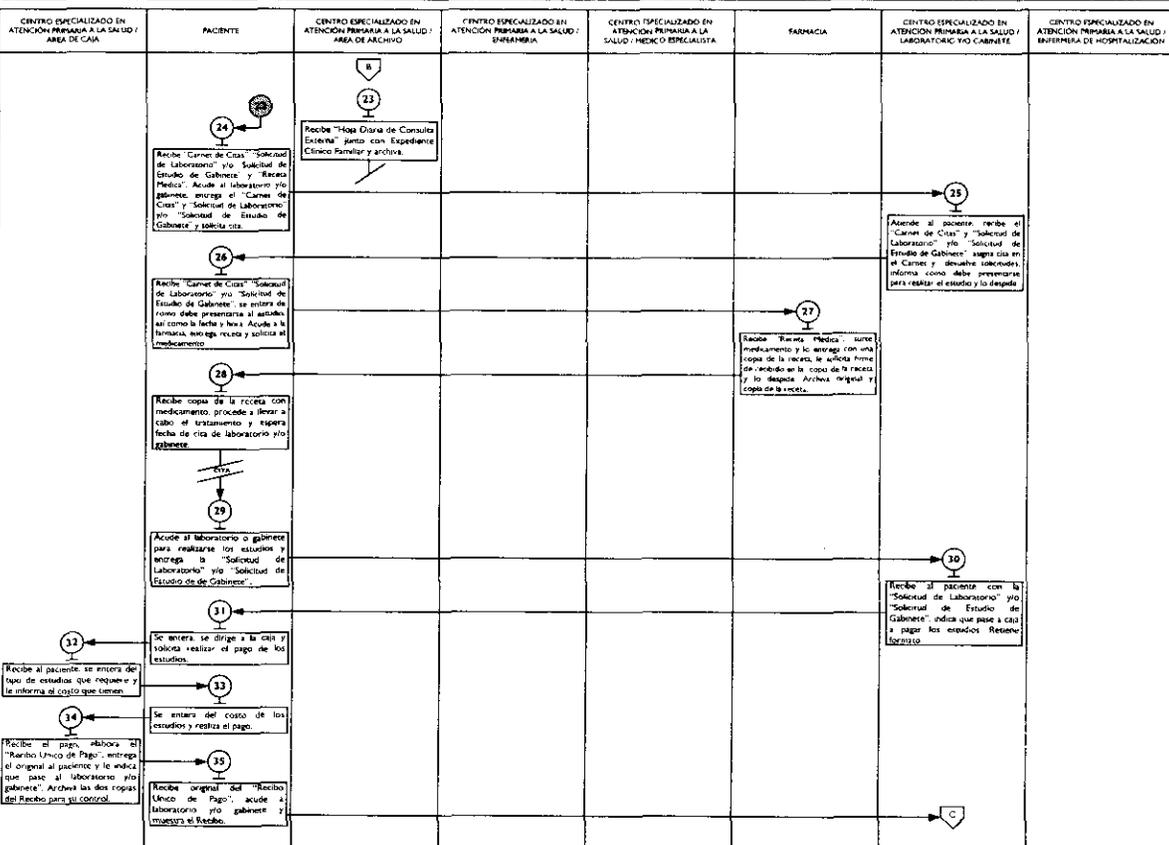
PROCEDIMIENTO: ATENCIÓN MÉDICA AL PACIENTE EN CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDAD (GINECOLOGÍA Y PEDIATRÍA) EN CENTROS ESPECIALIZADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD.

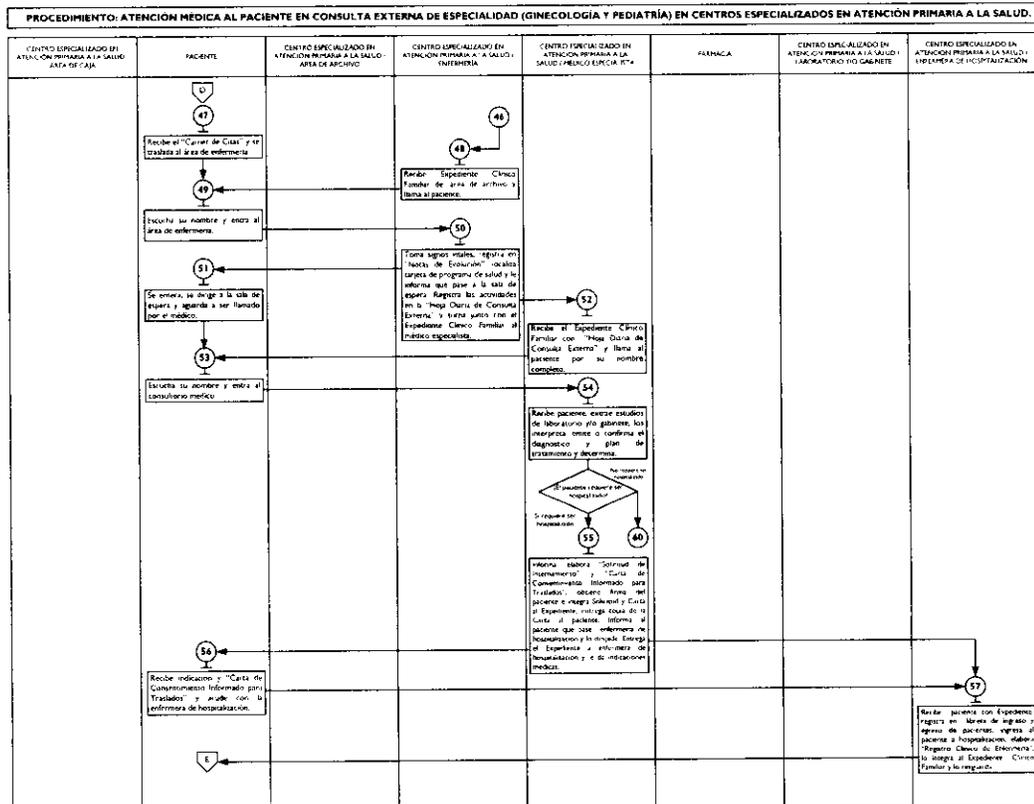
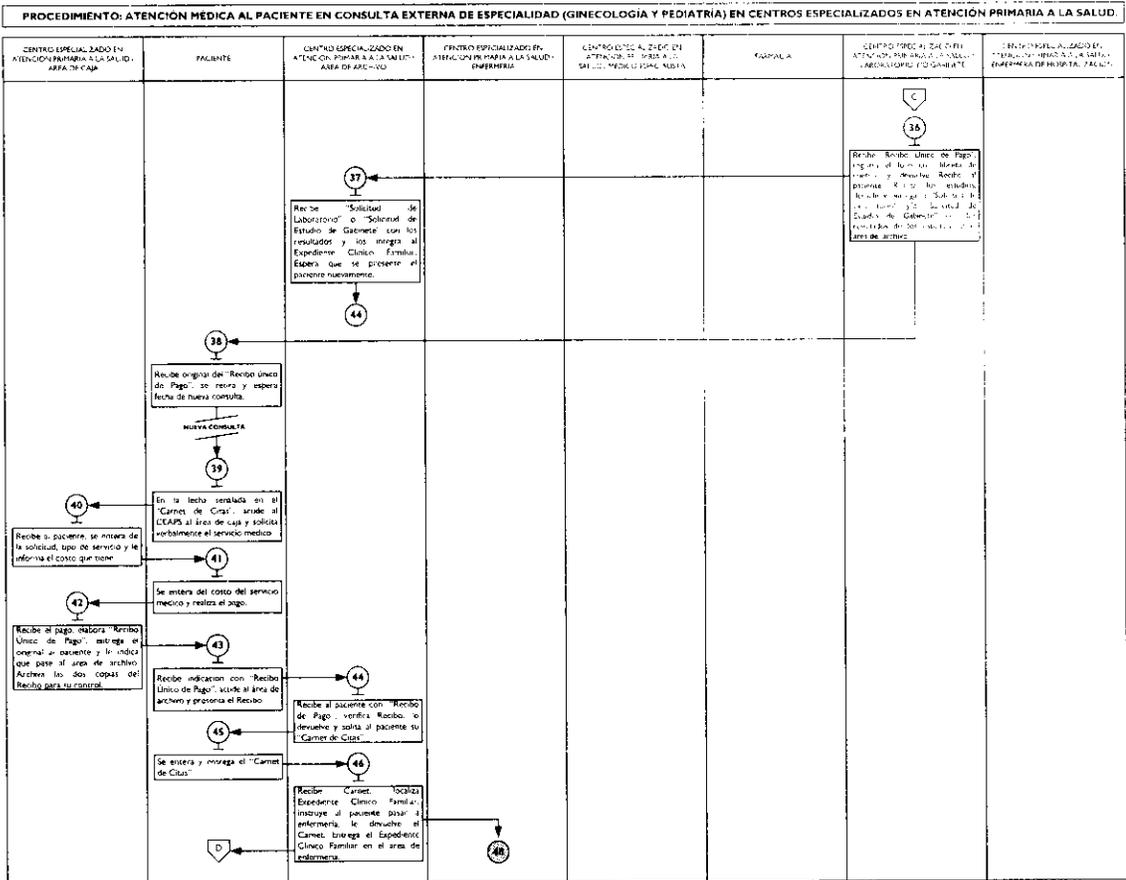


PROCEDIMIENTO: ATENCIÓN MÉDICA AL PACIENTE EN CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDAD (GINECOLOGÍA Y PEDIATRÍA) EN CENTROS ESPECIALIZADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD.



PROCEDIMIENTO: ATENCIÓN MÉDICA AL PACIENTE EN CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDAD (GINECOLOGÍA Y PEDIATRÍA) EN CENTROS ESPECIALIZADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD.





MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE CONSULTA EXTERNA EN UNIDADES DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL ISEM	Edición:	Primera
	Fecha:	Abril/2010
	Código:	217B50401/04
	Página	

PROCEDIMIENTO 04: Atención Médica al Paciente en Consulta Externa de Nutrición en Centros Especializados en Atención Primaria a la Salud.

Objetivo:

Mejorar la salud y los hábitos alimenticios del paciente, mediante la prestación de los servicios de consulta externa de nutrición en los Centros Especializados en Atención Primaria a la Salud, de conformidad con los lineamientos técnicos en la materia y la estandarización de los procedimientos en las unidades de primer nivel.

Alcance:

Aplica a todo el personal que realiza actividades administrativas y de consulta externa de nutrición al paciente en los Centros Especializados en Atención Primaria a la Salud del Instituto de Salud del Estado de México.

Referencias:

Ley General de Salud. Título Tercero, Capítulo I, artículos 23 y 27, fracción III, Capítulo II Atención Médica, Artículo 33, fracciones I, II y III. Diario Oficial de la Federación, 7 de febrero de 1984, reformas y adiciones.

Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado y Municipios. Título Tercero, Capítulo II, artículos 42 y 43. Gaceta del Gobierno, 11 de septiembre de 1990, reformas y adiciones.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Capítulo I, Artículo 8, fracciones I, II y III, Capítulo IV, artículos 73, 74 y 87. Diario Oficial de la Federación, 14 de mayo de 1986, reformas y adiciones.

Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004. En Materia de Información en Salud. Diario Oficial de la Federación, 28 de septiembre de 2005.

Norma Oficial Mexicana NOM-166-SSA1-1997. Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos. Diario Oficial de la Federación, 4 de diciembre de 1998, reformas y adiciones.

Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998. Del Expediente Clínico. Diario Oficial de la Federación, 07 de diciembre de 1998, reformas y adiciones.

Norma Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998. Que establece los Requerimientos Mínimos de Infraestructura y Equipamiento de Establecimientos para la Atención Médica de Paciente Ambulatorio. Diario Oficial de la Federación, 14 de septiembre de 1999.

Responsabilidades:

El Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud es la unidad médico-administrativa responsable de otorgar la atención nutricional a la población que así lo requiera, apegándose a la normatividad vigente en la materia.

El Nutriólogo deberá:

- Interrogar y explorar al paciente.
- Requisar y/o actualizar la "Historia Clínica General", "Notas de Evolución", Línea de Vida y Tarjeta de Programa de Salud del paciente.
- Registrar, en su caso, en el "Carnet de Citas" del paciente, la fecha de su próxima cita.
- Establecer el diagnóstico clínico, determinar el plan de tratamiento nutricional y dar instrucciones al paciente.
- Elaborar el formato de "Referencia y Contrarreferencia", en caso de que el paciente requiera otro servicio en una unidad médica de mayor nivel de atención.
- Emitir "Receta Médica" y entregarla al paciente.
- Registrar las actividades realizadas en la "Hoja Diaria de Consulta Externa" del Sistema de Información en Salud.
- Elaborar, si así lo requiere el paciente, la dieta y entregarla.

La Enfermera deberá:

- Tomar signos vitales al paciente y registrarlos en las Notas de Evolución.
- Localizar tarjeta de programa y registrar las actividades realizadas en la "Hoja Diaria de Consulta Externa" del Sistema de Información en Salud.
- Entregar el Expediente Clínico Familiar al nutriólogo.

El personal del Área de Archivo deberá:

- Localizar el Expediente Clínico Familiar y turnarlo al área de enfermería.
- Asignar turno de atención al paciente y designarle al nutriólogo.
- Archivar los Expedientes Clínico Familiares de todos los pacientes del CEAPS.

El Área de Caja deberá:

- Realizar el cobro correspondiente del servicio que solicita el paciente.
- Elaborar el "Recibo Único de Pago" y entregarlo.

La Farmacia deberá:

- Entregar el suplemento alimenticio que indica la "Receta Médica" al paciente y archivar original y copia de la receta para su control.

Definiciones:

- **Atención Ambulatoria.-** Servicio que se otorga a toda persona que acude a un establecimiento de salud para consulta o tratamiento y abandona el establecimiento en un lapso de unas horas desde el inicio de la consulta; se consideran ambulatorias todas las visitas a instalaciones de atención que no conlleven a la hospitalización con estancia nocturna. (Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de información en salud).
- **Atención Médica.-** Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar la salud (Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico).
- **Cartas de consentimiento bajo información.-** Documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepte, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico o, con fines diagnósticos, terapéuticos o rehabilitatorios. (Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico).
- **Calidad de la atención.-** Se considera a la secuencia de actividades que relacionan al prestador de los servicios con el usuario (oportunidad de la atención, accesibilidad a la unidad, tiempo de espera, así como de los resultados). (Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio).
- **Calidez en la atención.-** Trato cordial, atento y con información que se proporciona al usuario del servicio. (Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio).
- **Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud.-** Es un órgano desconcentrado por servicio, de carácter sustantivo, al que se transfieren prestaciones médicas de atención primaria de la salud, que habrán de proporcionarse preferentemente a los usuarios determinados como su población responsable, sin exclusión de los que no lo sean, en el ámbito geográfico establecido. (Consulta: general, odontológica, obstétrica, pediátrica, nutricional y psicológica).
- **Consulta Externa.-** Atención médica que se otorga al paciente ambulatorio, en un consultorio o en domicilio del mismo, que consiste en realizar un interrogatorio y exploración física, para integrar un diagnóstico. (Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de información en salud).
- **Consulta Externa General.-** Atención que otorga el médico general o familiar a los pacientes ambulatorios en la unidad médica o en el domicilio, que consiste en realizar un interrogatorio y exploración física, para integrar un diagnóstico. (Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de información en salud).
- **Consultorio.-** Área física que cuenta con las instalaciones y equipo necesario para que el personal médico y paramédico brinde consulta externa a pacientes ambulatorios. (Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de información en salud).
- **Contrarreferencia.-** Procedimiento administrativo mediante el cual una vez otorgada la atención motivo de referencia, se envía al paciente a la unidad operativa que lo refirió, con el fin de que se realice el control y seguimiento necesarios.
- **Consulta Externa de Especialidad.-** Atención que imparten los médicos especialista 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.
- **Consulta Externa de Nutrición.-** Atención que otorga el nutriólogo a los pacientes ambulatorios en la unidad médica, que consiste en realizar un interrogatorio y exploración física, para integrar un diagnóstico, evaluar el estado de salud de nutrición por medio de una serie de indicadores (antropométricos, bioquímicos, clínicos y dietéticos), cuya finalidad es el diseño de un plan de alimentación individualizado haciendo énfasis en la orientación alimentaria.
- **Expediente Clínico.-** Instrumento médico legal propiedad de la institución, expedido en beneficio del paciente, que se conserva por un periodo mínimo de 5 años contando a partir de la fecha del acto médico registrado.
- **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. (Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico).
- **Referencia-Contrarreferencia.-** Es el procedimiento de coordinación entre las unidades operativas de los tres niveles de atención médica, para facilitar el envío y recepción de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.
- **Referencia.-** Procedimiento administrativo utilizado para enviar al paciente de una unidad médica a otra de mayor complejidad.

- **Oportunidad en la atención.-** Ocurrencia de la atención médica en el momento que se requiera y la realización de lo que se debe hacer con la secuencia adecuada. (Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio).
- **Paciente.-** Beneficiario directo de la atención médica (Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSAI-1998, del expediente clínico).
- **Unidad Médica.-** Establecimiento físico que cuenta con los recursos materiales, humanos, tecnológicos y económicos, cuya complejidad es equivalente al nivel de operación y está destinado a proporcionar atención médica integral a la población. (Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de información en salud).

Insumos:

- Solicitud-Recepción de Interconsulta Médica.

Resultado:

- Diagnóstico, tratamiento nutricional o referencia del paciente al segundo nivel de atención, según corresponda, para el restablecimiento de su salud.

Interacción con otros procedimientos:

- "Atención Médica al Paciente en Consulta Externa en Centros Especializados de Atención Primaria a la Salud".
- Procedimiento: "Referencia de Pacientes a Unidades Médicas de Primero, Segundo y Tercer Nivel de Atención" del Manual de Procedimientos para la Operación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes en las Unidades Médicas de Primero, Segundo y Tercer Nivel de Atención.

Políticas:

- Los Centros Especializados en Atención Primaria a la Salud (CEAPS) otorgarán la atención médica a todos los usuarios que lo soliciten, con la sola restricción de la suficiencia de recursos profesionales, técnicos y administrativos que les sean autorizados.
- Los Centros Especializados en Atención Primaria a la Salud (CEAPS) otorgarán la atención médica sólo con personal autorizado por la institución.
- La atención médica de especialidad que se proporcione en los Centros Especializados en Atención Primaria a la Salud (CEAPS), deberá apegarse a los estándares de calidad que señalen las normas en materia de salud.
- El personal médico y administrativo atenderá a los usuarios con la diligencia y la debida ética que el servicio médico requiera.
- La atención médica en los Centros Especializados en Atención Primaria a la Salud (CEAPS), se otorgará en instalaciones limpias, ordenadas y seguras antes, durante y después de la práctica médica, por lo que el personal médico, auxiliar y administrativo deberá prever mediante la gestión ante comunidad, comités locales de salud, aval ciudadano, grupos de autoayuda de programas de salud, usuarios de programas de seguridad social, autoridades municipales y de la institución, a la que pertenece la unidad, para que se dé cumplimiento a este requisito.
- El personal médico y administrativo difundirá y dará cumplimiento a lo normado en los Códices Ético-Conductuales establecidos por la institución, a la población demandante del servicio médico.
- El médico tratante y su personal auxiliar de salud deberá apegarse a los tiempos que asignen las autoridades competentes para la atención médica a cada usuario, como lo establecen los indicadores de Evaluación de la Calidad y Desempeño, estableciendo tiempos específicos para los pacientes de primera vez y subsecuente en el año.
- El médico tratante se apegará al cumplimiento del indicador 45 de Calidad, donde se establece un indicador mínimo de 12 y máximo de 24 consultas médico-día durante su jornada de trabajo asignada, como lo establecen los indicadores de Evaluación de la Calidad y Desempeño para la evaluación de la productividad médica.
- El personal médico especialista y auxiliar manejará obligatoriamente los Expedientes Clínicos, como único documento médico legal.
- El Expediente Clínico se manejará familiar y no individual, incluyendo a cada integrante de la familia que demandé el servicio.
- El personal médico y auxiliar requisitará y ordenará obligatoriamente los formatos oficiales que integran el Expediente Clínico, así como su actualización por un periodo de 5 años.
- El personal médico especialista y auxiliar requisitará obligatoriamente los formatos oficiales que determinen los Programas Prioritarios de Salud vigentes e integrarlos al Expediente Clínico.
- El personal médico y auxiliar establecerá diagnósticos y planes de tratamiento médicos basado en los contenidos de las Normas Oficiales Mexicanas vigentes de los Programas de Salud en el Primer Nivel de Atención y Guías Clínico-Terapéuticas.
- El personal médico contará obligatoriamente con una biblioteca de la normatividad vigente en la Unidad de Salud.
- En caso de requerir el usuario ser referido a otro nivel resolutivo para su atención médica, el médico tratante seguirá el procedimiento del Sistema de Referencia-Contrarreferencia establecido en los Lineamientos Estatales para el Sistema de Referencia-Contrarreferencia en el Primer nivel de Atención.

- En los Centros Especializados en Atención Primaria a la Salud (CEAPS) se implementarán las estrategias para disminuir tiempos de espera, el establecimiento obligatorio de la asignación de turnos, con la asignación equitativa de un número de consultas normado de acuerdo a indicadores de evaluación de productividad, a cada médico de la unidad, con el fin de dar calidad en el servicio.
- Todas las políticas mencionadas con anterioridad deberán estar bajo estricta y permanente supervisión y asesoría por autoridades competentes de todos los niveles, para dar cumplimiento estricto a las mismas.
- El Director y, en su ausencia, el médico tratante, serán responsables de llevar a cabo la notificación al Ministerio Público, en caso médico legal.

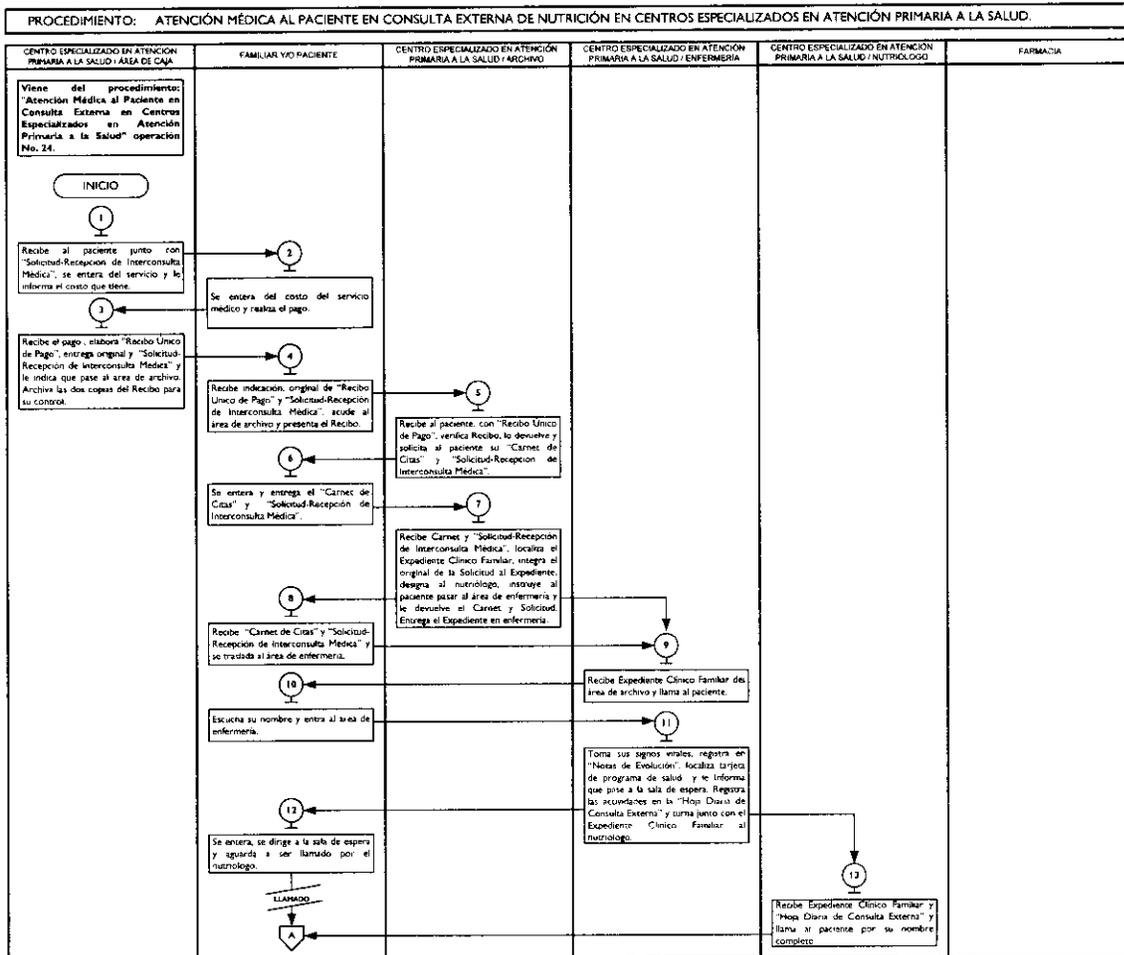
Desarrollo:**PROCEDIMIENTO 04: Atención Médica al Paciente en Consulta Externa de Nutrición en Centros Especializados en Atención Primaria a la Salud.**

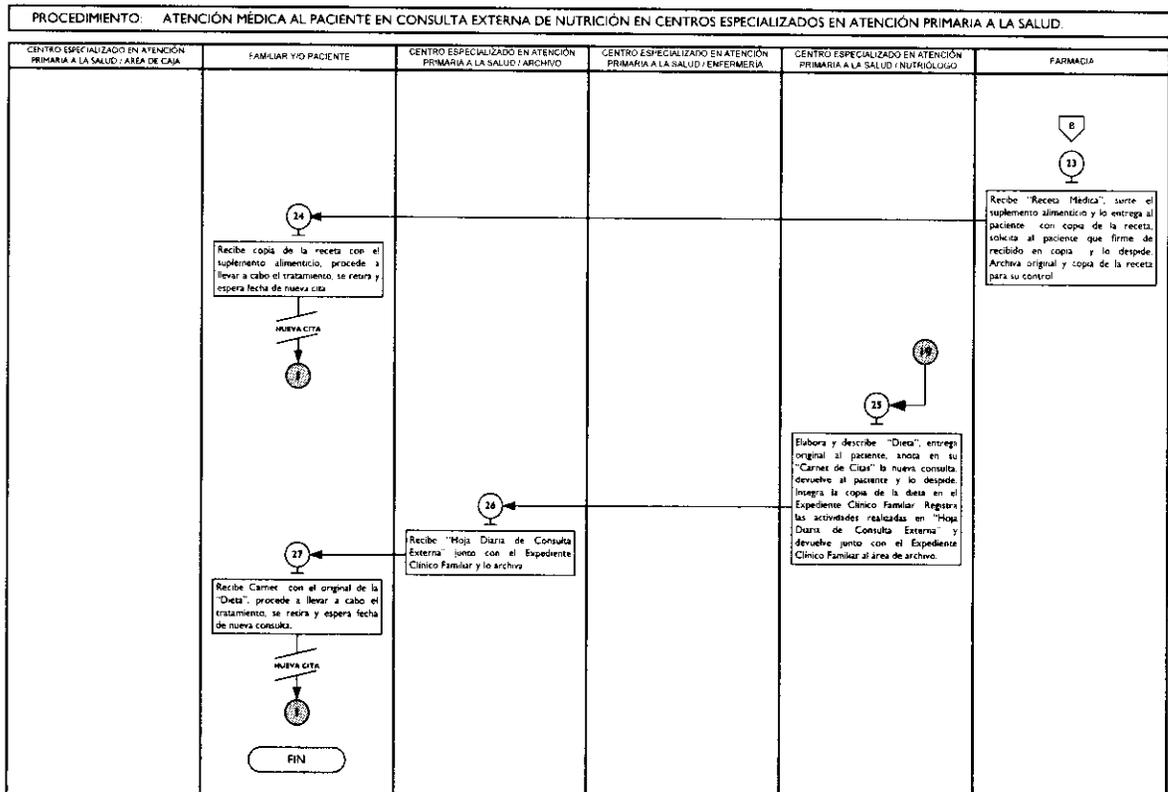
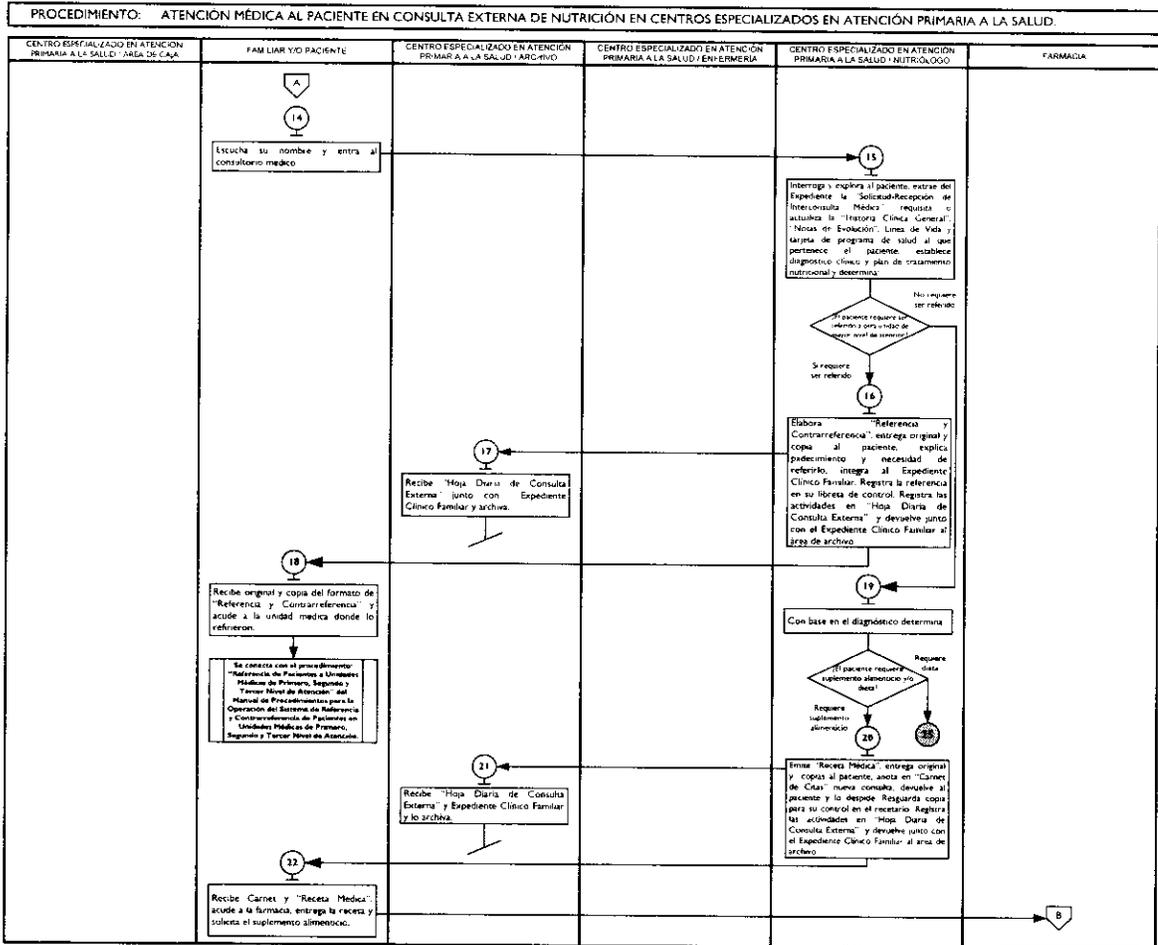
No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA/PUESTO	DESCRIPCIÓN
		Viene del procedimiento: "Atención Médica al Paciente en Consulta Externa en Centros Especializados en Atención Primaria a la Salud" operación No. 24.
1	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Área de Caja	Recibe al paciente junto con el original y copia de la "Solicitud-Recepción de Interconsulta Médica", se entera de la solicitud, tipo de servicio y le informa el costo que tiene.
2	Familiar y/o Paciente	Se entera del costo del servicio médico y realiza el pago.
3	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Área de Caja	Recibe el pago del servicio médico, elabora "Recibo Único de Pago" en original y dos copias, entrega el original al paciente junto con original y copia de la "Solicitud-Recepción de Interconsulta Médica" y le indica que pase al área de archivo. Archiva las dos copias del Recibo para su control.
4	Familiar y/o Paciente	Recibe indicación junto con el original de "Recibo Único de Pago" y el original y copia de la "Solicitud-Recepción de Interconsulta Médica", acude al área de archivo y presenta el Recibo.
5	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Área de Archivo	Recibe al paciente, junto con el "Recibo Único de Pago", verifica Recibo, lo devuelve y solicita al paciente su "Carnet de Citas" y original y copia de la "Solicitud-Recepción de Interconsulta Médica".
6	Familiar y/o Paciente	Se entera y entrega el "Carnet de Citas" junto con el original y copia de la "Solicitud-Recepción de Interconsulta Médica".
7	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Área de Archivo	Recibe Carnet junto con el original y copia de la "Solicitud-Recepción de Interconsulta Médica", localiza el Expediente Clínico Familiar, integra el original de la Solicitud al Expediente, designa al nutriólogo, instruye al paciente pasar al área de enfermería y le devuelve el Carnet junto con copia de la Solicitud. Entrega el Expediente Clínico Familiar en el área de enfermería.
8	Familiar y/o Paciente	Recibe el "Carnet de Citas" junto con copia de la "Solicitud-Recepción de Interconsulta Médica" y se traslada al área de enfermería.
9	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Enfermería	Recibe Expediente Clínico Familiar del área de archivo y llama al paciente.
10	Familiar y/o Paciente	Escucha su nombre y entra al área de enfermería.
11	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Enfermería	Recibe al paciente, le toma sus signos vitales y los registra en las "Notas de Evolución", localiza tarjeta de programa de salud al que pertenece el paciente y le informa que pase a la sala de espera. Registra las actividades en la "Hoja Diaria de Consulta Externa" del Sistema de Información en Salud y turna junto con el Expediente Clínico Familiar al nutriólogo.
12	Familiar y/o Paciente	Se entera, se dirige a la sala de espera y aguarda a ser llamado por el nutriólogo.

13	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Nutriólogo	Recibe el Expediente Clínico Familiar junto con la "Hoja Diaria de Consulta Externa" y llama al paciente por su nombre completo.
14	Familiar y/o Paciente	Escucha su nombre y entra al consultorio médico.
15	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Nutriólogo	Interroga y explora al paciente, extrae del Expediente Clínico Familiar el original de la "Solicitud-Recepción de Interconsulta Médica", requisita o actualiza la "Historia Clínica General", "Notas de Evolución", Línea de Vida y tarjeta de programa de salud al que pertenece el paciente, establece diagnóstico clínico y plan de tratamiento médico y determina: ¿El paciente requiere ser referido a otra unidad de mayor nivel de atención?
16	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Nutriólogo	Si requiere ser referido. Elabora formato de "Referencia y Contrarreferencia" en original y dos copias, entrega el original y una copia al paciente, le explica su padecimiento y la necesidad de referirlo a otra unidad médica y la segunda copia la integra al Expediente Clínico Familiar. Registra la referencia en su libreta de control de pacientes referidos. Registra las actividades realizadas en "Hoja Diaria de Consulta Externa" del Sistema de Información en Salud y devuelve junto con el Expediente Clínico Familiar al área de archivo.
17	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Área de Archivo	Recibe "Hoja Diaria de Consulta Externa" junto con Expediente Clínico Familiar y archiva.
18	Familiar y/o Paciente	Recibe original y copia del formato de "Referencia y Contrarreferencia" y acude a la unidad médica donde lo refirieron. Se conecta con el procedimiento: "Referencia de Pacientes a Unidades Médicas de Primero, Segundo y Tercer Nivel de Atención" del Manual de Procedimientos para la Operación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes en Unidades Médicas de Primero, Segundo y Tercer Nivel de Atención.
19	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Nutriólogo	No requiere ser referido. Con base en el diagnóstico determina: ¿El paciente requiere suplemento alimenticio y/o dieta?
20	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Nutriólogo	Requiere suplemento alimenticio. Emite "Receta Médica" en original y tres copias, entrega original y dos copias de la receta al paciente, anota en su "Carnet de Citas" la fecha y hora de la nueva consulta, lo devuelve al paciente y lo despide. Resguarda tercera copia de la receta para su control en el recetario. Registra las actividades realizadas en "Hoja Diaria de Consulta Externa" del Sistema de Información en Salud y devuelve junto con el Expediente Clínico Familiar al área de archivo.
21	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Área de Archivo	Recibe "Hoja Diaria de Consulta Externa" junto con el Expediente Clínico Familiar y lo archiva.
22	Familiar y/o Paciente	Recibe Carnet junto con el original y dos copias de la "Receta Médica", acude a la farmacia, entrega la receta y solicita el suplemento alimenticio.
23	Farmacia	Recibe original y dos copias de la "Receta Médica", surte el suplemento alimenticio y lo entrega al paciente junto con copia de la receta, le solicita al paciente que firme de recibido en la segunda copia de la receta y lo despide. Archiva original y copia de la receta para su control.
24	Familiar y/o Paciente	Recibe copia de la receta junto con el suplemento alimenticio, procede a llevar a cabo el tratamiento, se retira y espera fecha de nueva cita. Se conecta con la operación no. 1.

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA/PUESTO	DESCRIPCIÓN
25	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Nutriólogo	<p>Requiere dieta.</p> <p>Elabora y describe la "Dieta" en original y copia, entrega el original al paciente, anota en su "Carnet de Citas" la fecha y hora de la nueva consulta, lo devuelve al paciente y lo despide. Integra la copia de la dieta en el Expediente Clínico Familiar.</p> <p>Registra las actividades realizadas en "Hoja Diaria de Consulta Externa" del Sistema de Información en Salud y devuelve junto con el Expediente Clínico Familiar al área de archivo.</p>
26	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Área de Archivo	<p>Recibe "Hoja Diaria de Consulta Externa" junto con el Expediente Clínico Familiar y lo archiva.</p>
27	Familiar y/o Paciente	<p>Recibe Carnet junto con el original de la "Dieta", procede a llevar a cabo el tratamiento, se retira y espera fecha de nueva consulta.</p> <p>Se conecta con la operación no. 1.</p>

Diagramación:





Medición:

Indicador para medir la atención de pacientes que requieren consulta externa de especialidad de manera mensual: Estándar de consulta por médico, 12 mínimo, 24 máximo por jornada de trabajo.

Número mensual de consultas de nutrición otorgadas en la
 Unidad de Médica $\times 100 =$ Porcentaje de consultas de nutrición otorgadas
 Número mensual de nutriólogos en días laborables mensualmente.

Registro de Evidencias:

El registro de atención de los pacientes queda evidenciado en el Expediente Clínico Familiar que se resguarda en el área de archivo del CEAPS.

Formatos e instructivos:

Los formatos y sus respectivos instructivos de llenado se encuentran en el Apartado de Anexos.

- Referencia y Contrarreferencia (anexo Formatos e Instructivos).
- Solicitud-Recepción de Interconsulta Médica (anexo Formatos e Instructivos).
- Recibo Único de Pago (anexo Formatos e Instructivos).
- Carnet de Citas (anexo Formatos e Instructivos).
- Notas de Evolución (anexo Formatos e Instructivos).
- Historia Clínica General (anexo Formatos e Instructivos).
- Receta Médica (anexo Formatos e Instructivos).
- Dieta de Paciente (anexo Formatos e Instructivos).

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE CONSULTA EXTERNA EN UNIDADES DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL ISEM	Edición:	Primera
	Fecha:	Abril/2010
	Código:	217B50401/05
	Página	

PROCEDIMIENTO 05: Atención Médica al Paciente en Consulta Externa de Psicología en Centros Especializados en Atención Primaria a la Salud.**Objetivo:**

Mejorar la salud del paciente mediante la prestación de los servicios de consulta externa de psicología en Centros Especializados en Atención Primaria a la Salud, de conformidad con los lineamientos técnicos en la materia y la estandarización de los procedimientos en las unidades de primer nivel.

Alcance:

Aplica a todo el personal que realiza actividades administrativas y de atención psicológica al paciente en los Centros Especializados en Atención Primaria a la Salud del Instituto de Salud del Estado de México.

Referencias:

Ley General de Salud. Título Tercero, Capítulo I, artículos 23 y 27, fracción III, Capítulo II Atención Médica, Artículo 33, fracciones I, II y III. Diario Oficial de la Federación, 7 de febrero de 1984, reformas y adiciones.

Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado y Municipios. Título Tercero, Capítulo II, artículos 42 y 43. Gaceta del Gobierno, 11 de septiembre de 1990, reformas y adiciones.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Capítulo I, Artículo 8, fracciones I, II y III, Capítulo IV, artículos 73, 74 y 87. Diario Oficial de la Federación, 14 de mayo de 1986, reformas y adiciones.

Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004. En Materia de Información en Salud. Diario Oficial de la Federación, 28 de septiembre de 2005.

Norma Oficial Mexicana NOM-166-SSA1-1997. Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos. Diario Oficial de la Federación, 4 de diciembre de 1998, reformas y adiciones.

Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998. Del Expediente Clínico. Diario Oficial de la Federación, 07 de diciembre de 1998, reformas y adiciones.

Norma Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998. Que establece los Requerimientos Mínimos de Infraestructura y Equipamiento de Establecimientos para la Atención Médica de Paciente Ambulatorio. Diario Oficial de la Federación, 14 de septiembre de 1999.

Responsabilidades:

El Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud es la unidad médico-administrativa responsable de otorgar la atención psicológica a la población que así lo requiera, apegándose a la normatividad vigente en la materia.

El Psicólogo deberá:

- Interrogar y explorar al paciente y realizar la exploración de examen mental (Subjetivo, Objetivo, Análisis y Plan de Tratamiento).
- Otorga consulta de terapia.
- Requisar y/o actualizar la "Historia Clínica General" y "Notas de Evolución".
- Registrar, en su caso, en el "Carnet de Citas" del paciente, la fecha de su próxima cita.
- Establecer el diagnóstico clínico, determinar el plan de tratamiento nutricional y dar instrucciones al paciente.
- Elaborar el formato de "Referencia o Contrarreferencia", en caso de que el paciente requiera otro servicio en una unidad médica de mayor nivel de atención.
- Registrar las actividades realizadas en la "Hoja Diaria de Consulta Externa" del Sistema de Información en Salud.

La Enfermera deberá:

- Tomar signos vitales al paciente y registrarlos en las "Notas de Evolución".
- Registrar las actividades realizadas en la "Hoja Diaria de Consulta Externa" del Sistema de Información en Salud.
- Entregar el Expediente Clínico Familiar al psicólogo.

El personal del Área de Archivo deberá:

- Localizar el Expediente Clínico Familiar del paciente y turnarlo al área de enfermería.
- Asignar turno de atención al paciente y designarle al psicólogo.
- Archivar los Expedientes Clínico Familiares a todos los pacientes del CEAPS.

El Área de Caja deberá:

- Realizar el cobro correspondiente del servicio que solicita el paciente.
- Elaborar el "Recibo Único de Pago" y entregarlo al paciente.

Definiciones:

- **Atención Ambulatoria.-** Servicio que se otorga a toda persona que acude a un establecimiento de salud para consulta o tratamiento, y abandona el establecimiento en un lapso de unas horas desde el inicio de la consulta; se consideran ambulatorias todas las visitas a instalaciones de atención que no conlleven a la hospitalización con estancia nocturna. (Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de información en salud).
- **Atención Médica.-** Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar la salud (Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico).
- **Cartas de consentimiento bajo información.-** Documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepte, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico o, con fines diagnósticos, terapéuticos o rehabilitatorios. (Norma Oficial Mexicana NOM-68-SSA1-1998, del expediente clínico).
- **Calidad de la atención.-** Se considera a la secuencia de actividades que relacionan al prestador de los servicios con el usuario (oportunidad de la atención, accesibilidad a la unidad, tiempo de espera, así como de los resultados). (Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio).
- **Calidez en la atención.-** Trato cordial, atento y con información que se proporciona al usuario del servicio. (Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio).
- **Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud.-** Es un órgano desconcentrado por servicio, de carácter sustantivo, al que se transfieren prestaciones médicas de atención primaria de la salud, que habrán de proporcionarse preferentemente a los usuarios determinados como su población responsable, sin exclusión de los que no lo sean, en el ámbito geográfico establecido. (Consulta: general, odontológica, obstétrica, pediátrica, nutricional y psicológica).
- **Consulta Externa.-** Atención médica que se otorga al paciente ambulatorio, en un consultorio o en domicilio del mismo, que consiste en realizar un interrogatorio y exploración física, para integrar un diagnóstico. (Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de información en salud).
- **Consulta Externa General.-** Atención que otorga el médico general o familiar a los pacientes ambulatorios en la unidad médica o en el domicilio, que consiste en realizar un interrogatorio y exploración física, para integrar un diagnóstico. (Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de información en salud).
- **Consulta Externa en Psicología.-** Es la atención que otorga el psicólogo a los pacientes ambulatorios en la unidad médica, que consiste en realizar una exploración de examen mental (Subjetivo, Objetivo, análisis y Plan de Tratamiento), tratamiento cognitivo conductual o terapia psicológica.
- **Consultorio.-** Área física que cuenta con las instalaciones y equipo necesario para que el personal médico y paramédico brinde consulta externa a pacientes ambulatorios. (Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de información en salud).

- **Contrarreferencia.-** Procedimiento administrativo mediante el cual una vez otorgada la atención motivo de referencia, se envía al paciente a la unidad operativa que lo refirió, con el fin de que se realice control y seguimiento necesarios.
- **Consulta Externa de Especialidad.-** Atención que imparten los médicos especialista 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.
- **Expediente Clínico.-** Instrumento médico legal propiedad de la institución, expedido en beneficio del paciente, que se conserva por un periodo mínimo de 5 años contando a partir de la fecha del acto médico registrado.
- **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. (Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico).
- **Referencia-Contrarreferencia.-** Es el procedimiento de coordinación entre las unidades operativas de los tres niveles de Atención Médica para facilitar el envío y recepción de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.
- **Referencia.-** Procedimiento administrativo utilizado para enviar al paciente de una unidad médica a otra de mayor complejidad.
- **Oportunidad en la atención.-** Ocurrencia de la atención médica en el momento que se requiera y la realización de lo que se debe hacer con la secuencia adecuada. (Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio).
- **Paciente.-** Beneficiario directo de la atención médica (Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico).
- **Unidad Médica.-** Establecimiento físico que cuenta con los recursos materiales, humanos, tecnológicos y económicos, cuya complejidad es equivalente al nivel de operación y está destinado a proporcionar atención médica integral a la población. (Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, En materia de información en salud).

Insumos:

- Solicitud-Recepción de Interconsulta Médica.

Resultado:

- Diagnóstico, tratamiento psicológico o referencia del paciente al segundo nivel de atención, según corresponda, para el restablecimiento de su salud.

Interacción con otros procedimientos:

- "Atención del Paciente en Consulta Externa en Centros Especializados de Atención Primaria a la Salud".
- Procedimiento: "Referencia de Pacientes a Unidades Médicas de Primero, Segundo y Tercer Nivel de Atención" del Manual de Procedimientos para la Operación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes en las Unidades Médicas de Primero, Segundo y Tercer Nivel de Atención.

Políticas:

- Los Centros Especializados en Atención Primaria a la Salud (CEAPS) otorgarán la atención médica a todos los usuarios que la soliciten, con la sola restricción de la suficiencia de recursos profesionales, técnicos y administrativos que les sean autorizados.
- Los Centros Especializados en Atención Primaria a la Salud (CEAPS) otorgarán la atención médica sólo con personal autorizado por la institución.
- La atención médica de especialidad que se proporcione en los Centros Especializados en Atención Primaria a la Salud (CEAPS), deberá apegarse a los estándares de calidad que señalen las normas en materia de salud.
- El personal médico y administrativo atenderá a los usuarios con la diligencia y la debida ética que el servicio médico requiera.
- La atención médica en los Centros Especializados en Atención Primaria a la Salud (CEAPS) se otorgará en instalaciones limpias, ordenadas y seguras antes, durante y después de la práctica médica, por lo que el personal médico, auxiliar y administrativo deberá prever mediante la gestión ante comunidad, comités locales de salud, aval ciudadano, grupos de autoayuda de programas de salud, usuarios de programas de seguridad social, autoridades municipales y de la institución, a la que pertenece la unidad, para que se dé cumplimiento a este requisito.
- El personal médico y administrativo difundirá y dará cumplimiento a lo normado en los Códigos Ético-Conductuales establecidos por la institución, a la población demandante del servicio médico.
- El médico tratante y su personal auxiliar de salud deberá apegarse a los tiempos que asignen las autoridades competentes para la atención médica a cada usuario, como lo establecen los indicadores de Evaluación de la Calidad y Desempeño, estableciendo tiempos específicos para los pacientes de primera vez y subsecuente en el año.
- El médico tratante se apegará al cumplimiento del indicador 45 de Calidad, donde se establece un indicador mínimo de 12 y máximo de 24 consultas medico-día durante su jornada de trabajo asignada, como lo establecen los indicadores de Evaluación de la Calidad y Desempeño para la evaluación de la productividad médica.

- El personal médico especialista y auxiliar manejará obligatoriamente los Expedientes Clínicos, como único documento médico legal.
- El Expediente Clínico se manejará familiar y no individual, incluyendo a cada integrante de la familia que demandé el servicio.
- El personal médico y auxiliar requisitará y ordenará obligatoriamente los formatos oficiales que integran el Expediente Clínico, así como su actualización por un periodo de 5 años.
- El personal médico especialista y auxiliar requisitará obligatoriamente los formatos oficiales que determinen los Programas Prioritarios de Salud vigentes y los integrará al Expediente Clínico.
- El personal médico y auxiliar establecerá diagnósticos y planes de tratamiento médico, basado en los contenidos de las Normas Oficiales Mexicanas vigentes de los Programas de Salud en el Primer Nivel de Atención y Guías Clínico-Terapéuticas.
- El personal médico contará obligatoriamente con una biblioteca de la normatividad vigente en la Unidad de Salud
- En caso de requerir el usuario ser referido a otro nivel resolutorio para su atención médica, el médico tratante seguirá el procedimiento del Sistema de Referencia-Contrarreferencia establecido en los Lineamientos Estatales, para el Sistema de Referencia-Contrarreferencia en el Primer Nivel de Atención.
- En caso de requerir el usuario de hospitalización para complementar su atención médica, el médico tratante seguirá el procedimiento del Sistema de Referencia-Contrarreferencia establecido en los Lineamientos Estatales para el Sistema de Referencia-Contrarreferencia en el Primer Nivel de Atención.
- En los Centros Especializados en Atención Primaria a la Salud (CEAPS) se implementarán las estrategias para disminuir tiempos de espera, el establecimiento obligatorio de la asignación de turnos, con la asignación equitativa de un número de consultas normado, de acuerdo a indicadores de evaluación de productividad a cada médico de la unidad, con el fin de dar calidad en el servicio.
- Todas las políticas mencionadas con anterioridad deberán estar bajo estricta y permanente supervisión y asesoría por autoridades competentes de todos los niveles, para dar cumplimiento estricto a las mismas.
- El Director y en su ausencia el médico tratante serán responsables de llevar a cabo la notificación al Ministerio Público, en caso médico legal.

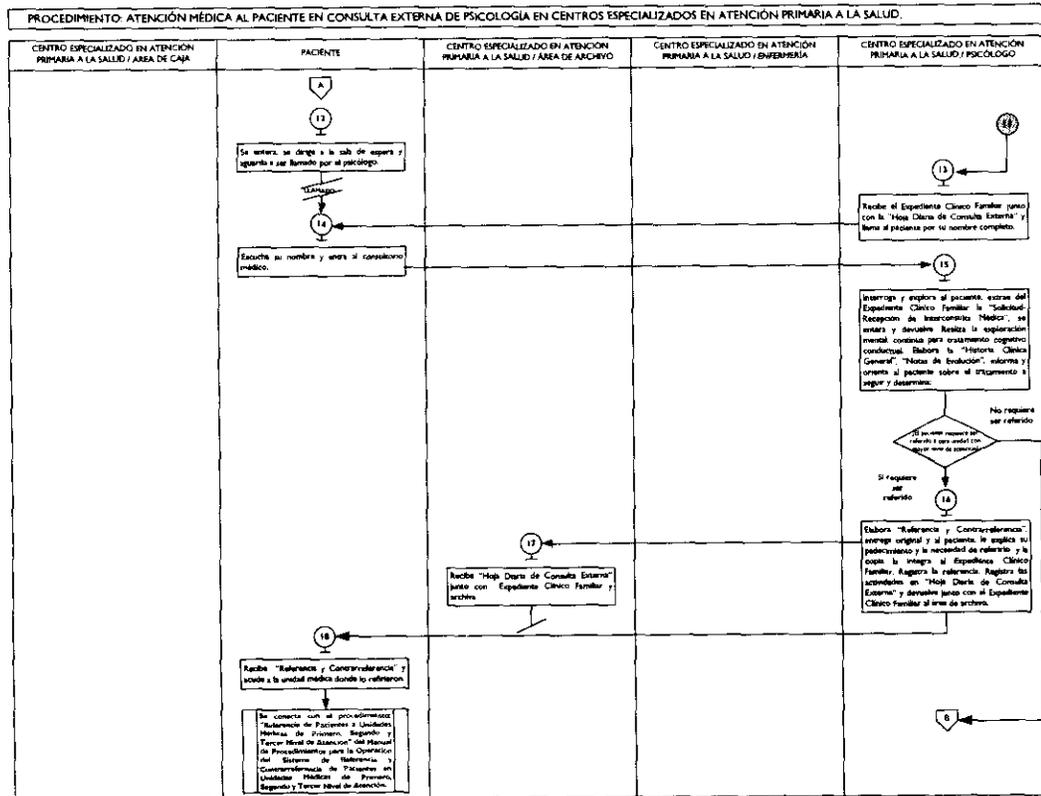
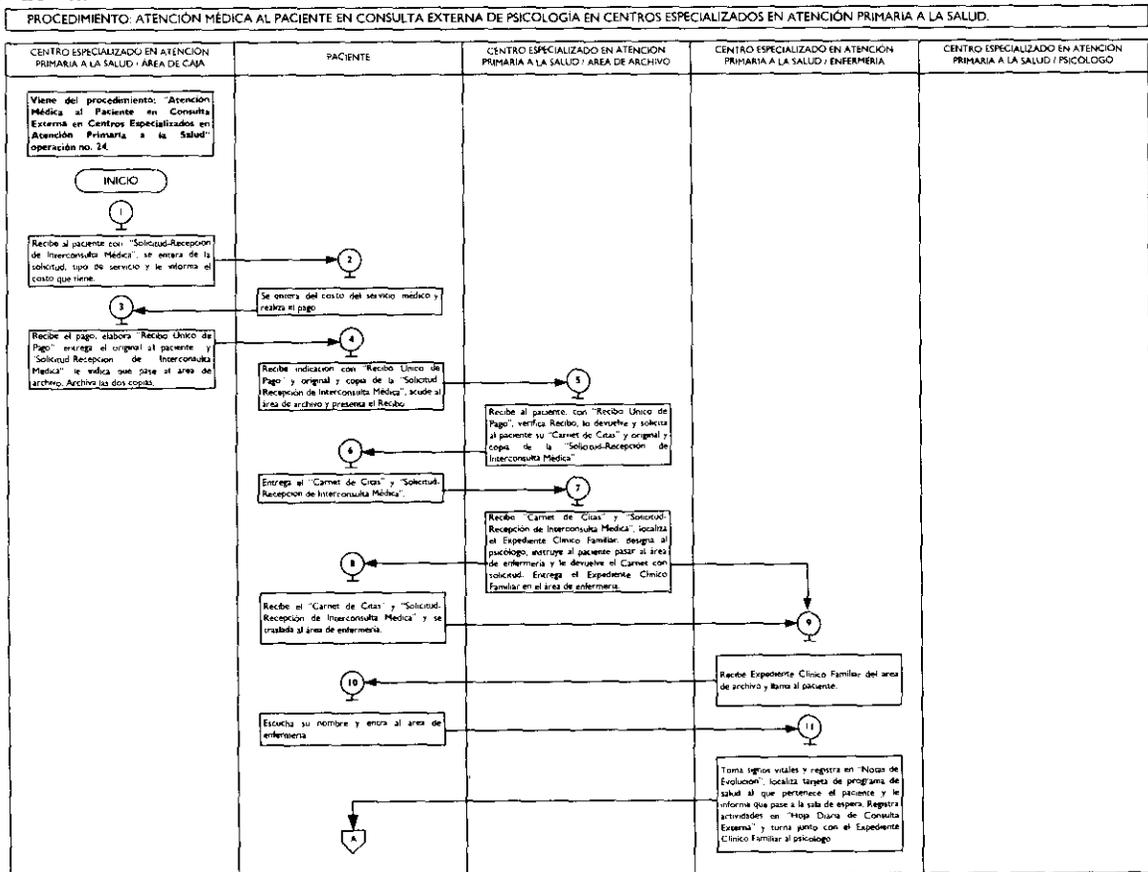
Desarrollo:

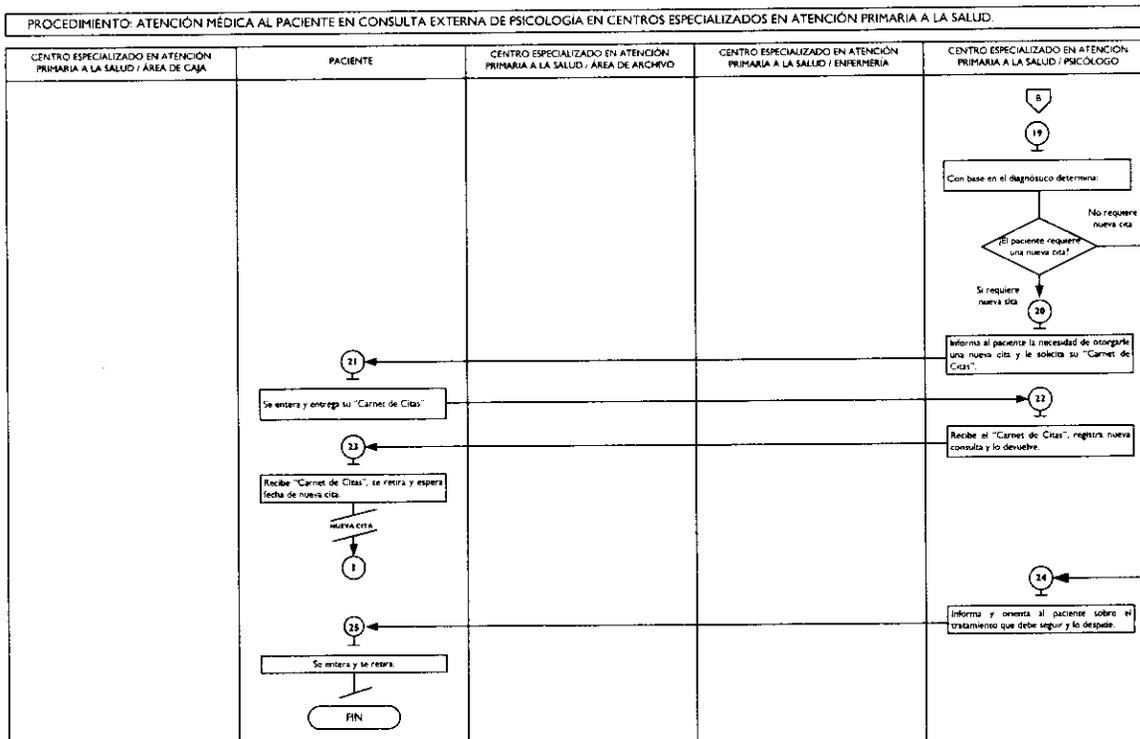
PROCEDIMIENTO 05: Atención Médica al Paciente en Consulta Externa de Psicología en Centros Especializados en Atención Primaria a la Salud.

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA/PUESTO	DESCRIPCIÓN
Viene del procedimiento: "Atención Médica al Paciente en Consulta Externa en Centros Especializados en Atención Primaria a la Salud" operación no. 24.		
1	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Área de Caja	Recibe al paciente junto con el original y copia de la "Solicitud-Recepción de Interconsulta Médica", se entera de la solicitud, tipo de servicio y le informa el costo que tiene.
2	Paciente	Se entera del costo del servicio médico y realiza el pago.
3	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Área de Caja	Recibe el pago del servicio médico, elabora "Recibo Único de Pago" en original y dos copias, entrega el original al paciente junto con original y copia de la "Solicitud-Recepción de Interconsulta Médica" y le indica que pase al área de archivo. Archiva las dos copias del Recibo para su control.
4	Paciente	Recibe indicación junto con el original de "Recibo Único de Pago" y original y copia de la "Solicitud-Recepción de Interconsulta Médica", acude al área de archivo y presenta el Recibo.
5	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Área de Archivo	Recibe al paciente, junto con el "Recibo Único de Pago", verifica Recibo, lo devuelve y solicita al paciente su "Carnet de Citas" y original y copia de la "Solicitud-Recepción de Interconsulta Médica".
6	Paciente	Se entera y entrega el "Carnet de Citas" junto con el original y copia de la "Solicitud-Recepción de Interconsulta Médica".
7	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Área de Archivo	Recibe el "Carnet de Citas" junto con el original y copia de la "Solicitud-Recepción de Interconsulta Médica", localiza el Expediente Clínico Familiar, integra el original de Solicitud al Expediente, designa al psicólogo, instruye al paciente pasar al área de enfermería y le devuelve el Carnet junto con la copia de la Solicitud. Entrega el Expediente Clínico Familiar en el área de enfermería.

8	Paciente	Recibe el "Carnet de Citas" junto con copia de la "Solicitud-Recepción de Interconsulta Médica" y se traslada al área de enfermería.
9	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Enfermería	Recibe Expediente Clínico Familiar del área de archivo y llama al paciente.
10	Paciente	Escucha su nombre y entra al área de enfermería.
11	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Enfermería	Recibe al paciente, le toma sus signos vitales y los registra en las "Notas de Evolución", localiza tarjeta de programa de salud al que pertenece el paciente y le informa que pase a la sala de espera. Registra las actividades realizadas en la "Hoja Diaria de Consulta Externa" del Sistema de Información en Salud y turna junto con el Expediente Clínico Familiar al psicólogo.
12	Paciente	Se entera, se dirige a la sala de espera y aguarda a ser llamado por el psicólogo.
13	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Psicólogo	Recibe el Expediente Clínico Familiar junto con la "Hoja Diaria de Consulta Externa" y llama al paciente por su nombre completo.
14	Paciente	Escucha su nombre y entra al consultorio médico.
15	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Psicólogo	Interroga y explora al paciente, extrae del Expediente Clínico Familiar la "Solicitud-Recepción de Interconsulta Médica", se entera y devuelve. Realiza la exploración mental (subjetivo, objetivo, análisis y plan de tratamiento), continua para tratamiento cognitivo conductual. Elabora la "Historia Clínica General", "Notas de Evolución", informa y orienta al paciente sobre el tratamiento a seguir y determina: ¿El paciente requiere ser referido a otra unidad con mayor nivel de atención?
16	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Psicólogo	Si requiere ser referido. Elabora formato de "Referencia y Contrarreferencia" en original y dos copias, entrega el original y una copia al paciente, le explica su padecimiento y la necesidad de referirlo a otra unidad médica y la segunda copia la integra al Expediente Clínico Familiar. Registra la referencia en su libreta control de pacientes referidos. Registra las actividades realizadas en "Hoja Diaria de Consulta Externa" del Sistema de Información en Salud y devuelve junto con el Expediente Clínico Familiar al área de archivo.
17	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Área de Archivo	Recibe "Hoja Diaria de Consulta Externa" junto con Expediente Clínico Familiar y archiva.
18	Paciente	Recibe original y copia del formato de "Referencia y Contrarreferencia" y acude a la unidad médica donde lo refirieron. Se conecta con el procedimiento: "Referencia de Pacientes a Unidades Médicas de Primero, Segundo y Tercer Nivel de Atención" del Manual de Procedimientos para la Operación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes en Unidades Médicas de Primero, Segundo y Tercer Nivel de Atención.
19	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Psicólogo	No requiere ser referido. Con base en el diagnóstico determina: ¿El paciente requiere una nueva cita?
20	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Psicólogo	Si requiere nueva cita. Informa al paciente la necesidad de otorgarle una nueva cita y le solicita su "Carnet de Citas".
21	Paciente	Se entera y entrega su "Carnet de Citas".
22	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Psicólogo	Recibe el "Carnet de Citas", registra fecha y hora de la nueva consulta y lo devuelve.
23	Paciente	Recibe "Carnet de Citas", se retira y espera fecha de nueva cita. Se conecta con a la operación No. 1.
24	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Psicólogo	No requiere nueva cita. Informa y orienta al paciente sobre el tratamiento que debe seguir y lo despide.
25	Paciente	Se entera y se retira.

Diagramación:





Medición:

Indicador para medir la atención de pacientes que requieren consulta externa de psicología de manera mensual: Estándar de consultas por médico, 12 mínimo, 24 máximo por jornada de trabajo.

$$\frac{\text{Número mensual de consultas de psicología otorgadas en la Unidad de Médica}}{\text{Número mensual de psicólogos en días laborables}} \times 100 = \text{Porcentaje de consultas de psicología otorgadas mensualmente.}$$

Registro de Evidencias:

El registro de atención de los pacientes queda evidenciado en el Expediente Clínico Familiar que se resguarda en el área de archivo del CEAPS.

Formatos e instructivos:

Los formatos y sus respectivos instructivos de llenado se encuentran en el Apartado de Anexos.

- Referencia y Contrarreferencia (página 25 del anexo Formatos e Instructivos).
- Solicitud-Recepción de Interconsulta Médica (página 45 del anexo Formatos e Instructivos).
- Recibo Único de Pago (página 2 del anexo Formatos e Instructivos).
- Carnet de Citas (página 5 del anexo Formatos e Instructivos).
- Notas de Evolución (página 7 del anexo Formatos e Instructivos).
- Historia Clínica General (página 21 del anexo Formatos e Instructivos).

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE CONSULTA EXTERNA EN UNIDADES DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL ISEM	Edición:	Primera
	Fecha:	Abril/2010
	Código:	217B50401/06
	Página:	

PROCEDIMIENTO 06: Atención Médica al Paciente en Consulta Externa en Unidades Móviles.

Objetivo:

Mejorar la salud del paciente mediante la prestación de los servicios de atención médica de consulta externa en unidades móviles del ISEM, de conformidad con los lineamientos técnicos en la materia y la estandarización de los procedimientos.

Alcance:

Aplica a todo el personal que realiza actividades administrativas y de atención médica al paciente en las unidades móviles del Instituto de Salud del Estado de México.

Referencias:

Ley General de Salud. Título Tercero, Capítulo I, artículos 23 y 27, fracción III, Capítulo II Atención Médica, Artículo 33, fracciones I, II y III. Diario Oficial de la Federación, 7 de febrero de 1984, reformas y adiciones.

Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado y Municipios. Título Tercero, Capítulo II, artículos 42 y 43. Gaceta del Gobierno, 11 de septiembre de 1990, reformas y adiciones.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Capítulo I, Artículo 8, fracciones I, II y III, Capítulo IV, artículos 73, 74 y 87. Diario Oficial de la Federación, 14 de mayo de 1986, reformas y adiciones.

Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004. En Materia de Información en Salud. Diario Oficial de la Federación, 28 de septiembre de 2005.

Norma Oficial Mexicana NOM-166-SSA1-1997. Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos. Diario Oficial de la Federación, 4 de diciembre de 1998, reformas y adiciones.

Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998. Del Expediente Clínico. Diario Oficial de la Federación, 07 de diciembre de 1998, reformas y adiciones.

Norma Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998. Que establece los Requerimientos Mínimos de Infraestructura y Equipamiento de Establecimientos para la Atención Médica de Paciente Ambulatorio. Diario Oficial de la Federación, 14 de septiembre de 1999.

Responsabilidades:

El personal de las unidades móviles es responsable de otorgar la atención médica a la población que así lo requiera, apegándose a la normatividad vigente en la materia.

El Médico de la Unidad Móvil deberá:

- Interrogar, explorar y establecer un diagnóstico clínico y plan de tratamiento médico a seguir del paciente.
- Requisar "Historia Clínica General" y "Notas de Evolución".
- Elaborar el formato de "Referencia y Contrarreferencia" en caso de que el paciente requiera otro servicio en una unidad médica de mayor nivel de atención.
- Emitir "Receta Médica" y entregarla al paciente.
- Registrar las actividades realizadas en la "Hoja Diaria de Consulta Externa" del Sistema de Información en Salud.

La Enfermera de la Unidad Móvil deberá:

- Realizar el cobro correspondiente del servicio que solicita el paciente.
- Elaborar el "Recibo Único de Pago" y entregarlo al paciente.
- Integrar el Expediente Clínico Familiar.
- Requisar el "Carnet de Citas" y entregarlo al paciente.
- Tomar signos vitales al paciente y registrarlos en las Notas de Evolución.
- Registrar las actividades realizadas en la "Hoja Diaria de Consulta Externa" del Sistema de Información en Salud.
- Archivar los Expedientes Clínico Familiares de todos los pacientes de la unidad móvil.

Definiciones:

- **Atención Médica.-** 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).
- **Consulta Externa.-** Atención médica que se otorga al paciente ambulatorio, en un consultorio o en domicilio del mismo, que consiste en realizar un interrogatorio y exploración física, para integrar un diagnóstico. (Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de información en salud).
- **Expediente Clínico.-** Instrumento médico legal propiedad de la institución, expedido en beneficio del paciente, que se conserva por un periodo mínimo de 5 años contando a partir de la fecha del acto médico registrado.
- **Paciente.-** Beneficiario directo de la atención médica (Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico).
- **Unidad Médica Móvil.-** Son los vehículos que contienen equipo de diagnóstico y tratamiento de diversos niveles de capacidad resolutoria y que están operados por personal capacitados.

Es un vehículo habilitado para ofrecer servicios de consulta externa médica y odontológica que labora en un área de influencia de varias localidades, con una ruta preestablecida. Podrá tener asignada alguna localidad "sede". Puede incluir también servicios de personal de enfermería.

Insumos:

- Solicitud verbal algún servicio de salud por parte del paciente, en la unidad móvil del ISEM.

Resultado:

- Diagnóstico, tratamiento o referencia del paciente a una unidad médica de primero, segundo o tercer nivel de atención, según corresponda, para el restablecimiento de su salud.

Interacción con otros procedimientos:

- Procedimiento: "Referencia de Pacientes a Unidades Médicas de Primero, Segundo y Tercer Nivel de Atención" del Manual de Procedimientos para la Operación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes en las Unidades Médicas de Primero, Segundo y Tercer Nivel de Atención.

Políticas:

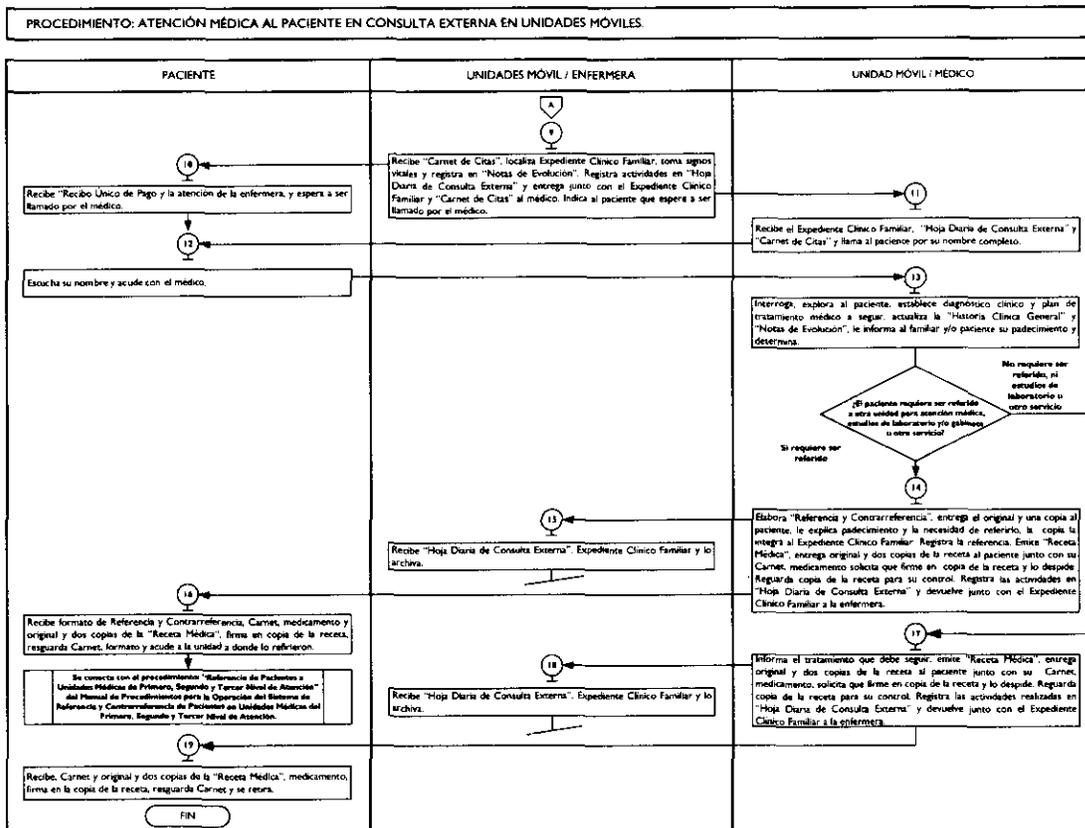
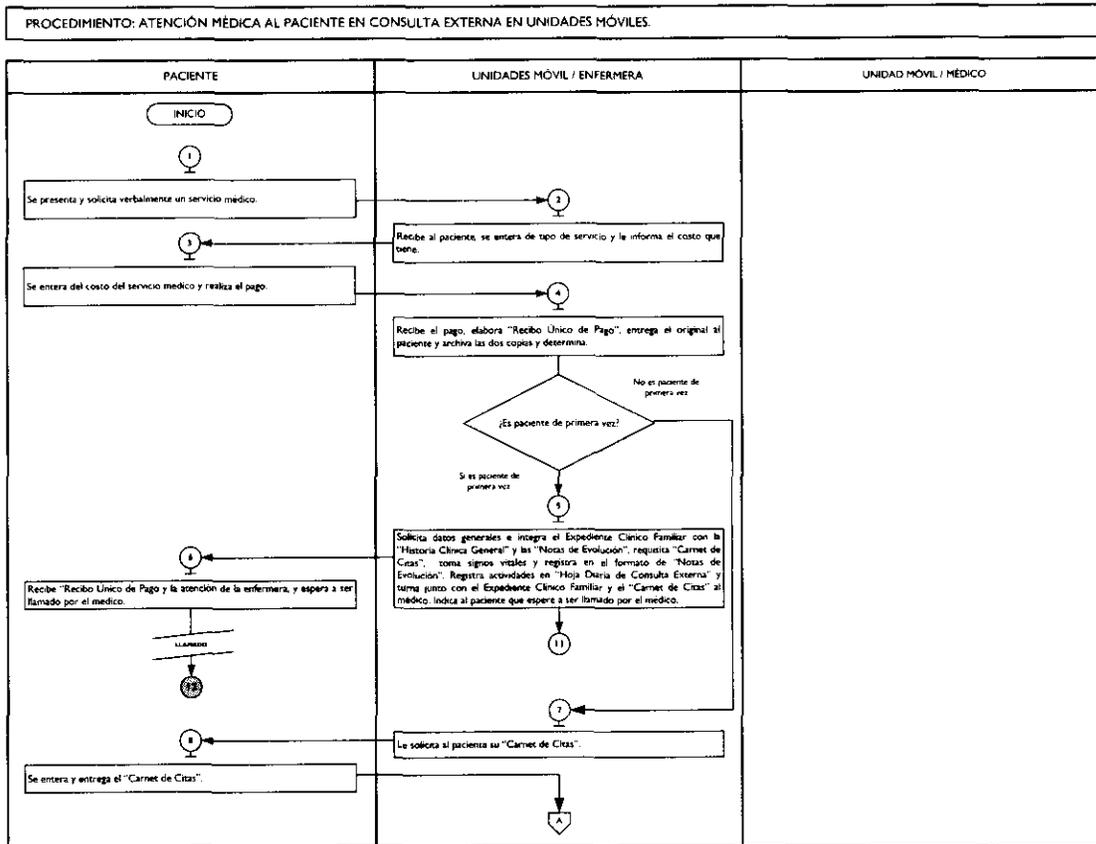
- El Expediente Clínico Familiar se manejará familiar y no individual, incluyendo a cada integrante de la familia que demandé el servicio.
- En caso de requerir el usuario ser referido a otro nivel resolutivo para su atención médica, el médico tratante seguirá el procedimiento del Sistema de Referencia-Contrarreferencia establecido en los Lineamientos Estatales para el Sistema de Referencia-Contrarreferencia en el Primer Nivel de Atención.
- El personal de las Unidades Médicas Móviles contará con el perfil adecuado y la capacitación requerida para otorgar educación a la salud, protección específica, detección, prevención y atención médica y odontológica.
- Las Unidades Médicas Móviles recibirán y atenderán a todo paciente que solicite atención médica, aun cuando no presente documentación alguna de referencia o identificación de la persona e inclusive que cuente con seguridad social de cualquier otra institución federal o estatal.

Desarrollo:**PROCEDIMIENTO 06: Atención Médica al Paciente en Consulta Externa en Unidades Móviles.**

No	UNIDAD ADMINISTRATIVA/PUESTO	DESCRIPCIÓN
1	Paciente	Se presenta en la unidad móvil y solicita verbalmente un servicio médico.
2	Unidad Móvil / Enfermera	Recibe al paciente, se entera de la solicitud y tipo de servicio y le informa el costo que tiene.
3	Paciente	Se entera del costo del servicio médico y realiza el pago.
4	Unidad Móvil / Enfermera	Recibe el pago del servicio médico, elabora "Recibo Único de Pago" en original y dos copias, entrega el original al paciente y archiva las dos copias para su control y determina: ¿Es paciente de primera vez?
5	Unidad Móvil / Enfermera	Si es paciente de primera vez. Le solicita sus datos generales e integra el Expediente Clínico Familiar con la "Historia Clínica General" y las "Notas de Evolución", requisita el "Carnet de Citas", le toma signos vitales al paciente y los registra en el formato de "Notas de Evolución". Registra las actividades en la "Hoja Diaria de Consulta Externa" del Sistema de Información en Salud y turna junto con el Expediente Clínico Familiar y el "Carnet de Citas" al médico. Le indica al paciente que espere a ser llamado por el médico. Se conecta con la operación No. 11.
6	Paciente	Recibe "Recibo Único de Pago" y la atención de la enfermera, y espera a ser llamado por el médico. Se conecta con la operación No. 12.
7	Unidad Móvil / Enfermera	No es paciente de primera vez.
8	Paciente	Le solicita al paciente su "Carnet de Citas". Se entera y entrega el "Carnet de Citas".
9	Unidad Móvil / Enfermera	Recibe el "Carnet de Citas", localiza el Expediente Clínico Familiar, toma signos vitales al paciente y los registra en formato de "Notas de Evolución". Registra actividades en la "Hoja Diaria de Consulta Externa" del Sistema de Información en Salud y los entrega junto con el Expediente Clínico Familiar y "Carnet de Citas" al médico. Le indica al paciente que espere a ser llamado por el médico.

10	Paciente	Recibe "Recibo Único de Pago y la atención de la enfermera, y espera a ser llamado por el médico. Se conecta con la operación No. 12.
11	Unidad Móvil / Médico	Recibe el Expediente Clínico Familiar junto con la "Hoja Diaria de Consulta Externa" y "Carnet de Citas" y llama al paciente por su nombre completo.
12	Paciente	Escucha su nombre y acude con el médico.
13	Unidad Móvil / Médico	Interroga y explora al paciente, establece diagnóstico clínico y plan de tratamiento médico a seguir, actualiza la "Historia Clínica General" y "Notas de Evolución", le informa al familiar y/o paciente su padecimiento y determina: ¿El paciente requiere ser referido a otra unidad para atención médica, estudios de laboratorio y/o gabinete u otro servicio?
14	Unidad Móvil / Médico	Si requiere ser referido. Elabora formato de "Referencia y Contrarreferencia" en original y dos copias, entrega el original y una copia al paciente, le explica su padecimiento y la necesidad de referirlo a otra unidad médica y la segunda copia la integra al Expediente Clínico Familiar. Registra la referencia en su libreta control de pacientes referidos. Emite "Receta Médica" en original y tres copias, entrega original y dos copias de la receta al paciente junto con su Carnet, medicamento, solicita que firme en la tercera copia de la receta y lo despide. Reguarda tercera copia de la receta para su control en el recetario. Registra las actividades realizadas en "Hoja Diaria de Consulta Externa" del Sistema de Información en Salud y devuelve junto con el
15	Unidad Móvil / Enfermera	Recibe "Hoja Diaria de Consulta Externa", Expediente Clínico Familiar y lo archiva.
16	Paciente	Recibe original y copia del formato de Referencia y Contrarreferencia, Carnet, medicamento y original y dos copias de la "Receta Médica", firma en la tercera copia de la receta, resguarda Carnet, formato y acude a la unidad a donde lo refirieron. Se conecta con el procedimiento: "Referencia de Pacientes a Unidades Médicas de Primero, Segundo y Tercer Nivel de Atención" del Manual de Procedimientos para la Operación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes en Unidades Médicas del Primero, Segundo y Tercer Nivel de Atención.
17	Unidad Móvil / Médico	No requiere ser referido, ni estudios de laboratorio y/o gabinete u otro servicio. Informa al paciente el tratamiento que debe seguir, emite "Receta Médica" en original y tres copias, entrega original y dos copias de la receta al paciente junto con su Carnet, medicamento y solicita firme en la tercera copia de la receta y lo despide. Reguarda tercera copia de la receta para su control en el recetario. Registra las actividades realizadas en "Hoja Diaria de Consulta Externa" del Sistema de Información en Salud y devuelve junto con el Expediente Clínico Familiar a la enfermera.
18	Unidad Móvil / Enfermera	Recibe "Hoja Diaria de Consulta Externa", Expediente Clínico" y lo archiva.
19	Paciente	Recibe, Carnet y original y dos copias de la "Receta Médica", medicamento, firma en la tercera copia de la receta, resguarda Carnet y se retira.

Diagramación:



Medición:

Indicador para medir la atención de pacientes que ingresan al servicio de consulta externa de manera mensual: Estándar de consulta por médico, 12 mínimo, 24 máximo, por jornada de trabajo.

Número mensual de consultas generales otorgadas en servicio de consulta externa en unidades móviles	Número mensual de médicos en días laborables	X 100= Porcentaje de consultas atendidas en el Servicio de Consulta Externa en las Unidades Móviles.
Población atendida por el programa mensualmente	Población que habita en comunidades aisladas y con alta marginación	X 100= porcentaje de población atendida mensualmente.
Número de localidades atendidas mensualmente	Número de localidades programadas para ser atendidas mensualmente	X100= Porcentaje de localidades atendidas mensualmente.

Registro de Evidencias:

El registro de atención de los pacientes queda evidenciado en el Expediente Clínico Familiar que se archiva en la unidad móvil.

Formatos e instructivos:

Los formatos y sus respectivos instructivos de llenado se encuentran en el Apartado de Anexos.

- Recibo Único de Pago (página 2 del anexo Formatos e Instructivos).
- Historia Clínica General (página 21 del anexo Formatos e Instructivos).
- Notas de Evolución (página 7 del anexo Formatos e Instructivos).
- Carnet de Citas (página 5 del anexo Formatos e Instructivos).
- Hoja Diaria de Consulta Externa (página 10 del anexo Formatos e Instructivos).
- Referencia y Contrarreferencia (página 25 del anexo Formatos e Instructivos).
- Receta Médica (página 42 del anexo Formatos e Instructivos).

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE CONSULTA EXTERNA EN UNIDADES DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL ISEM	Edición: Primera
	Fecha: Abril/2010
	Código: 217B50401/07
	Página

PROCEDIMIENTO 07: Atención Médica al Paciente en Consulta Externa Estomatológica.**Objetivo:**

Mejorar la salud bucal del paciente, mediante la prestación de los servicios de atención médica en consulta externa estomatológica en Unidades de Salud del ISEM, de conformidad con los lineamientos técnicos en la materia y la estandarización de los procedimientos en las unidades de primer nivel.

Alcance:

Aplica a todo el personal que realiza actividades de atención médica estomatológica al paciente en las Unidades de Salud del Instituto de Salud del Estado de México.

Referencias:

- Ley General de Salud.** Título Tercero, Capítulo I, artículos 23 y 27, fracción III, Capítulo II Atención Médica, Artículo 33, fracciones I, II y III. Diario Oficial de la Federación, 7 de febrero de 1984, reformas y adiciones.
- Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado y Municipios.** Título Tercero, Capítulo II, artículos 42 y 43. Gaceta del Gobierno, 11 de septiembre de 1990, reformas y adiciones.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.** Capítulo I, Artículo 8, fracciones I, II y III, Capítulo IV, artículos 73, 74 y 87. Diario Oficial de la Federación, 14 de mayo de 1986, reformas y adiciones.
- Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004.** En Materia de Información en Salud. Diario Oficial de la Federación, 28 de septiembre de 2005.
- Norma Oficial Mexicana NOM-166-SSA1-1997.** Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos. Diario Oficial de la Federación, 4 de diciembre de 1998, reformas y adiciones.
- Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998.** Del Expediente Clínico. Diario Oficial de la Federación, 07 de diciembre de 1998, reformas y adiciones.
- Norma Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998.** Que establece los Requerimientos Mínimos de Infraestructura y Equipamiento de Establecimientos para la Atención Médica de Paciente Ambulatorio. Diario Oficial de la Federación, 14 de septiembre de 1999.

Manual Operativo para el llenado de formatos del Expediente Clínico Estomatológico.**Responsabilidades:**

Los Centros de Salud, Centros Especializados en Atención Primaria a la Salud y las Unidades Móviles son las unidades médico-administrativas responsables de otorgar la atención médica y estomatológica a la población que así lo requiera, apegándose a la normatividad vigente en la materia.

El Estomatólogo deberá:

- Requisar y/o actualizar la "Historia Clínica y Estudio Estomatológico", "Plan y Desarrollo de Tratamiento Estomatológico", "Carta de Consentimiento Informado" y aplicar el esquema básico de prevención y dar recomendaciones médicas odontológicas al paciente o familiar.
- Elaborar, en su caso, el formato de "Referencia y Contrarreferencia" y registrar la referencia en la libreta de pacientes referidos.
- Realizar las actividades de restauración solicitadas por el usuario y registrarlas en la "Hoja Diaria de Consulta Externa".
- Registrar, en su caso, la fecha de la próxima cita en el "Carnet de Citas" del paciente.

El personal del Área de Archivo deberá:

- Requisar el Expediente Clínico Estomatológico, integrarlo al Expediente Clínico Familiar y turnar el expediente al estomatólogo.
- Requisar el "Carnet de Citas" y entregarlo al paciente.
- Archivar los Expedientes Clínico Familiares de todos los pacientes.

El Área de Caja deberá:

- Realizar el cobro correspondiente del servicio que solicita el paciente.
- Elaborar el "Recibo Único de Pago" y entregarlo al paciente.

Definiciones:

- **Atención Ambulatoria.-** Servicio que se otorga a toda persona que acude a un establecimiento de salud para consulta o tratamiento, y abandona el establecimiento en un lapso de unas horas desde el inicio de la consulta; se consideran ambulatorias todas las visitas a instalaciones de atención que no conlleven a la hospitalización con estancia nocturna. (Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de información en salud).
- **Atención Médica.-** Conjunto de Servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de, promover, proteger y restaurar la salud. (Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico).
- **Consultorio.-** Área física que cuenta con las instalaciones y equipo necesario para que el personal médico y paramédico brinde consulta externa a pacientes ambulatorios. (Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de información en salud).
- **Cartas de consentimiento bajo información.-** Documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepte, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico o con fines diagnósticos, terapéuticos o rehabilitatorios. (Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico).
- **Consulta Externa de Especialidad.-** 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.
- **Calidad de la atención.-** Se considera a la secuencia de actividades que relacionan al prestador de los servicios con el usuario (oportunidad de la atención, accesibilidad a la unidad, tiempo de espera, así como de los resultados). (Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio).
- **Calidez en la atención.-** Trato cordial, atento y con información que se proporciona al usuario del servicio. (Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio).
- **Centro de Salud.-** Son unidades que prestan servicios, tanto de atención de salud a la persona como de atención de salud a la comunidad. El Centro de Salud es un órgano desconcentrado por servicio, de carácter sustantivo, al que se transfieren prestaciones médicas de atención primaria a la salud, que habrán de proporcionarse preferentemente a los usuarios determinados como su población responsabilidad, sin exclusión de los que no lo sean, en el ámbito geográfico establecido.
- **Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud.-** Es un órgano desconcentrado por servicio, de carácter sustantivo, al que se transfieren prestaciones médicas de atención primaria de la salud, que habrán de proporcionarse preferentemente a los usuarios determinados como su población responsabilidad, sin exclusión de los que no lo sean, en el ámbito geográfico establecido. (Consulta: general, odontológica, obstétrica, pediátrica, nutricional y psicológica).

- **Estomatólogo.-** Médico odontólogo, cirujano dentista, licenciado en estomatología, licenciado en odontología, licenciado en cirugía dental, médico cirujano dentista, cirujano dentista militar o profesional de la salud bucal con licenciatura.
- **Expediente Clínico Estomatológico.-** Conjunto de documentos escritos gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el estomatólogo debe hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención.
- **Paciente.-** Beneficiario directo de la atención médica (Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSAI-1998, del expediente clínico).
- **Unidad Médica.-** Establecimiento físico que cuenta con los recursos materiales, humanos, tecnológicos y económicos, cuya complejidad es equivalente al nivel de operación y está destinado a proporcionar atención médica integral a la población. (Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de información en salud).
- **Unidad Médica Móvil.-** Son los vehículos que contienen equipo de diagnóstico y tratamiento de diversos niveles de capacidad resolutive y que están operados por personal capacitado.
Es un vehículo habilitado para ofrecer servicios de consulta externa médica y odontológica que labora en un área de influencia de varias localidades con una ruta preestablecida, podrá tener asignada alguna localidad "sede". Puede incluir también servicios de personal de enfermería.

Insumos:

- Solicitud verbal por parte del paciente, en el Servicio de Consulta Externa Estomatológica.

Resultados:

- Atención clínica preventiva y curativa odontológica y eliminación de focos de infección al usuario o en su caso, referencia del paciente al segundo nivel de atención.

Interacción con otros procedimientos:

Procedimiento: "Referencia de Pacientes a Unidades Médicas de Primero, Segundo y Tercer Nivel de Atención" del Manual de Procedimientos para la Operación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes en las Unidades Médicas de Primero, Segundo y Tercer Nivel de Atención.

Políticas:

- Las unidades médicas otorgarán la atención odontológica a la población en general, cuando así lo requieran, a través de la consulta externa general, apegados a los procedimientos que se incluyen en este documento.
- Los Centros Especializados en Atención Primaria a la Salud (CEAPS) otorgarán la atención médica sólo con el personal autorizado por la institución.
- La atención médica odontológica que se proporcione en las unidades médicas, deberá apegarse a los estándares de calidad que señalen las normas en materia de salud.
- El personal odontológico y administrativo atenderá a los usuarios con la diligencia y la debida ética que el servicio requiera.
- El personal odontológico y administrativo deberá difundir y dar cumplimiento a lo normado en los Códigos Éticos Conductuales establecidos por la institución, a la población demandante del servicio odontológico.
- La atención odontológica en las unidades médicas, deberá otorgarse dentro de los horarios que señalen las autoridades competentes.
- La atención odontológica en las unidades médicas se otorgará en instalaciones limpias, ordenadas y seguras antes, durante y después de la práctica odontológica, por lo que el personal médico, auxiliar y administrativo deberá prever mediante la gestión ante la comunidad, comités locales de salud, aval ciudadano, grupos de autoayuda de programas de salud, usuarios de programas de seguridad social, autoridades municipales y de la institución a la que pertenece la unidad, para que se dé cumplimiento a este requisito.
- El odontólogo tratante y su personal auxiliar de salud deberá apegarse a los tiempos que asignen las autoridades competentes para la atención médica a cada usuario, como lo establecen los Indicadores de Evaluación de la Calidad y Desempeño, en tiempos establecidos para atención de pacientes de primera vez y subsecuentes en el año.
- El odontólogo tratante deberá apegarse al cumplimiento del indicador, mínimo de 6 y máximo de 9 consultas por médico durante su jornada de trabajo asignada, como lo establecen los Indicadores de Evaluación de la Calidad y Desempeño para la evaluación de la productividad odontológica.
- El personal odontológico y auxiliar deberá archivar y ordenar obligatoriamente los expedientes clínicos bajo la normatividad vigente para el manejo del archivo clínico.
- El personal odontológico manejará obligatoriamente los expedientes clínicos, único documento médico legal, como lo establece la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSAI-1998, del expediente clínico y la Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2006, para la prevención y control de las enfermedades bucales, será propiedad de la institución que ofrece el servicio y se elaborará desde la primera vez que el usuario demanda el servicio.
- El expediente clínico odontológico se manejará dentro del Expediente Clínico Familiar.

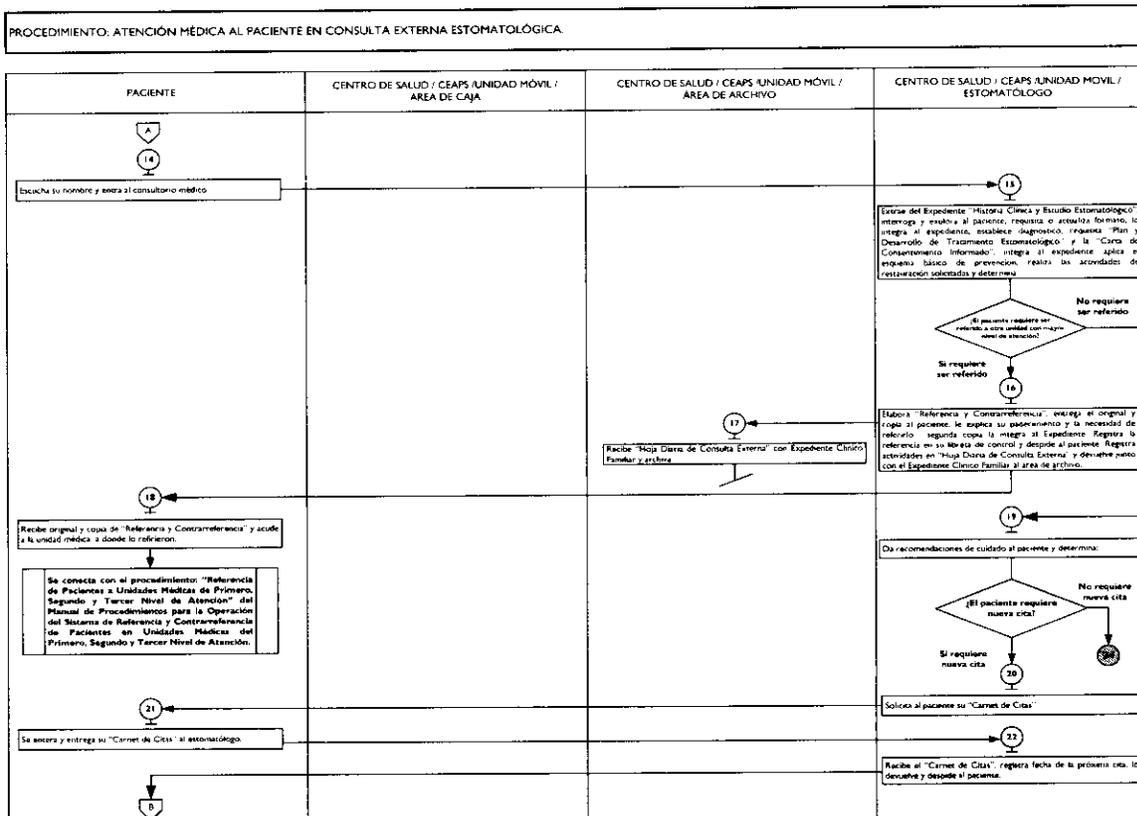
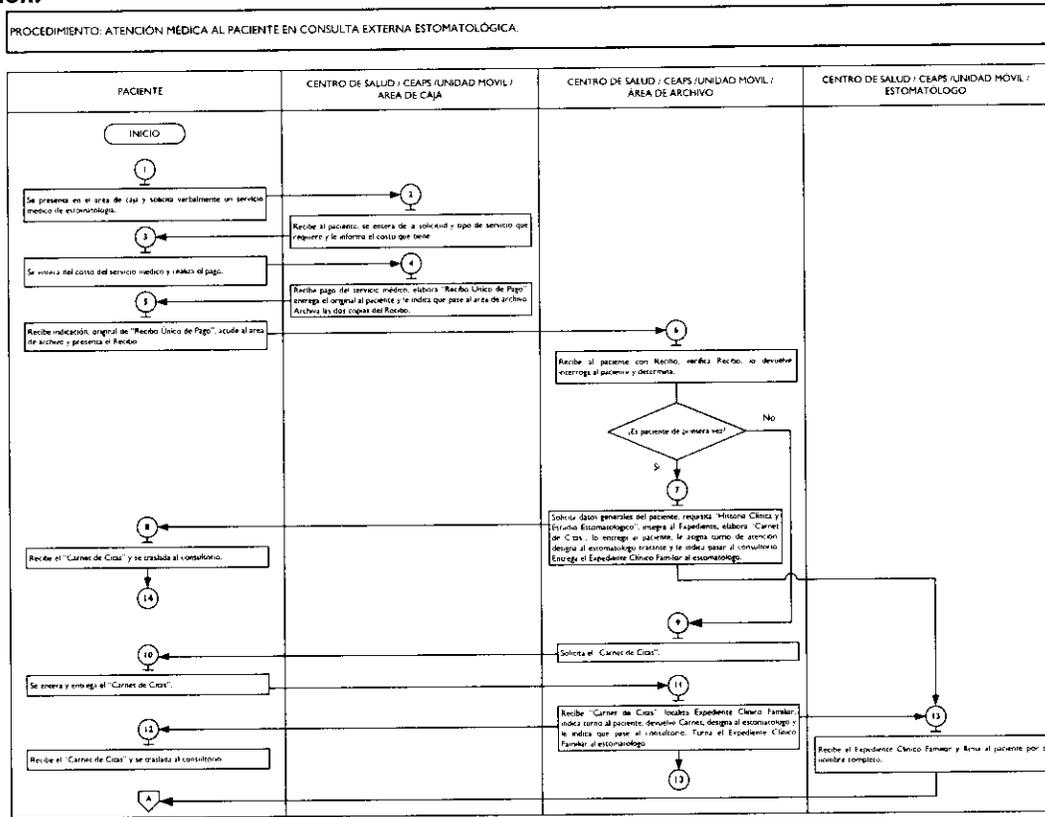
- El personal odontológico ordenará obligatoriamente los formatos oficiales que integran el expediente clínico familiar, así como su actualización, por un periodo de 5 años.
- El personal odontológico se apegará a establecer diagnósticos y planes de tratamiento basados en los contenidos de las Normas Oficiales Mexicanas vigentes.
- El personal odontológico y administrativo requisitará los formatos médicos y administrativos que se les requiera por las Coordinaciones Municipales y Jurisdiccionales Sanitarias.
- En todas las unidades médicas se contará con la suficiencia necesaria de formatos específicos del expediente clínico y de programas de salud vigentes, durante la consulta médica.
- El personal odontológico y auxiliar realizará obligatoriamente las actividades administrativas de las áreas de archivo y caja, en caso de no contar la unidad con recursos humanos específicos para desarrollar estas actividades administrativas.
- El personal odontológico y/o administrativo en su caso, solicitará al usuario la cuota de recuperación, cuando el caso así lo requiera en los diferentes servicios médicos de la unidad, como lo establece la normatividad vigente en la materia.
- El personal odontológico deberá implementar estrategias para disminuir tiempos de espera; estableciendo para esto la agenda de citas obligatoriamente.
- Todas las políticas mencionadas con anterioridad deberán estar bajo estricta y permanente supervisión y asesoría por las autoridades competentes de todos los niveles, para dar cumplimiento estricto de las mismas.

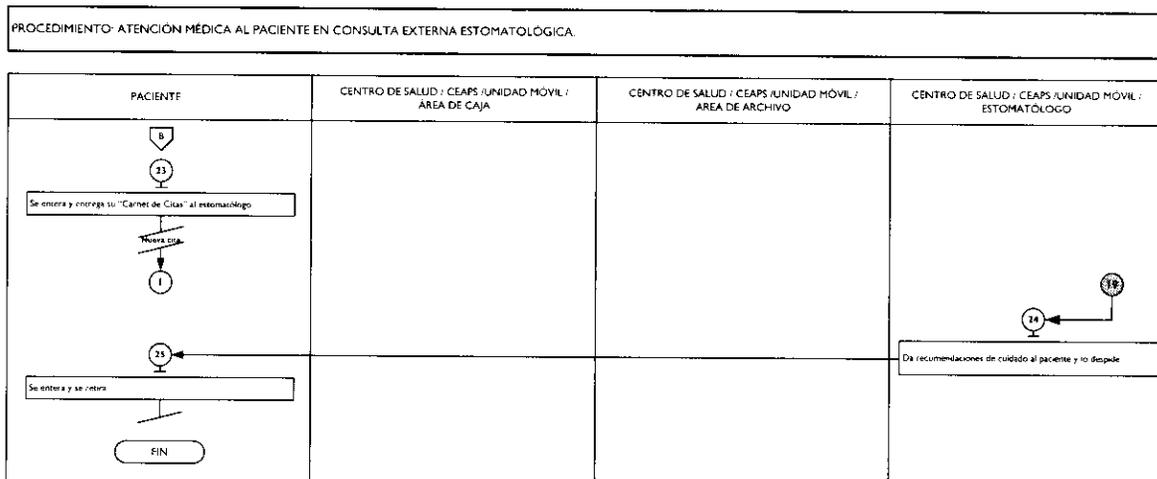
Desarrollo:**PROCEDIMIENTO 07: Atención Médica al Paciente en Consulta Externa Estomatológica.**

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA/PUESTO	DESCRIPCIÓN
1	Paciente	Se presenta en el Centro de Salud o CEAPS, en el área de caja, o en la Unidad Móvil y solicita verbalmente un servicio médico de estomatología.
2	Centro de Salud / CEAPS / Unidad Móvil / Área de Caja	Recibe al paciente, se entera de la solicitud y tipo de servicio que requiere y le informa el costo que tiene.
3	Paciente	Se entera del costo del servicio médico y realiza el pago.
4	Centro de Salud / CEAPS / Unidad Móvil / Área de Caja	Recibe el pago del servicio médico, elabora "Recibo Único de Pago" en original y dos copias, entrega el original al paciente y le indica que pase al área de archivo. Archiva las dos copias del Recibo para su control.
5	Paciente	Recibe indicación junto con el original de "Recibo Único de Pago", acude al área de archivo y presenta el Recibo.
6	Centro de Salud / CEAPS / Unidad Móvil / Área de Archivo	Recibe al paciente junto con el Recibo, verifica Recibo, lo devuelve, interroga al paciente y determina: ¿Es paciente de primera vez?
7	Centro de Salud / CEAPS / Unidad Móvil / Área de Archivo	Si es paciente de primera vez. Solicita datos generales del paciente, requisita el formato "Historia Clínica y Estudio Estomatológico" y lo integra al Expediente Clínico Familiar, elabora el "Carnet de Citas", lo entrega al paciente, le asigna turno de atención, designa al estomatólogo tratante y le indica pasar al consultorio. Entrega el Expediente Clínico Familiar al estomatólogo. Se conecta con la operación No. 13.
8	Paciente	Recibe el "Carnet de Citas" y se traslada al consultorio. Se conecta con la operación No. 14.
9	Centro de Salud / CEAPS / Unidad Móvil / Área de Archivo	No es paciente de primera vez. Solicita el "Carnet de Citas".
10	Paciente	Se entera y entrega el "Carnet de Citas".

11	Centro de Salud / CEAPS / Unidad Móvil / Área de Archivo	Recibe el "Carnet de Citas", localiza el Expediente Clínico Familiar, indica turno de atención al paciente, le devuelve el Carnet, designa al estomatólogo y le indica que pase al consultorio. Turna el Expediente Clínico Familiar al estomatólogo. Se conecta con la operación No. 13.
12	Paciente	Recibe el "Carnet de Citas" y se traslada al consultorio.
13	Centro de Salud / CEAPS / Unidad Móvil / Estomatólogo	Recibe el Expediente Clínico Familiar y llama al paciente por su nombre completo.
14	Paciente	Escucha su nombre y entra al consultorio médico.
15	Centro de Salud / CEAPS / Unidad Móvil / Estomatólogo	Extrae del Expediente el formato de "Historia Clínica y Estudio Estomatológico", interroga y explora al paciente, requisita o actualiza el formato, lo integra al expediente, establece diagnóstico, requisita "Plan y Desarrollo de Tratamiento Estomatológico" y la "Carta de Consentimiento Informado" y los integra al expediente, aplica el esquema básico de prevención, realiza las actividades de restauración solicitadas y determina: ¿El paciente requiere ser referido a otra unidad con mayor nivel de atención?
16	Centro de Salud / CEAPS / Unidad Móvil / Estomatólogo	Si requiere ser referido. Elabora formato de "Referencia y Contrarreferencia" en original y dos copias, entrega el original y una copia al paciente, le explica su padecimiento y la necesidad de referirlo a otra unidad médica y la segunda copia la integra al Expediente Clínico Familiar. Registra la referencia en su libreta de control de pacientes referidos y despide al paciente. Registra las actividades realizadas en la "Hoja Diaria de Consulta Externa" del Sistema de Información en Salud y devuelve junto con el Expediente Clínico Familiar al área de archivo.
17	Centro de Salud / CEAPS / Unidad Móvil / Área de Archivo	Recibe "Hoja Diaria de Consulta Externa" junto con el Expediente Clínico Familiar y archiva.
18	Paciente	Recibe original y copia de "Referencia y Contrarreferencia" y acude a la unidad médica a donde lo refirieron. Se conecta con el procedimiento: "Referencia de Pacientes a Unidades Médicas de Primero, Segundo y Tercer Nivel de Atención" del Manual de Procedimientos para la Operación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes en Unidades Médicas del Primero, Segundo y Tercer Nivel de Atención.
19	Centro de Salud / CEAPS / Unidad Móvil / Estomatólogo	No requiere ser referido. Da recomendaciones de cuidado al paciente y determina: ¿El paciente requiere nueva cita?
20	Centro de Salud / CEAPS / Unidad Móvil / Estomatólogo	Si requiere nueva cita. Solicita al paciente su "Carnet de Citas".
21	Paciente	Se entera y entrega su "Carnet de Citas" al estomatólogo.
22	Centro de Salud / CEAPS / Unidad Móvil / Estomatólogo	Recibe el "Carnet de Citas", registra la fecha de la próxima cita, lo devuelve y despide al paciente.
23	Paciente	Recibe "Carnet de Citas", se retira y espera fecha de nueva cita. Se conecta con a la operación No. 1.
24	Centro de Salud / CEAPS / Unidad Móvil / Estomatólogo	No requiere nueva cita. Da recomendaciones de cuidado al paciente y lo despide.
25	Paciente	Se entera y se retira.

Diagramación:





Medición:

Indicador para medir la atención de pacientes que ingresan al servicio de consulta externa estomatológica de manera mensual: Estándar de consulta por médico, 6 mínimo, 9 máximo por jornada de trabajo.

$$\frac{\text{Número mensual de consultas odontológicas otorgadas en servicio de consulta externa}}{\text{Número mensual de odontólogos en días laborables}} \times 100 = \text{Porcentaje de consultas odontológicas atendidas mensualmente en el Servicio de Consulta Externa.}$$

Registro de Evidencias:

El registro de atención de los pacientes queda evidenciado en el Expediente Clínico Familiar que se resguarda en el área de archivo de la unidad médica.

Formatos e instructivos:

Los formatos y sus respectivos instructivos de llenado se encuentran en el Apartado de Anexos.

- Recibo Único de Pago (página 2 del anexo Formatos e Instructivos).
- Carnet de Citas (página 5 del anexo Formatos e Instructivos).
- Hoja Diaria de Consulta Externa (página 10 del anexo Formatos e Instructivos).
- Historia Clínica General (página 21 del anexo Formatos e Instructivos).
- Historia Clínica y Estudio Estomatológico (página 61 del anexo Formatos e Instructivos).
- Plan y Desarrollo de Tratamiento Estomatológico (página 65 del anexo Formatos e Instructivos).
- Carta de Consentimiento Informado (página 70 del anexo Formatos e Instructivos).

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE CONSULTA EXTERNA EN UNIDADES DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL ISEM	Edición: Primera
	Fecha: Abril/2010
	Código: 217B50401/08
	Página

PROCEDIMIENTO 08: Alta del Paciente en los Centros Especializados en Atención Primaria a la Salud.

Objetivo:

Agilizar los trámites administrativos para el egreso de los pacientes que se encuentran hospitalizados, mediante la autorización de su alta de las Unidades de Salud de Primer Nivel de Atención.

Alcance:

Aplica a todo el personal de las áreas que realizan trámites administrativos para el egreso del paciente que se encuentra hospitalizado en las Unidades de Salud del Instituto de Salud del Estado de México.

Referencias:

- Ley General de Salud.** Título Tercero, Capítulo I, artículos 23 y 27, fracción III, Capítulo II Atención Médica, Artículo 33, fracciones I, II y III. Diario Oficial de la Federación, 7 de febrero de 1984, reformas y adiciones.
- Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado y Municipios.** Título Tercero, Capítulo II, artículos 42 y 43. Gaceta del Gobierno, 11 de septiembre de 1990, reformas y adiciones.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.** Capítulo I, Artículo 8, fracciones I, II y III, Capítulo IV, artículos 73, 74 y 87. Diario Oficial de la Federación, 14 de mayo de 1986, reformas y adiciones.

Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004. En Materia de Información en Salud. Diario Oficial de la Federación, 28 de septiembre de 2005.

Norma Oficial Mexicana NOM-166-SSA1-1997. Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos. Diario Oficial de la Federación, 4 de diciembre de 1998, reformas y adiciones.

Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998. Del Expediente Clínico. Diario Oficial de la Federación, 07 de diciembre de 1998, reformas y adiciones.

MASalud Modelo de Atención a la Salud del Estado de México del 2007.

Responsabilidades:

El Servicio de Hospitalización es responsable de otorgar la atención médica a la población que así lo requiera, apegándose a la normatividad vigente en la materia.

El Médico Especialista deberá:

- Otorgar el alta del paciente por mejoría, referencia o defunción.
- Realizar la nota de egreso y resumen clínico en el formato "Notas de Evolución".
- Elaborar el "Aviso de Alta del Médico" e integrarlo al Expediente Clínico Familiar.
- Elaborar el formato de "Referencia y Contrarreferencia" en caso de que el paciente requiera otro servicio en una unidad médica de mayor nivel de atención.
- Elaborar, en su caso, el "Certificado de Defunción" del paciente y entregarlo al familiar.

El Área de Enfermería deberá:

- Entregar, en su caso, el "Aviso de Alta del Médico" al familiar del paciente.
- Acompañar al familiar, en su caso al área de patología para que inicie el procedimiento correspondiente a la entrega del cadáver.

El Área de Caja deberá:

- Realizar el cobro correspondiente del servicio otorgado al paciente.
- Elaborar el "Recibo Único de Pago" y entregarlo al familiar del paciente.

Definiciones:

- **Contrarreferencia.-** Procedimiento administrativo mediante el cual una vez otorgada la atención, motivo de referencia, se envía al paciente a la unidad operativa que lo refirió, con el fin de que se realice control y seguimiento necesarios.
- **Defunción o Muerte.-** Extinción o término de la vida. Desaparición de todas las funciones vitales de una persona ocurridas después del nacimiento vivo. (Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de información en salud).
- **Egreso Hospitalario.-** Evento de salida del paciente del servicio 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. Excluye movimientos intraservicio. (Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de información en salud).
- **Expediente Clínico.-** Instrumento médico legal propiedad de la institución, expedido en beneficio del paciente, que se conserva por un periodo mínimo de 5 años contando a partir de la fecha del acto médico registrado.
- **Hospitalización.-** Servicio de internamiento de pacientes para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación. (Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico).
- **Referencia-Contrarreferencia.-** Es el procedimiento de coordinación entre las unidades médicas de los tres niveles de atención médica para facilitar el envío y recepción de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.
- **Referencia.-** Procedimiento administrativo utilizado para enviar al paciente de una unidad médica a otra de mayor complejidad.
- **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. (Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de información en salud).
- **Unidad Médica.-** Establecimiento físico que cuenta con los recursos materiales, humanos, tecnológicos y económicos, cuya complejidad es equivalente al nivel de operación y está destinado a proporcionar atención médica integral a la población. (Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de información en salud).

Insumos:

- Estado de salud del paciente.

Resultado:

- Egreso del paciente por mejoría, referencia o defunción del paciente del servicio de hospitalización de la Unidad de Salud.

Interacción con otros procedimientos:

- Atención Médica al Paciente en Consulta Externa de Especialidad (Ginecología y Pediatría) en Centros Especializados en Atención Primaria a la Salud.
- Procedimiento: "Referencia de Pacientes a Unidades Médicas de Primero, Segundo y Tercer Nivel de Atención" del Manual de Procedimientos para la Operación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes en Unidades Médicas de Primero, Segundo y Tercer Nivel de Atención.

Políticas:

- Las unidades médicas otorgarán la atención médica solo por personal autorizado por la institución, en la rama médica de Gineco-Obstetricia y Pediatría y en las áreas de nutrición y psicología, recursos que permanente y obligatoriamente recibirán capacitación inherente a su profesión por las autoridades competentes.
- La atención médica de especialidad que se proporcione en los Centros Especializados en Atención Primaria a la Salud (CEAPS), se apegará a los estándares de calidad que señalen las normas en materia de salud.
- El personal médico y administrativo atenderá a los usuarios con la diligencia y la debida ética que el servicio médico requiera.
- La atención medica en los Centros Especializados en Atención Primaria a la Salud (CEAPS), se otorgará en instalaciones limpias, ordenadas y seguras antes, durante y después de la práctica médica, por lo que el personal médico, auxiliar y administrativo deberá prever mediante la gestión ante la comunidad, comités locales de salud, aval ciudadano, grupos de autoayuda de programas de salud, usuarios de programas de seguridad social, autoridades municipales y de la institución a la que pertenece la unidad para que se dé cumplimiento a este requisito.
- El personal médico y administrativo difundirá y dará cumplimiento a lo normado en los Códices Ético-Conductuales establecidos por la institución, a la población demandante del servicio medico.

Desarrollo:

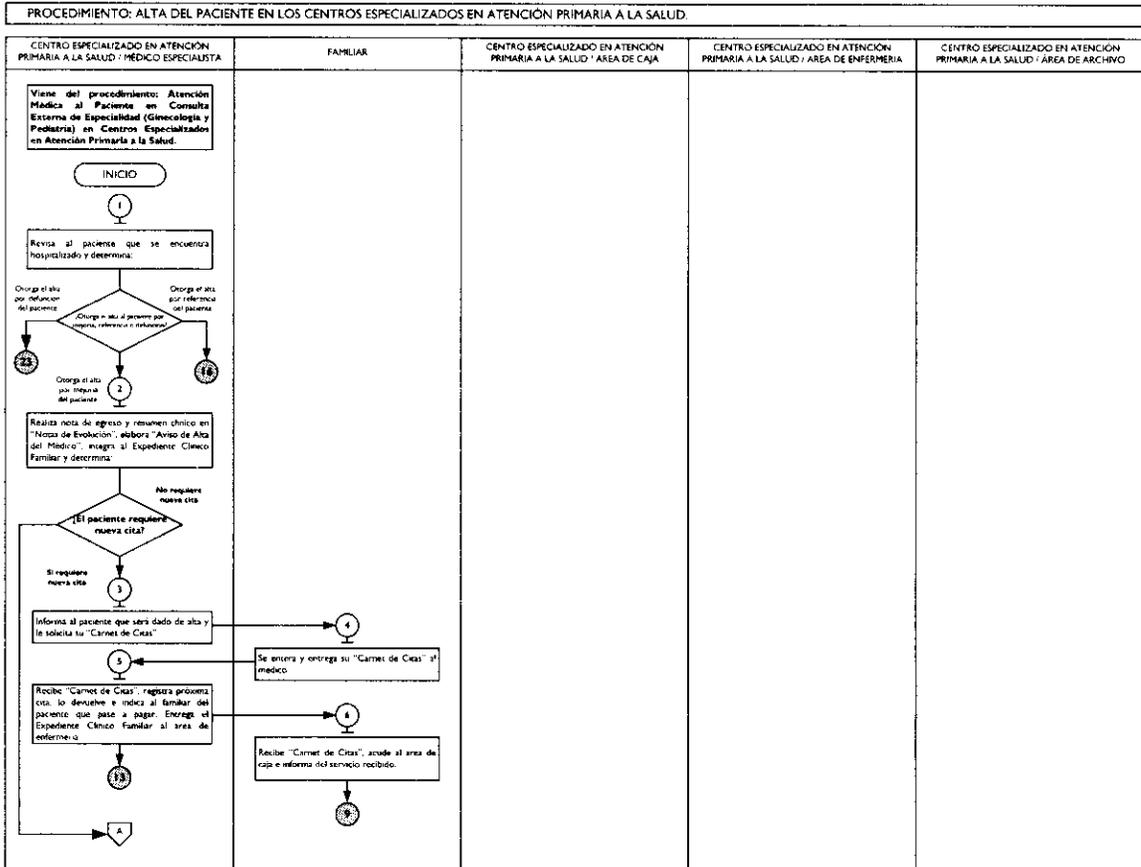
PROCEDIMIENTO 08: Alta del Paciente en los Centros Especializados en Atención Primaria a la Salud.

No	UNIDAD ADMINISTRATIVA/PUESTO	DESCRIPCIÓN
1	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Médico Especialista	Viene del procedimiento: Atención Médica al Paciente en Consulta Externa de Especialidad (Ginecología y Pediatría) en Centros Especializados en Atención Primaria a la Salud. Revisa al paciente que se encuentra hospitalizado y determina: ¿Otorga el alta al paciente por mejoría, referencia o defunción?
2	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Médico Especialista	Otorga el alta por mejoría del paciente. Realiza la nota de egreso y resumen clínico en el formato "Notas de Evolución", elabora "Aviso de Alta del Médico", integra al Expediente Clínico Familiar y determina: ¿El paciente requiere nueva cita?
3	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Médico Especialista	Si requiere nueva cita. Informa al paciente que será dado de alta y le solicita su "Carnet de Citas" al paciente o familiar.
4	Familiar	Se entera y entrega su "Carnet de Citas" al médico.
5	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Médico Especialista	Recibe el "Carnet de Citas", registra la fecha de la próxima cita, lo devuelve e indica al familiar del paciente que pase al área de caja a pagar. Entrega el Expediente Clínico Familiar al área de enfermería. Se conecta con la operación No. 13.
6	Familiar	Recibe "Carnet de Citas", acude al área de caja e informa del servicio recibido. Se conecta con la operación no. 9.
7	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Médico Especialista	No requiere nueva cita. Informa al paciente que será dado de alta e indica al familiar del paciente que pase al área de caja a pagar.
8	Familiar	Se entera, acude al área de caja e informa el servicio recibido.
9	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Área de Caja	Recibe al familiar, se entera del servicio recibido, determina el costo e informa el monto que debe cubrirse.

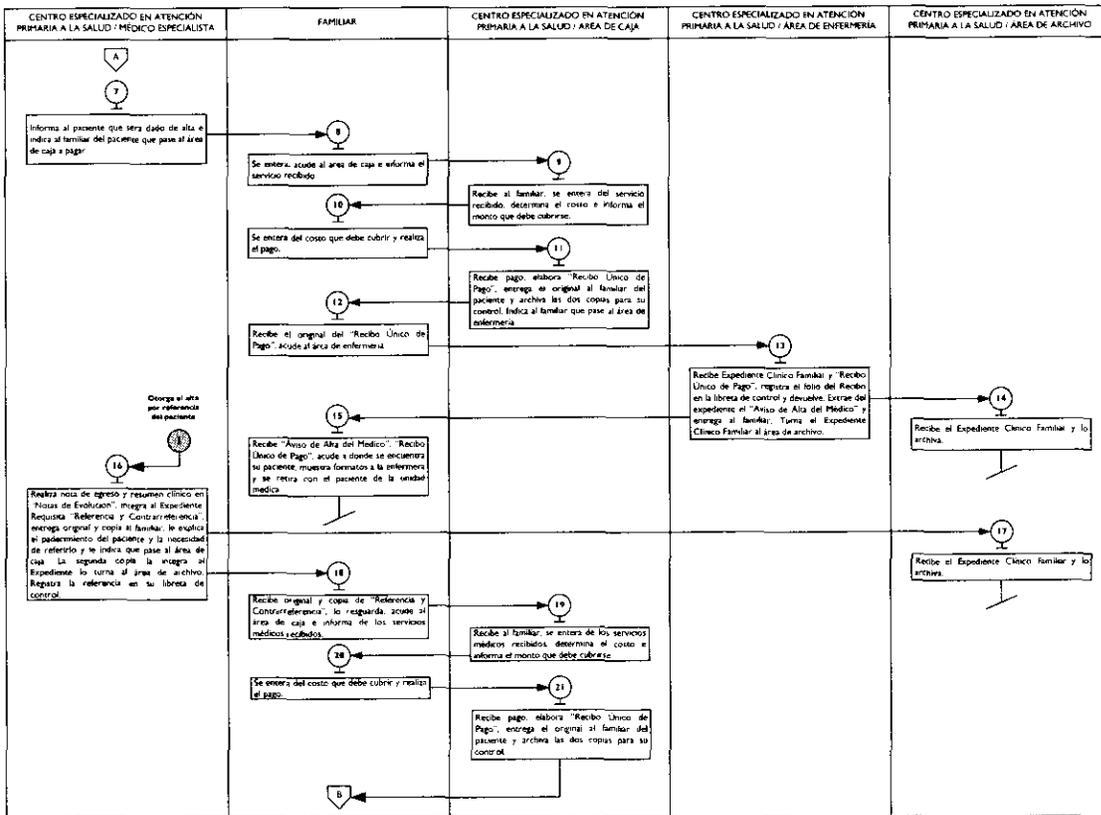
10	Familiar	Se entera del costo que debe cubrir y realiza el pago correspondiente.
11	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Área de Caja	Recibe el pago, elabora el "Recibo Único de Pago" en original y dos copias, entrega el original al familiar del paciente y archiva las dos copias para su control.
12	Familiar	Indica al familiar que pase al área de enfermería. Recibe el original del "Recibo Único de Pago", acude al área de enfermería y muestra el recibo.
13	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Área de Enfermería	Recibe el Expediente Clínico Familiar por parte del Médico Especialista y el original del "Recibo Único de Pago" del familiar, registra el folio del Recibo en la libreta de control y devuelve. Extrae del expediente el "Aviso de Alta del Médico" y se lo entrega al familiar. Turna el Expediente Clínico Familiar al área de archivo.
14	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Área de Archivo	Recibe el Expediente Clínico Familiar y lo archiva.
15	Familiar	Recibe el "Aviso de Alta del Médico" junto con el "Recibo Único de Pago", acude a donde se encuentra su paciente, muestra formatos a la enfermera a cargo y se retira con el paciente de la unidad médica.
16	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Médico Especialista	Otorga alta por referencia del paciente. Realiza la nota de egreso y resumen clínico en el formato de "Notas de Evolución" y lo integra al Expediente Clínico Familiar. Requisita el formato de "Referencia y Contrarreferencia" en original y dos copias, entrega el original y una copia al familiar, le explica el padecimiento del paciente y la necesidad de referirlo a otra unidad médica y le indica que pase al área de caja. La segunda copia del formato de referencia la integra al Expediente Clínico Familiar y lo turna al área de archivo. Registra la referencia en su libreta de control de pacientes referidos.
17	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Área de Archivo	Recibe el Expediente Clínico Familiar y lo archiva.
18	Familiar	Se entera, recibe original y copia del formato de "Referencia y Contrarreferencia", lo resguarda, acude al área de caja e informa de los servicios médicos recibidos.
19	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Área de Caja	Recibe al familiar, se entera de los servicios médicos recibidos, determina el costo e informa el monto que debe cubrirse.
20	Familiar	Se entera del costo que debe cubrir y realiza el pago correspondiente.
21	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Área de Caja	Recibe el pago, elabora el "Recibo Único de Pago" en original y dos copias, entrega el original al familiar del paciente y archiva las dos copias para su control.
22	Familiar	Recibe el original del "Recibo Único de Pago", acude a donde se encuentra el paciente, presenta formatos a la enfermera a cargo, se retira con el paciente de la unidad médica y procede a acudir a la unidad médica a la cual fue referido el paciente. Se conecta con el procedimiento: "Referencia de Pacientes a Unidades Médicas de Primero, Segundo y Tercer Nivel de Atención" del Manual de Procedimientos para la Operación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes en Unidades Médicas del Primero, Segundo y Tercer Nivel de Atención.
23	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Médico Especialista	Otorga el alta por defunción del paciente. Realiza la nota de egreso y resumen clínico en el formato de "Notas de Evolución" y la integra al Expediente Clínico Familiar. Elabora el "Certificado de Defunción" en original y dos copias, entrega el original al familiar y le indica que pase al área de caja. Archiva las dos copias del "Certificado de Defunción" en el Expediente Clínico Familiar" y lo envía al área de archivo. En caso médico legal, informa verbalmente al Ministerio Público la defunción del paciente.

24	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Área de Archivo	Recibe el Expediente Clínico Familiar y lo archiva.
25	Familiar	Se entera, recibe el original del "Certificado de Defunción" lo resguarda, acude al área de caja e informa de los servicios médicos recibidos.
26	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Área de Caja	Recibe al familiar, se entera de los servicios médicos proporcionados, determina el costo e informa el monto que debe cubrirse.
27	Familiar	Se entera del costo que debe cubrir y realiza el pago correspondiente.
28	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Área de Caja	Recibe el pago, elabora el "Recibo Único de Pago" en original y dos copias, entrega el original al familiar del paciente y archiva las dos copias para su control. Indica al familiar que pase al área de enfermería.
29	Familiar	Recibe el original del "Recibo Único de Pago", acude al área de enfermería y muestra el recibo.
30	Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud / Área de Enfermería	Recibe al familiar, verifica el Recibo, lo devuelve y acompaña al familiar al área de patología para que reciba el cuerpo y lo despide.
31	Familiar	Acude al área de patología y solicita el cuerpo de su paciente. Se conecta con el Manual de Procedimientos de Manejo del Cadáver.

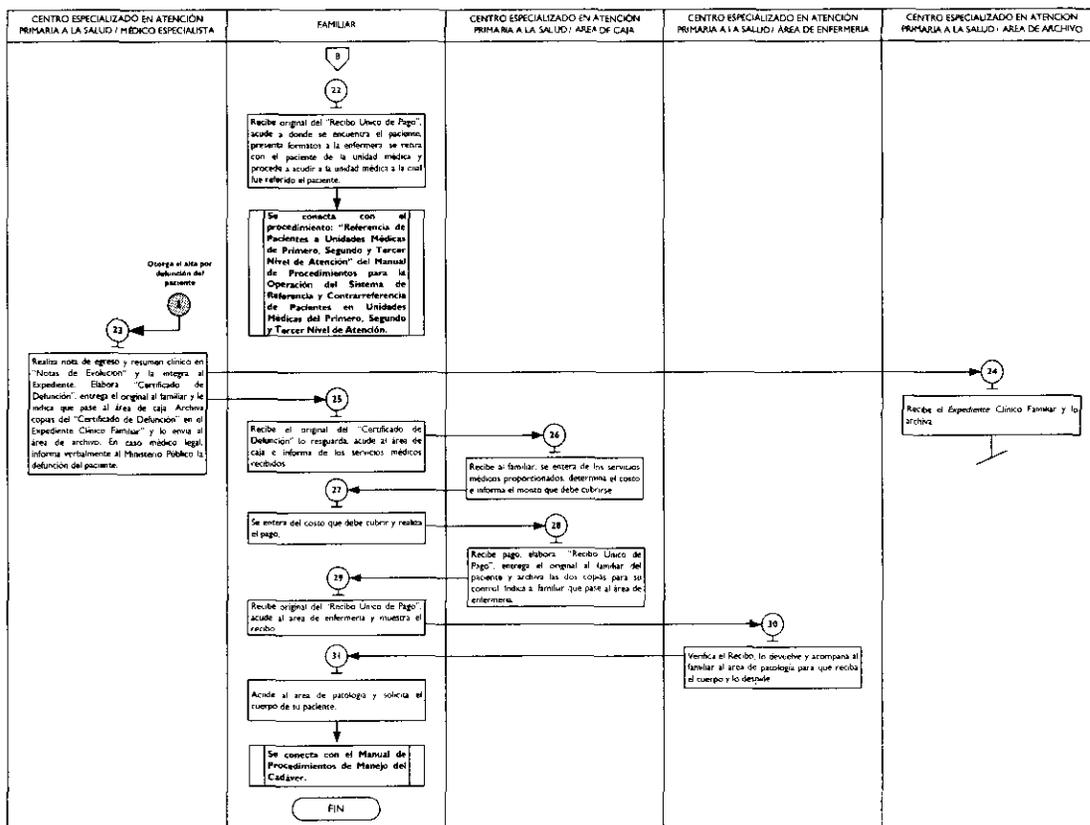
Diagramación:



PROCEDIMIENTO: ALTA DEL PACIENTE EN LOS CENTROS ESPECIALIZADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD.



PROCEDIMIENTO: ALTA DEL PACIENTE EN LOS CENTROS ESPECIALIZADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD.



Medición:

Indicador para medir los egresos de pacientes del Servicio de Hospitalización de manera mensual:

$$\frac{\text{Número mensual de egresos en el servicio de hospitalización}}{\text{Número mensual de pacientes hospitalizados en el servicio de hospitalización}} \times 100 = \text{Porcentaje de egresos en el Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud.}$$

Registro de Evidencias:

El registro de atención y alta de los pacientes queda evidenciado en el Expediente Clínico Familiar que se resguarda en el área de archivo del CEAPS.

Formatos e instructivos:

Los formatos y sus respectivos instructivos de llenado se encuentran en el Apartado de Anexos.

- Notas de Evolución (página 7 del anexo Formatos e Instructivos).
- Aviso de Alta del Médico (página 73 del anexo Formatos e Instructivos).
- Recibo Único de Pago (página 2 del anexo Formatos e Instructivos).
- Referencia y Contrarreferencia (página 25 del anexo Formatos e Instructivos).
- Certificado de Defunción (página 76 del anexo Formatos e Instructivos).

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE CONSULTA EXTERNA EN UNIDADES DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL ISEM	Edición:	Primera
	Fecha:	Abril/2010
	Código:	217B50401
	Página	IX

ANEXOS**FORMATOS E INSTRUCTIVOS****FORMATOS E INSTRUCTIVOS**

1. Recibo Único de Pago.
2. Carnet de Citas.
3. Notas de Evolución.
4. Hoja Diaria de Consulta Externa. (Formato de la Secretaría de Salud).
5. Historia Clínica General.
6. Referencia y Contrarreferencia.
7. Solicitud de Laboratorio.
8. Solicitud de Estudio de Gabinete.
9. Receta Médica.
10. Solicitud-Recepción de Interconsulta Médica.
11. Registro Clínico de Enfermería.
12. Solicitud de Internamiento.
13. Dieta.
14. Historia Clínica y Estudio Estomatológico.
15. Plan y Desarrollo de Tratamiento Estomatológico.
16. Carta de Consentimiento Informado para traslados.
17. Aviso de Alta del Médico.
18. Certificado de Defunción. (Formato de la Secretaría de Salud).

8	FECHA Y HORA:	Asentar el día, mes, año y la hora en la que se realiza el registro de la Nota de Evolución.
9	NOTAS DE EVOLUCIÓN:	Describir el estado de salud del paciente y cómo ha evolucionado a los tratamientos suministrados.



HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA

FECHA:

DÍA	MES	AÑO	

D. G. I. S.

UNIDAD:	JURISDICCIÓN:	LOCALIDAD:	SERVICIO:	NOMBRE:	TIPO MED. I ENF I TAPS I	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		HIDRATACIÓN ORAL		PLANIFICACIÓN FAMILIAR				DETECCIONES				DERECHO-HABIENTE																	
													1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2												
													DIAGNÓSTICO																																									
													1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	1	2	1	2
													1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	1	2						
													1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	1	2						
													1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	1	2						
													1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	1	2						
													1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	1	2						
													1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	1	2						
													1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	1	2						
													1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	1	2						
													1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	1	2						
													1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	1	2						
													1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	1	2						
													1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	1	2						
													1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	1	2						
													1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	1	2						
													1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	1	2						
													1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	1	2						
													1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	1	2						
													1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	1	2						
													1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	1	2						
													1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	1	2						
													1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	1	2						
													1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	1	2						
													1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	1	2						
													1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	1	2						
													1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	1	2						
													1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	1	2						
													1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	1	2						
													1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	1	2						
													1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	1	2						
													1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	1	2						
													1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	1	2						
													1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	1	2						
													1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	1	2						
													1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	1	2						
													1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	1	2						
													1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	1	2						
													1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	1	2						
													1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	1	2						
													1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	1	2						
													1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	1	2						
													1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	1	2						
													1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	1	2						
													1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	1	2						
													1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	1	2						
													1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	1							

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:	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
13	SUBSECUENTE:	<p>Marque con "X" cuando el motivo de la consulta sea seguimiento de una enfermedad o de un estado fisiológico en control.</p> <p>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.</p>
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:	<p>Anote con toda claridad el padecimiento o enfermedad que originó la consulta.</p> <p>En caso de infecciones respiratorias agudas, especifique claramente el tipo de infección de que se trata (neumonía, amigdalitis, faringitis, etc.)</p> <p>En el caso de enfermedades de transmisión sexual, anote claramente el nombre de ésta cuando el diagnóstico se haya confirmado.</p> <p>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.</p> <p>Anote claramente en este espacio, las personas que solicitaron tratamiento por picadura de alacrán.</p> <p>Si la persona solicita tratamiento por contacto con algún animal con rabia, anótelo en este espacio.</p>
18	PROGRAMA:	<p>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.</p> <p>Para el registro del programa considere lo siguiente:</p>
19	ENFE. TRANSMISIBLES:	<p>Referido a la atención de casos de cualquiera de las enfermedades consideradas como transmisibles.</p> <p>Para los casos nuevos, llene además el reporte epidemiológico correspondiente.</p>
20	ENF. CRÓNICO -DEGENERATIVAS:	<p>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.</p>
21	OTRAS ENFERMEDADES:	<p>Referido a la atención de casos de otras enfermedades (excluyendo transmisibles y crónico - degenerativas).</p>
22	CONSULTA A SANOS:	<p>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.</p>
23	PLANIFICACIÓN FAMILIAR:	<p>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.</p>
24	CONTROL PRENATAL TRIMESTRE GESTACIONAL	<p>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.</p>
25	ANÁLISIS CLÍNICOS:	<p>Marque con "X" si la embarazada presenta los resultados de sus análisis de laboratorio.</p>
26	ALTO RIESGO:	<p>Marque además con "X" si la embarazada es de alto riesgo considerando los valores de la hoja o instrumentos específicos para calificar el riesgo.</p>

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, anótelos 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 OBESIDAD/SOBREPESO NORMAL CON DESNUTRICIÓN LEVE CON DESNUTRICIÓN MODERADA CON DESNUTRICIÓN GRAVE	Este rubro capta la información de la valoración y seguimiento del estado de nutrición de todos los menores de 5 años que acuden a consulta. En la valoración nutricional utilice siempre las gráficas de peso/edad, talla/edad y complementariamente la de peso/talla. En la primera consulta, incorpórela 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 SINTOMÁTICO CON ANTIBIÓTICO	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 diarreaica, síndrome diarreaico, 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 diarreaica.
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	MÉTODO:	Permite identificar el método anticonceptivo que usará la persona entre la consulta que se le está proporcionando y la siguiente consulta. Asimismo, permite llevar un control del consumo de anticonceptivos en la unidad médica. Registre en la columna correspondiente, la cantidad de anticonceptivos que otorgó al usuario durante la consulta, de acuerdo con lo siguiente:
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 SUBDÉRMICO:	Anote 1 (uno), si durante la consulta realiza una inserción o re inserción 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 re inserción 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:	<p>Marque con "X" cuando sólo se da información o cuando la persona no desea usar ningún método de apoyo antes de la intervención quirúrgica.</p> <p>Observaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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:	<p>Atención otorgada a una persona que en la unidad médica no tiene registro previo de <u>Planificación Familiar</u>. Independientemente de que exista padecimiento de primera vez o subsecuente.</p> <p>También se considera de primera vez, aquella que se proporciona a una persona cuyo expediente o registro señala baja o una cita no cumplida de planificación familiar, por tres meses.</p>
47	SUBSECUENTE:	Atención otorgada a una persona que ya tiene registro previo de <u>Planificación Familiar</u> , independientemente del método anticonceptivo con que se controle.
48	DETECCIONES:	<p>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> <p>P= Positivo N= Negativo</p>
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 baciloscopia 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, resequeidad 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, márkelo 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.



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



Historia Clínica General

UNIDAD MÉDICA (1)		EXPEDIENTE (2)
FECHA DE ELABORACIÓN (3)	HORA DE ELABORACIÓN (4)	TIPO DE INTERROGATORIO: (5) <input type="checkbox"/> DIRECTO <input type="checkbox"/> INDIRECTO

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S)) (6)		GÉNERO (7) <input type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM
FECHA DE NACIMIENTO (8)	OCUPACIÓN DEL PACIENTE (9)	
DOMICILIO (10)		

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR EN CASO DE SER MENOR DE EDAD O PERSONA CON CAPACIDADES DIFERENTES (11)

PARENTESCO CON EL PACIENTE (12)

II. ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES (13)

III. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS (14)

IV. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS (15)

V. ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS (16)

VI. PADECIMIENTO ACTUAL (17)

VII. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS (18)

CARDIOVASCULAR:

RESPIRATORIO:

GASTROINTESTINAL:

GENITOURINARIO:

HEMÁTICO Y LINFÁTICO:

ENDOCRINO:



217B20000-015-06

VII. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

NERVIOSO:

MUSCULOESQUELÉTICO:

PIEL, MUCOSAS Y ANEXOS:

VIII. SIGNOS VITALES (19)

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

IX. EXPLORACIÓN FÍSICA (20)

HABITUS EXTERIOR:

CABEZA:

CUELLO:

TORAX:

ABDOMEN:

GENITALES:

EXTREMIDADES:

PIEL:

X. RESULTADOS PREVIOS Y ACTUALES DE LABORATORIO, GABINETE Y OTROS: (21)

XI. TERAPEÚTICA EMPLEADA Y RESULTADOS: (22)

XII. DIAGNÓSTICOS Y PROBLEMAS CLÍNICOS: (23)

XIII. PRONÓSTICO: (24)

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO

(25)

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 integra al Expediente Clínico Familiar del paciente.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD MÉDICA:	Anotar el nombre completo de la unidad médica donde se elabora la Historia Clínica General.
2	EXPEDIENTE:	Asentar el número de expediente del paciente.
3	FECHA DE ELABORACIÓN:	Anotar el día, mes y año en que se elabora la Historia Clínica General.

4	HORA DE ELABORACIÓN:	Escribir la hora en la que se elabora la Historia Clínica General.
5	TIPO DE INTERROGATORIO:	Marcar con una "X" si se trata de un interrogatorio directo o indirecto.
6	NOMBRE DEL PACIENTE:	Anotar el nombre completo del paciente en el siguiente orden: Apellido Paterno, Apellido Materno y Nombre(s).
7	GÉNERO:	Indicar el género del usuario, colocando una "X" en el cuadro que corresponda.
8	FECHA DE NACIMIENTO:	Anotar el día, mes y año en que nació el paciente.
9	OCUPACIÓN DEL PACIENTE:	Asentar la ocupación del paciente.
10	DOMICILIO:	Escribir el domicilio completo del paciente (calle, número exterior e interior, colonia, código postal, municipio o localidad).
11	NOMBRE DEL PADRE O TUTOR:	Anotar el 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:	Indicar el parentesco con el paciente, en caso de tratarse de un menor de edad o una persona con capacidades diferentes.
13	ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES:	Registrar los antecedentes médicos familiares o las enfermedades posiblemente hereditarias.
14	ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:	Escribir los antecedentes personales no patológicos (en su caso).
15	ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:	Indicar los antecedentes personales patológicos (en su caso).
16	ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS:	Registrar los antecedentes gineco-obstétricos (en su caso).
17	PADECIMIENTO ACTUAL:	Anotar el padecimiento que presenta el paciente actualmente.
18	INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS:	Realizar un interrogatorio por aparatos y sistemas, y registrar los datos.
19	SIGNOS VITALES:	Asentar los signos vitales del paciente.
20	EXPLORACIÓN FÍSICA:	Registrar los datos obtenidos de la exploración física.
21	RESULTADOS PREVIOS Y ACTUALES DE LABORATORIO, GABINETE Y OTROS:	Anotar los resultados previos y actuales de laboratorio, gabinete y otros (en su caso).
22	TERAPEÚTICA EMPLEADA Y RESULTADOS:	Indicar la terapéutica empleada y los resultados obtenidos con la misma (en su caso).
23	DIAGNÓSTICOS Y PROBLEMAS CLÍNICOS:	Escribir el diagnóstico y los problemas clínicos.
24	PRONÓSTICO:	Asentar el pronóstico de la evolución del paciente.
25	NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO:	Anotar el nombre completo y firma del médico que llenó la Historia Clínica General.



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



SECRETARÍA DE SALUD
SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

FOLIO: (1)

(2) ADULTO PEDIÁTRICO

I

FECHA DE REFERENCIA (3) _____ No. DE CONTROL (4) _____

EDAD (5)		SEXO (6)	
AÑOS	MESES	M	F

NOMBRE DEL PACIENTE (7) _____
 DOMICILIO DEL PACIENTE (8) _____
 MOTIVO DE ENVÍO (9) _____ DIAGNÓSTICO PRESUNCIONAL (10) _____ URG. (11) _____
 UNIDAD A LA QUE SE REFIERE (12) _____ ESPECIALIDAD O SERVICIO (13) _____
 NOMBRE DEL MÉDICO QUE REFIERE (14) _____ CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA (15) _____
 NÚMERO DE PÓLIZA DE SEGURO POPULAR (16) _____ CLAVE DE INTERVENCIÓN CAUSES (17) _____



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



SECRETARÍA DE SALUD
HOJA DE REFERENCIA

FOLIO: (18)

ADULTO PEDIÁTRICO

(19) _____

Fecha (20) _____ No. de control (21) _____ Clasificación Socioeconómica (22) _____ URGENCIA (23) SI _____ NO _____
 NÚMERO DE PÓLIZA DE SEGURO POPULAR (24) _____ CLAVE DE INTERVENCIÓN CAUSES (25) _____

II

NOMBRE (S) (26) _____	APELLIDO PATERNO _____	APELLIDO MATERNO _____
NOMBRE DEL FAMILIAR O RESPONSABLE (27) _____		PARENTESCO (28) _____
NÚMERO DE EXPEDIENTE (29) _____	EDAD (30) _____	SEXO (31) _____

III

UNIDAD QUE REFIERE (32) _____

IV

UNIDAD A LA QUE SE REFIERE (33) _____
 DOMICILIO (34) _____
 SERVICIO AL QUE SE ENVÍA (35) _____
 NOMBRE DEL MÉDICO QUE ACEPTA LA REFERENCIA (36) _____

V

MOTIVOS DE LA REFERENCIA (RESUMEN CLÍNICO DEL PADECIMIENTO): (37) T.A. _____ TEMP. _____ F.R. _____		
F.R. _____	FC. _____	PESO _____ TALLA _____ ESCALA DE GLASGOW _____ SILVERMAN _____
LLENADO CAPILAR (38) _____		
PADECIMIENTO ACTUAL (39) _____		
EVOLUCIÓN (40) _____		
ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE (41) _____		

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA (42) _____

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD (43)	NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO QUE REFIERE (44)
--	--

217B20000-181-07

ORIGINAL - PACIENTE
ANVERSO

VISITA DOMICILIARIA

VI

FECHA DE VISITA (45) _____ FECHA DE ALTA (46) _____

SE LE ATENDIÓ: (47) SI _____ NO _____ NOMBRE DE LA UNIDAD (48) _____

PORQUE (49) _____

OBSERVACIONES (50) _____

HOJA DE CONTRARREFERENCIA

VII

UNIDAD MÉDICA QUE CONTRARREFIERE (51)	
ESPECIALIDAD O SERVICIO (52)	FECHA (53)

VIII

MANEJO DEL PACIENTE:
PADECIMIENTO ACTUAL (54) _____
EVOLUCIÓN (55) _____
ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE (56) _____
DIAGNÓSTICO DE INGRESO (57) _____
DIAGNÓSTICO DE EGRESO (58) _____
INSTRUCCIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE EN SU UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN: (59)

Debe Regresar (60) _____ Fecha (61) _____
En caso de dudas comunicarse con el médico que envió al teléfono (62)

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE (63)	NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD (64)
--	---

217B20000-181-07

REVERSO

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA
217B20000-181-07.

Objetivo: Documentar la referencia y contrarreferencia de pacientes entre las unidades médicas de los distintos niveles de atención del Instituto de Salud del Estado de México.

Distribución y Destinatario: El formato se genera en original y dos copias, original para el paciente, la primera copia para la unidad médica que contrarrefiere y la segunda copia para la unidad médica que refiere (sólo anverso).

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
TALON		
1	FOLIO:	Anotar el número consecutivo que corresponda al formato que se elabora.
2	ADULTO/ PEDIÁTRICO:	Marcar con una "X" el cuadro según corresponda; si el paciente es mayor de 15 años, se indicará como adulto, si es menor de 15 años, se indicará como pediátrico.
I		
3	FECHA DE REFERENCIA:	Anotar el día, mes y año en que se refiere al paciente.
4	No. DE CONTROL:	Escribir el número de control asignado al formato para la identificación del trámite que se realiza.
5	EDAD: AÑOS.....MESES	Indicar el número de años y meses del paciente o, en su caso, el número de meses, cuando el paciente es menor de un año.
6	SEXO: M.....F	Marcar con una "X" el cuadro según corresponda M (hombre), F (mujer) para indicar el sexo del paciente.
7	NOMBRE DEL PACIENTE:	Anotar el nombre completo del paciente que es referido.

8	DOMICILIO DEL PACIENTE:	Escribir el nombre de la calle, número exterior e interior, colonia y localidad donde vive el paciente.
9	MOTIVO DE ENVÍO:	Especificar la causa o causas por las que el paciente es referido.
10	DIAGNÓSTICO PRESUNCIONAL:	Anotar el diagnóstico que se sospecha en el paciente.
11	URG.:	Anotar en el espacio (SI), para indicar que el paciente requiere atención médica de urgencia, o (NO), para indicar que no requiere atención de urgencia.
12	UNIDAD A LA QUE SE REFIERE:	Indicar el nombre oficial de la unidad médica a la que se refiere al paciente.
13	ESPECIALIDAD O SERVICIO:	Especificar la especialidad o el servicio de la unidad médica, al que se envía al paciente.
14	NOMBRE DEL MÉDICO QUE REFIERE:	Anotar el nombre completo del médico que envía al paciente.
15	CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA:	Indicar la clasificación socioeconómica del paciente de conformidad con el tabulador correspondiente en vigor.
16	NÚMERO PÓLIZA DE SEGURO POPULAR:	Incluir el número de póliza del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) del paciente. En caso de que el paciente no esté inscrito al Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular), anotar NINGUNO.
17	CLAVE DE INTERVENCIÓN CAUSES:	Anotar el número de la intervención que cubre la enfermedad o padecimiento del paciente, según el Catálogo Universal de Salud Vigente del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular). En caso de que su enfermedad no esté contemplada en CAUSES, anotar NINGUNO.
HOJA DE REFERENCIA		
18	FOLIO:	Incluir el número consecutivo que corresponda al formato que se elabora.
19	ADULTO/ PEDIÁTRICO:	Marcar con una "X" el cuadro según corresponda; si el paciente es mayor de 15 años, se indicará como adulto, si es menor de 15 años, se indicarán como pediátrico.
20	FECHA:	Anotar el día, mes y año en que se refiere al paciente.
21	No. DE CONTROL:	Escribir el número de control asignado al formato para la identificación del trámite que se realiza.
22	CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA:	Indicar la clasificación socioeconómica del paciente de conformidad con el tabulador correspondiente en vigor.
23	URG.:	Anotar en el espacio (SI), para indicar que el paciente requiere atención médica de urgencia, o (NO), para indicar que no requiere atención de urgencia.
24	NÚMERO PÓLIZA DE SEGURO POPULAR:	Incluir el número de póliza del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) del paciente. En caso de que el paciente no esté inscrito al Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular), anotar NINGUNO.
25	CLAVE DE INTERVENCIÓN CAUSES:	Anotar el número de la intervención que cubre la enfermedad o padecimiento del paciente según el Catálogo Universal de Salud Vigente del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular). En caso de que su enfermedad no esté contemplada en CAUSES, anotar NINGUNO.

II		
26	NOMBRE(S):	Anotar el nombre completo del paciente que se refiere.
27	NOMBRE DEL FAMILIAR O RESPONSABLE:	Escribir el nombre completo del familiar o, en su caso, de la persona responsable del paciente durante la referencia.
28	PARENTESCO:	Indicar el vínculo de consanguinidad entre el paciente y el familiar o responsable (papa, mama, hijo, hermano, primo, otro.). En caso de no haber parentesco, anotar NINGUNO.
29	NÚMERO DE EXPEDIENTE:	Anotar el número de identificación asignado al Expediente Clínico del paciente que se refiere.
30	EDAD:	Especificar el número de años y meses del paciente o, en su caso, el número de meses, si el paciente es menor de un año.
31	SEXO:	Indicar masculino o femenino, según el caso.
III		
32	UNIDAD QUE REFIERE:	Anotar el nombre oficial de la unidad médica que refiere al paciente.
IV		
33	UNIDAD A LA QUE SE REFIERE:	Escribir el nombre oficial de la unidad médica a la que se envía al paciente.
34	DOMICILIO:	Anotar nombre de la calle, número y colonia en donde se localiza la unidad médica a la que se refiere el paciente.
35	SERVICIO AL QUE SE ENVÍA:	Indicar el nombre de la especialidad o servicio de la unidad médica al que se envía al paciente.
36	NOMBRE DEL MÉDICO QUE ACEPTA LA REFERENCIA:	Anotar el nombre completo del médico que recibirá al paciente referido.
V		
37	MOTIVOS DE LA REFERENCIA (RESUMEN CLÍNICO DEL PADECIMIENTO):	Asentar la información que se solicita relacionada con los signos vitales y datos somatométricos del paciente que se envía.
38	LLENADO CAPILAR:	Anotar los valores detectados por el médico como resultado de esta prueba realizada al paciente que se contrarrefiere.
39	PADECIMIENTO ACTUAL:	Escribir el nombre de la enfermedad del paciente que se refiere.
40	EVOLUCIÓN:	Anotar las fases que se han observado durante el tratamiento al paciente.
41	ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE:	Indicar el tipo de estudio de laboratorio o gabinete que se requiere practicar al paciente.
42	IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:	Escribir el diagnóstico que se sospecha o presuncional que apoya la referencia.
43	NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD:	Escribir el nombre completo y la firma del médico responsable de la unidad médica que refiere.
44	NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO QUE REFIERE:	Anotar nombre completo y la firma del médico que refiere al paciente.
VISITA DOMICILIARIA		
VI		
45	FECHA DE VISITA:	Anotar el día, mes y año en que se realiza la visita domiciliaria.
46	FECHA DE ALTA:	Anotar el día, mes y año en que se dio de alta al paciente.

47	SE LE ATENDIO: SI _____ NO _____	Señalar con una "X" en el espacio que corresponda, si se atendió o no se atendió al paciente en la unidad médica donde se le refirió.
48	NOMBRE DE LA UNIDAD:	Indicar el nombre oficial de la unidad médica en la que se atendió o no se atendió al paciente.
49	¿PORQUE?:	En caso de haber sido atendido el paciente, anotar la fecha en los renglones en blanco, si no fue atendido, anotar los motivos.
50	OBSERVACIONES:	Asentar señalamientos relevantes u objeciones a considerar, relacionados con la referencia.

HOJA DE CONTRARREFERENCIA

VII

51	UNIDAD MÉDICA QUE CONTRARREFIERE:	Anotar el nombre oficial de la unidad médica que contrarrefiere al paciente.
52	SERVICIO:	Indicar el nombre de la especialidad o servicio médico donde se atendió al paciente.
53	FECHA:	Anotar el día, mes y año en que se contrarrefiere al paciente.

VIII

MANEJO DEL PACIENTE:

54	PADECIMIENTO ACTUAL:	Asentar el nombre de la enfermedad del paciente que se contrarrefiere.
55	EVOLUCIÓN:	Escribir las fases de mejoría que se han observado durante el tratamiento al paciente.
56	ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE:	Indicar el tipo de estudios de laboratorio o gabinete que se practicaron al paciente.
57	DIAGNÓSTICO DE INGRESO:	Anotar el diagnóstico con el que se recibe al paciente especificado en la referencia.
58	DIAGNÓSTICO DE EGRESO:	Escribir el diagnóstico con el que se contrarrefiere al paciente.
59	INSTRUCCIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE EN SU UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN:	Anotar sugerencias o comentarios sobre el caso clínico del paciente para el control subsecuente en su unidad de origen, incluir las correspondientes al manejo dietético, higiénico, de terminar o continuar el tratamiento, indicar su regreso o consulta subsecuente al servicio y la fecha, así como informar en caso de que el paciente sea enviado a otra especialidad.
60	DEBE REGRESAR:	Indicar si el paciente debe regresar a la unidad médica que lo contrarrefiere.
61	FECHA:	Anotar la fecha en que debe regresar el paciente.
62	EN CASO DE DUDAS COMUNICARSE.....	Escribir el número telefónico del médico que realiza la contrarreferencia.
63	NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE:	Asentar nombre completo y la firma del médico que atendió al paciente (médico que contrarrefiere) en la unidad médica que contrarrefiere.
64	NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD:	Anotar nombre completo y la firma del médico responsable de la unidad médica que contrarrefiere.



Solicitud de Laboratorio

UNIDAD MÉDICA (1)				EXPEDIENTE (2)			
NOMBRE DEL PACIENTE (3)			EDAD (4)		GÉNERO (5) MASC <input type="checkbox"/> FEM <input type="checkbox"/>		
FECHA DE SOLICITUD (6)		FECHA DE ENTREGA DE RESULTADOS (7)		HOSPITALIZACIÓN (8) <input type="checkbox"/>		CONSULTA EXTERNA (9) <input type="checkbox"/>	
MÉDICO (10)		SERVICIO (11)		CAMA (12)			

EXAMENES SOLICITADOS (13)

HEMATOLOGÍA-INMUNOLOGÍA

<p>20112 FORMULA ROJA</p> <p>Hemoglobina _____ (g/dl)</p> <p>Hematocrito _____ %</p> <p>CMHG _____ % VCM _____ MC</p> <p>Hemias _____ mm³</p> <p>20113 FORMULA BLANCA</p> <p>Leucocitos _____ %</p> <p>Linfocitos _____ %</p> <p>Monocitos _____ %</p> <p>Eosinófilos _____ %</p> <p>Basófilos _____ %</p> <p>Segmentados _____ %</p> <p>Bandas _____ %</p> <p>Metamielocitos _____ %</p> <p>Mielocitos _____ %</p> <p>Anormalidades _____</p>	<p>20107 Plaquetas _____ /mm³</p> <p>20109 V.S.G. _____ mm/h</p> <p>20108 Reticulocitos _____ %</p> <p>20127 T. Sangrado _____ min</p> <p>20131 T. Protombina _____ seg</p> <p>Testigo _____ seg</p> <p>20132 T.P.T _____ seg</p> <p>Testigo _____ seg</p> <p>20133 T. Trombina _____ seg</p> <p>Testigo _____ seg</p> <p>20136 Fibrinógeno _____ mg/dl</p> <p>20116 Grupo Sanguíneo _____</p> <p>Factor Rh D _____</p> <p>19231 Coombs Directo _____</p> <p>Coombs Indirecto _____</p> <p>19232 _____</p>	<p>19223 Células LE _____</p> <p>19213 Antiestreptolisinas _____</p> <p>19214 Proteína C Reactiva _____</p> <p>19215 Factor Reumatoide _____</p> <p>19208 V.D.R.L. _____</p> <p>19205 Reacciones Febriles _____</p> <p>Tífico "O" _____</p> <p>19207 Rosa de Bengala _____</p> <p>19835 C.H.G.C. _____ U/I</p> <p>19836 H.G.C. (P.I.E.) _____</p>
---	---	---

QUÍMICA SANGÜÍNEA

<p>19301 Glucosa _____ mg/dl</p> <p>19304 Urea _____ mg/dl</p> <p>19306 Creatinina _____ mg/dl</p> <p>19307 Ácido úrico _____ mg/dl</p> <p>19312 Colesterol _____ mg/dl</p> <p>19702 Triglicéridos _____ mg/dl</p> <p>19309 Proteínas Totales _____ gr/dl</p> <p>19620 Albúmina _____ gr/dl</p> <p>Globulina _____ gr/dl</p> <p>Relación A/G _____</p> <p>19303 Tolerancia a la Glucosa:</p> <p>Glucosa Basal _____ mg/dl</p> <p>Glucosa 60 minutos _____ mg/dl</p> <p>Glucosa 120 minutos _____ mg/dl</p>	<p>19301 Glucosa postprandial _____ mg/dl</p> <p>1 hora _____ 2 horas _____ mg/dl</p> <p>19308 Bilirrubina total _____ mg/dl</p> <p>Dir _____ Indir _____ U/l</p> <p>19403 Fosfata alcalina _____ U/l</p> <p>19404 Fosfata ácida _____ U/l</p> <p>19405 Fracción Prostática _____ U/l</p> <p>19401 T.G.O. (AST) _____ U/l</p> <p>19402 T.G.P. (ALT) _____ U/l</p> <p>19408 Amilasa _____ U/l</p> <p>19409 Lipasa _____ U/l</p> <p>19406 LDH _____</p>	<p>19312 H.D.L. Colesterol _____ mg/dl</p> <p>19312 L.D.L. Colesterol _____ mg/dl</p> <p>19410 C.P.K. Total _____ U/l</p> <p>19612 Calcio _____ mg/dl</p> <p>19611 Fósforo _____ mg/dl</p> <p>19609 Magnesio _____ mEq/l</p> <p>19601 Sodio _____ mEq/l</p> <p>19602 Potasio _____ mEq/l</p> <p>19613 Cloro _____ mEq/l</p> <p>19512 Depuración de creatinina _____ ml/min</p> <p>19410 C.K.M.B. _____ U/L</p>
--	---	--

20201 EXAMEN GENERAL DE ORINA

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

BACTERIOLOGÍA - PARASITOLOGÍA

<p>CULTIVOS</p> <p>19105 Faringeo _____</p> <p>19105 Nasal _____</p> <p>19105 Oído _____</p> <p>19105 Urocultivo _____</p> <p>19105 Hemocultivo _____</p> <p>19105 Vaginal _____</p> <p>19105 Coprocultivo _____</p> <p>19105 Espermocultivo _____</p> <p>19105 Expectoración _____</p> <p>19105 Uretral _____</p> <p>19105 Líquido Cefalorraquídeo _____</p> <p>19105 Ocular _____</p> <p>19105 Otros _____</p>	<p>20002 Coproparasitológico</p> <p>1 _____</p> <p>2 _____</p> <p>3 _____</p> <p>20008 Amiba en fresco</p> <p>Graham _____</p> <p>Plasmodium _____</p> <p>Sangre oculta en heces _____</p> <p>Otros estudios en heces _____</p> <p>Espermatobioscopia _____</p> <p>Eosinófilos en moco nasal _____</p>	<p>20106 Microscopias</p> <p>Tinción de Gram _____</p> <p>Tinción de BAAR _____</p> <p>Tinta china _____</p> <p>RESULTADOS</p> <p>Microorganismo aislado _____</p>
---	--	---

PRUEBA DE SENSIBILIDAD

1. Amikacina _____	2. Ampicilina _____	3. Carbenicilina _____	4. Cefalotina _____	5. Cefotaxima _____	6. Cefotaxima _____
7. Cloranfenicol _____	8. Gentamicina _____	9. Netilmicina _____	10. Nitrofurantoina _____	11. Pefloxacinna _____	12. TMP-SMX _____
13. Cefuroxima _____	14. Dicloxacilina _____	16. Tetraciclina _____	17. Cefazidina _____	18. Eritromicina _____	19. Lincomicina _____
20. Penicilina _____		S= Sensible		R= Resistente	

ELABORÓ (14)

Nombre y Firma _____



VALORES DE REFERENCIA

Considerando una altura smm de 1.200 - 2.600

DETERMINACIÓN	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/mm ³)	4 - 11	4 - 11	9 - 30	6 - 18	4.5 - 14.5
Neutrófilos (%)	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
Eosinófilos (%)	1 - 3	1 - 3	0 - 2	0 - 3	0 - 3
Basófilos (%)	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 mm ³)			15,000 a 400,000		
Volumen Globular Medio (micras cúbicas)			82 - 98		
Concentración Médica de Globulina Globular %			32 - 36		
Hemácias	4.0 - 5x10 ¹² /mm ³		4.0 - 6.0 x 10 ¹² /mm ³		

QUÍMICA SANGÜÍNEA

Glucosa	65 - 110 mg/dl	Glucosa	120 menor 140 mg/dl/min	H.D.L. Colesterol mayor de	30 mg/dl
Urea	15 - 39 mg/dl	Glucosa	60 menor 140 mg/dl/min	L.D.L. Colesterol menor de	150 mg/dl
Creatinina	0.7 - 1.4 mg/dl	B. Directa	0.0 - 0.2 mg/dl	C.K.M.B.	0 - 22 U/L
Ac. Úrico	2.6 - 7.2 mg/dl	B. Indirecta	Hasta 1.0 mg/dl	C.K.	20 - 184 U/L
Colesterol	140 - 220 mg/dl	B. Total	0 - 2 - 1.0 mg/dl	Calcio	8.4 - 10.2 mg/dl
Triglicéridos	35 - 120 mg/dl	Fosf.		Fósforo	2.5 - 4.8 meq/L
Proteínas Totales	6.0 - 6.8 g/dl	Alcalina	0 - 138 U/L	Inorgánico	
Albumina	3.5 - 5.5 g/dl	Fosf.		Magnesio	1.6 - 2.6 meq/L
Globulina	3.0 - 4.8 g/dl	Ácida	0 - 9.0 U/L	Sodio Sérico	135 - 145 meq/L
		Fracc. Prost.	0 - 3 U/L	Sodio Urinario	80 - 100 meq/L
		A.S.T.	8 - 31 U/L	Potasio Urinario	40 - 80 meq/L
		(TGO)		Potasio Sérico	3.5 - 4.5 meq/L
		A.L.T.	4 - 36 U/L	Cloruros	98 - 109 meq/L
		(TGP)		Dep. de	70 - 110 meq/L
		Amilasa	18 - 87 U/L	Creatinina	meq/L
		Lipasa	7 - 59 U/L		
		L.T.H.	89 - 221 U/L		

EXAMEN GENERAL DE ORINA

EXAMEN FÍSICO

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

EXAMEN QUÍMICO

Glucosa	Negativo
Proteínas (albumina)	1 - 14 mg/dl (no detectable por cintilla)
Cuerpos Cetónicos	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 MICROSCÓPICO (SEDIMENTO)

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

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

Objetivo: Identificar el tipo de estudios que le realizarán al paciente.

Distribución y destinatario:

El formato se genera en original y se archiva en el en el Expediente Clínico Familiar 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:	Asentar el día, mes y año en que se expide la solicitud.
7	FECHA DE ENTREGA DE RESULTADOS:	Anotar el 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	MÉDICO:	Registrar el nombre completo del médico que está a cargo de la atención del paciente y solicita los estudios de laboratorio.
11	SERVICIO:	Anotar el nombre del servicio al cual pertenece el médico que está requiriendo los estudios de laboratorio.
12	CAMA:	Señalar, en su caso, el número de la cama en la que se encuentra hospitalizado el paciente del que se requieren los estudios.
EXÁMENES SOLICITADOS		
13	<p>Marcar con una "X" en el cuadro respectivo el tipo de exámenes solicitados al área de laboratorio, para que éste 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:</p> <p><input type="checkbox"/> HEMATOLOGÍA- INMUNOLOGÍA</p> <p><input type="checkbox"/> QUÍMICA SANGUÍNEA</p> <p><input type="checkbox"/> EXAMEN GENERAL DE ORINA</p> <p><input type="checkbox"/> BACTERIOLOGÍA-PARASITOLOGÍA</p> <p><input type="checkbox"/> PRUEBA DE SENSIBILIDAD</p> <p>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.</p>	
14	ELABORÓ	Anotar el nombre completo y firma del profesionista responsable de realizar la prueba de laboratorio.



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



Solicitud de Estudio de Gabinete

UNIDAD MÉDICA: (1)			FECHA: (2)	HORA: (3)	EXPEDIENTE: (4)
DE: (5) <input type="checkbox"/> CONSULTA EXTERNA <input type="checkbox"/> URGENCIAS <input type="checkbox"/> HOSPITALIZACIÓN		SERVICIO: (6)	CAMA: (7)	PACIENTE: (8) <input type="checkbox"/> 1.º VEZ <input type="checkbox"/> SUBSECUENTE	
NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S)) (9)				EDAD: (10)	GÉNERO: (11) <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.

DATOS CLÍNICOS (12)

DIAGNÓSTICO (13)

ESTUDIO(S) SOLICITADO(S) (14)

FECHA DE LA PRÓXIMA CONSULTA (15)	NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO SOLICITANTE (16)	OBSERVACIONES (17)
-----------------------------------	--	--------------------

Interpretación del Estudio de Gabinete

PLACA UTILIZADA (18) <input type="checkbox"/> 14 X 17 <input type="checkbox"/> 14 X 14 <input type="checkbox"/> 11 X 14 <input type="checkbox"/> 10 X 12 <input type="checkbox"/> 8 X 10 <input type="checkbox"/> MASTOGRAFÍA <input type="checkbox"/> ULTRASONIDO <input type="checkbox"/> TOMOGRAFÍA	CLAVE: (19)
---	-------------

INTERPRETACIÓN (20)

FECHA DE INTERPRETACIÓN (21)	NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO (22)	OBSERVACIONES (23)
------------------------------	--------------------------------	--------------------

217B20000-026-06

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

Objetivo: Solicitar la toma de radiografías, mastografía, ultrasonido y tomografías que se consideren necesarios dado el padecimiento que presenta el paciente.

Distribución y destinatario:

El formato se genera en original y se archiva en el Expediente Clínico Familiar del paciente.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD MÉDICA:	Anotar el nombre completo de la unidad médica donde se atiende al paciente.
2	FECHA:	Indicar el día, mes y año en que se solicita el estudio.
3	HORA:	Anotar la hora y minutos en que se solicita el estudio.
4	EXPEDIENTE:	Asentar 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 está 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	Asentar el nombre completo del paciente en el siguiente orden: apellido paterno, apellido materno y nombre(s).
10	EDAD:	Registra la edad cumplida del paciente. Para menores de un mes anotar en días consignando a continuación la letra "D"; para niños mayores de un mes pero menores de un año anotar en meses consignando a continuación la letra "M"; para pacientes mayores de un año anotar en años consignando a continuación la letra "A".
11	GÉNERO:	Marcar con una "X" el género al que corresponda el paciente.
12	DATOS CLÍNICOS:	Describir los datos clínicos que presenta el paciente antes del estudio solicitado.
13	DIAGNÓSTICO:	Escribir el(los) diagnóstico(s) que presenta el paciente antes del estudio.
14	ESTUDIOS SOLICITADOS:	Indicar 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 del paciente.
16	NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO SOLICITANTE:	Anotar el nombre completo y firma del médico que solicita el estudio.
17	OBSERVACIONES:	Escribir 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:	Anotar 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



Receta Médica

FOLIO A000 000 001

(1) NOMBRE Y CLAVE DE LA JURISDICCIÓN		(2) NOMBRE Y CLAVE DE LA UNIDAD MÉDICA		(3) DOMICILIO DE LA UNIDAD MÉDICA	
(4) <input type="checkbox"/> CONSULTA EXTERNA <input type="checkbox"/> URGENCIAS <input type="checkbox"/> HOSPITALIZACIÓN		(5) CLAVE Y NOMBRE DEL SERVICIO	(6) No. LICENCIA SANITARIA	(7) COBERTURA: <input type="checkbox"/> SP <input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> OP	(8) FECHA DE ELABORACIÓN:
(9) NÚMERO DE EXPEDIENTE Y DE AFILIACIÓN	(11) CLAVE Y NOMBRE GENÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO O CÁTALOGO)			(12) CLAVE DEL DIAGNÓSTICO (CIE-10)	
(10) NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE:				PRIMARIO	SECUNDARIO
		(13) INDICACIONES (DOSIS)	(14) DURACIÓN DEL TRATAMIENTO	(15) CANTIDAD SOLICITADA	(16) CANTIDAD SURTIDA (LETRA)
(17) EDAD:	(18) GÉNERO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	CLAVE Y NOMBRE GENÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO O CÁTALOGO)			CLAVE DEL DIAGNÓSTICO (CIE-10)
				PRIMARIO	SECUNDARIO
(19) NOMBRE DEL MÉDICO:		INDICACIONES (DOSIS)	DURACIÓN DEL TRATAMIENTO	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD SURTIDA (LETRA)
(20) R.F.C.	(21) NÚM. DE CÉD. PROFES.	CLAVE Y NOMBRE GENÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO O CÁTALOGO)			CLAVE DEL DIAGNÓSTICO (CIE-10)
				PRIMARIO	SECUNDARIO
(22) FIRMA DEL MÉDICO		INDICACIONES (DOSIS)	DURACIÓN DEL TRATAMIENTO	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD SURTIDA (LETRA)
EL PACIENTE CUENTA CON 48 HORAS PARA CANJEAR LA PRESENTE RECETA		(23) FIRMA DE RECIBIDO DE CONFORMIDAD	(24) ENTREGUÉ CAJAS	(25) RECIBÍ CAJAS	(26) 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



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.		
Distribución y destinatario: El formato se genera en original y tres copias. El original y una copia lo conserva la farmacia, una copia se queda en la unidad médica y la otra se entrega al paciente.		
No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	NOMBRE Y CLAVE DE LA JURISDICCIÓN:	Anotar el nombre y clave de la jurisdicción en donde se elabora la receta médica.
2	NOMBRE Y CLAVE DE LA UNIDAD MÉDICA:	Escribir el nombre y clave de la unidad médica en donde se elabora el formato.

3	DOMICILIO DE LA UNIDAD MÉDICA:	Asentar 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:	Asentar 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:	Indicar 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:	Escribir 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:	Indicar el tiempo en que el paciente habrá de consumir el medicamento.
15	CANTIDAD SOLICITADA:	Asentar la cantidad de medicamentos solicitados.
16	CANTIDAD SURTIDA (LETRA):	Escribir 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 del paciente.
19	NOMBRE DEL MÉDICO:	Asentar 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.:	Escribir el número de la cédula profesional del médico tratante.
22	FIRMA DEL MÉDICO:	Plasmar la firma autógrafa del médico tratante.
23	FIRMA DE RECIBIDO DE CONFORMIDAD:	Colocar 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	Indicar con letra el número total de cajas de medicamento que le son proporcionadas al paciente.
26	FECHA DE RECIBIDO:	Anotar el día, mes y año en que se surten los medicamentos al paciente.



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



Solicitud-Recepción de Interconsulta Médica

UNIDAD MÉDICA: (1)		FECHA DE SOLICITUD: (2)	HORA: (3)
NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S)) (4)		EXPEDIENTE: (5)	CAMA: (6)
SERVICIO QUE SOLICITA LA INTERCONSULTA: (7)		NOMBRE DEL MÉDICO SOLICITANTE: (8)	
MOTIVO DE LA INTERCONSULTA: (9)			
SERVICIO AL QUE SE LE SOLICITA LA INTERCONSULTA: (10)		NOMBRE DEL MÉDICO QUE RECIBE LA SOLICITUD: (11)	
		FECHA DE RECIBIDO: (12)	HORA: (13)
SOLICITÓ (NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO) (14)		RECIBIÓ (NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO) (15)	



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 integra al Expediente Clínico Familiar y la copia se entrega al paciente.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD MÉDICA:	Asentar 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:	Escribir 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:	Indicar el número de expediente asignado al paciente.
6	CAMA:	Anotar el número de cama asignada del paciente.
7	SERVICIO QUE SOLICITA LA INTERCONSULTA:	Asentar el servicio que está solicitando la interconsulta médica.
8	NOMBRE DEL MÉDICO SOLICITANTE:	Anotar el nombre completo del médico que solicita la interconsulta.
9	MOTIVO DE LA INTERCONSULTA:	Describir la razón por la 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:	Asentar el día, mes y año en que recibe la solicitud de interconsulta médica.
13	HORA:	Indicar la hora 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	RECIBÍO: (NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO)	Asentar el nombre completo y firma autógrafa del médico que recibió al paciente en interconsulta médica.
----	---	--



Registro Clínico de Enfermería

UNIDAD MÉDICA: (1)	SERVICIO: (2)	CAMA: (3)	NÚMERO DE EXPEDIENTE: (4)	FECHA: (5)
NOMBRE DEL PACIENTE: (6)	HABITUS EXTERIOR: (7)	EDAD: (8)	GÉNERO: (9) <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	PESO: (10) TALLA: (11)

HORA	SIGNOS										INGRESOS							EGRESOS					REACTIVOS					
	TEMPERATURA (12)	FRECUENCIA CARDIACA (13)	FRECUENCIA RESPIRATORIA (14)	PRESIÓN ARTERIAL (15)	LLENADO CAPILAR (16)	PERÍMETRO ABDOMINAL PREFRONTAL (17)	PERÍMETRO ABDOMINAL POSFRONTAL (18)	COLOR (19)	ACTIVIDAD (20)	GLASGOW (21)	SILVERMAN (22)	APGAR (23)	PRESIÓN VENOSA CENTRAL (24)	VÍA ORAL (25)	VÍA PARENTERAL (26)	ORINA (27)	EVACUACIONES (28)	VÓMITO (29)	SUCCIÓN (30)	SELLO DE AGUA (31)	ILEOSTOMÍA O COLOSTOMÍA (32)	CANALIZACIONES (33)	NOMBRE DEL REACTIVO (34)	HECES (35)	ORINA (36)	SANGRE (37)		
8																												
9																												
10																												
11																												
12																												
13																												
14																												
BALANCE PARCIAL TURNO MATUTINO (38)																												
15																												
16																												
17																												
18																												
19																												
20																												
BALANCE PARCIAL TURNO VESPERTINO (39)																												
21																												
22																												
23																												
24																												
1																												
2																												
3																												
4																												
5																												
6																												
7																												
BALANCE PARCIAL TURNO NOCTURNO (40)																												
BALANCE TOTAL POR DÍA (41)												INGRESOS (42)					EGRESOS (43)					BALANCE (44)						

217B20000-031-06

COLOR: IC ICTÉRICO; P PALIDO; RB RUBICUNDO; R ROSADO; M MARMÓREO; C CIANÓTICO; T TERROSO.
 ACTIVIDAD: ++ ACTIVO SIN ESTÍMULO; + ACTIVO AL ESTÍMULO; F FLÁCIDO; T TEMBLORES FINOS; IR IRRITABLE; E ESPÁSTICO; R RÍGIDO

ANVERSO



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 en original, lo controla el área de enfermería y se integra en el Expediente Clínico Familiar del paciente.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD MÉDICA:	Anotar el nombre oficial de la unidad médica donde se atiende al paciente.
2	SERVICIO:	Escribir el nombre de la especialidad o servicio en que se encuentra el paciente.
3	CAMA:	Asentar 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:	Indicar 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:	Describir 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; masculino cuando el paciente es hombre, o femenino cuando el paciente sea mujer.
10	PESO:	Asentar en kilogramos la talla del paciente.
11	TALLA:	Anotar en metros y centímetros la talla del paciente.
12	TEMPERATURA:	Anotar la temperatura corporal del paciente.
13	FRECUENCIA CARDIACA:	Asentar el número de veces que late el corazón del paciente por minuto.
14	FRECUENCIA RESPIRATORIA:	Anotar el número de veces en que se expanden los pulmones del paciente al inspirar y expirar por minuto.
15	PRESIÓN ARTERIAL:	Indicar las cifras sistólica y diastólica, mínima y máxima.
16	LLENADO CAPILAR:	Anotar el registro correspondiente.
17	PERÍMETRO ABDOMINAL PREPRANDIAL:	Escribir la medición del abdomen en ayunas.
18	PERÍMETRO ABDOMINAL POSPRANDIAL:	Indicar la medición del abdomen después de ingerir alimentos.
19	COLOR:	Anotar el color que presenta el paciente con base en las iniciales: I=Ictérico, P=pálido, RB=rubicundo, R=rosado, M=marmóreo, C=cianótico, T=terroso.
20	ACTIVIDAD:	Indicar la actividad del paciente con base en 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. (Escala Glasgow).
22	SILVERMAN:	Registrar la calificación a la actividad respiratoria (0, 1, 2).
23	APGAR:	Indicar la frecuencia cardíaca, tono muscular, irritabilidad, respuesta a estimulación de piel. (0,1,2).
24	PRESIÓN VENOSA CENTRAL:	Medir con exactitud la presión venosa central y anotarla.
25	VÍA ORAL:	Registrar toda ingesta de líquidos que tome el paciente en ml.
26	VIA PARENTERAL:	Anotar todos los líquidos que ingresaron al paciente vía venosa.
27	ORINA:	Asentar la cantidad de orina expulsada durante un turno.
28	EVACUACIONES:	Indicar 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:	Indicar la cantidad de líquidos que salieron por la sonda nasogástrica en mililitros.

31	SELLO DE AGUA:	Escribir la cantidad en ml. occ. 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:	Asentar la cantidad y características de material que drenen por penrose.
34	NOMBRE DEL REACTIVO:	Registrar la medición de los reactivos (labstix, bililabstix).
35	HECES:	Anotar el reactivo en heces.
36	ORINA:	Asentar 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:	Asentar 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 DIA:	Registrar la cantidad total en ml. de ingresos (+) y egresos (-) de líquidos.
42	INGRESOS:	Indicar 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 para el paciente.
TERAPEÚTICA INDICADA		
MEDICAMENTOS		
46	NOMBRE:	Escribir el nombre del medicamento.
47	DÓSIS:	Indicar la dosis establecida para el paciente.
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 al paciente.
50	SOLUCIONES PARENTERALES:	Anotar el nombre de la solución parenteral que se aplica al paciente.
51	HORA: INICIO TÉRMINO	Registrar la hora de inicio y de término en que aplica la solución parenteral.
OBSERVACIONES		
52	TURNO MATUTINO:	Registrar brevemente incidencias relevantes que indiquen algún cambio importante en el tratamiento del paciente en el turno matutino.
53	TURNO VESPERTINO:	Registrar brevemente incidencias relevantes que indiquen algún cambio importante en el tratamiento del paciente en el turno vespertino.
54	TURNO NOCTURNO:	Registrar brevemente incidencias relevantes que indiquen algún cambio importante en el tratamiento del paciente en el turno nocturno.
55	ENFERMERA TURNO MATUTINO:	Anotar el nombre y apellidos de la enfermera responsable del turno matutino.
56	ENFERMERA TURNO VESPERTINO:	Asentar el nombre y apellidos de la enfermera responsable del turno vespertino.
57	ENFERMERA TURNO NOCTURNO:	Registrar el nombre y apellidos de la enfermera responsable del turno nocturno.



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



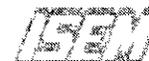
Solicitud de Internamiento			INTERNAMIENTO: (1) VOLUNTARIO <input type="checkbox"/> INVOLUNTARIO <input type="checkbox"/> OBLIGATORIO <input type="checkbox"/>	
UNIDAD MÉDICA: (2)	LUGAR: (3)	FECHA: (4)	HORA: (5)	
NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S)) (6)			NO. EXPEDIENTE: (7)	
EDAD: (8)	GÉNERO: (9) <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	OCUPACIÓN: (10)	ESTADO CIVIL: (11)	
DOMICILIO (CALLE, NÚMERO, COLONIA, LOCALIDAD, MUNICIPIO, ESTADO) (12)			TELÉFONO: (13)	
EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A: (14)			PARENTESCO: (15)	
DOMICILIO: (16)			TELÉFONO: (17)	
INGRESA POR EL SERVICIO DE: (18) CONSULTA EXTERNA <input type="checkbox"/> URGENCIAS <input type="checkbox"/>		INGRESO AL SERVICIO DE: (19)	FECHA DE INGRESO: (20)	HORA DE INGRESO: (21)
DIAGNÓSTICO DE INGRESO: (22)				
SOLICITANTE (23)			MÉDICO QUE HACE EL INGRESO (27)	
NOMBRE Y FIRMA			NOMBRE Y FIRMA	
PARENTESCO: (24)		TELÉFONO: (25)		
DOMICILIO: (26)				

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 Familiar del paciente.		
No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	INTERNAMIENTO: VOLUNTARIO INVOLUNTARIO OBLIGATORIO	Anotar con una "X" la opción que corresponda.
2	UNIDAD MÉDICA:	Escribir el nombre oficial de la unidad médica donde se hospitalizará al paciente.
3	LUGAR:	Asentar el domicilio completo de la unidad médica.
4	FECHA:	Anotar el día, mes y año en que se interna al paciente.
5	HORA:	Indicar la hora y minutos en que ingresa el paciente.
6	NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE (S))	Anotar apellidos y nombre (s) completo (s) del paciente.

7	NÚMERO DE EXPEDIENTE:	Asentar el número de expediente que le fue asignado al paciente.
8	EDAD:	Indicar 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 el paciente es soltero, casado, viudo, divorciado, unión libre.
12	DOMICILIO	Escribir 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 al paciente.
14	EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:	Asentar el nombre del familiar o responsable del paciente.
15	PARENTESCO:	Registrar el tipo de parentesco que tiene con el paciente.
16	DOMICILIO:	Escribir 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 al familiar o responsable del paciente.
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:	Asentar el día, mes y año en que ingresa el paciente.
21	HORA DE INGRESO:	Indicar la hora y minutos en que ingresa el paciente.
22	DIAGNÓSTICO DE INGRESO:	Describir concretamente la patología por la cual ingresó el paciente.
23	SOLICITANTE:	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:	Escribir 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:	Asentar el nombre completo y firma del médico que autoriza el ingreso del paciente.


 GOBIERNO DEL
 ESTADO DE MÉXICO

Dieta de Paciente

UNIDAD MÉDICA: (1)		FECHA: (2)
TIPO DE DIETA: (3)	CARACTERÍSTICAS: (4)	No. DE DIETA: (5)

HORARIO	DÍA (6)						
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
DESAYUNO							
COLACIÓN MATUTINA							
COMIDA							
COLACIÓN VESPERTINA							
CENA							

217B20000-329-10

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: DIETA DE PACIENTE (217B20000-329-10).
Objetivo: Contar con un documento que describa la dieta que se le indica al paciente.

Distribución y destinatario: El formato se genera en original y copia; el original se entrega al paciente y la copia se integra al Expediente Clínico Familiar.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD MÉDICA:	Anotar el nombre oficial de la unidad médica.
2	FECHA:	Asentar el día, mes y año en que se elabora el formato.
3	TIPO DE DIETA:	Describir el tipo de dieta que se le otorga al paciente.
4	CARACTERÍSTICAS:	Describir las especificaciones de la dieta que se le proporciona al paciente.
5	No. DE DIETA:	Anotar el número consecutivo de la dieta.
6	DÍA:	Describir por día la dieta en el desayuno, colación matutina, comida, colación vespertina y la cena que deberá ingerir el paciente.

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: HISTORIA CLÍNICA Y ESTUDIO ESTOMATOLÓGICO (217B20000-042-06).		
Objetivo: Registrar los antecedentes médicos y odontológicos del paciente para conocer su situación actual de salud bucal.		
Distribución y destinatario: El formato se genera en original y se anexa al Expediente Clínico Familiar del paciente.		
No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	No. DE EXPEDIENTE:	Anotar el número consecutivo correspondiente.
2	CLAVE DE LA UNIDAD MÉDICA:	Asentar la clave que le corresponde a la unidad médica, en caso que se desconozca, anotar el nombre de ésta.
3	NOMBRE DEL PACIENTE:	Escribir el nombre completo del paciente, iniciando con su apellido paterno, materno y nombre (s).
4	GÉNERO: MACULINO FEMENINO	Indicar con una "X" el género del paciente, masculino o femenino.
5	EDAD:	Anotar la edad del paciente en años cumplidos.
6	DOMICILIO:	Indicar el lugar de residencia del paciente: calle, número exterior, interior, colonia, zona y código postal, población y municipio.
7	ESCUELA:	En caso de que el paciente sea escolar, anotar el nombre de la escuela a la que asiste.
8	FECHA:	Anotar la fecha en que el paciente se presenta por primera vez al servicio, escribiendo con números arábigos el día y año; y con números romanos el mes.
9	INTERROGATORIO:	Indicar antecedentes heredo familiares, personales patológicos y no patológicos y el padecimiento actual.
10	NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR:	Registrar el nombre y avalar con la firma del paciente los datos proporcionados en el interrogatorio o, en caso de ser menor de edad, avalar con la firma de padre o tutor.
11	EXAMEN FACIAL Y TEJIDOS BLANDOS:	Marcar con una "X" según corresponda. "A" si está afectada; "N" si está normal.
12	ODONTOGRAMA:	Anotar la nomenclatura correspondiente según sea el caso. (Ausencia de caries, cariado, extracción indicada, reincidencia de caries, restaurado, sellador de fosetas y fisuras etc.).
13	TIPO DE OCLUSIÓN:	Indicar el tipo de oclusión según sea el caso. (Normocclusión, clase I, II o III).
14	ODONTOGRAMA DE EVOLUCIÓN DE TRATAMIENTO:	Anotar la nomenclatura correspondiente al odontograma, según el tratamiento realizado en la cita.
15	FECHA:	Asentar el día, mes y año en que al paciente se le realizaron actividades estomatológicas.
16	TRATAMIENTO REALIZADO:	Describir las actividades que se realizan en cada cita.
17	FIRMA DEL PACIENTE:	Anotar el nombre y avalar con la firma del paciente las actividades realizadas en cada cita, en caso de que no sepa escribir, colocar su huella digital. En caso de que el paciente sea menor de edad, avalar con la firma del padre o tutor.

6	DIRECCIÓN:	Indicar el lugar de residencia del paciente: calle, número exterior, interior, colonia y código postal.
7	TELÉFONO:	Anotar el número telefónico del paciente.
8	ESCUELA:	En caso de que el paciente sea escolar del programa educativo preventivo, anotar el nombre de la escuela a la que asiste el paciente.
9	GRADO ESCOLAR:	En caso de ser escolar, anotar el grado que cursa actualmente el paciente.
10	GRUPO:	Anotar el grupo al que pertenece el paciente.
11	DIAGNÓSTICO CLAVES:	Escribir las claves correspondientes al diagnóstico, localizando las más frecuentes en la clasificación internacional de enfermedades (C.I.E.). Los diagnósticos que no tengan clave se describirán completos. Realizar identificación de fluorosis y registrar si es paciente sano o F1, F2, F3, F4 o F5 de acuerdo a la clasificación de Dean.
12	INTRAMUROS:	Se refiere a las acciones preventivas individuales que se realizan intramuros en una sesión.
13	CITA / FECHA:	Registrar con lápiz el día, mes y año de la siguiente cita y con bolígrafo cuando se atiende al paciente.
14	CUADRANTES DAÑADOS:	Anotar el número del cuadrante dañado al que se le realiza el tratamiento.
15	ATENCIÓN PREVENTIVA:	Marcar con una "X" en la columna que corresponda, la acción preventiva que se realice al paciente.
16	NÚMERO DE DIENTE:	Anotar la nomenclatura del odontograma y el número correspondiente al diente al cual se le realizó algún tratamiento.
17	ATENCIÓN CURATIVA:	Marcar con una "X" en la columna que corresponda el tratamiento que se realice a las piezas dentales del paciente.
18	RADIOGRAFÍAS:	Anotar el número de radiografías tomadas al paciente (Periapicales, oclusales o infantiles).
19	TRATAMIENTO INTEGRAL TERMINADO:	Indicar con una "X" cuyo tratamiento haya concluido durante la sesión.
20	REFERENCIA:	Marcar con un "X" si el paciente es referido o contrarreferido.
21	DERECHOHABIENCIA:	Indicar con una "X" si el paciente cuenta o no con algún tipo de seguridad social (IMSS, ISSSTE, ISSEMYM etc.)
22	TOTAL:	Al término del tratamiento deberán sumar las actividades realizadas, anotando en cada cuadro las cantidades correspondientes.
23	PACIENTE ABANDONO EL TRATAMIENTO:	Anotar el día, mes y año en que el paciente abandono el tratamiento.
24	PACIENTE DADO DE ALTA:	Asentar el día, mes y año en que concluyó el tratamiento y el paciente es dado de alta.
25	NOTAS MÉDICAS:	Describir con letra legible los datos del paciente: fecha, hora, actividades realizadas y evolución del paciente, así como, la farmacoterapia requerida en cada consulta, con nombre y firma de quien lo elabora.
26	OBSERVACIONES:	Anotar las causas y motivos por los que no se haya realizado alguna actividad registrada en el odontograma, también se anotará el nombre de estomatólogo que atendió al paciente.



Carta de Consentimiento Informado para Traslados

UNIDAD MÉDICA: (1)		LUGAR: (2)	FECHA: (3)	HORA: (4)
NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S)): (5)				NO. DE EXPEDIENTE: (6)
EDAD: (7)	GÉNERO: (8) <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	OCUPACIÓN: (9)	ESTADO CIVIL: (10)	
DOMICILIO (CALLE, NÚMERO, COLONIA, LOCALIDAD, MUNICIPIO, ESTADO): (11)				

Los médicos del servicio de (12) _____, me han informado de mi(s) padecimiento(s), por lo que necesito someterme a estudios de laboratorio, gabinete, histopatológicos y de procedimientos anestésicos, así como de tratamiento(s) médico(s) y/o quirúrgico(s) considerados como indispensables para recuperar mi salud. Los estudios que de no ser posible que se realicen en esta unidad podrán realizarse en laboratorio foráneo para lo cual se requerirá de Traslado a las mismas comprendiendo el riesgo que esto implica.

Los médicos me informaron de los riesgos y de las posibles complicaciones de los medios de diagnóstico y tratamientos médico y/o quirúrgicos, por lo que por este medio, libremente y sin presión alguna acepto someterme a:

Diagnóstico(s) clínico(s): (13) _____

Estudios de laboratorio, gabinete e histopatológicos: (14) _____

Actos anestésicos: (15) _____

Tratamiento(s) médico(s): (16) _____

Tratamiento(s) quirúrgico(s): (17) _____

Riesgos y complicaciones: (18) _____

He sido informado de los riesgos que entraña el procedimiento, por lo que acepto los riesgos que implica y en su caso el traslado.

Autorizo a los médicos de este hospital para que realicen los estudios y tratamientos convenientes.

En igual sentido, autorizo ante cualquier complicación o efecto adverso durante el procedimiento, especialmente ante una urgencia médica, que se practiquen las técnicas y procedimientos necesarios.

Tengo la plena libertad de revocar la autorización de los estudios y tratamientos en cualquier momento, antes de realizarse.

En caso de ser menor de edad o con capacidades diferentes, se informó y autoriza el responsable del paciente.

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN AUTORIZA (19)

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO (20)

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO (21)

217B20000-197-08



INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRASLADO

(217B20000-197-08).

Objetivo: Informar al paciente que será trasladado a otra unidad para realizar los estudios de laboratorio, gabinetes, histopatológicos, procedimiento anestésicos, así como de tratamiento (s) médico(s) y/o quirúrgicos considerados como indispensables para recuperar su salud.

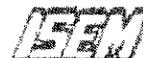
Distribución y Destinatario: El formato se genera en original y copia, el original se integra al Expediente Clínico Familiar del paciente y la copia se entrega al paciente o familiar.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
I	UNIDAD MÉDICA:	Anotar el nombre oficial de la unidad médica de donde se traslada al paciente.

2	LUGAR:	Indicar el nombre del lugar donde se localiza la unidad médica a la que se traslada al paciente.
3	FECHA:	Anotar el día, mes y año en que se traslada al paciente.
4	HORA:	Asentar la hora en que se realiza el traslado del paciente.
5	NOMBRE DEL PACIENTE:	Colocar el nombre completo del paciente.
6	No. DE EXPEDIENTE:	Anotar el número del expediente clínico del paciente.
7	EDAD:	Indicar el número de años del paciente o de meses cuando el paciente es menor de un año.
8	GÉNERO:	Marcar una "X" en el cuadro según corresponda al sexo del paciente, Masculino (hombre), Femenino (mujer).
9	OCUPACIÓN:	Anotar la actividad a la que se dedica el paciente.
10	ESTADO CIVIL:	Indicar el estado civil del paciente: soltero, casado, divorciado, separado.
11	DOMICILIO:	Anotar el nombre de la calle, número, colonia y ciudad, municipio y estado donde vive el paciente que se traslada.
12	LOS MÉDICOS DEL SERVICIO DE.....	Especificar el nombre del servicio donde se atiende al paciente que se traslada.
13	DIAGNÓSTICO(S) CLÍNICO(S):	Describir el padecimiento que se presume tiene el paciente.
14	ESTUDIOS DE LABORATORIO, GABINETE E HISTOPATOLÓGICOS:	Indicar los estudios clínicos realizados o que requiere el paciente para su atención.
15	ACTOS ANESTÉSICOS:	Escribir el tipo y número de prácticas anestésicas que se le han realizado al paciente.
16	TRATAMIENTO(S) MÉDICO(S):	Anotar el o los tratamientos médicos que el paciente que se traslada ha recibido o que requiere.
17	TRATAMIENTO(S) QUIRÚRGICO(S):	Especificar el tratamiento quirúrgico realizado o que requiere el paciente.
18	RIESGOS Y COMPLICACIONES:	Anotar los posibles riesgos y complicaciones a que está expuesto el paciente como consecuencia de su padecimiento y del proceso de traslado.
19	NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN AUTORIZA:	Asentar el nombre completo y la firma del paciente, familiar o responsable que autoriza el traslado del paciente.
20	NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO:	Escribir el nombre completo del primer testigo de la autorización del traslado del paciente.
21	NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO	Anotar el nombre completo del segundo testigo de la autorización del traslado del paciente.



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



Aviso de Alta del Médico

UNIDAD MÉDICA: (1)	FECHA DE INGRESO: (2)	HORA: (3)	FECHA DE EGRESO: (4)	HORA: (5)
NOMBRE DEL PACIENTE (APELIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S)) (6)			NÚMERO DE EXPEDIENTE: (7)	
EDAD: (8)	GÉNERO: (9) MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/>	NÚMERO DE CAMA: (10)	ÁREA DE EGRESO: (11)	

ALTA POR: (12)

MEJORÍA.....

CURACIÓN.....

VOLUNTARIA.....

DEFUNCIÓN.....

TRASLADO A OTRA INSTITUCIÓN.....

ORDEN DE SALIDA (13)

PUEDE SALIR: SI NO

FECHA: _____ (14)

HORA: _____ (15)

(16)
NOMBRE DEL JEFE DEL SERVICIO _____

(17)
NOMBRE Y SELLO DEL CAJERO _____

NOTA: Cuando sea dado de alta el paciente, el médico deberá llenar esta forma y será enviada a trabajo social cuanto antes. En caso de fallecimiento deberá ser anexada al Certificado de Defunción.



217B20000-250-09

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: AVISO DE ALTA DEL MÉDICO (217B20000-250-09).		
Objetivo: Contar con un documento para notificar a los diferentes servicios que el paciente es dado de alta del servicio.		
Distribución y destinatario: El formato se genera en original y se integra al Expediente Clínico Familiar del paciente.		
No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD MÉDICA:	Anotar el nombre de la unidad médica donde se atiende al paciente.
2	FECHA DE INGRESO:	Indicar el día, mes y año en que ingresó el paciente a la unidad médica.
3	HORA:	Registrar la hora y minutos en que ingresó el paciente.
4	FECHA DE EGRESO:	Anotar el día, mes y año en que egresó el paciente de la unidad médica.
5	HORA:	Indicar la hora y minutos en que egresó el paciente.
6	NOMBRE DEL PACIENTE: (APELIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE (S))	Anotar el nombre completo del paciente iniciando por el apellido paterno, materno y nombre (s).
7	No. EXPEDIENTE:	Asentar el número del expediente que se le asignó al paciente.
8	EDAD:	Registrar la edad del paciente en años cumplidos.
9	GÉNERO:	Marcar con una "X" el género del paciente.
10	NÚMERO DE CAMA:	Anotar el número de cama que le fue asignado al paciente durante su estancia en la unidad médica.
11	ÁREA DE EGRESO:	Anotar el nombre del servicio del cual egresa el paciente.
12	ALTA POR:	Marcar con una "X" la opción que corresponda, o en su caso, anotar el nombre de la Institución a la se refiera al paciente.
13	ORDEN DE SALIDA:	Indicar con una "X", SI o NO, en su caso.

14	FECHA:	Anotar el día, mes y año en que se da de alta al paciente.
15	HORA:	Registrar la hora y minutos en que egresó el paciente.
16	NOMBRE DEL JEFE DE SERVICIO:	Anotar el nombre completo y firma autógrafa del jefe del servicio.
17	NOMBRE Y SELLO DEL CAJERO:	Asentar el nombre completo y firma autógrafa del cajero.



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Noviembre 2010
FOLIO
100514039

ANTES DE LLENAR EL CERTIFICADO, ES NECESARIO QUE LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO: (Nombre, Apellido Paterno, Apellido Materno)

2. SEXO: Masculino Femenino Desconocido

3. NACIONALIDAD: Mexicana Otro Especificar: _____

4. FECHA DE NACIMIENTO: Día _____ Mes _____ Año _____

5. ESTADO CIVIL: Soltero/a Viudo/a Divorciado/a En unión libre Casado/a Se ignora

6. CURP DEL FALLECIDO(A): _____

7. RESIDENCIA HABITUAL: (Anotar el domicilio permanente acorde al tipo de fallecimiento)

8.1 Calle y número: _____

8.2 Localidad o Cabecera: _____

8.3 Municipio o Delegación: _____

8.4 Estado Federativo: _____

9. OCUPACIÓN HABITUAL: _____

10. INSTITUCIÓN DE BIENESTAR SOCIAL: IMSS ISSSTE SEMAR FEMEX SEDENA SEMAR Seguro Popular Otro Se ignora

11. NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL O DE AFILIACIÓN: _____

12. LUGAR DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN: (Anotar con una "X" el lugar donde ocurrió la defunción)

13. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: (Anotar con una "X" el lugar donde ocurrió la defunción)

14. FECHA DE LA DEFUNCIÓN: Día _____ Mes _____ Año _____

15. HORA DE LA DEFUNCIÓN: Hora _____ Minutos _____

16. TUVO ATENCIÓN MÉDICA ANTES DE LA MUERTE? SI NO Se ignora

17. SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI NO Se ignora

18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN: (Anotar una causa o causas según corresponda)

19. CAUSAS ANOTADAS EN EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN: (Anotar el código CIE-10)

20. SE LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUERTE BIEN DEFINIDA, ESPECÍFICA DE LA MUERTE OCURRIÓ DURANTE: El embarazo El parto El puerperio

21. LAS CAUSAS ANOTADAS EN EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN SON: SI NO

22. LAS CAUSAS ANOTADAS EN EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN SON: SI NO

23. SE LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECÍFICO: SI NO Se ignora

24. DATOS DEL INFORMANTE: (Nombre, Domicilio, Municipio, Estado)

25. LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: SI NO Se ignora

26. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: (Localidad, Municipio, Estado, Día, Mes, Año)

ENTREGUE SU ORIGINAL, LA COPIA (ROZAS) Y LA 3ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTARÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA QUEREMOS AMPLIAR Y LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

ATENCIÓN: SE LE RECUERDA AL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL QUE DEBE REMITIR ESTA PRIMERA COPIA AL INEGI

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Este certificado debe llenarse en original y tres copias, entregándose el original y las dos primeras copias a los familiares con la instrucción de llevarlas ante el Registro Civil para obtener el acta de defunción. La tercera copia debe conservarse para uso administrativo y estadístico de la unidad médica que certificó la defunción (pública o privada) o del certificante en cualquier otro caso (autoridad civil, servicios forenses, médico privado, etc.), así como para cotejar la información requerida por la Secretaría de Salud.
- Utilice letra de molde clara y legible. No use abreviaturas. Presione al escribir para legibilidad de las copias.
- Este documento no debe llevar tachaduras o enmendaduras.
- El certificado de defunción debe ser expedido por un médico, de preferencia el tratante, luego de verificar o constatar la muerte de la persona. En los lugares donde no haya médico, con los requisitos señalados, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud o por las autoridades civiles locales de donde ocurrió la defunción.
- Para el llenado de este certificado auxílese con la información proporcionada por algún pariente o conocido del fallecido(a). En los hospitales, de la historia clínica del paciente.
- Para las preguntas de opción, marque con una X la que corresponda con la respuesta correcta (una sola opción por pregunta).
- Para las respuestas en las que se deben anotar números (fecha, hora, etc.), use números arábigos (1, 2, 3, ..., 9).
- Para más detalles en el llenado de este formato, consulte la *Guía para el Llenado de los Certificados de Defunción y de Muerte Fetal*.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

1. **NOMBRE DEL FALLECIDO(A).** En el caso de que el fallecido(a) sea un recién nacido anote, al menos, el apellido paterno y el apellido materno.
5. **EDAD CUMPLIDA.** Especifique la edad del fallecido(a) según corresponda. Para menores de un día, anote la edad en horas. Para menores de un mes, anote la edad en días. Para menores de un año, anote la edad en meses. Si el fallecido(a) tenía un año de edad o más, cubra los tres espacios destinados, utilice ceros a la izquierda para los casos donde la edad del fallecido(a) no cubra todos los espacios. Ejemplos: fallecido(a) de 102 años: [1][0][2] AÑOS; fallecido(a) de 63 años: [0][6][3] AÑOS; fallecido(a) de 5 años: [0][0][5] AÑOS; fallecido(a) de 22 horas: [2][2] HORAS; fallecido(a) de 28 días: [2][8] DÍAS; fallecido(a) de 7 meses: [0][7] MESES; Marque con X la opción "Desconocida", después de agotar todos los recursos para determinar la edad del fallecido(a). En el caso de que la edad cumplida sea desconocida, pero si se conoce que vivió HORAS, DÍAS, MESES: llene con 99; en caso de AÑOS con 999 la categoría de edad que corresponda.
- 5.1 **Peso.** Para el caso de los menores de un día especifique el peso en gramos.
6. **CURP DEL FALLECIDO(A).** Esta información es de vital importancia para las posteriores gestiones de registro de la información. Solicítelo a los deudos y culde su correcto llenado.
7. **ESTADO CIVIL.** Es la situación en que se encontraba la persona de 12 años o más al momento de fallecer. Se incluyen tanto las situaciones de derecho como de hecho. Si se trata de menores de 12 años, marcar la opción soltero(a).
8. **RESIDENCIA HABITUAL.** Escriba el lugar donde de manera permanente el fallecido(a) residió durante los últimos seis meses, exceptuando los periodos largos de hospitalización. En el rubro LOCALIDAD señale el nombre de ésta y la categoría política que tiene; ejemplo: Rancho la Luz, Barrio San Pedro, etc. Si la RESIDENCIA HABITUAL corresponde a un país diferente a México, anote en entidad federativa el nombre de éste.
9. **OCCUPACIÓN HABITUAL.** Anote el oficio o trabajo que realizaba el fallecido(a). Si no trabajaba, mencione a qué se dedicaba, por ejemplo: rentista, jubilado, estudiante o ama de casa.
10. **ESCOLARIDAD.** Marque con una X una sola respuesta, según sea el nivel máximo de estudios aprobados por el fallecido(a).
11. **INSTITUCIÓN DE DERECHO HABIENTE.** Considere "derechohabiente" si la persona tenía derecho a recibir prestaciones en dinero y/o en especie de una institución de seguridad social.
12. **NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL O DE AFILIACIÓN.** Anote el número de afiliación en caso de que el fallecido(a) sea beneficiario de alguna institución de seguridad social. Auxílese para ello del expediente clínico o documento oficial de afiliación que presente el informante. Verifique que el número guarde correspondencia con la opción registrada en la pregunta 11.
- 13.1 **Nombre de la unidad médica.** En caso de que la defunción haya ocurrido en una unidad médica pública o privada, anote el nombre.
15. **FECHA.** Anote con números arábigos el año (los cuatro dígitos), el mes, el día y la hora de ocurrencia.
- 15.1 **Hora de la defunción.** Para anotar la hora, use la escala de 01 a 24. Escriba también los minutos.

Ejemplo: Si ocurrió a las cinco y media de la tarde, anote:

[1][7][13][00]

Hora Minutos

17. **SE PRACTICÓ NECROPSIA.** Marque con X la opción "SI" cuando haya sido efectuada la autopsia (necropsia). Esta pregunta es para todas las muertes, tanto por accidente o violencia como por causas naturales.
18. **CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN.** Anote una sola causa en cada renglón, sin omitir el intervalo de tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la muerte. Deje en blanco los espacios reservados para los códigos de la CIE-10.
PARTE I: Anote en el inciso a) la enfermedad o estado patológico que produjo directamente la muerte; si la causa mencionada en dicho inciso se debió a una causa antecedente, asíente en el inciso b); si ésta a su vez fue originada por una tercera, anótelas en el inciso c); si ésta a su vez fue originada por una cuarta, informe esta última en el inciso d).
 No es estrictamente necesario llenar los renglones b), c) y d) siempre y cuando la causa informada en el inciso a) describa por completo la defunción; es decir, que por sí misma sea la causa de la muerte, sin necesidad de causas previas.
PARTE II: En esta parte anote alguna enfermedad significativa que pudo haber contribuido a la muerte, pero que no estuvo relacionada con las causas anotadas en la Parte I: a), b), c) o d).
 Ejemplo:

I	a) Peritonitis	2 días
	b) Perforación de duodeno	4 días
	c) Úlcera duodenal	3 años
II	Hipertensión arterial	5 años
19. **CAUSAS BÁSICAS DE DEFUNCIÓN.** No anote nada en este espacio.
20. **SILA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER EN EDAD FÉRTIL (de 10 a 54 años).** No omita responder a las preguntas respecto al embarazo. Si se contesta afirmativamente alguna de las opciones de esta pregunta (1 a 4), contestar las preguntas 21 y 22.
- 21 y 22. **Se refieren a las causas anotadas en la pregunta 18.** Se subraya la diferencia entre cada pregunta. La pregunta 21 hace referencia a que las causas anotadas fueron complicaciones del embarazo parto o puerperio, mientras que la pregunta 22 corrobora que las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio.
23. **SILA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA.** Dé aviso a la autoridad civil ya que el médico legista levantará el certificado, respondiendo a cada una de las preguntas de este apartado con la información disponible.
- 23.3 **Lugar donde ocurrió la lesión.** Especifique la opción correspondiente dado que ésta puede ser diferente a la del sitio donde ocurrió la defunción.
- 23.4 **Violencia familiar.** Si la muerte fue por homicidio, marque con una X la opción correspondiente si el presunto agresor es un miembro de la familia, con el que mantiene (o ha mantenido) una relación de convivencia o parentesco.
- 23.6 Anote de manera precisa las circunstancias que originaron la lesión que causó la muerte. Ejemplo: caída de la escalera de su casa, atropellado(a) por un autobús al cruzar la avenida, sofocación por bolsa de plástico al estar jugando con sus amigos en la escuela, etc. Para el caso de violencia familiar describa el parentesco del presunto responsable con el fallecido(a) (padre, madrastra, concubina, esposo...).
- 23.7 **Sólo en caso de accidente de vehículo de motor.** Anote la calle o avenida, entre que calles, nombre de la colonia, número de kilómetro, nombre de la carretera o camino, del municipio o delegación de la entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido".
27. **Datos del certificante.** El certificante no debe omitir ningún dato que lo identifique. La firma de la persona que certifica es de carácter obligatorio.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE CONSULTA EXTERNA EN UNIDADES DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL ISEM	Edición: Primera
	Fecha: Abril/2010
	Código: 217B50401
	Página X

SIMBOLOGÍA

INICIO O FINAL DEL PROCESO



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

CONECTOR DE OPERACIÓN



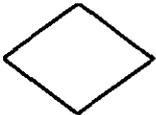
Muestra las principales fases del procedimiento, empleándose cuando el material, formato o la propia acción cambia o requiere conectarse a otra operación lejana dentro del mismo procedimiento.

LÍNEA CONTÍNUA



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 punta de flecha; puede ser utilizada en la dirección que se requiera y para unir cualquier símbolo empleado.

DECISIÓN



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.

FUERA DE FLUJO



Cuando por necesidades 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 procedimiento.

CONECTOR DE PROCEDIMIENTOS



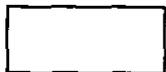
Es utilizado para señalar que un procedimiento proviene o es la continuación de otro(s), es importante anotar dentro del símbolo el nombre del procedimiento del cual se deriva o hacia dónde va.

CONECTOR DE HOJA EN UN MISMO PROCEDIMIENTO



Este símbolo se utiliza con la finalidad de evitar las hojas de gran tamaño, el cual muestra al finalizar la hoja, hacia donde va y al principio de la siguiente hoja de donde viene 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.

OPERACIÓN



Representa la realización de una operación o actividad relativas a un procedimiento y se anota dentro del símbolo la descripción de la acción que se realiza en ese paso de manera sintetizada.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE CONSULTA EXTERNA EN UNIDADES DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL ISEM	Edición: Primera
	Fecha: Abril/2010
	Código: 217B50401
	Página XII

REGISTRO DE EDICIONES

Primera Edición (abril de 2010): elaboración del manual.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE CONSULTA EXTERNA EN UNIDADES DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL ISEM	Edición:	Primera
	Fecha:	Abril/2010
	Código:	217B50401
	Página	XIII

DISTRIBUCIÓN

El original del Manual de Procedimientos de Consulta Externa en Unidades de Salud de Primer Nivel de Atención del ISEM se encuentra en resguardo de la Unidad de Modernización Administrativa, en el Departamento de Desarrollo Institucional del Instituto de Salud del Estado de México.

Las copias controladas están distribuidas de la siguiente manera:

Dirección de Servicios de Salud.
Departamento de Atención Médica de Primer Nivel.
Jurisdicciones Sanitarias (19).

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE CONSULTA EXTERNA EN UNIDADES DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL ISEM	Edición:	Primera
	Fecha:	Abril/2010
	Código:	217B50401
	Página	XIV

VALIDACIÓN

Dr. Gabriel Jaime O'Shea Cuevas
Secretario de Salud y Director General del ISEM
(RÚBRICA)

Lic. Jaime Gutiérrez Casas
Coordinador de Administración y Finanzas
(RÚBRICA)

Dr. Jesús Luis Rubí Salazar
Coordinador de Salud
(RÚBRICA)

Lic. Víctor Flores Silva
Unidad de Modernización Administrativa
(RÚBRICA)

Dra. Elizabeth Dávila Chávez
Directora de Servicios de Salud
(RÚBRICA)

Dr. José Abel Orozco Mendieta
Jefe del Departamento de Atención Médica de Primer Nivel
(RÚBRICA)

Manual de Procedimientos de Consulta Externa en Unidades de Salud de Primer Nivel de Atención del ISEM, Toluca, México, abril de 2010.

MP- 08

© Manuales de Procedimientos

Manual de Procedimientos de Consulta Externa en Unidades de Salud de Primer Nivel de Atención del ISEM

Secretaría de Salud

Instituto de Salud del Estado de México

Responsable de su elaboración:

Dr. José Abel Orozco Mendieta
Dra. Ma. Josefina Sánchez Muciño
Dr. José Antonio Márquez Warnke
Dra. Consuelo Erika Calvo Jiménez
Dra. Irene Obdulia Albarran Ascencio.
Dr. Armando Trejo Vega

Responsable de su integración:

✦ Lic. Armando Santín Pérez
✦ Lic. Ivonne Romero Hernández
✦ Noemi Flores Gutierrez

Toluca, México
Abril, 2010.



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



Compromiso
Gobierno que cumple

MANUAL DE OPERACIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL Y EVALUACIÓN DEL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO MÉXICO

MARZO DE 2010

SECRETARÍA DE SALUD
INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO

© Derechos reservados.
Segunda edición marzo de 2010.
Gobierno del Estado de México.
Secretaría de Salud.
Instituto de Salud del Estado de México.
Independencia Ote. 1009.
Colonia Reforma, C. P. 50070.
Cuenta Correo Electrónico:
webmasterisem@salud.gob.mx
Impreso y hecho en Toluca, México.
Printed and made in Toluca, México.

La reproducción parcial o total de este documento
podrá efectuarse mediante la autorización expreso
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

COMITÉ DE CONTROL Y EVALUACIÓN

ÍNDICE

- PRESENTACIÓN.....**
- I. APROBACIÓN.....**
- II. ANTECEDENTES.....**
- III. BASE LEGAL.....**
- IV. OBJETO DEL COMITÉ.....**
- V. DISPOSICIONES GENERALES.....**
- VI. OBJETIVOS DEL COMITÉ.....**
- VII. LINEAMIENTOS GENERALES DE OPERACIÓN.....**
 - 1. DEL COMITÉ DE CONTROL Y EVALUACIÓN.....
 - 2. DE LAS SESIONES.....
 - 3. DE LAS FUNCIONES DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ.....
 - 4. DE LA PARTICIPACIÓN DE LOS INVITADOS.....
- VIII. TRANSITORIOS.....**
- VALIDACIÓN.....**
- HOJA DE ACTUALIZACIÓN.....**

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 un 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 por 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 calidad.

El presente manual de operación documenta la acción organizada del Comité de Control y Evaluación para contribuir al cumplimiento de la misión 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 delinear la gestión administrativa de este organismo auxiliar del Ejecutivo Estatal.

Este documento contribuye en 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.

I. 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 **168**, aprobó el presente **Manual de Operación del Comité de Control y Evaluación del Instituto de Salud del Estado de México** el cual contiene la información referente a antecedentes, atribuciones, estructura, objetivos y funciones por unidad administrativa.

FECHA DE ACUERDO	NÚMERO DE ACUERDO
27 de agosto de 2010.	ISE / 168 / 014.

Lic. Antonio Salomón Naime Atala
 Director de Administración y
 Secretario del Consejo Interno del ISEM
 (RÚBRICA)

II. ANTECEDENTES

Considerando que el enfoque moderno del control busca la coparticipación del área auditada y la Unidad de Contraloría Interna, a efecto de acrecentar la actuación preventiva y perfilarse al autocontrol; En Sesión Ordinaria 142 del Consejo Interno del Instituto de Salud del Estado de México, de fecha 9 de diciembre del año 2005; se tomó el Acuerdo ISE/142/014 por el que se autorizó por unanimidad realizar la fusión del Comité de Auditoría y el Equipo de Mejora Continua de la Gestión Pública en el "Comité de Control y Evaluación (COCOE), ISEM"; cuya finalidad es apoyar la consecución de los objetivos institucionales, traducidos en mejorar la calidad y calidez de los servicios en materia de salud y regulación sanitaria que proporciona el Instituto a la población mexiquense.

III. BASE LEGAL**Federal:**

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

Estatatal:

- Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México.
Gaceta del Gobierno, 10, 14 y 17 de noviembre de 1917, reformas y adiciones;
- Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de México.
Gaceta del Gobierno, 17 de septiembre de 1981, reformas y adiciones.
- Ley de Planeación del Estado de México y Municipios.
Gaceta del Gobierno, 21 de diciembre de 2001, reformas y adiciones;
- Ley para la Coordinación y Control de Organismos Auxiliares del Estado de México.
Gaceta del Gobierno, 24 de agosto de 1983, reformas y adiciones;
- Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado y Municipios.
Gaceta del Gobierno, 11 de septiembre de 1990, reformas y adiciones;
- Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México.
Gaceta del Gobierno, 30 de abril de 2007, reformas y adiciones;
- Código Administrativo del Estado de México.
Gaceta del Gobierno, 13 de diciembre de 2001, reformas y adiciones;
- Reglamento de Salud del Estado de México.
Gaceta del Gobierno, 13 de marzo de 2002, reformas y adiciones;
- Reglamento de la Ley de Planeación del Estado de México y Municipios.
Gaceta del Gobierno, 16 de octubre de 2002, reformas y adiciones;
- Reglamento Interior de la Secretaría de la Contraloría.
Gaceta del Gobierno, 25 de mayo de 2006, reformas y adiciones;
- Reglamento Interior del Instituto de Salud del Estado de México.
Gaceta del Gobierno, 1º de marzo de 2005, reformas y adiciones;
- Reglamento de la Ley para la Coordinación y Control de los Organismos Auxiliares y Fideicomisos del Estado de México.
Gaceta del Gobierno, 8 de octubre de 1984, reformas y adiciones;
- Reglamento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México.
Gaceta del Gobierno, 18 de octubre de 2004, reformas y adiciones;
- Acuerdo del Ejecutivo del Estado, por el que se establecen los órganos de control interno en las Dependencias y Procuraduría General de Justicia de la Administración Pública Estatal como Unidades Administrativas dentro de la estructura orgánica de éstas, y bajo la coordinación directa y funcional de la Secretaría de la Contraloría, dentro del Sistema Estatal de Control y Evaluación Gubernamental.
Gaceta del Gobierno, 13 de diciembre de 1993, reformas y adiciones;
- Acuerdo de coordinación que celebran el Ejecutivo Federal y el Ejecutivo del Estado de México, que tiene por objeto la realización de un programa de coordinación especial denominado "Fortalecimiento del Sistema Estatal de Control y Evaluación de la Gestión Pública y Colaboración en Materia de Transparencia y Combate a la Corrupción".
Diario Oficial de la Federación, 5 de diciembre de 2001, reformas y adiciones;
- Acuerdo del Ejecutivo del Estado por el que se establecen los Lineamientos Generales de Combate a la Corrupción.
Gaceta del Gobierno, 7 de marzo de 2002, reformas y adiciones;
- Acuerdo para implementar un Modelo Integral de Control Interno.
Gaceta del Gobierno, 5 de diciembre de 2007;
- Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos del Modelo Integral de Control Interno.
Gaceta del Gobierno, 14 de diciembre de 2007;

- Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México. Gaceta del Gobierno, 26 de junio de 2005, reformas y adiciones.

IV. OBJETO DEL COMITÉ

Los presentes lineamientos tienen como objeto regular la integración y funcionamiento del Comité de Control y Evaluación del Instituto de Salud del Estado de México.

V. DISPOSICIONES GENERALES

1. Para efectos de los presentes lineamientos, se entenderá por:
 - A. *COCOE*: El Comité de Control y Evaluación del Instituto de Salud del Estado de México.
 - B. *Instituto*: Al Instituto de Salud del Estado de México.
 - C. *Unidades Administrativas*: A las áreas adscritas al Instituto de Salud del Estado de México.
 - D. *Secretaría*: A la Secretaría de la Contraloría del Gobierno del Estado de México.
 - E. *OCI*: a la Unidad de Contraloría Interna del Instituto de Salud del Estado de México.
 - F. *Instancias Fiscalizadoras Externas*: A la Auditoría Superior de la Federación, a la Secretaría de la Función Pública del Gobierno Federal, al Órgano Superior de Fiscalización del Estado de México y a los Despachos de Auditoría Externa.
 - G. *MICI*: Al Modelo Integral de Control Interno.
2. El *COCOE* es un órgano colegiado de análisis y evaluación tendiente a fortalecer el control interno del Instituto de Salud del Estado de México.

VI. OBJETIVOS DEL COMITÉ

- Coadyuvar en la consecución de los objetivos y metas institucionales, mediante la implementación de actividades que fortalezcan el control interno; con el objeto de mejorar la calidad y calidez de los servicios en materia de salud y regulación sanitaria que proporciona el Instituto a la población mexiquense.
- Promover la eficiencia, eficacia, transparencia, legalidad y congruencia en la operación y rendición de cuentas del Instituto a través de la implementación de instrumentos y mecanismos de control y evaluación.
- Promover que los requerimientos, observaciones y recomendaciones efectuadas por la Secretaría, por el OCI y por las instancias fiscalizadoras externas, en el ámbito de su competencia, se cumplan en los términos propuestos.
- Vigilar el seguimiento de los acuerdos en materia de control y evaluación.
- Proponer el establecimiento de mecanismos de autoevaluación y verificar que los resultados obtenidos cumplan con su objetivo.
- Crear comisiones o grupos de trabajo para la atención de actividades específicas en materia de control interno, para el seguimiento de los hallazgos detectados en las evaluaciones practicadas al desempeño institucional y a procesos.
- Analizar y evaluar la formulación y ejercicio del presupuesto y de las disposiciones de ahorro y contención del gasto que dicte el Ejecutivo Estatal, y proponer las medidas preventivas correspondientes.
- Auxiliar al Consejo Interno en los asuntos que le encomiende.
- Planear, programar, y coordinar la implementación del *MICI* a través de equipos o grupos de trabajo.
- Dar seguimiento al cumplimiento y avance de los compromisos gubernamentales, procesos de mejoramiento de calidad y otros programas vinculados a la actividad institucional.
- Desarrollar las demás funciones, necesarias para el logro de los objetivos del *COCOE*.

VII. LINEAMIENTOS GENERALES DE OPERACIÓN

I.- DEL COMITÉ DE CONTROL Y EVALUACIÓN:

I.1. *COCOE* se integrará con los titulares de las siguientes áreas:

- a) Dirección General del Instituto, quien fungirá como Presidente, con derecho a voz y voto;
- b) Unidad de Contraloría Interna, quien fungirá como Secretario Técnico, con derecho a voz;
- c) Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación, con derecho a voz y voto;
- d) Coordinación de Salud, con funciones de Vocal, con derecho a voz y voto;
- e) Coordinación de Regulación Sanitaria, con funciones de Vocal, con derecho a voz y voto;
- f) Coordinación de Administración y Finanzas, con funciones de Vocal, con derecho a voz y voto;
- g) Dirección de Finanzas, con funciones de Vocal, con derecho a voz y voto;
- h) Dirección de Administración, con funciones de Vocal, con derecho a voz y voto;

- i) Unidad de Asuntos Jurídicos, con funciones de Vocal, con derecho a voz y voto;
- j) Unidad de Modernización Administrativa, con funciones de Vocal y con derecho a voz y voto;
- k) Unidad Estatal de Protección Social en Salud, con funciones de Vocal y con derecho a voz y voto;
- l) Líder Operativo de Calidad, con funciones de Vocal y con derecho a voz y voto;
- m) Dirección General de Control y Evaluación "C" de la Secretaría, con funciones de Vocal y con derecho a voz;

1.2. A las Sesiones del COCOE podrán participar los invitados que el Presidente, Vocales y Secretario Técnico, convoquen, con derecho a voz únicamente.

Los invitados podrán ser servidores públicos de cualquier unidad administrativa del Instituto, servidores públicos de otras Dependencias u Organismos Auxiliares; el auditor externo, designado por la Secretaría, así como otros especialistas en el tema, con derecho exclusivamente a voz.

1.3. Cada miembro titular del COCOE, informará por escrito al Secretario Técnico la designación de un suplente, cuyo nivel sólo podrá ser el inmediato inferior de la estructura orgánica, al que tenga el titular y podrá asistir a las sesiones del COCOE en ausencia del titular, con las mismas facultades, obligaciones y responsabilidades de éste.

1.4. En caso de modificar la designación del suplente, se notificará por escrito y de manera inmediata al Secretario Técnico del COCOE.

1.5 El COCOE es un Órgano Colegiado de apoyo, consulta y asesoría de carácter administrativo y no sustituye las responsabilidades que las unidades administrativas del Instituto tienen atribuidas en la normatividad jurídico-administrativa en materia de control y evaluación.

1.6 El funcionamiento del COCOE es de carácter permanente y los cargos de sus integrantes son honoríficos.

2. DE LAS SESIONES

2.1 En cada sesión del COCOE se levantará un acta, en la que se deberán registrar los acuerdos tomados y el seguimiento de los acuerdos de las sesiones anteriores, hasta su conclusión.

2.2 Los miembros del COCOE firmarán las actas de las sesiones, aceptando con ello el cumplimiento de los acuerdos registrados.

2.3 El COCOE deberá sesionar trimestralmente en forma ordinaria y podrá convocar a sesiones extraordinarias cuando lo juzgue conveniente.

Para el desarrollo de dichas sesiones, se considerará de manera enunciativa, más no limitativa, lo siguiente:

2.3.1 En la última sesión del COCOE del ejercicio de que se trate, deberá fijarse el calendario de sesiones ordinarias del siguiente ejercicio presupuestal.

2.3.2. En el orden del día de las sesiones ordinarias, se deberá considerar como mínimo, los siguientes puntos a tratar: seguimiento a las consideraciones del comisario; seguimiento de observaciones de auditoría interna y de las realizadas por instancias fiscalizadoras externas; avance programático presupuestal.

Se deberá solicitar a los miembros del COCOE propuestas de asuntos a tratar, competencia del COCOE, para llevar a cabo la integración de la carpeta respectiva.

2.3.3 Las sesiones ordinarias se realizarán previa convocatoria escrita del Secretario Técnico, quien la remitirá a los integrantes del COCOE por lo menos con cinco días hábiles de anticipación a la Sesión.

2.3.4 Las sesiones extraordinarias se realizarán previa convocatoria escrita del Secretario Técnico, quien la remitirá a los integrantes del COCOE por lo menos con 48 horas de anticipación a la sesión.

2.3.5 Los integrantes del COCOE podrán solicitar la inclusión de asuntos para las sesiones ordinarias y extraordinarias del COCOE.

2.3.6 La convocatoria a los invitados se efectuará de la misma forma y anticipación fijada para los integrantes del COCOE.

En caso de que para el desarrollo de las sesiones, se requiera información y/o documentación que sea del conocimiento o se encuentre bajo resguardo de los invitados, se les solicitará en la convocatoria correspondiente.

2.4 Para que exista quórum legal para llevar a cabo el desarrollo de las sesiones ordinarias y extraordinarias del COCOE, se deberá contar con la asistencia del Presidente o su suplente, del Secretario Técnico y de por lo menos la mitad, más uno, de los vocales titulares o suplentes, con derecho a voz y voto.

2.5 Si no se reúne el quórum legal, el Secretario Técnico levantará un acta que será firmada por los asistentes, en la que se hará constar la falta de quórum y convocará a una nueva sesión dentro de un plazo no mayor a diez días hábiles tratándose de sesiones ordinarias, y de cinco días hábiles para sesiones extraordinarias.

2.6 Si en la siguiente sesión que se refiere en el numeral anterior, no se reúne el quórum legal, el Secretario Técnico levantará una segunda acta que será firmada por los asistentes, haciendo constar dicha circunstancia, y se remitirá al Presidente del Instituto para los efectos a que haya lugar, con independencia de las responsabilidades que procedan en términos de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado y Municipios.

2.7 Los integrantes del COCOE podrán solicitar en cualquier tiempo, modificaciones, adiciones o reformas a los presentes lineamientos, las que deberán ser aprobadas por todos los integrantes del COCOE, para proceder con los trámites correspondientes.

2.8 En las sesiones del COCOE, los integrantes deberán informar el avance y estado que guardan los asuntos que les hayan sido encomendados por acuerdo del COCOE, hasta su conclusión.

2.9 El Secretario Técnico deberá conservar en sus archivos las actas de cada sesión y sus anexos por lo menos por un periodo de cinco años. La documentación soporte de los asuntos tratados en el COCOE, deberá quedar bajo resguardo de la unidad administrativa responsable, por lo menos durante cinco años posteriores a la fecha en que el COCOE determine la conclusión del asunto respectivo.

2.10 Cuando algún miembro del COCOE requiera la documentación señalada en el numeral anterior, deberá solicitarla a la unidad administrativa responsable, con copia al Secretario Técnico, precisando la fecha de la sesión correspondiente, la documentación solicitada y la justificación de dicha solicitud.

2.11 Los integrantes del COCOE podrán proponer acciones preventivas y correctivas a los asuntos presentados durante el desarrollo de las sesiones ordinarias o extraordinarias, y, en su caso, convocar la participación de servidores públicos del Instituto para obtener la información o documentación respectiva.

2.12 Para realizar acciones correctivas a los asuntos presentados ante el COCOE, se deberá presentar la documentación soporte y citar el fundamento legal correspondiente.

2.13 El Secretario Técnico hará llegar a cada uno de los integrantes del COCOE en un plazo no mayor a veinte días hábiles, contados a partir de la fecha de la sesión correspondiente, copia del acta, para su revisión.

2.14 Los integrantes del COCOE, podrán realizar las observaciones que consideren procedentes al acta, para lo cual tendrán un plazo de cinco días hábiles, contados a partir del día siguiente al de la fecha en que hayan recibido el acta para su revisión, debiendo remitir por escrito dichas observaciones al Secretario Técnico para su implementación correspondiente.

Las observaciones señaladas en el párrafo anterior, no podrán modificar los acuerdos tomados en la Sesión correspondiente.

2.15 En caso de que el Secretario Técnico no reciba observaciones al acta en el plazo establecido en el numeral anterior, se entenderá tácitamente aprobada y se recabarán las firmas de los integrantes del COCOE.

2.16 Las firmas de las actas de las sesiones ordinarias y extraordinarias del COCOE, se recabarán en un plazo de treinta días hábiles, siguientes a la fecha de celebración de la sesión correspondiente.

2.17 Los acuerdos del COCOE se aprobarán por mayoría de votos, debiendo indicar en el acta quienes emitieron su voto y el sentido de éste, excepto en los casos en que los acuerdos sean tomados por unanimidad. En caso de empate, el presidente o su suplente tendrán el voto de calidad.

2.18 En ningún caso se someterá a votación de los integrantes del COCOE la solventación de observaciones de auditoría interna y externa, toda vez que el OCI, la Secretaría y las instancias fiscalizadoras externas, en base a su competencia son las únicas con atribuciones para determinar la solventación de dichas observaciones.

2.19 En el desarrollo de las sesiones ordinarias y extraordinarias, ningún integrante del COCOE podrá ser interrumpido cuando tenga el uso de la palabra, a menos que se trate de una moción de orden.

2.20 Las sesiones del COCOE no podrán exceder de tres horas, salvo que por mayoría de votos de sus integrantes, se constituyan en sesión permanente para concluir la discusión o resolución de los asuntos pendientes.

2.21 El acta de cada sesión deberá contener de manera enunciativa y no limitativa, lo siguiente:

2.21.1 Número de acta, incluyendo las siglas del COCOE, el número consecutivo y el año.

2.21.2 Lugar y fecha donde se desarrolló la sesión y la hora de inicio.

2.21.3 Los nombres y cargos de los asistentes a la sesión, y la declaratoria del quórum legal.

2.21.4 El desarrollo de los puntos del orden del día, en la secuencia de su desarrollo.

2.21.4 En su caso, propuestas que surjan del debate.

2.21.5 Resultados de la votación.

2.21.6 Acuerdos tomados, codificándose con las siglas COCOE, el número y año de sesión y dos dígitos para el número de acuerdo, precisando la unidad administrativa responsable de su cumplimiento y los plazos fijados para dicho cumplimiento.

2.21.7 Seguimiento de los acuerdos tomados en sesiones anteriores, pendientes de concluirse.

2.21.8 Hora y fecha de conclusión de la sesión.

2.21.9 Nombre completo, cargo y firma de los asistentes.

2.22 El titular de la Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación presentará, en cada sesión ordinaria la evaluación sobre los avances programático presupuestales.

3. DE LAS FUNCIONES DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ

3.1. De las funciones de Carácter General

3.1.1 Todos los integrantes e invitados deberán cumplir los acuerdos tomados durante las sesiones del COCOE, que queden bajo su responsabilidad y deberán proporcionar la información y documentación solicitada por el COCOE en los plazos que éste determine a través del Secretario Técnico.

3.1.2 Los integrantes del COCOE se obligan a guardar secreto profesional sobre la información del Instituto y a no utilizarla en beneficio propio o de intereses ajenos al mismo, aún y cuando concluya su participación como integrante del COCOE.

3.1.3 Los integrantes del COCOE podrán solicitar al Secretario Técnico la inclusión de asuntos para el desarrollo de las sesiones ordinarias y extraordinarias, que sean competencia del COCOE, previa solicitud que realice el Secretario Técnico, debiendo remitir al mismo en el momento en que se lo solicite el desarrollo del asunto y el soporte documental que requiera.

3.1.4 Los integrantes del COCOE podrán solicitar al Secretario Técnico, la realización de sesiones extraordinarias, cuando los asuntos a tratar se justifiquen plenamente y no puedan prorrogarse para su presentación en una sesión ordinaria, debiendo remitir con la solicitud respectiva, la justificación y la documentación soporte del asunto propuesto.

3.1.5 Los integrantes del COCOE podrán proponer la asistencia de invitados, cuando se requiera por virtud de la información o documentación que deban presentar dichos invitados, o bien, cuando se justifique a consideración del Presidente, Secretario Técnico y Vocales con derecho a voz y voto, lo cual se solicitará a dichos integrantes del COCOE por lo menos con tres días hábiles de anticipación, a la celebración de dicha sesión en caso de sesiones ordinarias, y en caso de sesiones extraordinarias, por lo menos con veinticuatro horas hábiles de anticipación a la celebración de la sesión.

3.1.6 Los integrantes del COCOE deberán asistir puntualmente y con carácter obligatorio a las sesiones de COCOE.

3.1.7 Los integrantes del COCOE deberán cumplir las encomiendas que se les designen en las sesiones que se desarrollen, en los plazos y formas encomendados.

3.1.8 Los integrantes del COCOE emitirán su opinión sobre los asuntos que se sometan a su consideración.

3.1.9 Los integrantes del COCOE e invitados a las sesiones proporcionarán la información y documentación que les sea solicitada sobre los asuntos que integren el orden del día.

3.1.10 Los integrantes del COCOE e invitados a las sesiones, efectuarán en el ámbito de su competencia, las gestiones que se requieran para la atención de asuntos relacionados con la solventación de las observaciones determinadas en las auditorías internas y externas y las acciones de control y evaluación.

3.1.11 Los integrantes del COCOE propondrán la participación del personal adscrito a la unidad administrativa a su cargo para la integración de los grupos o equipos de trabajo aprobados por COCOE para dar atención a los hallazgos derivados de las evaluaciones.

3.1.12 El responsable del grupo o equipo de trabajo deberá presentar a los integrantes del COCOE un informe de las actividades realizadas en los grupos de trabajo para la atención y seguimiento de los hallazgos detectados en las evaluaciones hasta dejar dichos asuntos concluidos.

3.1.13 Los integrantes del COCOE podrán fijar plazos o términos para el cumplimiento de los acuerdos.

3.1.14 Los integrantes del COCOE deberán efectuar, en el ámbito de su competencia, las gestiones necesarias para la atención de las observaciones determinadas por las diversas instancias fiscalizadoras.

3.1.15 Los integrantes del COCOE deberán coadyuvar en el ámbito de su competencia, en la consecución de los acuerdos o actividades establecidas en los grupos de trabajo del MICI.

3.1.16 Las demás necesarias para el logro de los objetivos del COCOE.

3.2 De las funciones del Presidente

3.2.1 Instalar, presidir, dirigir y clausurar las sesiones del COCOE.

3.2.2 Someter a consideración de los integrantes del COCOE el orden del día propuesto en la sesión correspondiente, realizando en su caso, las modificaciones respectivas, para su aprobación.

3.2.3 Vigilar que en las sesiones del COCOE únicamente se ventilen asuntos de su competencia, y que los acuerdos tomados queden asentados en el acta correspondiente.

3.2.4 Vigilar el seguimiento y cumplimiento de los acuerdos tomados en las sesiones del COCOE.

3.2.5 El Presidente del COCOE deberá presentar al Consejo Interno del Instituto, un informe de los asuntos relevantes del COCOE, en la última sesión ordinaria del Consejo Interno del Instituto, del ejercicio de que se trate; o bien, en la primera sesión ordinaria del Consejo Interno del Instituto, que se efectuó en el ejercicio inmediato posterior.

3.2.6 Apelar al recurso de la dispensa de la lectura, de no existir observaciones en el acta de la sesión anterior.

3.2.7 Proponer la creación de grupos específicos de trabajo para la atención, seguimiento y conclusión de los acuerdos tomados en el COCOE.

3.2.8 Autorizar la celebración de sesiones extraordinarias del COCOE.

3.2.9 Comunicar a los integrantes del COCOE los asuntos que éste encomiende y vigilar su cumplimiento.

3.3 De las funciones del Secretario Técnico

3.3.1 Preparar y organizar las sesiones ordinarias y extraordinarias del COCOE.

3.3.2 Convocar en los términos señalados en los presentes lineamientos a los integrantes e invitados del COCOE.

3.3.3 Pasar lista de asistencia y declarar el quórum legal para llevar a cabo las sesiones del COCOE.

3.3.4 Proponer y vigilar que se ejecuten las medidas específicas para la aplicación de las acciones aprobadas en cada sesión del COCOE.

3.3.5 Durante las votaciones será responsable del escrutinio.

3.3.6 Requerir a los integrantes del COCOE y a los invitados la documentación soporte de los asuntos a tratar en las sesiones del COCOE, e integrar las carpetas respectivas

3.3.7 Elaborar las actas de las sesiones del COCOE e integrar y resguardar la documentación soporte.

3.3.8 Presentar para su aprobación, en la última sesión del COCOE del ejercicio de que se trate, la propuesta del calendario para la celebración de las sesiones ordinarias del ejercicio siguiente.

3.3.9 Levantar las actas correspondientes cuando no se reúna el quórum legal para llevar a cabo las sesiones del COCOE.

3.3.10 Proporcionar a los integrantes del COCOE una copia del acta de cada sesión, una vez que ésta haya sido firmada por todos los asistentes.

3.3.11 Coordinar el desempeño de los grupos de trabajo que designe el COCOE y supervisar su funcionamiento.

3.3.12 Mantener actualizado el directorio de los integrantes del COCOE.

3.3.13 Dar seguimiento a los acuerdos del COCOE e informar al Presidente el estado que guardan, previo al desarrollo de la sesión ordinaria de que se trate.

3.3.14 Presentar en cada sesión ordinaria del COCOE, de manera enunciativa y no limitativa, los siguientes asuntos:

3.3.14.1 Observaciones en materia de control y evaluación, pendientes de atender.

3.3.14.2 Acciones realizadas por el Instituto para el cumplimiento de las observaciones determinadas en auditoría interna y externa.

3.3.14.3 Observaciones a la situación programático presupuestal del Instituto.

3.3.14.4 Seguimiento a las consideraciones del Comisario.

3.3.14.5 Avance en el cumplimiento de acciones tendientes al desarrollo de la calidad institucional.

3.3.14.6 Evaluación de los logros alcanzados por el COCOE.

3.3.15 Presentar en cada sesión ordinaria del COCOE un informe de resultados del MICI.

3.4. De las funciones de los Vocales con derecho a voz y voto

3.4.1 Los vocales se constituyen en instancias técnicas de consulta y apoyo en relación con los asuntos de su competencia, por lo que deberán asesorar, emitir las opiniones que se les requiera e implementar las medidas necesarias para el cumplimiento de los acuerdos tomados en COCOE.

3.4.2 Sugerir las acciones necesarias que aseguren el fortalecimiento del funcionamiento del COCOE.

3.4.3 Fungir como consultores competentes a cualquier problema o confusión derivada de la aplicación de las disposiciones legales de dichas funciones.

3.4.4 Vigilar el cumplimiento de los acuerdos tomados por el COCOE en el ámbito de su competencia.

3.4.5 Promover en las áreas de su competencia, la atención a las observaciones determinadas en las auditorías y/o supervisiones internas y externas, así como los hallazgos derivados de las evaluaciones y los acuerdos tomados por los grupos de trabajo establecidos.

3.4.6 Coadyuvar en la planeación, programación y coordinación del MICI, así como integrar y presentar al COCOE sus resultados.

3.4.7 Designar al personal de la unidad administrativa de su competencia para la integración de los grupos y equipos de trabajo para la atención y seguimiento de los hallazgos derivados de las evaluaciones.

3.4.8 Designar un responsable por grupo o equipo de trabajo, que coordine las acciones o actividades de los mismos.

3.4.9 Presentar un informe de los avances de la atención de los hallazgos, con la respectiva evidencia documental.

3.5 De las funciones del Director General de Control y Evaluación "C"

3.5.1. Emitir opinión al COCOE, en la sesión inmediata posterior que corresponda, en el caso de que existan observaciones y hallazgos detectados al Instituto, respecto del incumplimiento de las disposiciones jurídico-administrativas, en materia de control y evaluación.

3.5.2. Opinar en materia de control y evaluación, respecto a la forma en que el Instituto conduce sus actividades conforme a los Programas Sectorial e Institucional.

3.5.3. Opinar respecto de los indicadores de gestión del Instituto en materia de operación, productividad y finanzas.

3.5.4. Efectuar observaciones por lo menos una vez al año, sobre las acciones de desarrollo de la calidad institucional.

3.5.5. Informar oportunamente las modificaciones que sufra la normatividad en materia de control y evaluación.

3.5.6. Asesorar a los miembros del COCOE sobre la implementación y funcionamiento del MICI.

3.5.7. Proponer la mejora continua en el programa de desarrollo y calidad institucional.

3.6. De las funciones del Enlace del MICI.

3.6.1. Planear, programar, proponer, coordinar y monitorear las acciones que efectúen los grupos o equipos de trabajo del MICI.

3.6.2. Dar seguimiento a los acuerdos y actividades encomendadas a cada uno de los grupos de trabajo en los que se haya implementado el MICI.

3.6.3. Actualizar de manera permanente el sistema de análisis de riesgos implementado por la Secretaría para lograr la consecución del MICI.

3.6.4. Remitir al Secretario Técnico del COCOE, cada que le sea requerido, el informe de resultados de cada uno de los grupos de trabajo del MICI.

4. DE LA PARTICIPACIÓN DE LOS INVITADOS

4.1. Los invitados podrán participar en las Sesiones del COCOE previa convocatoria del Secretario Técnico.

4.2. Los invitados podrán formar parte de los grupos de trabajo cuando así lo determinen los integrantes del COCOE y deberán llevar a cabo las funciones que se les encomienden para el logro eficaz de los objetivos del COCOE.

VIII. TRANSITORIOS

Primero.- Una vez aprobado el presente manual, publíquese en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado Libre y Soberano de México "Gaceta del Gobierno".

Segundo.- El presente manual por el que se establecen los Lineamientos de Operación del Comité de Control y Evaluación del Instituto de Salud del Estado de México, entrarán en vigor al día siguiente de su publicación en el periódico oficial "Gaceta del Gobierno".

Tercero.- El presente manual, deja sin efectos al Manual de Operación del Comité de Control y Evaluación del Instituto de Salud del Estado de México, publicado en la Gaceta del Gobierno el 19 de septiembre de 2006.

VALIDACIÓN**EL COMITÉ****DR. GABRIEL JAIME O'SHEA CUEVAS**

DIRECTOR GENERAL DEL ISEM.

PRESIDENTE

(RÚBRICA)

LIC. AURORA ÁLVAREZ LARA

CONTRALOR INTERNO

SECRETARIO TÉCNICO

(RÚBRICA)

LIC. ALEJANDRO AGUILERA ANDALUZJEFE DE LA UNIDAD DE INFORMACIÓN, PLANEACIÓN,
PROGRAMACIÓN Y EVALUACIÓN**VOCAL**

(RÚBRICA)

DR. SERGIO CARLOS ROJAS ANDERSEN

COORDINADOR DE REGULACIÓN

SANITARIA

VOCAL

(RÚBRICA)

M. en A. JUAN MANUEL CAMACHO CABALLERO

DIRECTOR DE FINANZAS

VOCAL

(RÚBRICA)

LIC. RAÚL JAIME FLORES RODRÍGUEZ

JEFE DE LA UNIDAD DE ASUNTOS JURÍDICOS

VOCAL

(RÚBRICA)

DRA. FRINNÉ AZUARA YARZÁBALJEFE DE LA UNIDAD ESTATAL
DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD**VOCAL**

(RÚBRICA)

LIC. ROCIO IVONNE PÉREZ MARTÍNEZDIRECTORA GENERAL DE CONTROL
Y EVALUACIÓN "C" DE LA SECRETARÍA
DE LA CONTRALORÍA**VOCAL**

(RÚBRICA)

DR. JESÚS LUIS RUBÍ SALAZAR

COORDINADOR DE SALUD

VOCAL

(RÚBRICA)

L. en A. JAIME GUTIÉRREZ CASASCOORDINADOR DE ADMINISTRACIÓN
Y FINANZAS**VOCAL**

(RÚBRICA)

LIC. FERNANDO A. CESAR LUNA

DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN

VOCAL

(RÚBRICA)

LIC. VICTOR FLORES SILVAENCARGADO DEL DESPACHO DE LA UNIDAD DE
MODERNIZACIÓN ADMINISTRATIVA**VOCAL**

(RÚBRICA)

DRA. GUADALUPE MIRAMÓN PÉREZ

LIDER OPERATIVO DE CALIDAD

VOCAL

(RÚBRICA)

HOJA DE ACTUALIZACIÓN

Manual de Operación del Comité de Control y Evaluación del Instituto de Salud del Estado de México, Toluca, México, septiembre de 2006, primera edición.

Manual de Operación del Comité de Control y Evaluación del Instituto de Salud del Estado de México, Toluca, México, marzo de 2010, segunda edición.

• MO/97

Manual de Operación del Comité de Control y Evaluación del Instituto de Salud del Estado de México.

Secretaría de Salud
Instituto de Salud del Estado de México

Responsables de la información e integración:

Lic. Aurora Álvarez Lara.- Contralor Interno.
Toluca, México.
Marzo de 2010.



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



PROCEDIMIENTO “SUSCRIPCIÓN DE CONTRATOS DE ARRENDAMIENTO DE INMUEBLES DEL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO”

FEBRERO DE 2010

© Derechos Reservados.

Primera edición, febrero 2010.
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, México.

Printed and made in Toluca, México.

Correo electrónico: webmasterisem@salud.gob.mx

La reproducción total o parcial de este documento podrá efectuarse mediante la autorización expreso 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

PROCEDIMIENTO “SUSCRIPCIÓN DE CONTRATOS DE ARRENDAMIENTO DE INMUEBLES DEL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO”	Edición: Primera.
	Fecha: Febrero de 2010.
	Código: 217B32301
	Página:

ÍNDICE

Presentación	II
Aprobación	III
Objetivo General	IV
Identificación e Interacción de Procesos (Mapa de Procesos de Alto Nivel).....	V
Relación de Procesos y Procedimientos.....	VI
Descripción del Procedimiento	VII
Suscripción de Contratos de Arrendamiento de Inmuebles del Instituto de Salud del Estado de México.	217B32301/01
Simbología	IX
Registro de Ediciones	XI
Distribución	XII
Validación	XIII

PROCEDIMIENTO “SUSCRIPCIÓN DE CONTRATOS DE ARRENDAMIENTO DE INMUEBLES DEL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO”	Edición: Primera.
	Fecha: Febrero de 2010.
	Código: 217B32301
	Página: II

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 por 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 calidad.

El presente procedimiento documenta la acción organizada para dar cumplimiento a la misión del Departamento de Servicios Generales en materia de arrendamiento de inmuebles. 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 delinear la gestión administrativa de este organismo descentralizado del Sector Salud.

Este documento contribuye en la planificación, conocimiento, aprendizaje y evaluación de la acción administrativa. El reto impostergable es la transformación de la cultura hacia nuevos esquemas de responsabilidad, transparencias, organización, liderazgo y productividad.

PROCEDIMIENTO "SUSCRIPCIÓN DE CONTRATOS DE ARRENDAMIENTO DE INMUEBLES DEL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO"	Edición: Primera.
	Fecha: Febrero de 2010.
	Código: 217B32301
	Página: III

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 168, aprobó el presente **Procedimiento "Suscripción de Contratos de Arrendamiento de Inmuebles del Instituto de Salud del Estado de México"**, el cual contiene la información referente a consideraciones generales, mapa de procesos y procedimientos, así como políticas para dar cumplimiento en la materia de Servicios Generales.

FECHA DE ACUERDO	NÚMERO DE ACUERDO
27 de agosto de 2010.	ISE / 168 / 014.

Lic. Antonio Salomón Naime Atala
Director de Administración y
Secretario del Consejo Interno del ISEM.
(RÚBRICA)

PROCEDIMIENTO "SUSCRIPCIÓN DE CONTRATOS DE ARRENDAMIENTO DE INMUEBLES DEL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO"	Edición: Primera.
	Fecha: Febrero de 2010.
	Código: 217B32301
	Página: IV

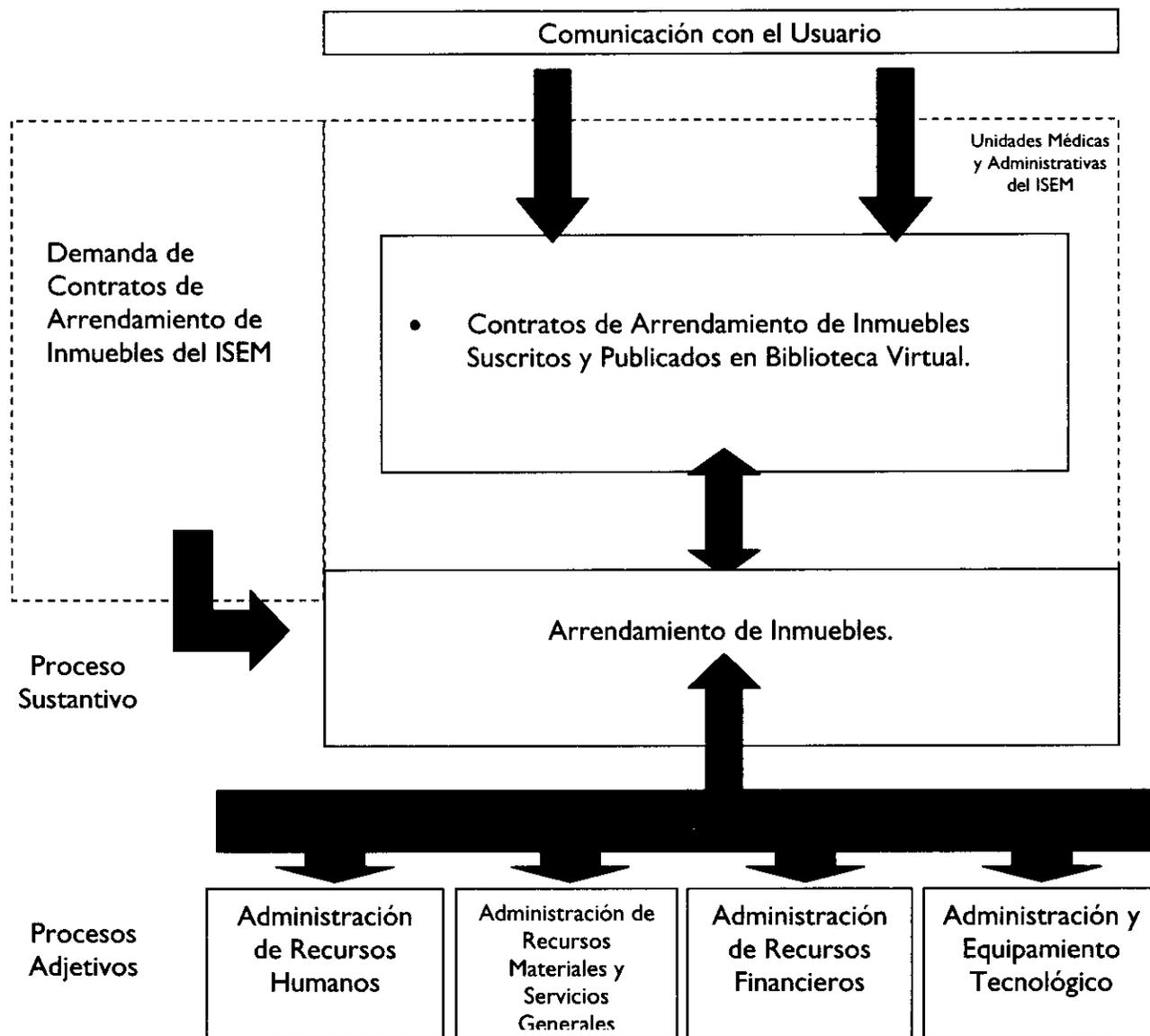
OBJETIVO GENERAL

Mejorar la calidad y eficiencia de la suscripción de los contratos de arrendamiento de bienes inmuebles que realice el Instituto de Salud del Estado de México con terceras personas, mediante el control, cumplimiento y terminación del proceso de arrendamiento de inmuebles, de conformidad con la normatividad vigente en la materia.

PROCEDIMIENTO "SUSCRIPCIÓN DE CONTRATOS DE ARRENDAMIENTO DE INMUEBLES DEL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO"	Edición: Primera.
	Fecha: Febrero de 2010.
	Código: 217B32301
	Página: V

IDENTIFICACIÓN E INTERACCIÓN DE PROCESOS

(Mapa de Procesos de Alto Nivel)



PROCEDIMIENTO "SUSCRIPCIÓN DE CONTRATOS DE ARRENDAMIENTO DE INMUEBLES DEL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO"	Edición: Primera.
	Fecha: Febrero de 2010.
	Código: 217B32301
	Página: VI

RELACIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso:

Arrendamiento de Inmuebles del ISEM.

De la solicitud de arrendamiento de inmuebles a la suscripción y publicación en Biblioteca Virtual del Contrato de Arrendamiento de Inmueble.

Procedimiento:

- Suscripción de Contratos de Arrendamiento de Inmuebles del Instituto de Salud del Estado de México.

PROCEDIMIENTO "SUSCRIPCIÓN DE CONTRATOS DE ARRENDAMIENTO DE INMUEBLES DEL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO"	Edición: Primera.
	Fecha: Febrero de 2010.
	Código: 217B32301
	Página: VII

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO "SUSCRIPCIÓN DE CONTRATOS DE ARRENDAMIENTO DE INMUEBLES DEL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO"	Edición: Primera.
	Fecha: Febrero de 2010.
	Código: 217B32301/01
	Página:

PROCEDIMIENTO:

Suscripción de Contratos de Arrendamiento de Inmuebles del Instituto de Salud del Estado de México.

OBJETIVO:

Atender eficientemente el requerimiento de inmuebles con las condiciones necesarias para el desarrollo de las actividades de las unidades médicas y administrativas del instituto, mediante la suscripción de contratos para el arrendamiento de inmuebles del Instituto de Salud del Estado de México.

ALCANCE:

Aplica al personal integrante del Comité de Arrendamientos, Adquisiciones de Inmuebles y Enajenaciones y personal adscrito a la Dirección de Administración, Subdirección de Servicios Generales y Control Patrimonial, Departamento de Servicios Generales y Unidad de Asuntos Jurídicos que tenga a su cargo y responsabilidad la revisión y suscripción de contratos.

REFERENCIAS:

- **Reglamento del Libro Décimo Tercero del Código Administrativo del Estado de México.** Título Segundo, artículos 8, 10 y 11. Título Quinto, Capítulo Tercero, artículos 60, 61, 62 y 66. Título Sexto, Artículo 68. Título Séptimo, Capítulo Segundo, artículos 93 y 94. Título Décimo Primero Artículo 131. Gaceta del Gobierno, 22 de diciembre de 2003.
- **Reglamento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México.** Capítulo I, Artículo 3.8. Gaceta del Gobierno, 18 de octubre de 2004.
- **Reglamento Interno del Instituto de Salud del Estado de México.** Capítulo VI, Artículo 18, fracción XIV. Gaceta del Gobierno, 1 de marzo de 2005.
- **Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México.** Apartado VII Objetivo y Funciones por Unidad Administrativa, 217B32301 Departamento de Servicios Generales. Gaceta del Gobierno, 29 de junio de 2005.

RESPONSABILIDADES:

El Departamento de Servicios Generales es la unidad administrativa responsable de realizar el proceso de contratación para el arrendamiento de los inmuebles requeridos por las unidades médicas y administrativas del instituto para el desarrollo de sus actividades.

El Director General del ISEM deberá:

- Recibir, enterarse y registrar los contratos de arrendamiento suscritos entre el ISEM y particulares.

El Director de Administración deberá:

- Enterarse, registrar e instruir al Subdirector de Servicios Generales y Control Patrimonial el seguimiento de las solicitudes de arrendamiento de bienes inmuebles.
- Recibir la solicitud de elaboración de contrato de arrendamiento, enterarse y elaborar el borrador de contrato de arrendamiento.
- Recibir, registrar y enterarse de las solicitudes de elaboración de contratos de arrendamiento emitidas por el Jefe de Departamento de Servicios Generales.
- Recibir, firmar, registrar y resguardar los cuatro tantos de contratos rubricados y firmados por el Jefe de la Unidad de Asuntos Jurídicos y por el arrendador del inmueble.

El Subdirector de Servicios Generales y Control Patrimonial deberá:

- Enterarse y registrar las solicitudes de arrendamiento de bienes inmuebles.
- Solicitar mediante oficio dirigido al Comité de Arrendamientos, Adquisiciones de Inmuebles y Enajenaciones el arrendamiento de bienes inmuebles.
- Recibir contratos con visto bueno de la Unidad de Asuntos Jurídicos, enterarse, registrar y turnar al Departamento de Servicios Generales.

El Secretario Ejecutivo del Comité de Arrendamientos, Adquisiciones de Inmuebles y Enajenaciones deberá:

- Recibir, registrar y atender la solicitud de arrendamiento de bienes inmuebles.
- Enviar al jefe del Departamento de Servicios Generales copia del Acta de Dictamen de Adjudicación.

El Jefe de la Unidad de Asuntos Jurídicos deberá:

- Recibir, registrar y enterarse de los contratos de arrendamiento elaborados por la Dirección de Administración.
- Recibir solicitud de revisión de contrato de arrendamiento y turnar al Área de Contratos de la Unidad de Asuntos Jurídicos.
- Recibir el contrato de arrendamiento en cuatro tantos, revisar, rubricar de visto bueno y enviarlos a la Subdirección de Servicios Generales.

El Jefe de la Unidad de Enseñanza, Investigación y Calidad deberá:

- Recibir solicitud, enterarse y publicar el contrato de arrendamiento.

El Jefe de Departamento de Servicios Generales deberá:

- Recibir copia del Acta de Dictamen de Adjudicación y solicitar a la Unidad de Asuntos Jurídicos la revisión del contrato de arrendamiento e informar al Director de Administración.
- Recibir el borrador de contrato, revisar, realizar correcciones, en su caso, y enviar autorizado el Contrato de Arrendamiento al área de contratos de la Unidad de Asuntos Jurídicos.
- Recibir el contrato en cuatro tantos, recabar firma del arrendador y turnar a la Dirección de Administración para firma.
- Recibir el contrato de arrendamiento en cuatro tantos debidamente firmados y distribuirlo: el primero a la unidad administrativa interesada, el segundo a la Unidad de Asuntos Jurídicos, el tercero al arrendatario y el cuarto lo resguarda para su seguimiento.
- Solicitar al Jefe de la Unidad de Enseñanza, Investigación y Calidad la publicación del contrato en la Biblioteca Virtual.

El Responsable del Área de Contratos de la Unidad de Asuntos Jurídicos deberá:

- Recibir contrato y copia del "Acta de Dictamen de Adjudicación", enterarse, revisar, y en caso de existir correcciones lo envía al Jefe de Departamento de Servicios Generales para su adecuación.
- Recibir contrato de arrendamiento con observaciones, enterarse, realizar modificaciones y devolver el Contrato de Arrendamiento al Jefe del Departamento de Servicios Generales.
- Recibir el oficio y el contrato de arrendamiento autorizado, emitir contrato de arrendamiento en cuatro tantos y enviarlo al Jefe de la Unidad de Asuntos Jurídicos para su visto bueno.

DEFINICIONES:

Arrendar: Es la cesión de uso de bienes por tiempo determinado, mediante el pago de una renta de conformidad de las partes interesadas y las normas aplicables.

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. Es un instrumento normativo y como tal debe precisar en todo momento las diversas condiciones que las partes contratantes imponen como obligaciones y derechos; éstos son asentados en cláusulas cuyo conjunto norma la actuación de las partes contratantes durante la vigencia del mismo.

También puede decirse que el contrato es un convenio firmado en virtud del cual se transfiere una obligación o un derecho.

Acta de Dictamen de adjudicación: Es el documento en el que se establece la adjudicación a favor del licitante que de entre los participantes reúna los requisitos solicitados en las bases y haya ofrecido las mejores condiciones para la convocante.

Inmueble: Es el bien que no puede ser trasladado de un lugar a otro sin alterar en algún modo su forma o substancia, siendo unos por su naturaleza otros por disposición legal expresa en atención a su destino.

Licitación pública: Es la modalidad adquisitiva de bienes y la contratación de servicios, mediante convocatoria pública que realicen las dependencias, entidades, tribunales administrativos o ayuntamientos, por el que se aseguran las mejores condiciones en cuanto a precio, calidad, financiamiento, oportunidad y demás circunstancias pertinentes.

INSUMOS:

- Oficio de solicitud del arrendamiento de un bien inmueble.
- Acta de Dictamen de Adjudicación favorable de arrendamiento de inmueble.

RESULTADO:

- Suscripción y publicación del Contrato de Arrendamiento del Inmueble en biblioteca virtual.

INTERACCIÓN CON OTROS PROCEDIMIENTOS:

- Procedimiento para la Solicitud y Adjudicación de Contratos de Arrendamiento de Inmuebles para el ISEM del Comité de Arrendamientos, Adquisiciones de Inmuebles y Enajenaciones.

POLÍTICAS:

- El responsable del área de contratos de la Unidad de Asuntos Jurídicos, revisará el contrato de arrendamiento de conformidad con el Acta de Dictamen de Adjudicación emitido por el Comité de Arrendamientos, Adquisiciones de Inmuebles y Enajenaciones.
- El Jefe del Departamento de Servicios Generales solicitará por escrito a la Unidad de Asuntos Jurídicos la revisión del Contrato de Arrendamiento.
- Para su validez, los contratos de arrendamiento que celebre el organismo deberán contener las firmas de los participantes en los mismos, así como la información señalada en la normatividad vigente en la materia.
- En caso de incumplimiento de las condiciones del contrato por las partes interesadas, se aplicarán las penas convencionales de conformidad con lo señalado en la normatividad vigente en la materia.
- El Director de Administración se coordinará con el Jefe de la Unidad de Asuntos Jurídicos para la regularización jurídica de los inmuebles.
- El Director de Administración suscribirá previo dictamen de la Unidad de Asuntos Jurídicos, convenios, contratos y demás documentos que implique actos de administración, así como autorizar, en su caso, aquellos que afecten el presupuesto del Instituto de acuerdo con la normatividad aplicable en la materia.
- El Jefe del Departamento de Servicios Generales realizará en coordinación con el Jefe del Departamento de Apoyo a Comités el proceso de contratación para el arrendamiento de los inmuebles requeridos por las unidades médicas y administrativas del Instituto para el desarrollo de sus actividades.
- El Jefe de la Unidad de Asuntos Jurídicos deberá llevar el registro de los contratos, convenios, acuerdos y bases de coordinación que celebre el Instituto, así como los documentos y disposiciones internas que regulen los mismos.
- Las actividades de las áreas responsables del trámite y control del procedimiento de los contratos de arrendamiento de inmuebles deberán realizarlas dentro de los tiempos en seguida señalados:

ACTIVIDAD	ÁREA RESPONSABLE	TIEMPO ESTIMADO
Expedición de la copia firmada del Acta de Dictamen favorable del Arrendamiento de inmuebles.	Secretario Ejecutivo del Comité de Arrendamientos, Adquisiciones de Inmuebles y Enajenaciones.	10 días naturales.
Solicitud de revisión de Contrato de Arrendamiento a la Unidad de Asuntos Jurídicos.	Departamento de Servicios Generales.	24 horas.
Elaboración del Contrato de Arrendamiento de Inmuebles.	Dirección de Administración.	20 días naturales (considerando las correcciones).
Recabar firmas del arrendador en el contrato.	Departamento de Servicios Generales.	7 días naturales.
Recabar la firma del Director de Administración en el contrato de arrendamiento.	Departamento de Servicios Generales.	7 días naturales.
Envío por correspondencia del contrato de arrendamiento firmado a las áreas responsables.	Departamento de Servicios Generales.	5 días naturales.
Envío de la copia simple del contrato de arrendamiento firmado a la Unidad de Enseñanza, Investigación y Calidad, para su publicación en la Biblioteca Virtual del ISEM.	Departamento de Servicios Generales.	24 horas.

Resguardo del contrato de arrendamiento firmado.	Departamento de Servicios Generales.	5 años.
--	--------------------------------------	---------

DESARROLLO:**PROCEDIMIENTO 01:** Suscripción de Contratos de Arrendamiento de Inmuebles del ISEM.

No	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
1	Usuario	Elabora en original y copia oficio, mediante el cual solicita al Director de Administración el arrendamiento de un inmueble, turna original y archiva copia previo acuse de recibido.
2	Director de Administración	Recibe original del oficio de solicitud de arrendamiento de inmueble, acusa de recibo en la copia y devuelve, se entera turna oficio e instruye al Subdirector de Servicios Generales y Control Patrimonial mediante oficio, que atienda la solicitud. Archiva acuse de recibido previa firma y sello de recibido.
3	Subdirector de Servicios Generales y Control Patrimonial	Recibe original del oficio de instrucción con el oficio de solicitud de arrendamiento, acusa de recibo en la copia y devuelve, se entera de la instrucción, archiva oficio, elabora oficio de solicitud de arrendamiento dirigido al Comité de Arrendamientos, Adquisiciones de Inmuebles y Enajenaciones en original y copia para acuse. Archiva acuse previa firma y sello de recibido.
4	Secretario Ejecutivo del Comité de Arrendamientos, Adquisiciones de Inmuebles y Enajenaciones	Recibe oficio de solicitud de arrendamiento original, acusa de recibido en la copia y devuelve, se entera, archiva oficio y atiende la solicitud. Se conecta con el procedimiento "Solicitud y Adjudicación de Contratos de Arrendamiento de Inmuebles para el ISEM".
5	Secretario Ejecutivo del Comité de Arrendamientos, Adquisiciones de Inmuebles y Enajenaciones	Una vez concluido el procedimiento de Solicitud y Adjudicación, envía mediante oficio la copia del "Acta de Dictamen de Adjudicación" favorable de arrendamiento de inmueble firmada al Jefe del Departamento de Servicios Generales. Archiva copia del oficio y acuse previa firma y sello de recibido.
6	Jefe del Departamento de Servicios Generales	Recibe original del oficio y copia del Acta de Dictamen de Adjudicación favorable de arrendamiento de inmueble, acusa de recibo y devuelve. Elabora oficio de solicitud de elaboración de contrato dirigido al Director de Administración, recaba firma del Subdirector de Servicios Generales y Control Patrimonial, obtiene copia para acuse de recibo, adjunta copia del "Acta de Dictamen de Adjudicación" y envía. Archiva oficio y acuse de recibo previa firma y sello de recibido.
7	Director de Administración	Recibe oficio de solicitud de elaboración de contrato de arrendamiento de inmueble, se entera, elabora contrato y envía al Jefe de la Unidad de Asuntos Jurídicos para su revisión mediante oficio en original y copia como acuse de recibo.
8	Jefe de Unidad de Asuntos Jurídicos	Recibe original de oficio y contrato de arrendamiento de inmueble, acusa de recibo en la copia y devuelve, se entera y turna al Área de Contratos para su atención.
9	Responsable del Área de Contratos de la Unidad de Asuntos Jurídicos	Recibe oficio original y contrato con copia anexa del "Acta de Dictamen de Adjudicación" favorable de arrendamiento de inmueble, se entera, revisa, en su caso, realiza correcciones y envía al Jefe de Departamento de Servicios Generales. Archiva el oficio, copia del acta y acuse del oficio enviado previa firma y sello de recibo.
10	Jefe del Departamento de Servicios Generales	Recibe oficio y contrato, acusa de recibo en la copia y devuelve, se entera, archiva oficio, revisa contrato y determina: ¿Existen correcciones?
11	Jefe del Departamento de Servicios Generales	Si existen correcciones. Realiza las correcciones u observaciones necesarias en la propuesta de contrato y lo devuelve al responsable del Área de Contratos de la Unidad de Asuntos Jurídicos para su modificación.

12	Responsable del Área de Contratos de la Unidad de Asuntos Jurídicos	Recibe contrato de arrendamiento con las correcciones sugeridas, se entera, verifica modificaciones (devuelve el Contrato de Arrendamiento al Jefe del Departamento de Servicios Generales de subsistir alguna corrección no realizada).
13	Jefe del Departamento de Servicios Generales.	No existen correcciones o fue corregida la propuesta. Autoriza y envía mediante oficio el Contrato de Arrendamiento al Responsable del Área de Contratos de la Unidad de Asuntos Jurídicos. Archiva acuse del oficio previa firma y sello de recibido.
14	Responsable del Área de Contratos de la Unidad de Asuntos Jurídicos.	Recibe oficio y Contrato de Arrendamiento autorizado, acusa de recibo en la copia y devuelve, se entera, archiva oficio, emite el Contrato de Arrendamiento en cuatro tantos y los entrega al Jefe de la Unidad de Asuntos Jurídicos para su Visto Bueno.
15	Jefe de la Unidad de Asuntos Jurídicos.	Recibe los cuatro tantos del Contrato de Arrendamiento, revisa, rubrica de visto bueno, elabora oficio original y copia para acuse de recibo, anexa al original los cuatro tantos del Contrato y envía al Subdirector de Servicios Generales y Control Patrimonial, así como copia del oficio al Director General y Director de Administración. Archiva acuse previa firma y sello de recibido.
16	Director General del ISEM.	Recibe copia del oficio, se entera y archiva.
17	Director de Administración.	Recibe copia del oficio, se entera y archiva.
18	Subdirector de Servicios Generales y Control Patrimonial	Recibe oficio original y los cuatro tantos del contrato, acusa de recibo en la copia y devuelve, se entera y turna al Departamento de Servicios Generales.
19	Jefe del Departamento de Servicios Generales	Recibe oficio, los cuatro tantos del contrato, recaba la firma del arrendador en los cuatro tantos del contrato y los turna debidamente firmados al Director de Administración mediante oficio original. Archiva oficio y acuse previa firma y sello de recibido.
20	Director de Administración.	Recibe oficio y los cuatro tantos del Contrato de Arrendamiento, acusa de recibo en la copia y devuelve, verifica que los contratos estén debidamente rubricados por el Jefe de la Unidad de Asuntos Jurídicos y firmado por el arrendador, los firma y remite al Departamento de Servicios Generales mediante oficio original. Archiva oficio recibido y acuse del enviado previa firma y sello de recibido.
21	Jefe del Departamento de Servicios Generales	Recibe oficio original y el Contrato de Arrendamiento en cuatro tantos, acusa de recibo en copia del oficio y lo devuelve, archiva oficio y distribuye por correspondencia de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> • Primer tanto para la unidad administrativa interesada. • Segundo tanto para la Unidad de Asuntos Jurídicos. • Tercer tanto para el arrendatario. • Cuarto tanto para su resguardo y seguimiento, mismo que registra y archiva durante cinco años.
22	Jefe del Departamento de Servicios Generales	Elabora oficio en original y copia para acuse solicitando la publicación del Contrato de Arrendamiento en la Biblioteca Virtual al Jefe de la Unidad de Enseñanza, Investigación y Calidad, obtiene copia simple del contrato lo anexa al oficio y envía. Archiva acuse previa firma y sello de recibido.
23	Jefe de la Unidad de Enseñanza, Investigación y Calidad	Recibe oficio original y copia del Contrato de Arrendamiento, acusa de recibo en la copia y devuelve, se entera, publica contrato y archiva oficio junto con la copia del contrato.

MEDICIÓN:

Indicador para medir la eficiencia para la suscripción de los contratos de arrendamiento:

$$\frac{\text{Número anual de contratos de arrendamiento suscritos}}{\text{Número anual de contratos de arrendamiento solicitados}} \times 100 = \% \text{ de contratos de arrendamiento suscritos y publicados.}$$

Registro de Evidencias:

- La solicitud de arrendamiento de inmueble queda registrada y resguardada en los archivos del Comité de Arrendamientos, Adquisiciones de Inmuebles y Enajenaciones.
- El original del "Acta de Dictamen de Adjudicación" favorable de arrendamiento de inmueble se encuentra en los archivos del Comité de Arrendamientos, Adquisiciones de Inmuebles y Enajenaciones.

El Contrato de Arrendamiento queda distribuido y resguardado de la siguiente manera:

- El primer tanto del contrato debidamente firmado por el arrendatario y el Director de Administración del ISEM se encuentra en los archivos del Departamento de Servicios Generales.
- El segundo tanto del contrato debidamente firmado por el arrendatario y el Director de Administración del ISEM se encuentra en los archivos de la unidad administrativa interesada.
- El tercer tanto del contrato debidamente firmado por el arrendatario y el Director de Administración del ISEM se encuentra en los archivos de Unidad de Asuntos Jurídicos
- El cuarto tanto del contrato debidamente firmado por el arrendatario y el Director de Administración del ISEM se encuentra en los archivos del arrendatario.

FORMATOS E INSTRUCTIVOS:

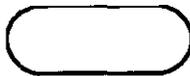
No aplica.

PROCEDIMIENTO "SUSCRIPCIÓN DE CONTRATOS DE ARRENDAMIENTO DE INMUEBLES DEL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO"	Edición: Primera.
	Fecha: Febrero de 2010.
	Código: 217B32301
	Página: IX

SIMBOLOGÍA

Para la elaboración de los diagramas se utilizaron los siguientes símbolos o figuras los cuales tienen la representación y significado siguiente:

INICIO O FINAL DEL PROCESO



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

CONECTOR DE OPERACIÓN



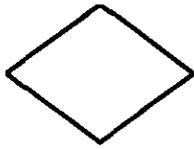
Muestra las principales fases del procedimiento, empleándose cuando el material, formato o la propia acción cambia o requiere conectarse a otra operación lejana dentro del mismo procedimiento.

LÍNEA CONTÍNUA



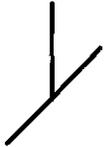
La línea continua marca el flujo de información, documentos o materiales que se están realizando en el área; su dirección se maneja a través de terminar la línea con una pequeña punta de flecha; puede ser utilizada en la dirección que se requiera y para unir cualquier símbolo empleado.

DECISIÓN



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.

FUERA DE FLUJO



Cuando por necesidades 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 procedimiento.

OPERACIÓN



Representa la realización de una operación o actividad relativa a un procedimiento y se anota dentro del símbolo la descripción de la acción que se realiza en ese paso de manera sintetizada.

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 dónde va.

CONECTOR DE HOJA EN UN MISMO PROCEDIMIENTO



Este símbolo se utiliza con la finalidad de evitar las hojas de gran tamaño, el cual muestra al finalizar la hoja, hacia donde va y al principio de la siguiente hoja de donde viene 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 "SUSCRIPCIÓN DE CONTRATOS DE ARRENDAMIENTO DE INMUEBLES DEL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO"	Edición: Primera.
	Fecha: Febrero de 2010.
	Código: 217B32301
	Página: XI

REGISTRO DE EDICIONES

Primera Edición (Febrero de 2010): elaboración del manual.

PROCEDIMIENTO "SUSCRIPCIÓN DE CONTRATOS DE ARRENDAMIENTO DE INMUEBLES DEL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO"	Edición: Primera.
	Fecha: Febrero de 2010.
	Código: 217B32301
	Página: XII

DISTRIBUCIÓN

El original del Procedimiento "Suscripción de Contratos de Arrendamiento de Inmuebles del Instituto de Salud del Estado de México" se encuentra en resguardo del Departamento de Desarrollo Institucional de la Unidad de Modernización Administrativa del Instituto de Salud del Estado de México.

Las copias controladas están distribuidas de la siguiente manera:

Dirección de Administración (1).
Subdirección de Servicios Generales y Control Patrimonial (1).
Departamento de Servicios Generales (1).
Unidad de Asuntos Jurídicos (1).

PROCEDIMIENTO "SUSCRIPCIÓN DE CONTRATOS DE ARRENDAMIENTO DE INMUEBLES DEL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO"	Edición: Primera.
	Fecha: Febrero de 2010.
	Código: 217B32301
	Página: XIII

VALIDACIÓN:

Dr. Gabriel Jaime O'Shea Cuevas
Secretario de Salud y Director General del Instituto de Salud del
Estado de México
(RÚBRICA)

Lic. Jaime Gutiérrez Casas
Coordinador de Administración y Finanzas
(RÚBRICA)

C. P. Sergio Martínez Cedillo
Subdirección de Servicios Generales
y Control Patrimonial
(RÚBRICA)

Lic. Raúl Jaime Flores Rodríguez
Unidad de Asuntos Jurídicos
(RÚBRICA)

Lic. Víctor Flores Silva
Unidad de Modernización Administrativa
(RÚBRICA)

Lic. Rodrigo Armeaga Azoños
Departamento de Servicios Generales
(RÚBRICA)

Procedimiento "Suscripción de Contratos de Arrendamiento de Inmuebles del Instituto de Salud del Estado de México", Toluca de Lerdo, México, febrero de 2010.

MP-002

© Manuales de Procedimientos.

Procedimiento "Suscripción de Contratos de Arrendamiento de Inmuebles del Instituto de Salud del Estado de México".

Secretaría de Salud.

Instituto de Salud del Estado de México.

Responsable de su elaboración:

M. en A. Ernesto Gutiérrez Rodríguez.
Lic. Rodrigo Armeaga Azoños.

Responsable de su integración:

♥ Lic. Víctor Flores Silva.
♥ Lic. Armando Santín Pérez.
♥ Lic. Néstor Gutiérrez Santos.

Toluca, México.
Febrero, 2010.