# GACETA DEL GOBIERNO

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

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

Toluca de Lerdo, Méx., viernes 20 de enero del 2006
No. 15


SUMARIO:


SECRETARIA DE SALUD

MANUAL OPERATIVO PARA LA INTEGRACION DEL EXPEDIENTE UNICO DE OBRA PUBLICA Y SERVICIOS RELACIONADOS CON LA MISMA, EN SUS DIFERENTES MODALIDADES DE ADJUDICACION – CONTRATACION.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDAD .


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

SECCION TERCERA

## PODER EJECUTIVO DEL ESTADO

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

ISEM

# MANUAL OPERATIVO PARA LA INTEGRACION DEL EXPEDIENTE UNICO DE OBRA PUBLICA Y SERVICIOS RELACIONADOS CON LA MISMA, EN SUS DIFERENTES MODALIDADES DE ADJUDICACION - CONTRATACION

**TOLUCA, MEXICO, SEPTIEMBRE 2005**

## CONTENIDO

I Presentación.....
II Objetivo General.....
III Politicas Generales.....
IV Sistema Operativo.....
V Matriz de Integración de Documentos que Integran el Expediente Unico de Obra Pública.....
VI Validación.....

## I. PRESENTACION

Una de las premisas del actual Gobierno del Estado, es contar con una Administración Pública eficiente en su desempeño, eficaz en la respuesta a las demandas de la sociedad y honrada en el desempeño de sus funciones, que impulse la formulación de una cultura de Modernización y mejoramiento de la función pública.

Como parte de las acciones que se han venido realizando en materia de Modernización Administrativa y mejoramiento integral de la función pública, y como resultado del análisis objetivo de los elementos administrativos existentes, se formula el presente documento denominado "Manual Operativo para la Integración del Expediente Único de Obra Pública y Servicios Relacionados con la misma, en sus diferentes modalidades de Adjudicación – Contratación", el cual tiene como propósito definir las políticas y procedimientos de operación que faciliten la integración, seguimiento y control del Expediente Único de Obra de la Subdirección de Infraestructura en Salud y de todos los que en ello intervienen.

El documento en cuestión, es un instrumento administrativo que fija las bases y lineamientos para la integración, seguimiento y control de los documentos que integran el Expediente Único de Obra Pública y Servicios Relacionados con la misma (indice), en sus diferentes modalidades de Adjudicación – Contratación, mismas que se regirán conforme a la normatividad fijada en la materia y al establecimiento de las acciones conducentes para la optimización de recursos a fin de dar cabal y exacto cumplimiento a los criterios de economía, eficiencia, imparcialidad y honradez en los procesos de contratación, seguimiento y control de las obras de infraestructura en salud.

## II. OBJETIVO GENERAL

Definir las políticas y procedimientos de operación que faciliten al personal responsable de la integración, seguimiento y control de los Procedimientos para la Integración del Expediente Único de Obra Pública y Servicios Relacionados con la misma, en sus diferentes modalidades de Adjudicación – Contratación", que dichos documentos reflejen la situación real del estado y avance de las obras de Infraestructura en Salud.

## III. POLITICAS GENERALES

1. Para la apertura del "Expediente Técnico Unitario", que en lo sucesivo se le denominará "EXPEDIENTE" y de acuerdo a la secuencia numérica señalada en la "Cédula de Autocontrol" que en lo sucesivo se le denominará "LA CEDULA", se deberá contar con el mínimo de documentos que a continuación se enlistan:

   - Punto 1.- Expediente Técnico. (la aplicabilidad de ese documento se determinará de acuerdo a la fuente de recursos por la que se contrato dicha obra o servicio) en caso de no requerirse; se manifestará en la "CEDULA" dentro del cuadro "NO APLICA"
   - Punto 2.- Proyecto ejecutivo (la aplicabilidad de este punto, dependerá del tipo de obra o servicio contratado) en caso de no requerirse; se manifestará en la "CEDULA" dentro del cuadro "NO APLICA"
   - Punto 3.- Presupuesto base.
   - Punto 4.- Oficio de autorización.
   - Punto 8.- Invitación a la o las empresas para presentación de propuestas.
   - Punto 9.- Escritos de aceptación de invitación por las empresas, apartado en donde se podrá incluir:
     a) Carta de Aceptación,
     b) Carta de Sostenimiento de Oferta y
     c) Carta Compromiso.
   - Punto 16.- Dictamen de adjudicación.
   - Punto 18.- Oficio de adjudicación del contrato.

- Punto 19.- Propuesta ganadora con todos los documentos solicitados en las bases del concurso,

**Nota: para el caso de ADJUDICACIONES DIRECTAS, se deberá presentar la propuesta del contratista a quien le fueron asignados los trabajos con su respectivo análisis de precios unitarios y validados por el Departamento de Precios Unitarios de la Subdirección de Infraestructura en Salud.**

- Punto 20.- Contrato, refrendos, revalidaciones y convenios adicionales, en este apartado se deberá incluir:

  a) Carátula y su contrato correspondiente,
  b) Cédula de registro al catálogo de contratistas, (solo en los casos de Invitación Restringida y Adjudicación Directa)
  c) Acta del comité interno de obras del Instituto de Salud del Estado de México,
  d) Excepción al procedimiento de licitación pública, (en caso de aplicar)
  e) Términos de referencia (en caso de aplicar)
  f) Dictamen técnico. (en caso de aplicar)

- Punto 21.- Garantía de cumplimiento de contrato, (FIANZA) se determinará su aplicabilidad en el apartado de las cláusulas del contrato.
- Punto 22.- Garantía de cumplimiento de anticipos (FIANZA) se determinará su aplicabilidad en el apartado de las cláusulas del contrato.

**NOTA: Los datos que como mínimo deberán señalarse en las FIANZAS, son los siguientes:**

  a) Nombre del beneficiario, para este caso; Gobierno del Estado de México y / o Instituto de Salud del Estado de México,
  b) Fiado,
  c) Domicilio del fiado,
  d) Fecha de la fianza global,
  e) Número de inclusión,
  f) Número de contrato,
  g) Trabajos a ejecutar,
  h) Monto afianzado
  i) Modalidad de la fianza (cumplimiento y / o anticipo)
  j) Vigencia.

- Punto 25.- Programa de obra o servicio aprobado por la supervisión, en este apartado se deberá incluir:

  a) Programa de ejecución y
  b) Programa de erogaciones.

2. Para proceder a la apertura de un "EXPEDIENTE", el Departamento de Concursos, Contratos y Estimaciones deberá remitir toda la documentación señalada como mínimo, mediante un oficio dirigido al titular de la Unidad de Expedientes, especificando todos los documentos que son entregados, puntualizando si son enviados en ORIGINAL o COPIA.

3. El personal designado para la integración del "EXPEDIENTE", deberá comprobar la existencia de la documentación relacionada en el oficio con la entregada, una vez agotado este paso se procederá al llenado de la "CEDULA" en donde se anotarán los siguientes datos:

| | |
|---|---|
| **UNIDAD ADMINISTRATIVA (para este caso)** | ISEM, DIRECCION DE ADMINISTRACION, SUBDIRECCION DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD. |
| **N°. DE CONTRATO (ejemplo)** | ISEM – DA – SIS – ON – 125 / 05 |
| **MODALIDAD DE ADJUDICACION (ejemplo)** | ADJUDICACION DIRECTA<br>NOTA: en este apartado de Modalidad de Adjudicación, se deberá especificar si fue:<br>LICITACION PUBLICA,<br>INVITACION RESTRINGIDA<br>ADJUDICACION DIRECTA |
| **NOMBRE DE OBRA O SERVICIO** | SE DEBERA ANOTAR EL NOMBRE COMPLETO, TAL Y COMO SE ESPECIFICA EN LA CARATULA DEL CONTRATO. |
| **EMPRESA (ejemplo)** | ARQUITECTO JUAN JOSE GOMEZ PEREZ |
| **IMPORTE DE CONTRATO (ejemplo)** | $ 125,678.90 CON IVA. |

Una vez cubierto este requisito, se procederá a la señalización de los documentos existentes utilizando cada espacio destinado dentro de la "CEDULA". Misma que deberá quedar incluida en el "EXPEDIENTE"

4. Para la recepción y archivo de documentos en la integración del "EXPEDIENTE", se deberá utilizar:

a) Fólderes tamaño oficio, mismos a los que se les tendrá que anotar en la ceja el número de contrato, nombre de la obra o servicio (completo, tal y como se encuentra tanto en la carátula del contrato como en la "CEDULA") en caso de que el "EXPEDIENTE" ocupe 2 o más fólderes, a los cuales se les denominará "LEGAJOS" será necesario anotarles en la parte inferior derecha del anverso la secuencia respectiva, es decir; 1/10, 2/10, 3/10..., 10/10.

b) Cajas para archivo denominadas "TIPO GALLETERO", en las que se deberá indicar el número de "EXPEDIENTES" contenidos y el año al que correspondan (las anotaciones se harán en alguna de las caras laterales,
EJEMPLO: 15 – 22, año 2004).

Toda la documentación que sea necesario integrar al "EXPEDIENTE" solamente se recibirá en la Unidad mediante oficio dirigido al titular de la misma, con la observancia que deberá especificar la documentación entregada sin omitir si es ORIGINAL o COPIA.

Posteriormente se dará continuidad al paso que respecta a la revisión y cotejo, de igual manera se procede al registro en la "CEDULA".

**NOTA: Cada vez que se abre un nuevo expediente o se le anexa documentación a los ya existentes, es importante dar de alta los movimientos realizados tanto en la "CEDULA" como en el sistema informático creado en la Unidad de Expedientes para tal efecto. Dicha base de datos permitirá la elaboración de reportes que serán requeridos por las instancias verificadoras de los procesos. ( SAOPID, Unidad de Modernización del ISEM, Contraloría Interna), además se deberá contar con un registro manual de toda la documentación recibida en la Unidad para el caso en que se llegue a presentar alguna falla en el sistema.**

5. Para el caso en el que alguna de las Áreas o Departamentos de la Subdirección requieran **consultar** uno o varios "EXPEDIENTES" y soliciten fotocopias de cualquiera de los documentos contenidos en el mismo, será personal de la Unidad el responsable del fotocopiado, así como de la entrega al solicitante, bajo ninguna circunstancia se podrán substraer documentos, o en su caso; el "EXPEDIENTE" completo. A excepción del caso en el que además de ser justificable el motivo, la total responsabilidad será asumida por el titular de la Unidad de Expedientes, debiendo para tal efecto elaborar un memorando, nota informativa o cualquier documento mediante el cual se expresan los argumentos necesarios.

6. Para el llenado de la cédula de autocontrol, del formato que contiene la relación de documentos que deben de ingresarse al Expediente Único de Obra Pública y de servicios relacionados con la misma, en sus diferentes modalidades de adjudicación - contratación.

**I ENCABEZADO DEL FORMATO.**

**I.1 UNIDAD ADMINISTRATIVA:** Unidad Responsable de la Contratación de la Obra ó Acción y que para mayor referencia deberá anotarse como encabezado: Secretaría - Subsecretaría - Dirección General - Dirección de Área.

**I.2 NÚMERO DE CONTRATO:** Clave de identificación del Contrato, dependiendo de la modalidad de Adjudicación del Contrato y al consecutivo que le corresponda.

**I.3 MODALIDAD DE ADJUDICACIÓN**: Anotar el procedimiento llevado a cabo para la Adjudicación del Contrato de Obra o Acción, conforme a la normatividad de la materia (Directa, Restringida, Pública).

**I.4 NOMBRE DE LA OBRA O SERVICIO:** Descripción de la Obra o Acción, conforme a la contenida en el Contrato respectivo.

**I.5 EMPRESA:** Razón Social de la Persona Física o Moral a quien se le haya adjudicado el Contrato de Obra o Acción.

**I.6 IMPORTE DEL CONTRATO:** Asentar el monto del Contrato de Obra o Acción, precisando el concepto del I.V.A.

**II. INDICE DEL EXPEDIENTE DE OBRA O SERVICIO CELEBRADO**

**II.1 NÚMERO:** Consecutivo de la documental que contiene el expediente.

**II.2 CONCEPTO:** Descripción breve del documento que se integra al expediente, ordenado cronológicamente conforme a la fecha de elaboración.

II.3 **EXISTENCIA (SI, NO):** Indicar en este apartado sobre la existencia o no del documento a manera de "check list", para pronta referencia.

II.4 **NO APLICA:** Indicar en este espacio si no aplica.

II.5 **ORIGINAL O COPIA:** Indicar en este espacio si es original o copia.

II.6 **RESPONSABLE:** Indicar en este espacio la Dirección responsable de la información.

II.7 **COMENTARIO:** Para el caso de que él o los documentos no estén incorporados al expediente, ocasionado por los motivos que como ejemplo a continuación se citan: La Obra o Acción se encuentre en proceso y que por ello no se disponga de él; por ser voluminoso se tenga ubicado en otro lugar; no sea aplicable por no corresponder al proceso; que no se haya elaborado, por inobservancia del trámite administrativo, etc., estas aclaraciones deberán anotarse en este apartado.

7. Un Expediente Único de Obra o Acción Adjudicada, deberá contener la siguiente documentación:

1 **EXPEDIENTE TÉCNICO:** Documento que concentra Información financiera; Metas; Beneficiarios; Breve descripción de la obra o acción; Parámetros para la justificación de la obra o acción; Presupuesto de la obra o acción; Croquis de localización; Avances físicos y financieros programados; Validación del expediente con los estudios preliminares, dictamen de factibilidad, preinversión, Plan de Desarrollo Estatal, Una referencia de apoyo en la integración del expediente técnico; son los formatos contenidos en el Anexo 1 del "Acuerdo mediante el cual el Secretario de Finanzas, Planeación y Administración da a conocer el Manual de Operación del Gasto de Inversión Sectorial para el ejercicio fiscal del año 2004", publicado en la Gaceta del Gobierno el 7 de enero de 2004.

2 **PROYECTO EJECUTIVO:** En este apartado se integra el Contrato; Catálogo de conceptos de trabajo; Especificaciones generales y particulares de construcción; Planos de proyecto (arquitectónicos y estructurales); Programas en general, etc.

3 **PRESUPUESTO BASE:** Documento elaborado por el área contratante y ejecutora de la obra o acción, con base a su catálogo de conceptos y precios unitarios vigentes, y que sirve como base para calificar las propuestas de los oferentes.

4 **OFICIO DE AUTORIZACIÓN DE RECURSOS:** Documento mediante el cual la Secretaría de Finanzas o denominación que corresponda, notifica al área contratante y ejecutora de la obra o acción, la disponibilidad de recursos para dar inicio al proceso de Licitación - Contratación.

5 **CONVOCATORIA PÚBLICA:** Documento que por el monto que representa la Obra o Acción, deberá publicarse conforme a la normatividad del Gobierno del Estado de México; donde contendrá datos básicos del concurso.

6 **SOLICITUDES DE LAS EMPRESAS PARA PARTICIPAR:** Oficios en papel membretado de las empresas que deseen participar en la licitación.

7 **ACEPTACIÓN DE PARTICIPACIÓN POR EL AREA LICITADORA:** Oficio en papel membretado del área licitadora indicando que la empresa cumple con los requisitos de la convocatoria y/o invitación, o en su caso copia del recibo de pago de derechos del banco si es que la empresa adquirió las bases de concurso vía Internet.

8 **INVITACIÓN A LA O LAS EMPRESAS PARA PRESENTACIÓN DE PROPUESTAS:** Oficio invitación en papel membretado del área licitadora para las empresas que se invita a través de invitación restringida o adjudicación directa.

9 **ESCRITOS DE ACEPTACIÓN DE INVITACIÓN POR LAS EMPRESAS:** Oficios en papel membretado de las empresas aceptando participar en la licitación.

10 **RECIBO DE PAGO DE BASES DE CONCURSO:** Copia del recibo de pago (del área licitadora o del banco)

11 **INVITACIONES A INSTANCIAS INTERNAS Y EXTERNAS:** Oficios expresos a las autoridades competentes para las asistencias a los eventos de Apertura Técnica, Apertura Económica y Fallo; dejando en cada caso constancia de los hechos, mediante el levantamiento de las actas administrativas correspondientes.

12 **BASES DE CONCURSO (TÉRMINOS DE REFERENCIA, ALCANCES, PROYECTO EJECUTIVO, ESPECIFICACIONES GENERALES Y PARTICULARES, CATÁLOGO DE CONCEPTOS Y CANTIDADES DE OBRAS, CONSTANCIAS DE VISITA AL SITIO DE LOS TRABAJOS Y COPIA DE**

**GARANTÍAS DE SERIEDAD DE PROPUESTAS):** Documento que contiene el alcance de la obra o acción a realizar, productos esperados y tiempo de ejecución; aportando para ello a las empresas participantes la documentación que se cita en el punto 2.

13 **BASES DE ADJUDICACIÓN DIRECTA (TÉRMINOS DE REFERENCIA, ALCANCES, PROYECTO EJECUTIVO, ESPECIFICACIONES GENERALES Y PARTICULARES, CATÁLOGO DE CONCEPTOS Y CANTIDADES DE OBRAS):** Documento que contiene el alcance de la obra o acción a realizar, productos esperados y tiempo de ejecución; aportando para ello a las empresas participantes la documentación que se cita en el punto 2.

14 **ACTA PRIMERA DE RECEPCIÓN DE PROPUESTAS TÉCNICA Y ECONÓMICA Y APERTURA DE PROPUESTAS TÉCNICAS:** Documentos donde consta la recepción y revisión de las propuestas técnicas recibidas de los oferentes, indicando lugar, hora y fecha, en que se dará a conocer el resultado de la evaluación y se procederá a la apertura de las propuestas económicas únicamente de las propuestas técnicas aceptadas; así como los Servidores Públicos y Particulares que intervienen.

15 **ACTA SEGUNDA PARA COMUNICAR LA EVALUACIÓN DE PROPUESTAS TÉCNICAS Y APERTURA DE PROPUESTAS ECONÓMICAS:** Documentos donde consta la recepción y revisión de las propuestas técnicas recibidas de los oferentes, y donde da a conocer el resultado de la evaluación y se procederá a la apertura de las propuestas económicas únicamente de las propuestas técnicas aceptadas; así como los Servidores Públicos y Particulares que intervienen.

16 **EVALUACIÓN DE PROPUESTAS Y DICTAMEN DE ADJUDICACIÓN:** Etapa mediante la cual se evalúan las propuestas técnica y económica de las empresas, tomando en consideración el contenido de las bases; en cuanto a calidad, precio y tiempo de ejecución de la obra o acción; dejando como constancia el cuadro de evaluación de las propuestas y el acta administrativa correspondiente. Una vez valoradas las propuestas de cada empresa y después de tomar la decisión de entre las seleccionadas, aquella que cumpla las expectativas de la convocante, en cuanto a tiempo, calidad, costo y oportunidad de entrega de la obra o acción de que se trate, se elaborará el dictamen de la adjudicación, con la motivación y fundamentación en términos de Ley.

17 **ACTA DE FALLO:** Documento donde se deja constancia de la decisión que toma el área convocante para adjudicar la obra o acción en favor de la empresa ganadora.

18 **OFICIO DE ADJUDICACIÓN DEL CONTRATO:** Oficios expresos del área convocante a las empresas participantes y a las autoridades competentes, para su conocimiento e intervención a que haya lugar, en términos de Ley, y oficio donde se adjudica el contrato a la empresa seleccionada por adjudicación directa.

19 **PROPUESTAS DE LA GANADORA (CON TODOS LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS EN LAS BASES DE CONCURSO):** Es el paquete de concurso que presentó la empresa que resultó ganadora en el evento, básicamente la relativa a catálogo de conceptos de trabajo; especificaciones de construcción; análisis de precios unitarios; programa de obra; etc.

20 **CONTRATO, REFRENDOS, REVALIDACIONES Y CONVENIOS ADICIONALES:** Documentación de carácter legal que se genera para formalizar los acuerdos y obligaciones de las partes que intervienen.

21 **GARANTÍAS DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO:** Documento que se genera en términos de Ley, para asegurar el cumplimiento del contrato, mismo que deberá de otorgarse por la empresa ganadora dentro del plazo que establece la propia Ley en la materia, posterior a la fecha de notificación del fallo.

22 **GARANTÍAS DE CUMPLIMIENTO DE ANTICIPOS:** Este documento deberá constituirse dentro del plazo que establece la Ley en la materia, después de la notificación del fallo y por la totalidad del monto de los anticipos.

23 **AVISO DE INICIO DE OBRA O SERVICIO POR PARTE DE LA EMPRESA CONTRATISTA:** En términos de lo que establece la Ley en la materia y del propio instrumento de contratación, la empresa contratista deberá informar de manera oficial a la contratante, el inicio de los trabajos respectivos.

24 **AVISO DE INICIO DE LA OBRA O SERVICIO A INSTANCIAS INTERNAS Y EXTERNAS:** Oficios mediante los cuales el área contratante deberá notificar a las partes interesadas el inicio de los trabajos respectivos, con la finalidad de la o las intervenciones a que haya lugar.

25 **PROGRAMAS DE OBRA O SERVICIO APROBADO POR LA SUPERVISIÓN:** Documento mediante el cual la empresa contratista ganadora, se compromete a dar cumplimiento en tiempo y forma a lo pactado en el contrato, y con el que se le evaluará de manera permanente.

26 **NÚMEROS GENERADORES, ESTIMACIONES Y FACTURAS:** Documentos que consignan los avances de la obra o servicio prestado, los que deberán de generarse con una periodicidad no mayor a treinta días calendario, soportados con los datos documentados de la o las actividades realizadas y validadas por las supervisiones interna y/o externa que designe la contratante.

27 **REPORTES DE CONTROL DE CALIDAD:** Son los documentos que generan los supervisores de control de calidad de los materiales y tipo de terreno.

28 **ALBUM FOTOGRÁFICO:** Documento que contiene fotografías de todo el proceso de la obra en orden cronológico.

29 **SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE AJUSTE O ESCALATORIA DE PRECIOS UNITARIOS:** (Anexando las matrices con el visto bueno de la supervisión). Si durante la ejecución de una obra o servicio, surgiera un incremento o decremento en los precios de mano de obra o insumo de materiales que intervenga, según lo contempla la Ley de la materia, así como en los propios instrumentos de contratación, procede un ajuste de costos.

30 **OFICIO DE RESOLUCIÓN DE AJUSTE O ESCALATORIA DE PRECIOS UNITARIOS:** Oficio de autorización respectivo.

31 **SOLICITUD, ANÁLISIS Y AUTORIZACIÓN DE PRECIOS UNITARIOS EXTRAORDINARIOS:** Comúnmente en el desarrollo de una obra o servicio, surge la necesidad de realizar trabajos extraordinarios, no contemplados en el proyecto ni en el catálogo de conceptos del concurso, requiriéndose por tanto incorporarlos a éste mediante el análisis y autorización previa de los precios unitarios correspondientes, respetando los criterios del concurso en cuanto a rendimientos y costo de insumos que intervienen.

32 **OFICIO DE AUTORIZACIÓN DE PRECIOS UNITARIOS EXTRAORDINARIOS:** Oficio de autorización respectivo.

33 **SOLICITUD DE REPROGRAMACIÓN DE LOS TRABAJOS O SERVICIOS Y AUTORIZACIÓN:** (Por pago extemporáneo de anticipo, problemas sociales, volúmenes excedentes, cambio de especificaciones y cambios de proyecto). Documento en papel membretado de la empresa solicitando la reprogramación de los trabajos anexando todo los soportes necesarios.

34 **CONVENIO DE REPROGRAMACIÓN:** Cuando por razones fundadas y explicitas, y bajo la responsabilidad del área contratante, deberán de celebrarse estos documentos; llamados **Convenios de Reprogramación,** aquellos que considerados conjunta o separadamente no rebasen el 25 % del plazo pactado en el contrato, pero si se rebasa el porcentaje indicado deberá de celebrarse un último Convenio de Reprogramación.

35 **SOLICITUD DE CONVENIO DE AMPLIACIÓN AL IMPORTE ORIGINAL DE CONTRATO:** Documento en papel membretado de la empresa solicitando la ampliación al monto original del contrato anexando todos los soportes necesarios.

36 **CONVENIO PARA MODIFICAR EL MONTO DEL CONTRATO ORIGINAL):** Cuando por razones fundadas y explicitas, y bajo la responsabilidad del área contratante, deberán de celebrarse estos documentos; llamado Convenios de ampliación al importe original de contrato aquellos que considerados conjunta o separadamente no rebasen el 25 % del monto pactado en el contrato, ni impliquen variaciones sustanciales al proyecto; pero si se rebasa el porcentaje indicado o varía sustancialmente el proyecto, deberá de celebrarse un último Convenio Adicional.

37 **COMUNICADOS DE MODIFICACIONES AL CONTRATO:** El área contratante deberá notificar de manera oficial a las instancias externas e internas que correspondan, sobre las modificaciones que sufran los instrumentos de contratación, a efecto de que intervengan según proceda.

38 **PLANOS ACTUALIZADOS DEFINITIVOS:** Sobre las modificaciones que sufra la obra o proyecto, deberán actualizarse y autorizarse los planos respectivos, como soporte de lo realmente ejecutado, los cuales servirán de apoyo para la operación y mantenimiento de la misma.

39 **ACTAS Y MINUTAS DE AUDITORÍAS PARCIALES Y TOTALES EN SU CASO:** Copias de las actas y minutas derivadas de las auditorias celebradas hasta el momento de la recepción de los trabajos.

40 **BITÁCORA Y MINUTAS DE TRABAJO (ORIGINALES):** Documentos donde se consignan los hechos relevantes de la obra o servicio prestado, desde su inicio y hasta su conclusión, mismos que sirven de apoyo para el deslinde de posibles responsabilidades de las partes que intervienen.

41 **BALANCE DE MATERIALES Y EQUIPO:** Este se deberá de elaborar conjuntamente entre empresa y supervisión.

42 **ESTIMACIÓN DE FINIQUITO DE LA OBRA O SERVICIO:** Tanto el área contratante, como la contratista, deberán de manera conjunta realizar una revisión física y documental de la obra o servicio, sobre los trabajos pactados, derivando de ello un finiquito para el cierre administrativo, lo que deberá constar en acta administrativa y estimación última de finiquito.

43 **GARANTÍA DE VICIOS OCULTOS:** Sobre el monto total ejercido, la contratista otorgará a la contratante una "fianza de vicios ocultos", por el porcentaje que se establezca en el instrumento de contratación, con vigencia de un año a partir de la fecha del acta de entrega - recepción.

44 **INVITACIONES EXTERNAS E INTERNAS PARA LA RECEPCIÓN DE LOS TRABAJOS O SERVICIOS:** El área contratante deberá notificar de manera oficial a las instancias externas e internas la fecha lugar y hora de la recepción de los trabajos o servicios.

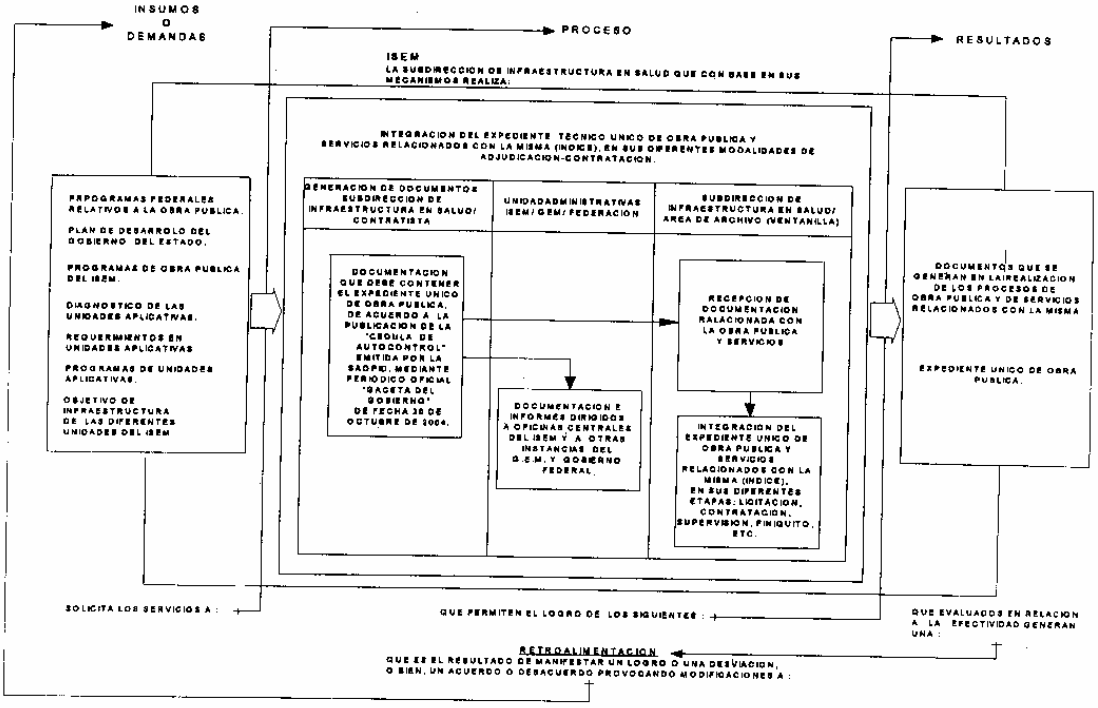
45 **ACTA RECEPCIÓN DE LA OBRA O SERVICIO:** Con el levantamiento de este documento se da por concluida la obra o servicio, el cual deberá de estar firmado de conformidad por las partes que intervienen.

46 **ACTA DE ENTREGA A LA INSTANCIA ENCARGADA DE SU OPERACIÓN:** Con el levantamiento de este documento se da por entregada para su operación el cual deberá de estar firmado de conformidad por las partes que intervienen.

**NOTA: EL TITULAR DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA ENCARGADA DE LA INTEGRACION, ADMINISTRACION Y RESGUARDO DE LOS EXPEDIENTES, DEBERA FIRMAR LAS 2 HOJAS QUE CONFORMAN LOS 46 PUNTOS CONTENIDOS EN LA "CEDULA" DESDE SU APERTURA, SUSTITUYENDOLA Y VALIDANDO CADA VEZ QUE EXISTA MODIFICACION EN SU CONTENIDO.**

## IV. SISTEMA OPERATIVO.

EXPEDIENTE TECNICO UNICO
SUBDIRECCION DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD



## V. MATRIZ DE INTEGRACION DE DOCUMENTOS DEL EXPEDIENTE UNICO DE OBRA PUBLICA-

Para la conformación del Expediente Técnico, los responsables se sujetarán a lo que se establece en la siguiente tabla:

### MATRIZ DE INTEGRACION DE DOCUMENTOS DEL EXPEDIENTE TECNICO

| No. | NOMBRE DEL DOCUMENTO | UNIDAD ADMINISTRATIVA/ AUTORIDAD QUE GENERA EL DOCUMENTO. | UNIDAD ADMINISTRATIVA USUARIA | UNIDAD ADMINISTRATIVA QUE FINALIZA EL PROCESO DEL DOCUMENTO |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Expediente técnico | Departamento de Precios Unitarios de la S.I.S. | Secretaría de Finanzas, Planeación y Administración | Secretaría de Finanzas, Planeación y Administración |
| 2 | Proyecto Ejecutivo | Subdirección de Infraestructura en Salud (área de proyectos) | Subdirección de Infraestructura en Salud | Comité Interno de Obra Pública del ISEM |
| 3 | Presupuesto Base | Departamento de Precios Unitarios | Departamento de Concursos, Contratos y Estimaciones | Departamento de Concursos, Contratos y Estimaciones |
| 4 | Oficio de Autorización de Recursos | Subdirección de Planeación y Evaluación | Coordinación de Administración y Finanzas | Subdirección de Infraestructura en Salud |
| 5 | Convocatoria Pública | Departamento de Concursos, Contratos y Estimaciones | Subdirección de Infraestructura en Salud | Subdirección de Infraestructura en Salud |
| 6 | Solicitudes de las Empresas para Participar | Empresa | Departamento de Concursos, Contratos y Estimaciones | |
| 7 | Aceptación de Participación por el Área Licitadora | No aplica | No aplica | No aplica |
| 8 | Invitación a la o las Empresas para Presentación de Propuestas | Subdirección de Infraestructura en Salud | Departamento de Concursos, Contratos y Estimaciones | Departamento de Concursos, Contratos y Estimaciones |
| 9 | Escritos de Aceptación de Invitaciones por las Empresas | Empresa | Subdirección de Infraestructura en Salud | Departamento de Concursos, Contratos y Estimaciones |
| 10 | Recibo de Pago de Bases de Concurso | COMPRANET<br>Caja del Instituto de Salud del Estado de México | Departamento de Concursos, Contratos y Estimaciones | Departamento de Concursos, Contratos y Estimaciones |
| 11 | Invitaciones a Instancias Internas y Externas | Subdirección de Infraestructura en Salud | Departamento de Concursos, Contratos y Estimaciones | Departamento de Concursos, Contratos y Estimaciones |
| 12 | Bases de Concurso (Términos de Referencia, Alcances, Proyecto Ejecutivo, Especificaciones Generales y Particulares, Catálogo de Conceptos y Cantidades de Obras, Constancias de Visita al Sitio de los Trabajos y Copia de Garantías de Seriedad de Propuestas) | Departamento de Concursos, Contratos y Estimaciones | Subdirección de Infraestructura en Salud | Departamento de Concursos, Contratos y Estimaciones |

| No. | NOMBRE DEL DOCUMENTO | UNIDAD ADMINISTRATIVA/ AUTORIDAD QUE GENERA EL DOCUMENTO. | UNIDAD ADMINISTRATIVA USUARIA | UNIDAD ADMINISTRATIVA QUE FINALIZA EL PROCESO DEL DOCUMENTO |
|---|---|---|---|---|
| 13 | Bases de Adjudicación Directa (Términos de Referencia, Alcances, Proyecto Ejecutivo, Especificaciones Generales y Particulares, Catálogo de Conceptos y Cantidades de Obras) | Subdirección de Infraestructura en Salud | Departamento de Concursos, Contratos y Estimaciones | Departamento de Concursos, Contratos y Estimaciones |
| 14 | Acta Primera de Recepción de Propuestas Técnica y Económica y Apertura de Propuestas Técnicas | Departamento de Concursos, Contratos y Estimaciones | Subdirección de Infraestructura en Salud | Departamento de Concursos, Contratos y Estimaciones |
| 15 | Acta Segunda para Comunicar la Evaluación de Propuestas Técnicas y Apertura de Propuestas Económicas | Departamento de Concursos, Contratos y Estimaciones | Subdirección de Infraestructura en Salud | Departamento de Concursos, Contratos y Estimaciones |
| 16 | Evaluación de Propuestas y Dictamen de Adjudicación | Consejo Interno de Obra Pública del ISEM | Consejo Interno de Obra Pública del ISEM | Subdirección de Infraestructura en Salud |
| 17 | Acta de Fallo | Subdirección de Infraestructura en Salud | Departamento de Concursos, Contratos y Estimaciones | Departamento de Concursos, Contratos y Estimaciones |
| 18 | Oficio de Adjudicación del Contrato | Subdirección de Infraestructura en Salud | Departamento de Concursos, Contratos y Estimaciones | Departamento de Concursos, Contratos y Estimaciones |
| 19 | Propuesta Ganadora (con todos los documentos solicitados en las bases de concurso) | Empresa | Subdirección de Infraestructura en Salud | Departamento de Concursos, Contratos y Estimaciones |
| 20 | Contrato, Refrendos, Revalidaciones y Convenios Adicionales | Departamento de Concursos, Contratos y Estimaciones | Dirección General, Coordinación de Administración y Finanzas, Dirección de Administración, Subdirección de Infraestructura en Salud, Unidad de Asuntos Jurídicos | Departamento de Concursos, Contratos y Estimaciones |
| 21 | Garantías de Cumplimiento de Contrato | Afianzadora, Empresa | Departamento de Concursos, Contratos y Estimaciones | Subdirección de Tesorería y Contabilidad |
| 22 | Garantías de Cumplimiento de Anticipos | Afianzadora, Empresa | Departamento de Concursos, Contratos y Estimaciones | Subdirección de Tesorería y Contabilidad |

| No. | NOMBRE DEL DOCUMENTO | UNIDAD ADMINISTRATIVA/ AUTORIDAD QUE GENERA EL DOCUMENTO. | UNIDAD ADMINISTRATIVA USUARIA | UNIDAD ADMINISTRATIVA QUE FINALIZA EL PROCESO DEL DOCUMENTO |
|---|---|---|---|---|
| 23 | Aviso de Inicio de Obra o Servicio (Empresa) | Empresa | Departamento de Construcción y Supervisión de Obras | Departamento de Construcción y Supervisión de Obras |
| 24 | Aviso de Inicio de Obra o Servicio a Instancias (Internas y Externas) | Subdirección de Infraestructura en Salud | Departamento de Construcción y Supervisión de Obras | Unidad de Expedientes Técnicos Unitarios |
| 25 | Programa de Obra o Servicio Aprobado por la Supervisión | Empresa | Departamento de Construcción y Supervisión de Obras | Unidad de Expedientes Técnicos Unitarios |
| 26 | Números Generadores, Estimaciones y facturas | Empresa, Departamento de Construcción y Supervisión de Obras | Departamento de Construcción y Supervisión de Obras | Departamento de Construcción y Supervisión de Obras, Area de Contabilidad |
| 27 | Reportes de Control de Calidad | Empresa | Departamento de Construcción y Supervisión de Obras | Departamento de Construcción y Supervisión de Obras |
| 28 | Álbum Fotográfico | Departamento de Construcción y Supervisión de Obras, Empresa | Departamento de Construcción y Supervisión de Obras | Departamento de Construcción y Supervisión de Obras |
| 29 | Solicitud de Autorización de Ajuste o Escalatoria de Precios Unitarios (anexando las matrices con el visto bueno de la supervisión) | Empresa | Departamento de Construcción y Supervisión de Obras, Departamento de Precios Unitarios | Departamento de Construcción y Supervisión de Obras |
| 30 | Oficio de Resolución de Ajuste o Escalatoria de Precios Unitarios | Subdirección de Infraestructura en Salud, Departamento de Precios Unitarios | Departamento de Construcción y Supervisión de Obras, Departamento de Precios Unitarios | Departamento de Construcción y Supervisión de Obras |
| 31 | Solicitud, Análisis y Autorización de Precios Unitarios Extraordinarios | Empresa | Departamento de Construcción y Supervisión de Obras, Departamento de Precios Unitarios | Departamento de Construcción y Supervisión de Obras |
| 32 | Oficio de Autorización de Precios Extraordinarios | Subdirección de Infraestructura en Salud, Departamento de Precios Unitarios | Departamento de Construcción y Supervisión de Obras, | Departamento de Construcción y Supervisión de Obras |
| 33 | Solicitud de Reprogramación de los Trabajos o Servicios y Autorización (por pago extemporáneo de anticipo, problemas sociales, volúmenes y especificaciones excedentes y cambios de proyecto) | Empresa | Departamento de Construcción y Supervisión de Obras, Subdirección de Infraestructura en Salud | Departamento de Construcción y Supervisión de Obras |

| No. | NOMBRE DEL DOCUMENTO | UNIDAD ADMINISTRATIVA/ AUTORIDAD QUE GENERA EL DOCUMENTO. | UNIDAD ADMINISTRATIVA USUARIA | UNIDAD ADMINISTRATIVA QUE FINALIZA EL PROCESO DEL DOCUMENTO |
|---|---|---|---|---|
| 34 | Convenio de Reprogramación | Subdirección de Infraestructura en Salud, Departamento de Concursos, Contratos y Estimaciones | Departamento de Concursos, Contratos y Estimaciones, Area de Contabilidad | Departamento de Construcción y Supervisión de Obras |
| 35 | Solicitud de Convenio de Ampliación al Importe Original de Contrato | Empresa, Subdirección de Infraestructura en Salud | Departamento de Concursos, Contratos y Estimaciones, Area de Contabilidad | Departamento de Concursos, Contratos y Estimaciones, Area de Contabilidad |
| 36 | Convenio de Ampliación al Importe Original del Contrato | Subdirección de Infraestructura en Salud, Departamento de Concursos, Contratos y Estimaciones, | Departamento de Concursos, Contratos y Estimaciones, Area de Contabilidad | Departamento de Concursos, Contratos y Estimaciones, Area de Contabilidad |
| 37 | Comunicados de Modificación al Contrato | Subdirección de Infraestructura en Salud | Departamento de Concursos, Contratos y Estimaciones | Unidad de Expedientes Técnicos Unitarios |
| 38 | Planos Actualizados Definitivos | Empresa, Departamento de Construcción y Supervisión de Obras, Area de Proyectos | Departamento de Construcción y Supervisión de Obras, Area de Proyectos | Area de Proyectos |
| 39 | Actas y Minutas de Auditorías Parciales y Totales en su caso | Auditor Externo, Contraloría Interna | Departamento de Construcción y Supervisión de Obras, Area de Contabilidad, Subdirección de Infraestructura en Salud | Unidad de Expedientes Técnicos Unitarios |
| 40 | Bitácora de Obra o Servicios Original (debidamente cerrada) y Minutas de Trabajo | Empresa, Departamento de Construcción y Supervisión de Obras | Departamento de Construcción y Supervisión de Obras | Unidad de Expedientes Técnicos Unitarios |
| 41 | Balance de Materiales y Equipo | No aplica. Debido a que el Instituto de Salud del Estado de México, no ejecuta obra por administración directa | No aplica. *I D E M* | No aplica. I D E M |
| 42 | Estimación de Finiquito de los Trabajos | Empresa | Departamento de Construcción y Supervisión de Obras, Area de Contabilidad | Departamento de Construcción y Supervisión de Obras, Area de Contabilidad |
| 43 | Garantía de Vicios Ocultos | Empresa, Afianzadora | Departamento de Construcción y Supervisión de Obras, Area de Contabilidad, Departamento de Concursos, Contratos y Estimaciones | Departamento de Concursos, Contratos y Estimaciones |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 44 | Invitaciones Externas e Internas para la Recepción de los Trabajos | Subdirección de Infraestructura en Salud, Empresa | Departamento de Construcción y Supervisión de Obras | Unidad de Expedientes Técnicos Unitarios |
| 45 | Acta de Recepción de los Trabajos | Departamento de Construcción y Supervisión de Obras | Departamento de Construcción y Supervisión de Obras, Area de Contabilidad | Gobierno del Estado de México, Instituto de Salud del Estado de México (dependiendo de la fuente de los recursos) |
| 46 | Acta de Entrega a la Instancia Encargada de su Operación | Departamento de Construcción y Supervisión de Obras | Departamento de Construcción y Supervisión de Obras, Area de Contabilidad, Hospital y/o Jurisdicción Beneficiada | Gobierno del Estado de México, Instituto de Salud del Estado de México (dependiendo de la fuente de los recursos) |

## VI. VALIDACION

DR. ENRIQUE GOMEZ BRAVO TOPETE
**SECRETARIO DE SALUD Y DIRECTOR GENERAL**
**(RUBRICA).**

LIC. HECTOR ALEJANDRO GUTIERREZ ORDAZ
**COORDINADORA DE ADMINISTRACION Y FINANZAS**
**(RUBRICA).**

M. en A. EDUARDO FRANCISCO BERTERAME BARQUIN
**DIRECTOR DE ADMINISTRACION**
**(RUBRICA).**

L.A.E. MARTHA MEJIA MARQUEZ
**JEFA DE LA UNIDAD DE MODERNIZACION ADMINISTRATIVA**
**(RUBRICA).**

ARQ. GUILLERMO ESTRADA LEMUS
**SUBDIRECTOR DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD**
**(RUBRICA).**

© M.Op./ 90

Manual Operativo para la Integración del Expediente Unico de Obra Pública y Servicios Relacionados con la Misma, en sus Diferentes Modalidades de Adjudicación-Contratación.

***Secretaría de Salud***
***Instituto de Salud del Estado de México***
*Créditos:*

- *Arq. Guillermo Estrada Lemus*
  *Subdirector de Infraestructura en Salud*
- *L.A.E. Martha Mejía Márquez*
  *Jefa de la Unidad de Modernización Administrativa*
- *C.P. Juan Carlos Vargas Castañeda*
  *Responsable de la Unidad de Expedientes Técnicos Unitarios de la Subdirección de Infraestructura en Salud*

*Responsables de su elaboración e integración:*

- *Lic. Armando Santín Pérez*
- *Lic. Aldo Bastida Zamora*

*Toluca, México*
***Septiembre de 2005***

## Gobierno del Estado de México

**Secretaría de Salud**

***Instituto de Salud del Estado de México***

***Coordinación de Salud***

# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDAD

SEPTIEMBRE, 2005

CONTENIDO


| | |
|---|---|
| | Presentación |
| I | Objetivo General |
| II | Alcances |
| III | Base Legal |
| IV | Políticas |
| V | Procedimientos |
| 5.1 | Procedimiento de Consulta Externa General y de Especialidad |
| 5.1.1 | Objetivo |
| 5.1.2 | Descripción |
| 5.1.3 | Diagrama de Flujo |
| VI | Formatos e Instructivos de Llenado |
| | Sistema de Referencia y Contrarreferencia |
| | Estudio Socioeconómico |
| | Recibo Unico de Pago |
| | Hoja Diaria de Consulta Externa |
| | Historia Clínica General |
| | Notas de Evolución |
| | Hoja para Admisión Hospitalaria |
| | Solicitud-Recepción de Interconsulta Médica |
| | Solicitud de Laboratorio |
| | Solicitud de Estudio de Gabinete |
| | Receta Médica |
| | Carnet de Citas |
| VII | Simbología |
| VIII | Validación |
| IX | Hoja de Actualización |
| X | Créditos |

PRESENTACION

Dentro del contexto de la administración pública actual, es indispensable que las instituciones cuenten con las herramientas administrativas que aseguren, apoyen y agilicen el cumplimiento de los programas, planes, objetivos y proyectos gubernamentales.

Una de las premisas fundamentales del actual Gobierno del Estado de México, es la de contar con una Administración Pública eficiente en su desempeño, eficaz en la respuesta a las demandas de la sociedad, honrada en el desarrollo de sus funciones, que impulse la formulación de una cultura de modernización y mejoramiento de la función pública.

De esta manera se hace necesario que la Administración Pública establezca medidas que garanticen una mayor racionalidad y optimización de los recursos, así como de un ejercicio austero y responsable, mediante el establecimiento de normas y lineamientos que sirvan de base para regular su operación.

El Plan de Desarrollo del Estado de México establece los requerimientos sobre el deber de la Administración Pública de aumentar su efectividad social para obtener los mejores resultados en los servicios que proporciona a través del Instituto de Salud del Estado de México, destacándose la necesidad de que los recursos se apliquen conforme a programas aprobados. Establece como objetivo, la vigilancia del estricto cumplimiento de la legislación y normatividad en materia de control y evaluación, así como verificar que la gestión pública se apegue a los criterios de transparencia, honradez, eficacia y productividad.

Para lograr una mayor efectividad social y mejores resultados en los servicios públicos, es necesario que las dependencias y organismos auxiliares de la Administración Pública Estatal, revisen y actualicen permanentemente sus formas de organización, sistemas de trabajo y procedimientos de atención a los usuarios, de acuerdo a las circunstancias del entorno social y a la disponibilidad de recursos.

El Instituto de Salud del Estado de México, conciente de su responsabilidad de proporcionar los servicios de salud que le demande la población abierta de nuestra entidad, requiere de un sistema de consulta externa de especialidad en los hospitales generales, que permita el acceso a un segundo nivel de atención médica eficiente, ágil, confiable e inmediato, por ello se ha implementado el presente Manual de Procedimientos para la Consulta Externa de Especialidad.

El presente documento tiene como fin estandarizar los procedimientos que se llevan a cabo en los diferentes hospitales del Instituto, con el propósito de mejorar y agilizar el sistema actual.

1. OBJETIVO GENERAL

Establecer los procedimientos que se llevan a cabo en los hospitales que forman parte del segundo nivel de atención del instituto, con la finalidad de estandarizarlos para optimizar el servicio de consulta externa de especialidad que se otorga a la población abierta del Estado de México.

II. ALCANCES

El presente manual se constituye como un elemento de carácter administrativo, cuya aplicación será responsabilidad de los hospitales que integran el segundo nivel de atención del Instituto de Salud del Estado de México.

Cabe hacer mención que los lineamientos establecidos en el documento son de carácter general y obligatorio, y que las funciones y responsabilidades señaladas deberán atribuirse al personal que labora en los diferentes hospitales.

III. BASE LEGAL

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
  Diario Oficial de la Federación, 5 de febrero de 1917. Reformas y adiciones.
- Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México.
  Gaceta del Gobierno, 10 de noviembre de 1917. Reformas y adiciones.
- Ley General de Salud.
  Diario Oficial de la Federación, 29 de diciembre de 1976. Reformas y adiciones.
- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
  Diario Oficial de la Federación, 5 de enero de 1983. Reformas y adiciones.
- Ley de Planeación.
  Diario Oficial de la Federación, 31 de diciembre de 1982. Reformas y adiciones.
- Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.
  Diario Oficial de la Federación, 31 de diciembre de 1982. Reformas y adiciones.

- Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado.
  Diario Oficial de la Federación, 28 de diciembre de 1963. Reformas y adiciones.
- Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de México.
  Gaceta del Gobierno, 9 de septiembre de 1989. Reformas y adiciones.
- Ley de Planeación del Estado de México.
  Gaceta del Gobierno, 17 de enero de 1984. Reformas y adiciones.
- Ley de Responsabilidades de los Servicios Públicos del Estado de México y Municipios.
  Gaceta de Gobierno, 17 de enero de 1994. Reformas y adiciones.
- Ley de Trasparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México.
  Gaceta del Gobierno, 30 de abril de 2004.
- 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.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica.
  Diario Oficial de la Federación, 14 de mayo de 1986.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.
  Diario Oficial de la Federación, 14 de mayo de 1986.
- Reglamento para Controlar y Estimular al Personal de la Secretaría de Salud por su Productividad de Trabajo.
  Diario Oficial de la Federación, 1 de abril de 1990.
- Reglamento para la Entrega – Recepción de Unidades Administrativas de la Administración Pública del Estado de México.
  Gaceta del Gobierno, 14 de marzo de 2004.
- Decreto por el que se Establece con Carácter Obligatorio de la Cartilla Nacional de Vacunación Destinada a Comprobar Individualmente la Administración de Vacunas, como parte Esencial de la Protección a la Salud de la Niñez.
  Diario Oficial de la Federación, 25 de septiembre de 1974.
- Acuerdo Numero 33 por el que se desconcentran Facultades a los Servicios Coordinados de Salud Pública en las Entidades Federativas.
  Diario Oficial de la Federación, 31 de Julio de 1984.
- Acuerdo de Coordinación para la integración Orgánica y Descentralización Operativa de los Servicios de Salud de los Estados.
  Diario Oficial de la Federación, 29 de diciembre de 1985.
- Acuerdo de coordinación que celebran las Secretarias de Salud, de Hacienda y Crédito Público, de Contraloría y Desarrollo Administrativo, así mismo la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado, el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud y el Estado de México para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud de la Entidad.
  Diario Oficial de la Federación, 6 de febrero de 1998.
- Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico.

## IV. POLITICAS

- Los hospitales generales del Instituto de Salud del Estado de México proporcionarán atención médica a la población cuando así lo requiera a través de la consulta externa de especialidad, apegados a los procedimientos que se presentan en este documento.
- Los hospitales generales deberán otorgar la consulta externa de especialidad a todos los usuarios que la soliciten, con la restricción de la suficiencia de los recursos, profesionales, técnicos y administrativos que les sean autorizados.

- La consulta externa de especialidad que se proporcione en los hospitales generales, deberá apegarse a los estándares de calidad que señalen las normas en materia de salud.
- El personal médico y/o administrativo deberá atender a los usuarios con la diligencia y la debida ética que el servicio médico requiera.
- La consulta externa de especialidad en los hospitales generales, deberá otorgarse dentro de los horarios que señalen las autoridades competentes.
- El médico tratante y el personal auxiliar en salud, deberán apegarse a los tiempos que asignen las autoridades competentes para la atención de cada usuario (20 minutos aproximadamente).
- El personal médico y administrativo deberá requisitar los formularios médicos y administrativos que le requiera la Subdirección de Atención Médica y Coordinación de Administración y Finanzas.
- El médico tratante deberá apegarse a las Normas Oficiales Mexicanas que rigen el servicio de atención médica.
- Requisitar adecuadamente los formatos que integran el expediente clínico correspondiente a cada usuario.
- Otorgar los turnos de la consulta externa de especialidad para la atención de cada paciente.
- El personal administrativo y/o médico asignado, deberá requerir la cuota de recuperación cuando cada caso de los diferentes servicios médicos así lo ameriten.

## V. PROCEDIMIENTOS

### 5.1. Procedimiento de Consulta Externa de Especialidad

**5.1.1. Objetivo: Mejorar los servicios de consulta externa de especialidad del Segundo Nivel de Atención Médica que requieran los usuarios para la preservación o restauración de la salud de conformidad con los lineamientos técnicos en la materia, emitidos por las autoridades federales y estatales.**

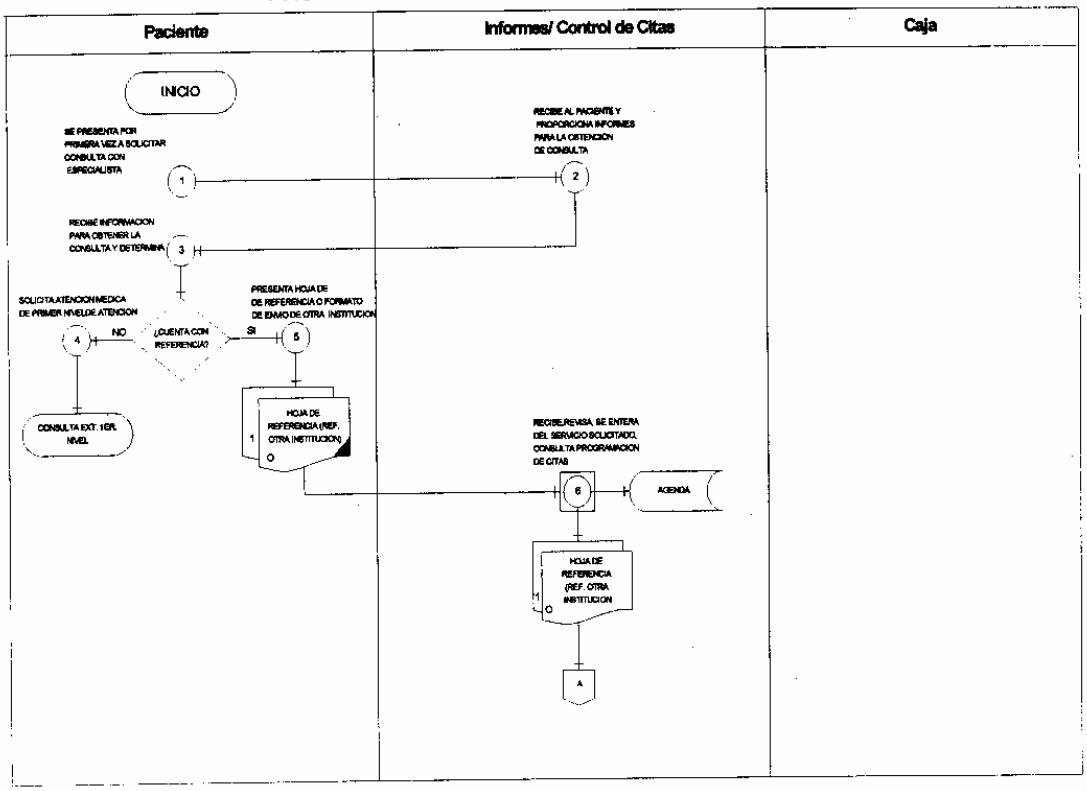
**5.1.2. Descripción**

| No. | Responsable | Actividad |
|---|---|---|
| 1 | Paciente | Se presenta por primera vez a solicitar consulta con especialista en el área de informes / control de citas. |
| 2 | Informes / Control de Citas | Recibe al paciente y proporciona informes para la obtención de consulta. |
| 3 | Paciente | Recibe información para obtener consulta y determina si cuenta con "Hoja de Referencia". |
| 4 | Paciente | De no contar con "Hoja de Referencia", solicitará la atención médica de Primer Nivel de Atención. |
| 5 | Paciente | En caso de que cuente con "Hoja de Referencia" o Formato de Envio de otra institución de salud, la presenta en el Area de Informes / Control de Citas. |
| 6 | Informes / Control de Citas | Recibe "Hoja de Referencia" y se entera del servicio solicitado, procediendo a revisar la agenda de citas. |
| 7 | Informes / Control de Citas | Elabora la "Ficha de Consulta" indicando fecha, hora y trámite de pago para la consulta y la entrega al paciente junto con la "Hoja de Referencia" o Formato de Envio de otra institución de salud. |
| 8 | Paciente | Recibe "Hoja de Referencia" o Formato de Envio de otra institución de salud, "Ficha de Consulta" para su presentación a la cita en la hora y fecha indicada. |
| 9 | Paciente | Una vez que llega la fecha y hora señaladas en la "Ficha de Consulta", se presenta en el área de Caja, manteniendo en su poder la "Hoja de Referencia" o Formato de Envio de otra institución de salud. |
| 10 | Caja | Recibe "Ficha de Consulta", se entera y con base en el tabulador, indica el costo de la consulta. |
| 11 | Paciente | Se entera del costo y determina si puede cubrirlo. |

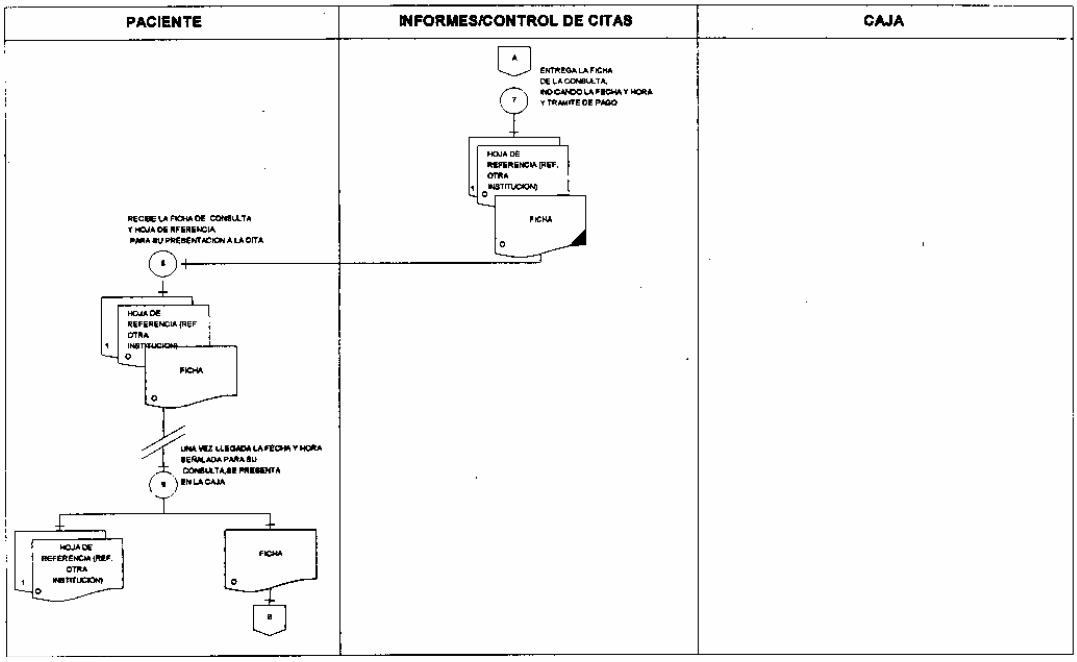
| | | |
|---|---|---|
| 12 | Paciente | En caso de que NO pueda cubrir el costo de la consulta, solicita ante el área de Trabajo Social "Estudio Socioeconómico" para lo que proporciona información de "Hoja de Referencia" o formato de envío de otra institución de salud. |
| 13 | Trabajo Social | Con base a la información proporcionada consulta el Manual de Procedimientos para el Control de Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM y elabora "Estudio Socioeconómico" y en su caso determina y gestiona cuota en base al tabulador de Cuotas de Recuperación. |
| 14 | Paciente | Recibe el "Estudio Socioeconómico", prepara importe y los presenta al área de Caja para el pago de cuota de recuperación. |
| 15 | Caja | Recibe el pago de la cuota o en su caso, el "Estudio Socioeconómico", elabora "Recibo Unico de Pago" en original y dos copias. |
| 16 | Caja | Distribuye los documentos: el original del "Recibo Unico de Pago" y la "Ficha de Consulta" los entrega al paciente; las dos copias del recibo, el "Estudio Socioeconómico" y el importe de la cuota los retiene en su poder (se conecta al procedimiento Cuotas de Recuperación). |
| 17 | Paciente | Recibe el original del "Recibo Unico de Pago" y la "Ficha de Consulta" para la consulta y se traslada al consultorio, presentando los documentos. |
| 18 | Enfermera | Recibe al paciente y verifica la "Ficha de Consulta" para la consulta y la realización o exención de pago en el "Recibo Unico de Pago" y registra al paciente en la "Hoja Diaria de Consulta Externa". |
| 19 | Enfermera | Efectúa somatometría y revisa signos vitales, registra e informa al médico los resultados, entrega el original del "Recibo Unico de Pago" y la "Ficha de Consulta", indicando el momento en que debe pasar con el médico. |
| 20 | Paciente | Recibe el original del "Recibo Unico de Pago", la "Ficha de Consulta" y espera turno para su consulta. |
| 21 | Paciente | Cuando le corresponda por número de "Ficha de Consulta", pasará al consultorio y entrega al médico, "Hoja de Referencia" y el "Recibo Unico de Pago" se lo queda. |
| 22 | Médico Especialista | Recibe al paciente, "Hoja de Referencia" y "Ficha de Consulta"; revisa estos documentos y solicita del paciente datos y complementa la "Hoja Diaria de Consulta Externa" e "Historia Clínica". |
| 23 | Médico Especialista | Revisa al paciente de acuerdo al padecimiento y registra información en las "Notas de Evolución", indicando en el recuadro correspondiente si se trata de Consulta Externa de Primera Vez. |
| 24 | Médico Especialista | Emite diagnóstico, lo registra en la "Hoja Diaria de Consulta Externa" (SIS-SS01-P) y determina si amerita: consulta subsecuente, interconsulta médica, hospitalización o referencia al primer o tercer nivel de atención. |
| 25 | Médico Especialista | Si el paciente requiere de una consulta subsecuente, solicita apertura de expediente clínico y carnet de citas. |
| 26 | Médico Especialista | Realiza registro en la "Hoja Diaria de Consulta Externa" (SIS-SS01-P), entrega al paciente, en su caso, "Solicitud de Laboratorio" y "Solicitud de Estudio de Gabinete", indica fecha de nueva cita y su tratamiento. La "Hoja de Referencia" y "Contrarreferencia" y las copias de "Solicitud de Laboratorio" y de "Estudio de Gabinete" y los archiva. Entrega al paciente "Receta Médica"y le da indicaciones. |
| 27 | Paciente | Recibe "Receta Médica", indicaciones, "Solicitud de Laboratorio" y/o "Solicitud de Estudio de Gabinete" y procede a efectuar trámites. |
| 28 | Informes / Control de Citas | Para la apertura de expediente clínico", solicita datos adicionales del paciente, abre expediente clínico mismo que registra en el control de expediente clínico. |
| 29 | | Elabora "Carnet de Citas" en el que registra citas con base en la agenda médica y la entrega al paciente; el "Expediente Clínico" lo turna al Archivo Clínico. |

| | | |
|---|---|---|
| 30 | Paciente | Recibe "Carnet de Citas" y se retira. |
| 31 | Archivo Clínico | Recibe "Expediente Clínico", asigna folio, integra formatos recibidos de la consulta y lo archiva para su posterior uso. |
| 32 | Médico Especialista | Si el Paciente requiere de atención de otra especialidad, elabora formato de "Interconsulta Médica" y la entrega al Paciente con "Receta Médica" e indicaciones. |
| 33 | Paciente | Recibe formato de "Interconsulta Médica", "Receta Médica" e indicaciones. |
| 34 | Médico Especialista | En caso de que el paciente requiera ser hospitalizado, integra la documentación: "Nota de Evolución", "Historia Clínica", "Hoja para Admisión Hospitalaria" y da a la enfermera indicaciones para el trámite. |
| 35 | Enfermera | Recibe "Notas de Evolución", "Historia Clínica" y "Hoja de Admisión Hospitalaria" e indica el trámite. |
| 36 | Médico Especialista | Si el paciente requiere de ser contrarreferido al primer nivel de atención o referido al tercer nivel de atención, entrega "Contrarreferencia" u "Hoja de Referencia" según sea el caso; expide "Receta Médica" e indicaciones y archiva provisionalmente las "Notas de Evolución", "Historia Clínica" y "Ficha de Consulta". |
| 37 | Paciente | Recibe "Contrarreferencia" u "Hoja de Referencia", "Receta Médica" e indicaciones . |

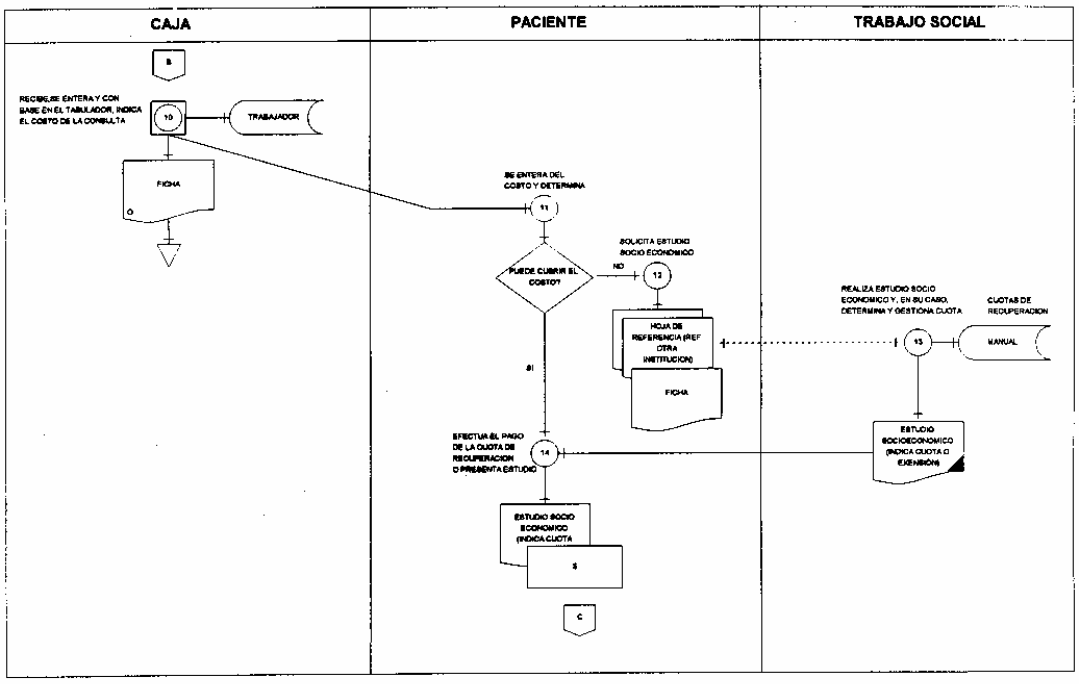
## PROCEDIMIENTO: CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDAD.



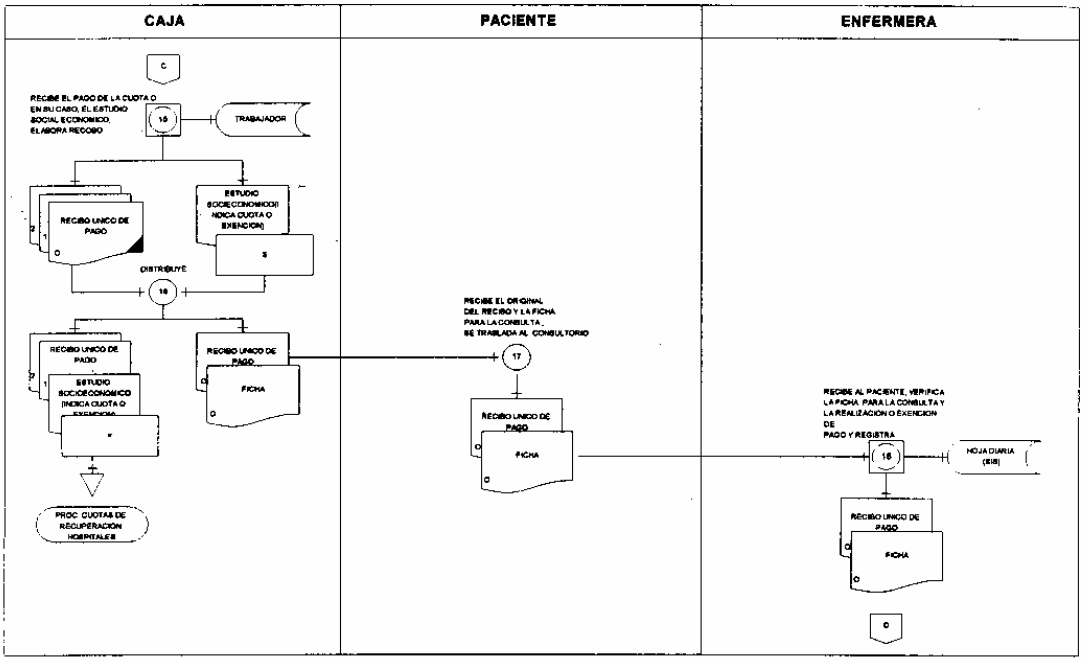
## PROCEDIMIENTO: CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDAD.



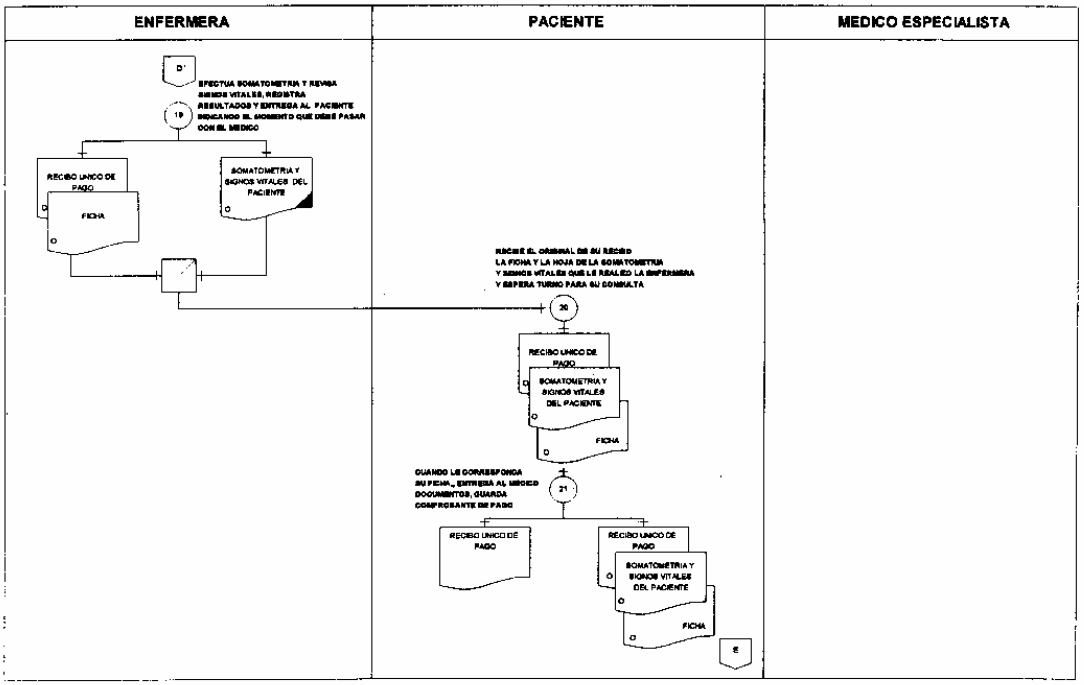

## PROCEDIMIENTO: CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDAD.



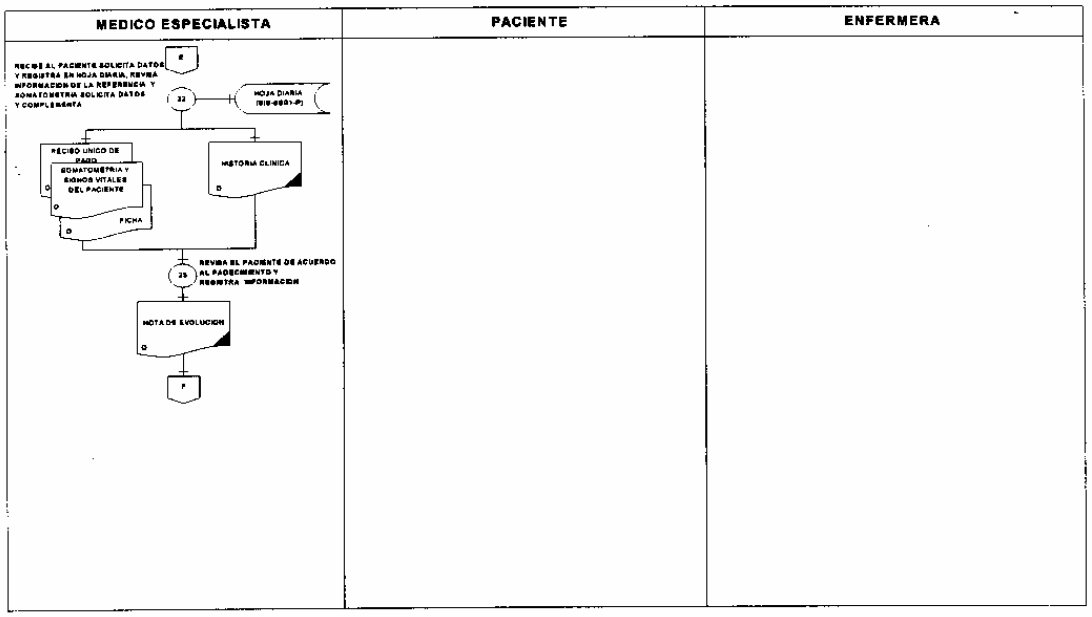
## PROCEDIMIENTO: CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDAD.



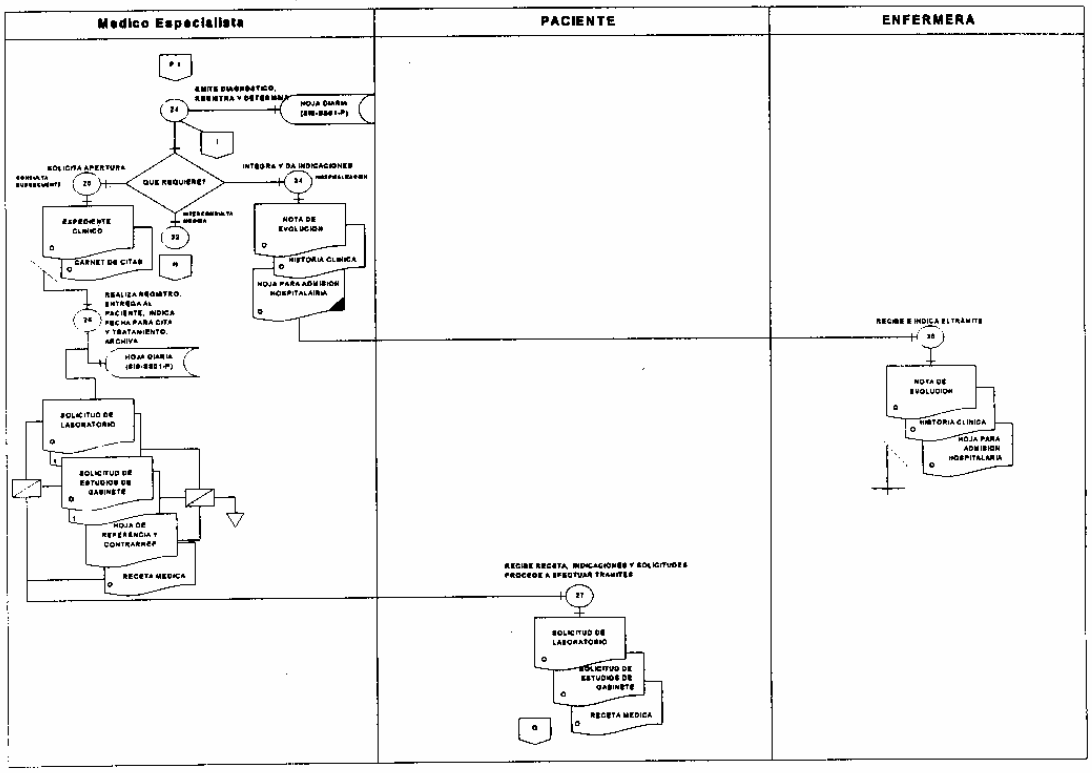

## PROCEDIMIENTO: CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDAD.



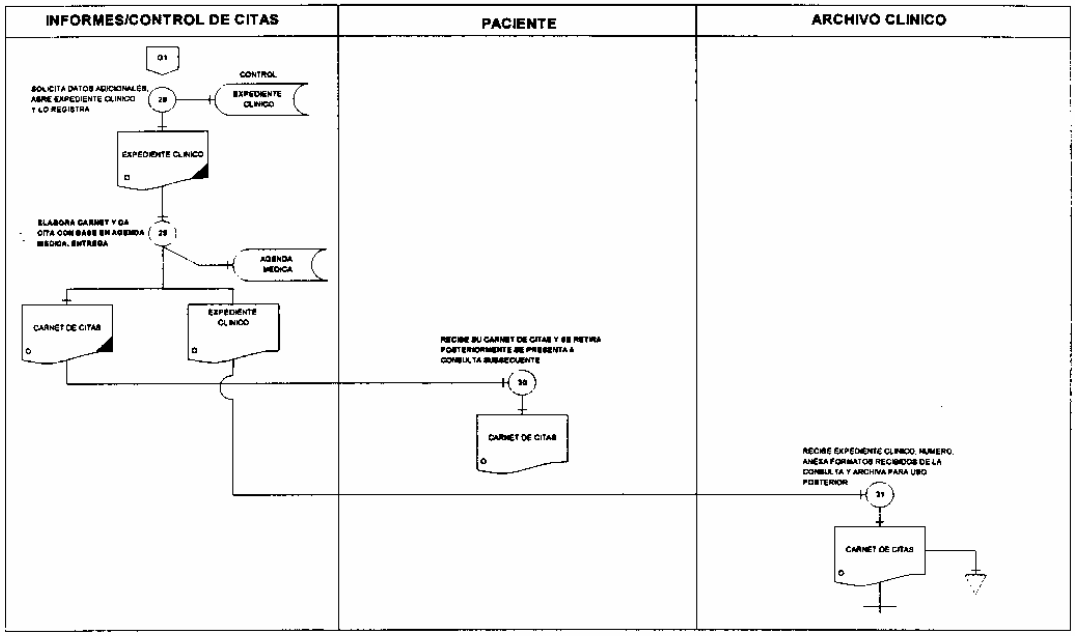
## PROCEDIMIENTO: CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDAD.



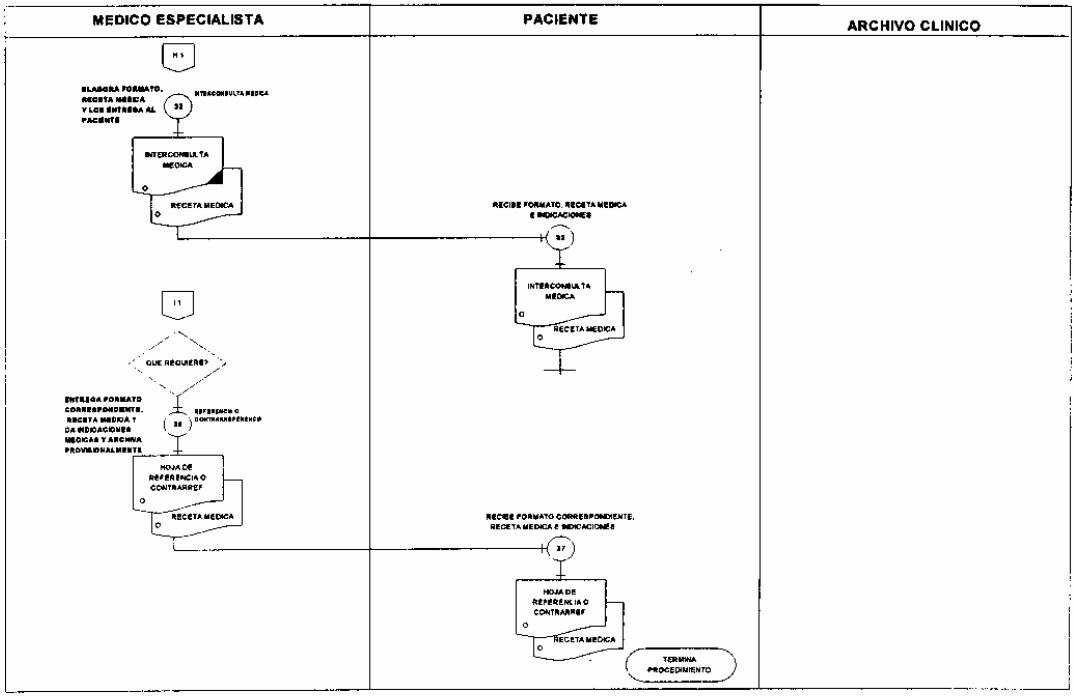

## PROCEDIMIENTO: CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDAD.



## PROCEDIMIENTO: CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDAD.




## PROCEDIMIENTO: CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDAD.



# VI. FORMATOS E INSTRUCTIVOS DE LLENADO

**INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MEXICO**
**SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA**

FECHA DE REFERENCIA _____ No. DE CONTROL _____

| EDAD | | SEXO |
|---|---|---|
| AÑOS | MESES | M F |
| | | |

NOMBRE DEL PACIENTE _____

DOMICILIO DEL PACIENTE _____ URG.

MOTIVO DE ENVIO _____ DIAGNOSTICO PRESUNCIONAL _____

UNIDAD A LA QUE SE REFIERE _____ ESPECIALIDAD O SERVICIO _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE REFIERE: _____

**INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MEXICO**

**HOJA DE REFERENCIA**

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

II

NOMBRE (S) _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE S

NUMERO DE EXPEDIENTE _____ EDAD _____ SEXO _____

III

UNIDAD QUE REFIERE _____

IV

UNIDAD A LA QUE SE REFIERE _____

DOMICILIO _____
CALLE NUMERO COLONIA

SERVICIO AL QUE SE ENVIA _____

V

MOTIVO DE LA REFERENCIA (RESUMEN CLINICO DEL PROCEDIMIENTO): T.A. ___ TEMP. ___ F.R. ___ F.C. ___ PESO ___ TALLA ___

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA: _____

_____
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD

_____
NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO QUE REFIERE

217B21302-009-04

## VISITA DOMICILIARIA

VI

FECHA DE VISITA _____ FECHA DE ALTA _____

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

¿POR QUE? _____

OBSERVACIONES: _____

## HOJA DE CONTRARREFERENCIA

VII

**UNIDAD MEDICA QUE CONTRARREFIERE**

NOMBRE: _____

SERVICIO: _____

VII

**MANEJO DEL PACIENTE**

RESUMEN: _____

DIAGNOSTICO DE INGRESO: _____

DIAGNOSTICO DE EGRESO: _____

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

_____

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD

_____

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO QUE REFIERE

217B21302-009-04

## REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

El formato **"Referencia y Contrarreferencia"** (217B21302-009-04) será utilizado por los diferentes Hospitales Generales del Instituto; para documentar la referencia y/o contrarreferencia de un paciente y registrar los datos clínicos más relevantes de los pacientes en este procedimiento, llenando para ello este formato, de acuerdo al siguiente instructivo.

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

| | | |
|---|---|---|
| 21 | DOMICILIO | Anotar el nombre de la calle, número y colonia de la unidad a la que se refiere. |
| 22 | SERVICIO AL QUE SE ENVIA | Anotar el nombre del servicio. |
| | V | |
| 23 | MOTIVO DE LA REFERENCIA (RESUMEN CLINICO DEL PADECIMIENTO) | Describir de manera clara y completa incluyendo signos y síntomas del padecimiento que motiva la referencia del paciente a otra unidad médica. En caso de que la referencia sea motivada únicamente con fines de estudio de laboratorio o gabinete deberá justificarse en este rubro. Anotar en el rubro correspondiente la tensión arterial, temperatura, frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca, peso y talla del paciente. |
| 24 | IMPRESIÓN DIAGNOSTICA | Anotar el diagnóstico definitivo o presuncional que apoye la referencia. |
| 25 | NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD | Registra el nombre completo y firma del médico responsable de la unidad que refiere al paciente, con el propósito de avalar el procedimiento. |
| 26 | NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO QUE REFIERE | Registrar el nombre completo y firma del médico o técnico en atención primaria de la salud que refiere al paciente. |
| | HOJA DE CONTRARREFERENCIA (REVERSO) | |
| | **La parte superior corresponde a los datos de la visita domiciliaria que se le realizará al paciente para su control; cuenta con los siguientes rubros:** | |
| | VI | |
| 27 | FECHA DE VISITA | Anotar la fecha en que realizó la visita domiciliaria de seguimiento. |
| 28 | FECHA DE ALTA | Anotar la fecha en que se dio de alta al paciente en la unidad que lo atendió. |
| 29 | SE LE ATENDIO | Marcar con una "X" en el lugar correspondiente, si fue atendido se agregará la fecha, si no fue atendido se anotará el motivo. |
| 30 | NOMBRE DE LA UNIDAD | Anotar el nombre de la unidad a la que se asistió. |
| 31 | OBSERVACIONES | Hacer las anotaciones que se consideren necesarias de la visita realizada. |
| | **La parte inferior de la hoja es desprendible y corresponde a la contrarreferencia, la cual cuenta con los datos siguientes:** | |
| | VII | |
| | UNIDAD MEDICA QUE CONTRARREFIERE | |
| 32 | NOMBRE | Anotar el nombre de la unidad médica que emite la contrarreferencia del paciente. |
| 33 | SERVICIO | Anotar el nombre del servicio que atendió al paciente. |
| | VIII | |
| 34 | MANEJO DEL PACIENTE RESUMEN | Anotar las condiciones clínicas en las que el paciente referido ingresa a la unidad médica, así como su evolución durante su estancia en la misma y las medidas terapéuticas que se llevaron a cabo, señalando el nombre de los medicamentos, la dosis y duración del tratamiento. |
| 35 | DIAGNOSTICO DE INGRESO | Anotar el o los diagnósticos clínicos probables, motivo de su ingreso. |
| 36 | DIAGNÓSTICO DE EGRESO | Anotar el diagnóstico definitivo en forma clara. |
| 37 | INSTRUCCIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE EN SU UNIDAD DE ADSCRIPCION | Anotar sugerencias o comentarios sobre el caso clínico para el control subsecuente del paciente en su unidad de origen, en éste se incluirá las sugerencias del manejo dietético, higiénico, dar por terminado el tratamiento, indicar si se continuará el tratamiento, regreso o consulta subsecuente al servicio y la fecha, así como informar en el caso de enviar al paciente a otra área de especialidad. |
| 38 | NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO TRATANTE | Anotar el nombre completo y firma del médico que trató al paciente referido. |
| 39 | NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD | Anotar el completo y firma del médico responsable de la unidad que contrarrefiere al paciente. |

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

**ESTUDIO SOCIOECONOMICO**

| | | |
|---|---|---|
| HOSPITAL: | | |
| SERVICIO: | FECHA DEL ESTUDIO: | CAMA: |
| EXPEDIENTE: | FECHA DE INGRESO: | VIGENCIA: |
| NIVEL DE PAGO: | DIAGNOSTICO MEDICO: | CASO LEGAL: SI / NO |

**DATOS DEL PACIENTE**

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

**I. ESTRUCTURA FAMILIAR**

MARQUE SOLO UNA OPCION

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

**MOTIVO DEL ESTUDIO**

**ASPECTOS INDIVIDUALES DEL PACIENTE**

**DINAMICA FAMILIAR**

**II. INGRESO FAMILIAR MENSUAL**

MARQUE SOLO UNA OPCION

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

217B31302-004-04

III. TIPO DE VIVIENDA

MARQUE SOLO UNA OPCION

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

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

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

**DIAGNOSTICO SOCIAL**

**PLAN SOCIAL**

**TRATAMIENTO**

**RESPONSIVA**

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

**ACEPTO**
**NOMBRE Y FIRMA**

FECHA: ____/ ____/ ____

**Este recuadro es para uso exclusivo del Paciente o responsable.**

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

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

No. DE PASE DE SALIDA _____

**OBSERVACIONES**

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

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

217B31302-004-04

## ESTUDIO SOCIOECONOMICO

El formato **"Estudio Socioeconómico"** (217B31302-004-04) será utilizado por los diferentes Hospitales Generales del Instituto; para realizar y documentar el estudio socioeconómico cuando así lo solicite un paciente, llenando para ello dicho formato de acuerdo al siguiente instructivo.

| No. | CONCEPTO | DESCRIPCION |
|---|---|---|
| 1 | HOSPITAL | Nombre de la unidad hospitalaria donde se realiza el estudio socioeconómico. |
| 2 | SERVICIO | Se registra el servicio para el cual se solicita el estudio socioeconómico. |
| 3 | FECHA DEL ESTUDIO | Fecha en la que se realiza el estudio socioeconómico. |
| 4 | CAMA | Número de cama en la que se encuentra el paciente al que se realiza el estudio socioeconómico (en su caso). |
| 5 | EXPEDIENTE | Número del expediente del paciente al que se realiza el estudio socioeconómico. |
| 6 | FECHA DE INGRESO | Día, mes y año en el que ingresó (en su caso), el paciente a la unidad hospitalaria. |
| 7 | VIGENCIA | Tiempo que tendrá vigencia el estudio realizado. |
| 8 | NIVEL DE PAGO | Se registra el nivel que corresponde dentro de la escala de calificaciones de acuerdo a la categoría asignada (1, 2, 3, 4, 5 ,6 o exento). |
| 9 | DIAGNOSTICO MEDICO | Se registra el diagnóstico de la salud del paciente. |
| 10 | CASO LEGAL | Se hace referencia a si es o no un caso médico legal. |
| | | **DATOS DEL PACIENTE** |
| 11 | NOMBRE | Se anota el nombre completo del paciente. |
| 12 | EDAD | Se registra la edad del paciente. |
| 13 | OCUPACIÓN | Se hace referencia al oficio o profesión del paciente. |
| 14 | DOMICILIO | Domicilio particular completo del paciente. |
| 15 | LUGAR DE NAC. | Se especifica el municipio o localidad en que nació el paciente. |
| 16 | FECHA DE NAC. | Se anota el día, mes y año en que nació el paciente. |
| 17 | ESCOLARIDAD | Se registra hasta qué grado escolar cursó el paciente. |
| 18 | EDO. CIVIL | Se especifica el estado civil del paciente. |
| 19 | SEG. SOCIAL | Cuenta o no con seguridad social. |
| 20 | ESPECIFIQUE | Si cuenta con seguridad social, debe especificar por parte de qué institución está asegurado. |
| 21 | RESPONSABLE DEL PACIENTE | Nombre de la persona que es responsable del paciente cuando éste sea menor de edad o sea una persona con capacidades diferentes. |
| 22 | PARENTESCO | Especificar el parentesco que tiene el responsable con el paciente. |
| 23 | IDENTIFICACIÓN QUE PRESENTA | El responsable del paciente debe identificarse con un documento oficial que aquí se registra. |
| 24 | No. DE FOLIO DE IDENTIFICACIÓN | Se registra el número de folio del documento oficial que presenta el responsable del paciente. |
| 25 | DOMICILIO DEL RESPONSABLE | Domicilio completo del responsable del paciente. |
| 26 | TELEFONO | Teléfono del usuario. |
| | | **ESTRUCTURA FAMILIAR** |
| 27 | No. DE PERSONAS | Se marca el recuadro que indique el número de personas que viven en la misma casa que el paciente, y dependiendo de éste, le corresponde una calificación que servirá para determinar el nivel a pagar. |

| | | |
|---|---|---|
| 28 | OBSERVACIONES | Se registran los comentarios que el trabajador social considere pertinentes en relación a la estructura familiar del paciente. |
| 28 | MOTIVO DEL ESTUDIO | Se anota el motivo por el cual se solicitó la realización del estudio socioeconómico. |
| 29 | ASPECTOS INDIVIDUALES DEL PACIENTE | Se registra el estado físico y sintomatología en el que llegó el paciente a la unidad hospitalaria. |
| 30 | DINAMICA FAMILIAR | Se especifica cómo se interrelaciona la familia y si es o no una estructura convencional, estable, etc. |
| | | INGRESO FAMILIAR MENSUAL |
| 31 | SALARIO MINIMO DE LA REGION | Se anota el salario mínimo vigente para la región dónde se realiza el estudio socioeconómico. |
| 32 | INGRESOS | Se especifica el ingreso mensual que percibe la familia y dependiendo de éste, le corresponde una calificación que servirá para determinar el nivel a pagar. |
| 33 | CALIFICACIÓN ASPECTO 2 | Se determina la puntuación del paciente de acuerdo al ingreso mensual que percibe la familia. |
| 34 | INGRESO TOTAL | Cantidad en pesos que ingresa la familia mensualmente. |
| 35 | SALARIO MINIMO | Se anota el salario mínimo vigente para la región dónde se realiza el estudio socioeconómico; y el ingreso total se dividirá entre este rubro para determinar el número de salarios que la familia ingresa mensualmente. |
| 36 | No. DE SALARIOS | Se anota el número de salarios mínimos que ingresa la familia mensualmente. |
| 37 | TIPO DE VIVIENDA | Se determina la vivienda en la que habita el paciente y su familia, dependiendo de esto, le corresponde una calificación que servirá para determinar el nivel a pagar. |
| 38 | SUMA DE CALIFICACIONES | Se realiza la suma de calificaciones de los aspectos a valorar y se determina el total de puntos para realizar la reclasificación del pago. |
| 39 | DIAGNOSTICO SOCIAL | Se realiza un análisis del entorno social del paciente. |
| 40 | PLAN SOCIAL | Se propone un plan social a seguir para el beneficio del paciente y su entorno. |
| 41 | TRATAMIENTO | Se especifica el tratamiento que recibirá el paciente. |
| 42 | RESPONSIVA | Aquí el paciente o su responsable afirman que todo lo declarado es verdad y que los datos pueden ser confirmados, se anota el nombre del hospital para el que se realizó el estudio socioeconómico. |
| 43 | ACEPTO NOMBRE Y FIRMA | El paciente o su responsable anota su nombre completo y firma aceptando los términos de la responsiva. |
| 44 | FECHA | El paciente o su responsable anotan la fecha en la que firma la responsiva. |
| 45 | ESCALA | Se anota el puntaje obtenido y su equivalente en el nivel de pago. |
| 46 | No. DE PASE DE SALIDA | Se anota el número de pase de salida del paciente. |
| 47 | OBSERVACIONES | Se registran (en su caso), las observaciones que tenga el área de trabajo social. |
| 48 | NOTA | Cuando el paciente no cumpla con sus donadores de sangre no podrá ser reclasificado, por lo que se le cobrará la tarifa máxima para Hospitales Generales del ISEM. |
| 49 | ELABORO / NOMBRE Y FIRMA | Se anota el nombre y la firma de la trabajadora social que elabora el estudio socioeconómico. |
| 50 | JEFATURA DE TRABAJO SOCIAL / NOMBRE Y FIRMA | Se registra el nombre y la firma de la persona encargada de la jefatura de trabajo social del hospital donde se realiza el estudio socioeconómico. |
| 51 | AUTORIZO / NOMBRE Y FIRMA | Se recopila el nombre y la firma del Director, Administrador o Asistente de la Dirección, quien autoriza el resultado del estudio socioeconómico. |

**Gobierno del Estado de México**
**Instituto de Salud del Estado de México**

ISEM

Folio:

## RECIBO UNICO DE PAGO

| FECHA: | No. DE EXP.: | T. DE ATENCION: | CUOTA: |
|---|---|---|---|
| RECIBIMOS DE: | | | |
| CON DOMICILIO: | | | |
| CON R.F.C.: | | , POR LOS SIGUIENTES SERVICIOS: | |

| CLAVE DEL SERVICIO | DESCRIPCION | CANTIDAD | IMPORTE |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | TOTAL: | $ |

| SELLO | CAJERO<br>NOMBRE Y FIRMA DEL CAJERO | CLAVE DE LA UNIDAD APLICATIVA |
|---|---|---|

217B31302-009-05

## RECIBO UNICO DE PAGO

El formato **"Recibo Unico de Pago"** (217B31302-009-05) será utilizado por los diferentes Hospitales Generales del Instituto; para realizar el cobro de los servicios otorgados a los pacientes, llenando para ello dicho formato de acuerdo al siguiente instructivo.

| No. | CONCEPTO | DESCRIPCION |
|---|---|---|
| 1 | UNIDAD MEDICA | Nombre completo de la Unidad Médica que expide el recibo. |
| 2 | FOLIO | Debe contener un número de folio. |
| 3 | FECHA | Se anota la fecha en la que se expide el Recibo. |
| 4 | No. DE EXPEDIENTE | Número de expediente del paciente. |
| 5 | T. DE ATENCIÓN | Se especifica el tipo de atención que requiere el paciente. |
| 6 | CUOTA | Nivel del tabulador sobre el cual le cobrará la cuota. |
| 7 | RECIBIMOS DE | Nombre completo de la persona que solicita el servicio. |
| 8 | CON DOMICILIO | Domicilio completo de la persona que solicita el servicio. |
| 9 | CON RFC | Anotar el registro federal de contribuyentes del paciente. |
| 10 | POR LOS SIGUIENTES SERVICIOS | Se registra el nombre de los servicios a los que el usuario va a acceder. |
| 11 | CLAVE DEL SERVICIO | Se registran las claves de los servicios que se van a proporcionar. |
| 12 | DESCRIPCION | Descripción de cada uno de los servicios proporcionados al paciente. |
| 13 | CANTIDAD | Costo unitario de los servicios que se van a proporcionar. |
| 14 | IMPORTE | Importe total por servicio. |
| 15 | TOTAL | Cantidad que la persona que solicita los servicios debe cubrir por la totalidad de los mismos. |
| 16 | SELLO | Se coloca el sello de la Unidad Médica donde se proporciona el servicio. |
| 17 | NOMBRE Y FIRMA DEL CAJERO | Nombre completo y firma del cajero que realiza el cobro. |
| 18 | CLAVE UNIDAD APLICATICA | Clave de la Unidad Médica donde se proporciona el servicio. |

SIS-SS-01-P

# HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA

D. G. I. S.

FECHA: DÍA | MES | AÑO

UNIDAD:

JURISDICCIÓN:

LOCALIDAD:

SERVICIO:

NOMBRE:

TIPO MED ☐ ENF ☐ TAP'S ☐

| No. | NOMBRE y/o EXPEDIENTE | EDAD | SEXO | PRIMERA VEZ | SUBSECUENTE | NÚMERO DE ASISTENCIA EN EL AÑO | REFERIDO | CONTRARREFERIDO | PROGRAMA: ENF. TRANSMISIBLES | ENF. CRÓNICODEGENERATIVAS | OTRAS ENFERMEDADES | CONSULTA A SANOS | PLANIFICACIÓN FAMILIAR | CONTROL PRENATAL: PRIMER TRIMESTRE | SEGUNDO TRIMESTRE | TERCER TRIMESTRE | ANÁLISIS CLÍNICOS | ALTO RIESGO | CONSULTA A PUÉRPERA | OBESIDAD Y SOBREPESO | ESTADO DE NUTRICIÓN MENOR DE 5: NORMAL | CON DESNUTRICIÓN: LEVE | MODERADA | GRAVE | IRA MENOR DE 5 TRATAMIENTO: SÓLO SINTOMÁTICO | CON ANTIBIÓTICO | HIDRATACIÓN ORAL: DIARREA AGUDA MENOR DE 5: NÚMERO DE SOBRES: PLAN A | PLAN B | PLAN C | RECUPERADOS | SOBRES EN PROMOCIÓN | PLANIFICACIÓN FAMILIAR: MÉTODO: ORAL | INYECTABLE MENSUAL | INYECTABLE BIMENSUAL | IMPLANTE SUBDÉRMICO | DIU | QUIRÚRGICO | PRESERVATIVO | OTRO | NINGUNO | ATENCIÓN: PRIMERA VEZ | SUBSECUENTE | DETECCIONES: DIABETES MELLITUS | HIPERTENSIÓN ARTERIAL | OBESIDAD | AGUDEZA VISUAL | OSTEOPOROSIS | TUBERCULOSIS | SÍFILIS | CONDONES PREVENCIÓN ITS | MENOPAUSIA Y CLIMATERIO | DERECHO-HABIENTE: IMSS | ISSSTE | SEGURO POPULAR | OTRAS | PROSA |
|---|---|---

## HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA

El formato **"Hoja Diaria de Consulta Externa"** (SIS-SS-01-P) será utilizado por los diferentes Hospitales Generales del Instituto; para registrar la consulta externa que se otorga en los Hospitales Generales del instituto, llenando para ello este formato, de acuerdo al siguiente instructivo. El(los) responsable(s) de requisitar este formato es(son): médico especialista, enfermera y/o técnico en atención primaria a la salud (TAPS) en servicio de consulta externa.

| No. | CONCEPTO | DESCRIPCION |
|---|---|---|
| | **DATOS DE IDENTIFICACION** | |
| 1 | **FECHA** | Anote con números arábigos, el día, mes y año a que corresponde la información. |
| 2 | **UNIDAD** | Anote el tipo y nombre de la unidad médica.. |
| 3 | **JURISDICCION** | Anote el número y nombre de la jurisdicción sanitaria de la cual depende la unidad. |
| 4 | **LOCALIDAD SEDE** | Anote el nombre oficial de la localidad en la cual se ubica la unidad. Para áreas urbanas, la colonia. |
| 5 | **SERVICIO** | Anote el servicio, especialidad o identificación del módulo al que está asignado elmédico, enfermera o TAPS. |
| 6 | **NOMBRE** | Consigne el nombre del personal responsable (médico, enfermera o TAPS), que otorga la consulta. |
| 7 | **TIPO** | Esta sección sirve para identificar la profesión de la persona que otorga la consulta, señalando con "X", según corresponda: MED = Médico, ENF = Enfermera y TAPS = Técnico en Atención Primaria a la Salud. |
| 8 | **No.** | Anote con números arábigos, en orden sucesivo, el número que corresponda a la consulta en el día que informa. Al usar la misma hoja para informar la consulta de varios días, sólo es necesario dejar un renglón en blanco e iniciar la numeración. |
| 9 | **NOMBRE Y/O EXPEDIENTE** | Anote el número del expediente clínico asignado al paciente o el nombre completo de éste, para el caso de pacientes con seguro popular, su número de afiliación. |
| 10 | **EDAD** | Registre con números arábigos, la edad cumplida del paciente. Para mayores de un mes anote en días, consignando a continuación la letra "D".Para niños mayores de un mes, pero menores de un año anote en meses consignando a continuación la letra "M". Para pacientes mayores de un año anote en años, consignando a continuación la letra "A". Cuando un paciente refiera que no recuerda la fecha de su nacimiento, debe indagar este dato y en caso de no conseguirlo, anotar la edad que estime que tiene el paciente. |
| 11 | **SEXO** | Anote el sexo del paciente según corresponda: F=Femenino, M=Masculino. |
| 12 | **PRIMERA VEZ** | Marque con una "X" esta columna cuando el motivo de la consulta sea nuevo. En el caso de que el paciente haya curado y solicite atención por haber presentado nuevamente el mismo u otro padecimiento, se considerará como consulta de Primera Vez.<br>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.<br>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.<br>Para efectos de planificación familiar se considera como consulta de primera vez, la atención otorgada a una persona que en la unidad médico no tiene registro previo de planificación familiar, independientemente de que la persona haya asistido a esa misma unidad por otros motivos; o la atención proporcionada a una persona cuyo registro señala baja o una cita **de planificación familiar no cumplida desde hace tres meses o más**. |

| | | |
|---|---|---|
| 13 | **SUBSECUENTE** | **Marque con "X" cuando elmotivo de la consulta sea seguimiento de una enfermedad o de un** estado fisiológico en control.<br>**Para efectos de planificación familiar se considera como consulta subsecuente si la persona ya tiene registro previo en la unidad médica como usuario de este programa (Tarjeta de control de usuario del programa de Planificación Familiar), independientemente del método anticonceptivo** que se trate. |
| 14 | **NUMERO DE ASISTENCIA EN EL AÑO** | Anote con números arábigos el número de veces que el paciente ha sido atendido en el servicio o módulo durante el año; use como apoyo el expediente clínico. |
| 15 | **REFERIDO** | Marque con "X" el espacio cuando el paciente sea canalizado a una unidad de mayor complejidad. |
| 16 | **CONTRARREFERIDO** | Marque con "X" este espacio cuando al paciente una vez tratado se envía a la unidad que lo refirió (de origen). Se considera unidad de origen aquella a la que debe estar adscrito el paciente por su domicilio habitual. |
| 17 | **DIAGNÓSTICO** | Anote con toda claridad el padecimiento o enfermedad que originó la consulta.<br>En caso de infecciones respiratorias agudas, especifique claramente el tipo de infección de que se trata (neumonía, amigdalitis, faringitis, etc.)<br>En el caso de enfermedades de transmisión sexual, anote claramente el nombre de ésta cuando el diagnóstico se haya confirmado.<br>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.<br>Anote claramente en este espacio, las personas que solicitaron tratamiento por picadura de alacrán.<br>Si la persona solicita tratamiento por contacto con algún animal con rabia, anótelo en este espacio. |
| 18 | **PROGRAMA** | Toda consulta otorgada debe ser registrada en un programa (rubros 1 al 5) éstos son excluyentes entre sí por lo que debe marcar con "X" sólo uno de ellos. Esto indica que si en la consulta se brinda atención por más de un padecimiento o **motivo, sólo se registra como programa aquél que** a juicio del otorgante es la que la generó.<br>**Para el registro del programa considere** lo siguiente: |
| 19 | **ENFE. TRANSMISIBLES** | **Referido a la atención de casos de cualquiera de** las enfermedades **consideradas como** transmisibles.<br>**Para los casos nuevos, llene además el reporte** epidemiológico correspondiente. |
| 20 | **ENF. CRÓNICO - DEGENERATIVAS** | Referido a la atención de casos de enfermedades crónico-degenerativas sujetas a programa; como son: diabetes mellitus, hipertensión arterial, cáncer cérvico uterino, cáncer de mama, etc. |
| 21 | **OTRAS ENFERMEDADES** | Referido a la atención de casos de otras enfermedades (excluyendo transmisibles y crónico – degenerativas). |
| 22 | **CONSULTA A SANOS** | Referido al caso en que el diagnóstico fue de sano. Especialmente a las consultas impartidas para el control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño, control del embarazo y del puerperio; apoyo para la expedición de tarjetas de salud y certificados escolares o de trabajo. |
| 23 | **PLANIFICACIÓN FAMILIAR** | Se refiere a la promoción o vigilancia de métodos para el control de la fecundidad. Registre este programa cuando esta actividad es la que motivó la demanda del servicio. En caso de que adicionalmente a la atención brindada se otorgue información o métodos de control de la fecundidad, anote el programa que corresponda al padecimiento tratado como principal y en el apartado PLANIFICACION FAMILIAR consigne lo correspondiente al método y a la característica de la atención. |
| 24 | **CONTROL PRENATAL TRIMESTRE GESTACIONAL** | Consulta otorgada a una embarazada. Cruce el número que corresponda al trimestre gestacional en el que se encuentre la embarazada en el momento de la consulta. En caso de presentar preeclampsia, eclampsia o hemorragia, anótelo en el diagnóstico. No omitir marcar las columnas 3 ó 4 de acuerdo al estado de salud de la embarazada. |

| | | |
|---|---|---|
| 25 | **ANÁLISIS CLINICOS** | Marque con "X" si la embarazada presenta los resultados de sus análisis de laboratorio. |
| 26 | **ALTO RIESGO** | **Marque además con "X" si la embarazada es de alto riesgo considerando los valores de la hoja** o instrumentos específicos para calificar el riesgo. |
| 27 | **CONSULTA A PUERPERA** | **Consulta otorgada para la vigilancia del puerperio, que se brinda durante las 6 semanas o 42 días que siguen al parto, en caso de presentar infección, anótelo en el diagnóstico. No omitir marcar las columnas 3 ó 4 de** acuerdo a su estado de salud. |
| 28 | **ESTADO DE NUTRICION. MENOR DE 5 AÑOS OBESIDAD/SOBREPESO NORMAL** | 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. |
| | **CON DESNUTRICIÓN LEVE CON DESNUTRICIÓN MODERADA** | En la primera consulta, incorpórelo a la vigilancia nutricional llenando la tarjeta de control y realice seguimiento en las consultas subsecuentes con la periodicidad establecida en la Norma Oficial Mexicana respectiva. |
| | **CON DESNUTRICIÓN GRAVE** | Cruce el número que corresponda a estado nutricional del niño (columnas 12 a la 16), considerando el resultado de la gráfica de peso para la edad, según el sexo. |
| 29 | **IRA.MENOR DE 5 AÑOS. TRATAMIENTO** | Considere en este rubro a los pacientes menores de 5 años que presentan todo tipo de infecciones respiratorias agudas. Marque con "X" la columna correspondiente al tipo de tratamiento prescrito al paciente. |
| | **SOLO SINTOMATICO** | Caso atendido sin prescripción de uso de antimicrobianos. |
| | **CON ANTIBIOTICO** | Caso en el que se prescribió el uso de antimicrobianos. |
| 30 | **HIDRATACIÓN ORAL** | Se refiere a la identificación de casos de diarrea y al reparto de sobres de hidratación oral para prevenir o promover la recuperación de los niños deshidratados. |
| 31 | **DIARREA AGUDA. MENOR DE 5 AÑOS** | Considera a todos los pacientes menores de 5 años, atendidos por diarrea, enfermedad diarreica, síndrome diarreico, infección intestinal, gastroenteritis aguda o cualquier padecimiento en el que se observe la presencia de heces líquidas, o acuosas, en número mayor de 3 en 24 horas. Anote el número de sobres entregados en la columna que corresponda al Plan de tratamiento. En caso de que no se proporcione sobre; registre cero (0). |
| 32 | **NUMERO DE SOBRES PLAN A** | **Tratamiento preventivo de la deshidratación en el cual se prescribe la solución oral en pacientes sin** deshidratación. |
| | **PLAN B** | **Tratamiento curativo de la deshidratación, cuando se** prescribe la solución oral para recuperar al niño deshidratado. |
| | **PLAN C** | **Tratamiento curativo del choque (manejo del choque hipovolémico), para corregir la deshidratación grave** por vía intravenosa. |
| 33 | **RECUPERADOS** | Marque con "X" si el paciente fue recuperado de la deshidratación debida a enfermedad diarreica. |
| 34 | **SOBRES EN PROMOCION** | Anote el número de sobres distribuidos por cualquier otro motivo distinto a la atención de casos de diarrea en menores de 5 años. |
| 35 | **PLANIFICACION FAMILIAR** | Deben registrarse todas las consultas en que otorgue el servicio de Planificación Familiar, independientemente del motivo que haya generado dicha consulta. Esta sección está dividida en dos rubros: Método y Atención. |

| | | |
|---|---|---|
| 36 | METODO | Permite identificar el método anticonceptivo que usará la persona entre la consulta que se le está proporcionando y la siguiente consulta. Asimismo, permite llevar un control del consumo de anticonceptivos en la unidad médica. Registre en la columna correspondiente, la cantidad de anticonceptivos que otorgó al usuario durante la consulta, de acuerdo con lo siguiente: |
| 37 | ORAL | El número de ciclos prescritos. |
| 38 | INYECTABLE MENSUAL<br>INYECTABLE BIMENSUAL | El número de inyecciones proporcionadas según se trate de evitar el embarazo durante un lapso de uno o dos meses. |
| 39 | IMPLANTE SUBDERMICO | Anote 1 (uno), si durante la consulta realiza una inserción o reinserción de implante subdérmico. 0 (cero), si durante la consulta sólo revisa el implante subdérmico. |
| 40 | DIU | Anote 1 (uno), si durante la consulta se realiza una inserción o reinserción del dispositivo intrauterino. 0 (cero), si durante la consulta sólo revisa el dispositivo intrauterino. |
| 41 | QUIRURGICO | **Anote 1 (uno) si en la consulta realizó una vasectomía sin bisturí, y 0 (cero) si se trata de una** revisión posterior **a la intervención quirúrgica (OTB** o vasectomía). |
| 42 | PRESERVATIVO | **El número de condones proporcionados** (en unidades). |
| 43 | OTRO | El número según presentación. |
| 44 | NINGUNO | Marque con "X" cuando sólo se da información o cuando la persona no desea usar ningún método de apoyo antes de la intervención quirúrgica.<br>Observaciones:<br><br>- 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.<br><br>- 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 | ATENCION | Marque con "X" el tipo de atención que se le otorgó al usuario, de acuerdo con la siguiente clasificación: |
| 46 | PRIMERA VEZ | Atención otorgada a una persona que en la unidad médica no tiene registro previo de Planificación Familiar. Independientemente de que exista padecimiento de primera vez o subsecuente.<br><br>También se considera de primera vez, aquélla que se proporciona a una persona cuyo expediente o registro señala baja o una cita no cumplida de planificación familiar, por tres meses. |
| 47 | SUBSECUENTE | Atención otorgada a una persona que ya tiene registro previo de Planificación Familiar, independientemente del método anticonceptivo con que se controle. |
| 48 | DETECCIONES | Búsqueda intencionada de un padecimiento en personas aparentemente sanas a través de la toma de muestras, exámenes o signos que permitan su identificación temprana. Anote en la columna que corresponda al padecimiento buscado de acuerdo al resultado:<br><br>**P**= Positivo **N**= Negativo |
| 49 | DIABETES MELLITUS | **Debe realizar tamizaje una vez al año a los pacientes** de 20 años **y más que acudan a consulta, independientemente del motivo que la ocasionó,** |

| | | |
|---|---|---|
| | | **considere positiva si se obtiene una glucemia capilar casual mayor a 140mg/dl. El registro en este formato se realizará únicamente cuando no sea aplicado el** cuestionario de detección integrada. |
| 50 | **HIPERTENSIÓN ARTERIAL** | La detección debe realizarse una vez al año a los pacientes de 20 años y más que asistan a consulta, independientemente del motivo que la ocasionó, considere positiva si se identifica en la detección presencia de la presión arterial mayor a 140 mm Hg (sistólica) y/o 90mm Hg (diastólica) . El registro en este formato se realizará únicamente cuando no sea aplicado el cuestionario de detección integrada. |
| 51 | **OBESIDAD** | La detección debe realizarse una vez al año a los pacientes de 20 años y más que asistan a consulta, independientemente del motivo que la ocasionó, de acuerdo al índice de masa corporal (IMC) anote:<br>**N** (normal), si el valor es < 25; **S** (sobrepeso) 25.0 a 26.9 y **O** (obesidad) ≥ 27. |
| 52 | **AGUDEZA VISUAL** | La detección debe realizarse una vez al año a los pacientes de 20 años y más que asistan a consulta, independientemente del motivo que la ocasionó, marque con "X" esta columna en caso de haberse llevado a cabo esta actividad. |
| 53 | **OSTEOPOROSIS** | La detección debe realizarse una vez al año a los pacientes de 60 años y más que asistan a consulta, independientemente del motivo que la ocasionó, en base a cuestionario considere positiva o negativa la detección. |
| 54 | **TUBERCULOSIS** | Deberá practicarse baciloscopía a toda persona con tos y expectoración, o hemoptisis sin importar el tiempo de evolución y de acuerdo al resultado anote la letra correspondiente. |
| 55 | **SIFILIS** | Deberá practicarse PRR (Prueba Rápida de Reagina), en grupos de riesgo tales como: embarazadas, **prostitutas, homosexuales y para la expedición de certificados médicos, anote la letra que corresponda al** resultado. |
| 56 | **CONDONES PREVENCIÓN ITS** | **Anote el número de condones entregados a población** en riesgo, para prevenir las **infecciones de transmisión** sexual. |
| 57 | **MENOPAUSIA Y CLIMATERIO** | En caso de que la paciente de 40 o más años de edad que acude a consulta por cualquier motivo y presente signos o síntomas característicos de la menopausia y/o climaterio como son: bochornos, sudoración nocturna, angustia o ansiedad, irritabilidad, trastornos del sueño, resequedad o comezón en la vagina, depresión o tristeza, desinterés por la actividad sexual, irregularidad en la menstruación o ausencia de la misma, marque con "X" esta columna; si el motivo de la consulta es la menopausia y/o climaterio, márquelo también. |
| 58 | **DERECHOHABIENTE IMSS, ISSSTE SEGURO POPULAR OTRAS** | Este espacio está destinado a cuantificar las consultas otorgadas a personas que tienen derecho a servicios médicos en la seguridad social; marque con "X" la columna de la institución de la cual sea derechohabiente el consultante. En el concepto "Otras" no incluya a los pacientes de población abierta. |
| 59 | **PROESA** | Registre este componente, marcando con "X" el espacio correspondiente, cuando la atención a la persona contempla orientación sobre el componente, historia clínica, pruebas de capacidad física, determinación del índice de masa corporal (IMC), programa personalizado de actividad física y entrega de guía de ejercicio. |

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

## Historia Clínica General

| | |
|---|---|
| *UNIDAD MEDICA* | *EXPEDIENTE* |

| | | |
|---|---|---|
| FECHA DE ELABORACION | HORA DE ELABORACION | TIPO DE INTERROGATORIO: ☐ DIRECTO ☐ INDIRECTO |

### I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

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

*DOMICILIO*

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

*PARENTESCO CON EL PACIENTE*

### II. ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

### III. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

### IV. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

### V. ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

### VI. PADECIMIENTO ACTUAL

### VII. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

**CARDIOVASCULAR:**

**RESPIRATORIO:**

**GASTROINTESTINAL:**

**GENITOURINARIO:**

**HEMATICO Y LINFATICO:**

**ENDOCRINO:**

217B21302-005-04

**VII. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS**

NERVIOSO:

MUSCULOESQUELETICO:

PIEL, MUCOSAS Y ANEXOS:

**VIII. SIGNOS VITALES**

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

**IX. EXPLORACIÓN FÍSICA**

HABITUS EXTERIOR:

CABEZA:

CUELLO:

TORAX:

ABDOMEN:

GENITALES:

EXTREMIDADES:

PIEL:

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

**XI. TERAPEUTICA EMPLEADA Y RESULTADOS:**

**XII. DIAGNOSTICOS Y PROBLEMAS CLINICOS:**

**XIII. PRONOSTICO:**

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO

217B21302-005-04

## HISTORIA CLINICA GENERAL

El formato **"Historia Clínica General"** (217B21302-005-04) será utilizado por los diferentes Hospitales Generales del Instituto; para registrar los antecedentes médicos del paciente; síntomas, signos vitales, auxiliares de diagnóstico, diagnóstico y terapéutico del padecimiento o enfermedad, llenando para ello dicho formato de acuerdo al siguiente instructivo.

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

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

# Notas de Evolución

HOJA No.

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

| FECHA Y HORA | NOTAS DE EVOLUCION |
|---|---|
| | |

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

217B21302-001-04

| FECHA Y HORA | NOTAS DE EVOLUCIÓN |
|---|---|
| | |

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

217B21302-001-04

**NOTA DE EVOLUCION**

El formato **"Nota de Evolución"** (217B21302-001-04) será utilizado por los diferentes servicios de los Hospitales Generales del Instituto; para describir el estado de salud del paciente y cómo ha evolucionado a los tratamientos suministrados, llenando para ello dicho formato de acuerdo al siguiente instructivo.

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

| No. | CONCEPTO | DESCRIPCION |
|---|---|---|
| 1 | **HOJA No.** | Anotar el número de la foja. |
| 2 | **UNIDAD MEDICA** | Nombre completo de la Unidad Médica donde se requisita la nota de evolución. |
| 3 | **EXPEDIENTE** | Número del expediente del paciente. |
| 4 | **1ª VEZ** | Se marcará con una "X" el recuadro de Primera Vez cuando el motivo de la consulta sea nuevo. |
| 5 | **NOMBRE DEL PACIENTE** | Nombre completo del paciente en el siguiente orden: Apellido Paterno, Apellido Materno y Nombre(s). |
| 6 | **EDAD** | Edad del paciente. |
| 7 | **GENERO** | Refiere el género del usuario, colocando una x en el cuadro que corresponda. |
| 8 | **FECHA Y HORA** | Fecha y hora en la que se realiza el registro de la Nota de Evolución. |
| 9 | **NOTAS DE EVOLUCION** | Se describe el estado de salud del paciente y cómo ha evolucionado a los tratamientos suministrados. |
| 10 | **NOTA** | Todas las notas médicas deberán estar firmadas por el médico adscrito del servicio. |

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

ISEM

## Hoja para Admisión Hospitalaria

| | | |
|---|---|---|
| ***UNIDAD MEDICA*** | | ***FOLIO*** |
| **NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S))** | ***GENERO*** ☐ MASC ☐ FEM | **No. DE EXPEDIENTE** |
| **DIAGNOSTICO** | | |
| **NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO** | | **FIRMA DELMEDICO** |

EL PACIENTE DEBERA PRESENTARSE EN EL SERVICIO DE ADMISION HOSPITALARIA, EL DIA _____

A LAS _____ HRS., PARA INTERNARSE EN EL SERVICIO DE _____

217B50402-058-05

## HOJA PARA ADMISION HOSPITALARIA

El formato **"Hoja para Admisión Hospitalaria"** (217B50402-058-05) será utilizado por los diferentes servicios de los Hospitales Generales del Instituto; para registrar el ingreso hospitalario de los pacientes, llenando para ello dicho formato de acuerdo al siguiente instructivo.

| No. | CONCEPTO | DESCRIPCION |
|---|---|---|
| 1 | **UNIDAD MEDICA** | Nombre completo de la Unidad Médica donde se requisita la Hoja de Admisión Hospitalaria. |
| 2 | **FOLIO** | Se asigna un número de folio a cada formato. |
| 3 | **NOMBRE DEL PACIENTE** | Nombre completo del paciente en el siguiente orden: Apellido Paterno, Apellido Materno y Nombre (s). |
| 4 | **GENERO** | Se marca con una x el recuadro que corresponda al género del paciente. |
| 4 | **NO. DE EXPEDIENTE** | Número del expediente del paciente. |
| 5 | **DIAGNOSTICO** | Se especifica el padecimiento por el cual será ingresado el paciente. |
| 6 | **NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO** | Se anota el nombre completo del médico que autoriza el ingreso del paciente. |
| 7 | **FIRMA DEL MEDICO** | Firma del médico que autoriza el ingreso del paciente. |
| 8 | **EL DIA** | Se anota el día en que ingresará el paciente a hospitalización. |
| 9 | **A LAS** | Se anota la hora en la que ingresará el paciente a hospitalización. |
| 10 | **PARA INTERNARSE EN EL SERVICIO DE** | Se especifica el servicio en el que va a ser hospitalizado el paciente. |

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

ISEM

## Solicitud-Recepción de Interconsulta Médica

| | | |
|---|---|---|
| *UNIDAD MEDICA* | *FECHA DE SOLICITUD* | HORA |
| *NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S))* | *EXPEDIENTE* | CAMA |

| | |
|---|---|
| SERVICIO QUE SOLICITA LA INTERCONSULTA | NOMBRE DEL MEDICO SOLICITANTE |
| MOTIVO DE LA INTERCONSULTA | |
| SERVICIO AL QUE SE LE SOLICTA LA INTERCONSULTA | NOMBRE DEL MEDICO QUE RECIBE LA SOLICITUD |

| | |
|---|---|
| FECHA DE RECIBIDO | HORA |

SOLICITO
(NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO)

RECIBIO
(NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO)

217B21302-004-04

## SOLICITUD-RECEPCION DE INTERCONSULTA MEDICA

El formato **"Solicitud-Recepción de Interconsulta Médica"** (217B21302-004-04) será utilizado por los diferentes servicios de los Hospitales Generales del Instituto; para solicitar los servicios de consulta de otras especialidades médicas, que requiera el paciente por el medico tratante en dicho servicio, llenando para ello dicho formato de acuerdo al siguiente instructivo.

| No. | CONCEPTO | DESCRIPCION |
|---|---|---|
| 1 | **UNIDAD MEDICA** | Anotar el nombre de la unidad médica que genera la solicitud de interconsulta. |
| 2 | **FECHA SOLICITUD** | Día, mes y año en que se elabora la solicitud. |
| 3 | **HORA** | Precisar la hora en que se elabora la solicitud. |
| 4 | **NOMBRE DEL PACIENTE** | Apellidos y nombre completo del usuario. |
| 5 | **EXPEDIENTE** | Anotar el número de expediente del paciente. |
| 6 | **CAMA** | Número de cama que ocupa el paciente. |
| 7 | **SERVICIO QUE SOLICITA LA INTERCONSULTA** | Nombre del servicio que solicita la interconsulta. |
| 8 | **NOMBRE DEL MEDICO SOLICITANTE** | Anotar el nombre del médico que solicita el servicio de interconsulta. |
| 9 | **MOTIVO DE LA INTERCONSULTA** | Anotar el motivo de la interconsulta. |
| 10 | **SERVICIO AL QUE SE LE SOLICITA LA INTERCONSULTA** | Precisar el nombre del servicio del que se solicita la interconsulta. |
| 11 | **NOMBRE DEL MEDICO QUE RECIBE LA SOLICITUD** | Nombre del médico que recibe la solicitud. |
| 12 | **FECHA DE RECIBIDO** | Día, mes y año en que el médico interconsultado se recibe la solicitud. |
| 13 | **HORA** | Hora en que se recibe la solicitud. |
| 14 | **SOLICITO (NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO)** | Nombre y firma del médico solicitante. |
| 15 | **RECIBIO (NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO)** | Nombre y firma del médico que recibe la solicitud. |

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

# Solicitud de Laboratorio

| | | | |
|---|---|---|---|
| *UNIDAD MÉDICA* | | | *EXPEDIENTE* |
| NOMBRE DEL PACIENTE | | EDAD | GENERO MASC ☐ FEM ☐ |
| FECHA DE SOLICITUD | FECHA DE ENTREGA DE RESULTADOS | HOSPITALIZACION ☐ | CONSULTA EXTERNA ☐ / URGENCIAS ☐ |
| MEDICO | SERVICIO | | CAMA |

☐ HEMATOLOGIA - INMUNOLOGIA

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

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

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

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

☐ QUIMICA SANGUÍNEA

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

19301 Glucosa postprandial ____ mg/dl
1 hora ____ 2 horas ____ mg/dl
19308 Bilirrubina total ____ mg/dl
Dir ____ Indir ____ U/l
19403 Fosfata alcalina ____ U/l
19404 Fosfata ácida ____ U/l
19405 Fracción Prostática ____ U/l
19401 T.G.O. (AST) ____ U/l
19402 T.G.P. (ALT) ____ U/l
19408 Amilasa ____ U/l
19409 Lipasa ____ U/l
19406 LDH ____

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

☐ 20201 EXAMEN GENERAL DE ORINA

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

☐ BACTERIOLOGÍA – PARASITOLOGÍA

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

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

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

RESULTADOS
Microorganismo aislado
____
____
____

☐ PRUEBA DE SENSIBILIDAD

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

ELABORO

____
Nombre y Firma

217B21302-042-04

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

| DETERMINACION | HOMBRE | MUJER | NEONATOS | NIÑOS (<1 AÑO) | NIÑOS (>1 AÑO) |
|---|---|---|---|---|---|
| Hemoglobina (g/dl) | 15 - 18 | 13.5 - 17 | 12.8 - 18 | 10.7 - 13 | 13 - 15 |
| Hematocrito (%) | 45 - 47 | 40 - 52 | 40 - 62 | 33 - 39 | 38 - 45 |
| Leucocitos (miles/mm3) | 4 11 | 4 11 | 9 30 | 6 18 | 4.5 – 14.5 |
| Neutrofilos (%) | 40 - 70 | 40 - 70 | 52 | 28 | 51 |
| Linfocitos (%) | 20 - 45 | 20 - 45 | 30 | 60 | 38 |
| Monocitos (%) | 2 10 | 2 10 | 5 18 | 4 8 | 3 4 |
| Eosinofilos (%) | 1 3 | 1 3 | 0 2 | 0 3 | 0 3 |
| Basofilos (%) | 0 1 | 0 1 | 0 1 | 0 1 | 0 1 |
| En Banda (%) | 0 5 | 0 5 | 0 9 | 0 3 | 0 3 |

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

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

**QUÍMICA SANGUINEA**

| | | |
|---|---|---|
| Glucosa | 65 - 110 | mg/dl |
| Urea | 15 - 39 | mg/dl |
| Creatinina | 0.7 - 1.4 | mg/dl |
| Ac. Urico | 2.6 - 7.2 | mg/dl |
| Colesterol | 140 - 220 | mg/dl |
| Triglicéridos | 35 - 120 | mg/dl |
| Proteínas Totales | 6.0 - 6.8 | g/dl |
| Albumina | 3.5 - 5-5 | g/dl |
| Globulina | 3.0 - 4.8 | g/dl |

| | | |
|---|---|---|
| Glucosa | 120 menor 140 | mg/dl/min |
| Glucosa | 60 menor 140 | mg/dl/min |
| B. Directa | 0.0 - 0.2 | mg/dl |
| B. Indirecta | Hasta 1.0 | mg/dl |
| B. Total | 0 -2 - 1.0 | mg/dl |
| Fosf. Alcalina | 0 - 138 | U/L |
| Fost. Acida | 0 - 9.0 | U/L |
| Fracc. Prost. | 0 -3 | U/L |
| A.S.T. (TGO) | 8 - 31 | U/L |
| A.L.T. (TGP) | 4 - 36 | U/L |
| Amilasa | 18 - 87 | U/L |
| Lipasa | 7 - 59 | U/L |
| L.T.H. | 89 - 221 | U/L |

| | | |
|---|---|---|
| H.D.L. Colesterol mayor de | 30 | mg/dl |
| L.D.L. Colesterol menor de | 150 | mg/dl |
| C.K.M.B. | 0 - 22 | U/L |
| C.K | 20 - 184 | U/L |
| Calcio | 8.4 - 10.2 | mg/dl |
| Fósforo Inorgánico | 2.5 - 4.8 | meq/L |
| Magnesio | 1.6 - 2.6 | meq/L |
| Sodio Serico | 135 - 145 | meq/L |
| Sodio Urinario | 80 - 100 | meq/L |
| Potasio Urinario | 40 - 80 | meq/L |
| Potacio Serico | 3.5 - 4.5 | meq/L |
| Cloruros | 98 - 109 | meq/L |
| Dep. de Creatinina | 70 –110 | meq/L meq/L |

**EXAMEN GENERAL DE ORINA**
**EXAMEN FISICO**

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

**EXAMEN QUIMICO**

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

**EXAMEN MICROSCOPICO (SEDIMENTO)**

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

## SOLICITUD DE LABORATORIO

El formato **"Solicitud de Laboratorio"** (217B21302-042-04) será llenado por el médico tratante en determinado servicio en el que se requiere estudios de laboratorio para determinado paciente a fin de estar en posición de determinar el padecimiento

| No. | CONCEPTO | DESCRIPCION |
|---|---|---|
| 1 | **UNIDAD MEDICA** | 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 | **GENERO** | Marcar con una "X" el cuadro que corresponda al sexo de la persona. |
| 6 | **FECHA DE SOLICITUD** | Indicar los dos dígitos correspondientes al día, mes y año en que se expide la solicitud. |
| 7 | **FECHA DE ENTREGA DE RESULTADOS** | Anotar los dos dígitos respectivos al día, mes y año en que el laboratorio entregará los resultados de los estudios a efectuar al paciente. |
| 8 | **HOSPITALIZACION** | Marcar con una "X" el cuadro de hospitalización, si es el caso de que los resultados se hayan de turnar a dicha área, aunque los requiera diferente servicio. |
| 9 | **CONSULTA EXTERNA** | Marcar con una "X" el cuadro de consulta externa, si es el caso de que este estudio vaya a ser requerido para consulta externa. |
| 10 | **URGENCIAS** | Marcar con una "X" el recuadro de urgencias cuando este servicio solicita examen de laboratorio. |
| 11 | **MEDICO** | Registrar el nombre completo del médico que esta a cargo de la atención del paciente y solicita los estudios de laboratorio. |
| 12 | **SERVICIO** | Anotar el nombre del servició al cual pertenece el médico que esta requiriendo los estudios de laboratorio. |
| 13 | **CAMA** | Señalar el numero de la cama en la que se encuentra hospitalizado el paciente del que se requieren los estudios. |

**EXAMENES SOLICITADOS**

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

- ☐ HEMATOLOGIA- INMUNOLOGIA
- ☐ QUIMICA SANGUINEA
- ☐ EXAMEN GENERAL DE ORINA
- ☐ BACTERIOLOGIA-PARASITOLOGIA
- ☐ PRUEBA DE SENSIBILIDAD

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

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

## Solicitud de Estudio de Gabinete

| UNIDAD MEDICA | FECHA | HORA | EXPEDIENTE |
|---|---|---|---|
| | | | |

| DE: | SERVICIO | CAMA | PACIENTE: |
|---|---|---|---|
| ☐ CONSULTA EXTERNA ☐ URGENCIAS ☐ HOSPITALIZACION | | | 1ra vez SUBSECUENTE |

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

DATOS CLINICOS

DIAGNOSTICO

ESTUDIO SOLICITADO

| FECHA DE LA PROXIMA CONSULTA | NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO SOLICITANTE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| | | |

## Interpretación del Estudio de Gabinete

| PLACA UTILIZADA | CLAVE |
|---|---|
| ☐ 14X17 ☐ 14X14 ☐ 11X14 ☐ 10X12 ☐ 8X10 ☐ MASTOGRAFIA ☐ ULTRASONIDO TOMOGRAFIA | |

INTERPRETACION

| FECHA DE INTERPRETACION | NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| | | |

217B21302-015-04

## SOLICITUD DE ESTUDIO DE GABINETE

El formato **"Solicitud de Estudio de Gabinete"** (217B21302-015-04) en este formato el médico tratante ha de solicitar al área de rayos "X" la toma de radiografías, mastografía, ultrasonido y tomografías, que considera necesario dado el padecimiento que presenta el paciente, registrando la fecha de la próxima consulta, para que el área que atiende la solicitud proporcione el resultado de los estudios en fecha previa y el medico tratante este en posibilidades de confirmar o descartar el diagnóstico.

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

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

## Receta Médica

| | | |
|---|---|---|
| UNIDAD MEDICA | | FOLIO |
| *LOCALIDAD* | No. DE LICENCIA SANITARIA DE LA UNIDAD | FECHA |
| NOMBRE DEL MEDICO | | CEDULA PROFESIONAL No. |

INSTITUCIÓN QUE OTORGA ELTITULO AL MEDICO

NOMBRE DELPACIENTE

| NOMBRE GENERICO DEL MEDICAMENTO Y CANTIDAD | CLAVE | No. |
|---|---|---|
| 1.- | | |
| DOSIFICACIÓN | | |
| 2.- | | |
| DOSIFICACIÓN | | |
| 3.- | | |
| DOSIFICACIÓN | | |

FIRMA DEL MEDICO

ESTE RECETARIO NO ES AUTORIZADO PARA PRESCRIPCIÓN DE ESTUPEFACIENTES

217B50401-006-04

### RECETA MEDICA

El formato **"Receta Médica"** (217B50401-006-04) es elaborado por el médico tratante en cualquier servicio, una vez que haya determinado tratamiento a seguir por el paciente, registrando el(los) medicamento(s) y la dosificación para suministrar el mismo, independientemente de que en forma verbal lo haga del conocimiento del paciente, del familiar o conocido del mismo.

| No. | CONCEPTO | DESCRIPCION |
|---|---|---|
| 1 | UNIDAD MEDICA | Anotar el nombre completo de la unidad médica que expide la receta médica. |
| 2 | FOLIO | Registrar el número de folio. |
| 3 | LOCALIDAD | Anotar el nombre de la localidad donde se encuentra la unidad médica en la que se expide la receta. |
| 4 | No. DE LICENCIA SANITARIA DE LA UNIDAD | Registrar el número de licencia sanitaria de la unidad médica en la que se expide la receta. |
| 5 | FECHA | Asentar el día, mes y año en que se expide la receta. |
| 6 | NOMBRE DEL MEDICO | Registrar el nombre completo del médico que expide la receta. |
| 7 | CEDULA PROFESIONAL | Anotar el número de la cédula profesional del médico que expide la receta. |
| 8 | INSTITUCION QUE OTORGA EL TITULO AL MEDICO | Anotar institución que otorga el título al médico que expide la receta. |
| 9 | NOMBRE DEL PACIENTE | Registrar el nombre completo del usuario a quien se expide la receta. |
| 10 | NOMBRE GENERICO DEL MEDICAMENTO Y CANTIDAD | Anotar el nombre del(los) medicamento(s) y la(s) dosis que requiere el usuario. |
| 11 | CLAVE | Anotar la clave respectiva del(los) medicamento(s). |
| 12 | No. | Asentar el número del(los) medicamento(s). |
| 13 | NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO | Anotar el nombre completo y firma del médico que expide la receta médica. |

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

Carnet de Citas

Unidad Médica

LOCALIDAD

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE(S)

| FECHA DE NACIMIENTO (DÍA, MES Y AÑO) | | | |
|---|---|---|---|

DIRECCIÓN

| NÚMERO DE EXPEDIENTE | CLASIFICACIÓN DE TRABAJO SOCIAL |
|---|---|

217B50402-059-05

| FECHA | HORA | SERVICIO | CLAVE DEL MÉDICO |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

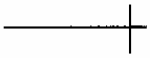
| FECHA | HORA | SERVICIO | CLAVE DEL MÉDICO |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

## CARNET DE CITAS

El formato **"Carnet de Citas"** (217B21301-003-04) será requisitado cuando el paciente solicite y acuda a sus citas a consulta, y será llenado de la siguiente manera:

| NÚMERO | CONCEPTO | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|
| 1 | **UNIDAD MEDICA** | Se anotará el nombre del Hospital General que otorga el servicio. |
| 2 | **LOCALIDAD** | Localidad donde se encuentra ubicado el Centro de Salud. |
| 3 | **APELLIDO PATERNO** | Se registra el apellido paterno del usuario. |
| 4 | **APELLIDO MATERNO** | Se registra el apellido materno del usuario. |
| 5 | **NOMBRE** | Se registra(n) el (los) nombre (s) del usuario. |
| 6 | **FECHA DE NACIMIENTO** | Fecha de nacimiento del paciente en el siguiente orden: día ,mes y año. |
| 7 | **DIRECCION** | Dirección completa del usuario (calle, número exterior e interior, colonia o barrio, código postal, municipio o localidad). |
| 8 | **NUMERO DE EXPEDIENTE** | Se anota el número de expediente del usuario. |
| 9 | **CLASIFICACION DE TRABAJO SOCIAL** | Se registra la clasificación que se da al usuario en el tabulador de cobro según los resultados del estudio socioeconómico. |
| 10 | **FECHA** | Se registra la fecha en la que el usuario debe asistir a su próxima cita. |
| 11 | **HORA** | Se registra la hora en la que el usuario debe asistir a su próxima cita. |
| 12 | **SERVICIO** | Se registra el nombre del servicio que recibirá el usuario en su próxima cita. |
| 13 | **CLAVE DEL MEDICO** | Se anota la clave del médico que va a atender al usuario en su próxima cita. |

## VII. SIMBOLOGIA

| SIMBOLO | DESCRIPCION |
|---|---|
| Inicio o Fin de Proceso | Se utiliza para indicar el inicio o el final de un proceso, anotando la palabra "INICIO" o FIN" según sea el caso. |
| Operación | Para representar una actividad o proceso, sea manual, mecanizado o mental, se utilizará este símbolo, el cual muestra las principales fases del procedimiento, empleándose cuando el material, formato o la propia acción va a cambiar, por ejemplo: enviar, anotar, tramitar, modificar, contestar, ejecutar, etc., se anotará dentro del símbolo un número secuencia, concatenándose con las verificaciones o actividades combinadas únicamente; del mismo modo se escribirá una breve descripción al margen del símbolo de lo que sucede en ese paso. |
| Línea Continua  | La línea continua marca el flujo de información, documentos o materiales que se están realizando en el área; su dirección se maneja a través de terminarla con una pequeña línea vertical; puede ser utilizada en la dirección que se requiera y para unir cualquier símbolo empleado. |
| Formato Impreso | Como su nombre lo indica, esta representación se aplica en formas impresas, documentos, reportes, listados, etc., y se anota después de cada operación, inspección o actividad combinada, indicando dentro del símbolo el nombre del formato; cuando se requiere indicar el número de copias de formatos utilizados o que existen en una operación, se escribirá la cantidad en la esquina inferior izquierda, en el caso de graficarse un original, se utilizará la letra "O". Cuando el número de copias es elevado, se interrumpe la secuencia, después de la primera se deja una sin numerar y la última contiene el número de copias, esta disposición se ejercerá cuando el juego de formatos siga un mismo flujo, ahora bien si se desconoce el número de copias, en el primer símbolo se anotara una "X" y en el último una "N". Finalmente para indicar que el formato se elabora en ese momento se marcara en el ángulo inferior derecho un triangulo lleno. |

| | |
|---|---|
| Formato no impreso | Este símbolo indica que el formato usado en el procedimiento es un modelo que no está impreso, se distingue del anterior, únicamente en la forma, las demás especificaciones para su uso son iguales, pudiendo ser un machote. |
| Decisión | Cuando se requiere preguntar si algo procede o no, identificando dos o más alternativas de solución. Se describirá brevemente en el centro del símbolo lo que va a suceder con un signo de interrogación. |
| Conecto de Hoja en un mismo Procedimiento | Se utiliza para evitar hojas de gran tamaño, muestra al finalizar la hoja hacia dónde va, y al principio de la siguiente hoja de dónde viene, dentro del símbolo se anota la letra A para el primer conector y se continuará con la secuencia de las letras. |
| Fuera de Flujo | Cuando debido al procedimiento, determinada actividad o participación ya no es requerida. Con este símbolo se finaliza su intervención en el proceso. |
| Interrupción del Proceso | Cuando el proceso requiere una espera necesaria e insoslayable. Cuando un documento se archiva temporalmente y se vuelve a utilizar después. Indica inactividad. |
| Actividad Combinada | Un mismo paso se realiza tanto para operación para verificación. |
| Anexo de Documentos | Indica que 2 o más documentos se anexan para concentrarse en un solo paquete, el cual permite identificar las copias o juegos de los documentos existentes e involucrados en el procedimiento. |
| Archivo Definitivo | Marca el fin de la participación de un documento o material en un procedimiento (puede utilizarse en otro proceso) |
| Archivo Temporal | Cuando un documento o material debe guardarse por un tiempo indefinido, para luego utilizarlo en otra actividad; significa espera y se aplica cuando el uso del documento o material se conecta con otra operación. |
| Destrucción de Documentos | Cuando ya no es necesaria su participación en el procedimiento de estudio. |
| Inspección | Indica inspección, verificación, revisión o cuando se examine una acción, forma o actividad. Para consultar o cotejar sin modificar las características de la acción o actividad. |
| Línea de Guiones | Identifica una consulta; para cotejar o conciliar información. Invariablemente debe salir de una inspección o actividad combinada; debe dirigirse a uno o varios formatos específicos, puede trazarse en el sentido que se necesite. |
| Línea de Comunicación | Indica que existe flujo de información, que se realiza por teléfono, fax, módem, etc. En cualquier dirección y con la línea vertical al final. |
| Paquete de materiales | Representa todo aquello que sea especie. |

## VIII. VALIDACION

DR. ENRIQUE GOMEZ BRAVO TOPETE
**SECRETARIO Y DIRECTOR GENERAL**
**(RUBRICA).**

LIC. HECTOR ALEJANDRO GUTIERREZ ORDAZ
**COORDINADOR DE ADMINISTRACION Y FINANZAS**
**(RUBRICA).**

M. EN C.B. ALBERTO E. HARDY PEREZ
**COORDINADOR DE SERVICIOS DE SALUD**
**(RUBRICA).**

L.A.E. MARTHA MEJIA MARQUEZ
**JEFA DE LA UNIDAD DE MODERNIZACION ADMINISTRATIVA**
**(RUBRICA).**

M. EN A.S.S. OLGA M. FLORES BRINGAS
**JEFA DE LA UNIDAD DE ENSEÑANZA, INVESTIGACION Y CALIDAD**
**(RUBRICA).**

DR. JORGE HUGO PAVON ROMERO
**SUBDIRECTOR DE ATENCION MEDICA**
**(RUBRICA).**

DR. L. ESTEBAN HOYO GARCIA DE ALVA
**DIRECTOR DE SERVICIOS DE SALUD**
**(RUBRICA).**

DR. RAUL CISNEROS BASURTO
**SUBDIRECTOR DE PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES**
**(RUBRICA).**

DR. VICTOR MANUEL TORRES MEZA
**SUBDIRECTOR DE EPIDEMIOLOGIA**
**(RUBRICA).**

DR. SERGIO EUDALDO RAMIREZ GUTIERREZ
**JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ATENCION MEDICA DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL**
**(RUBRICA).**

## IX. HOJA DE ACTUALIZACION

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 seción número 140, ordinaria aprobó el Manual de Procedimientos para la Consulta Externa de Especialidad

| FECHA DE ACUERDO | NUMERO DE ACUERDO |
|---|---|
| 11 DE OCTUBRE DE 2005 | ISE/140/006 |

Manual de Procedimientos para la Consulta Externa de Especialidad. Instituto de Salud del Estado de México. Toluca, México, septiembre de 2005.

## X. CREDITOS

© M. P. / 91

*Manual de Procedimientos para la Consulta Externa de Especialidad del Instituto de*

*Instituto de Salud del Estado de México*

Secretaría de Salud

***Instituto de Salud del Estado de México***

*Responsable de su elaboración:*

- *L.A.E. Martha Mejía Márquez*
- *Lic. Armando Santín Pérez*
- *Dr. Sergio Eudaldo Ramírez Gutiérrez*
- *Dr. Carlos Martínez Figueroa*

*Responsables de su integración:*

- *P.L.C.P. y A.P. Geovanna Paola Salazar Ortiz*
- *C. José Luis García Rodríguez*

*Toluca, México*
*Septiembre, 2005*