



# GACETA DEL GOBIERNO



ESTADO DE MÉXICO

Periódico Oficial del Gobierno del Estado Libre y Soberano de México

REGISTRO DGC NUM. 001 1021 CARACTERISTICAS 113282801

Directora: Lic. Graciela González Hernández

Mariano Matamoros Sur No. 308 C.P. 50130

Tomo CXCVIII

A:202/3/001/02

Número de ejemplares impresos: 300

Toluca de Lerdo, Méx., miércoles 22 de febrero de 2012

No. 35

## SUMARIO:

### SECRETARIA DE SALUD

PROCEDIMIENTO: "TRANSFUSION DE SANGRE Y SUS COMPONENTES EN UNIDADES MEDICAS DEL ISEM".

PROCEDIMIENTO: "OPERACION DEL SISTEMA DE INFORMACION EN SALUD DEL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MEXICO".

PROCEDIMIENTO: PRESTACION DEL SERVICIO DE IMAGENOLOGIA DEL CENTRO MEDICO "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS".

## "2012. Año del Bicentenario de El Ilustrador Nacional"

### SECCION TERCERA

## PODER EJECUTIVO DEL ESTADO

### SECRETARIA DE SALUD



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO



## PROCEDIMIENTO: "TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y SUS COMPONENTES EN UNIDADES MÉDICAS DEL I S E M".

NOVIEMBRE DE 2011

### SECRETARÍA DE SALUD INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO

© Derechos Reservados.

Primera edición, Noviembre de 2011.

Gobierno del Estado de México.

Secretaría de Salud.

Instituto de Salud del Estado de México.

Independencia Ote. 1009.

Coionia Reforma.

C.P. 50070.

Impreso y hecho en Toluca, México.

Printed and made in Toluca, México.

Correo electrónico: webmasterisem@salud.gob.mx

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

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

<b>PROCEDIMIENTO: “TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y SUS COMPONENTES EN UNIDADES MÉDICAS DEL I S E M”.</b>	Edición: Primera
	Fecha: Noviembre de 2011
	Código: 217B50002
	Página:

**ÍNDICE**

**PRESENTACIÓN..... III**

**APROBACIÓN ..... IV**

**OBJETIVO GENERAL ..... V**

**IDENTIFICACIÓN E INTERACCIÓN DE PROCESOS (Mapa de Procesos de Alto Nivel) ..... VI**

**RELACIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS..... VII**

**DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS ..... VIII**

I. Transfusión de Sangre y sus Componentes en Unidades Médicas del ISEM 217B50002/01

**SIMBOLOGÍA ..... IX**

**REGISTRO DE EDICIONES ..... XI**

**DISTRIBUCIÓN..... XII**

**VALIDACIÓN ..... XIII**

<b>PROCEDIMIENTO: “TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y SUS COMPONENTES EN UNIDADES MÉDICAS DEL I S E M”.</b>	Edición: Primera
	Fecha: Noviembre de 2011
	Código: 217B50002
	Página: III

**PRESENTACIÓN**

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

Por ello, en la Administración Pública del Estado de México, se impulsa la construcción de un gobierno eficiente y de resultados, cuya premisa fundamental es la generación de acuerdos y consensos para la solución de las demandas sociales.

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

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

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

El presente procedimiento administrativo documenta la acción organizada del Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea para dar cumplimiento al servicio de transfusión de sangre y sus componentes en unidades médicas del ISEM. La estructura organizativa, la división del trabajo, los mecanismos de coordinación y comunicación, las funciones y actividades encomendadas, el nivel de centralización o descentralización, los procesos clave de la organización y los resultados que se obtienen, son algunos de los aspectos que delinean la gestión administrativa de este Centro.

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

<b>PROCEDIMIENTO: “TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y SUS COMPONENTES EN UNIDADES MÉDICAS DEL I S E M”.</b>	Edición: Primera
	Fecha: Noviembre de 2011
	Código: 217B50002
	Página: IV

**APROBACIÓN**

Con fundamento en el artículo 293, fracción IV del Reglamento de Salud del Estado de México, el H. Consejo Interno del Instituto de Salud del Estado de México, en sesión ordinaria número 176, aprobó el presente Procedimiento: **“Transfusión de Sangre y sus Componentes en Unidades Médicas del ISEM”**, el cual contiene la información referente a consideraciones generales, mapa de procesos y procedimientos, así como políticas para dar cumplimiento en la materia de Salud Reproductiva.

<b>FECHA DE ACUERDO</b>	<b>NÚMERO DE ACUERDO</b>
19 de diciembre de 2011	ISE/176/009

**Lic. Leopoldo Morales Palomares**  
Director de Administración y  
Secretario Técnico del Consejo Interno del ISEM  
(Rúbrica).

**PROCEDIMIENTO: "TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y SUS COMPONENTES EN UNIDADES MÉDICAS DEL I S E M".**

Edición: Primera
Fecha: Noviembre de 2011
Código: 217B50002
Página: V

**OBJETIVO GENERAL**

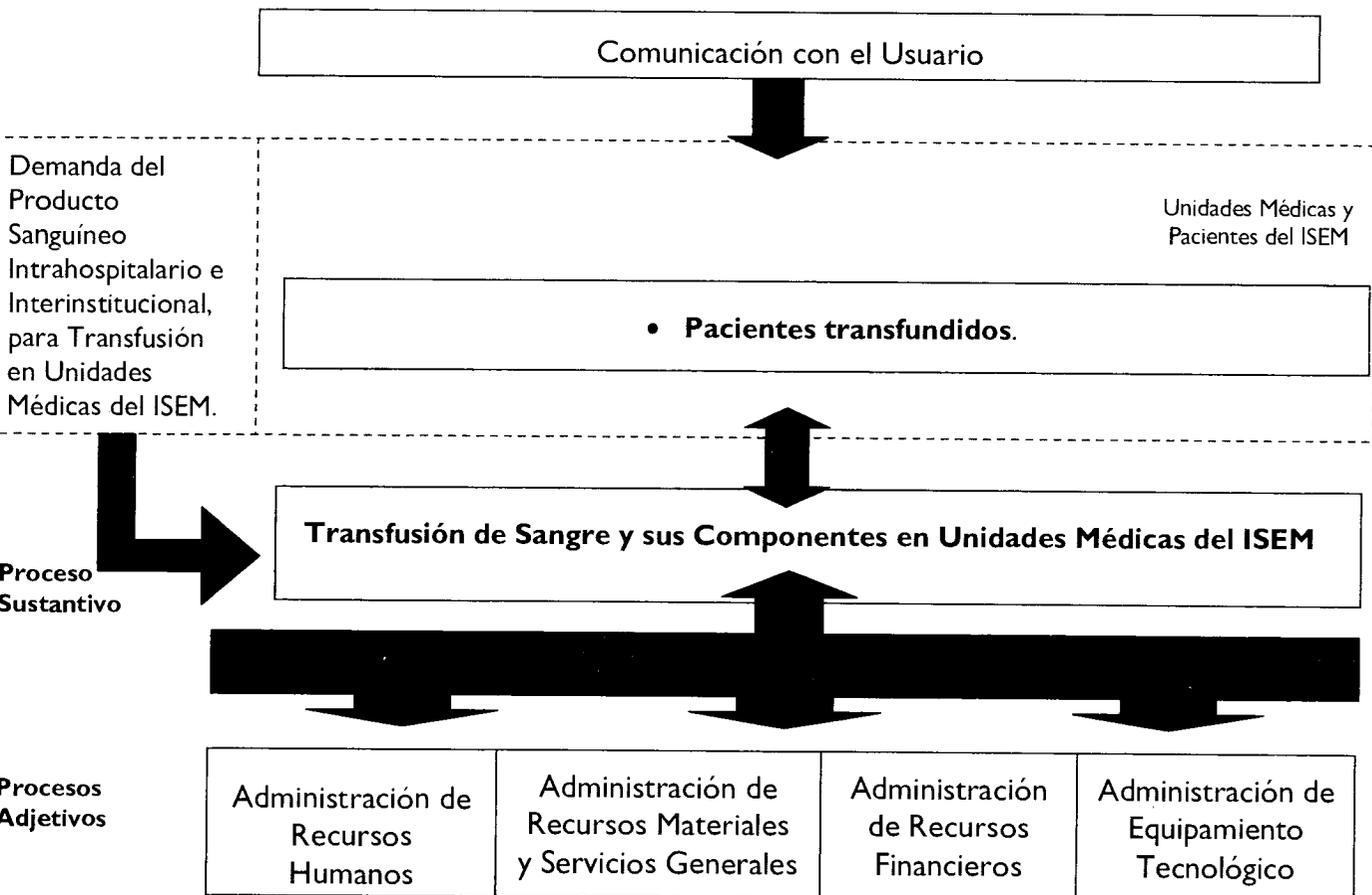
Mejorar la calidad, eficiencia y eficacia de los tramites y servicios de transfusión sanguínea que proporciona el Instituto de Salud del Estado de México, mediante la formalización y estandarización de los métodos y procedimientos de trabajo, así como el establecimiento de políticas que regulen, orienten y delimiten las actividades de los servidores públicos que los ejecutan.

**PROCEDIMIENTO: "TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y SUS COMPONENTES EN UNIDADES MÉDICAS DEL I S E M".**

Edición: Primera
Fecha: Noviembre de 2011
Código: 217B50002
Página: VI

**IDENTIFICACIÓN E INTERACCIÓN DE PROCESOS.**

(Mapa de Procesos de Alto Nivel)



<b>PROCEDIMIENTO: "TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y SUS COMPONENTES EN UNIDADES MÉDICAS DEL I S E M".</b>	Edición: Primera
	Fecha: Noviembre de 2011
	Código: 217B50002
	Página: VII

### RELACIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

**Proceso:**
**Transfusión de Sangre y sus Componentes en Unidades Médicas del ISEM.**

De la indicación terapéutica de componentes sanguíneos y pruebas de compatibilidad hasta la administración de la transfusión de sangre o hemoderivados.

**Procedimientos:**

- Transfusión de Sangre y sus Componentes en Unidades Médicas del ISEM.

<b>PROCEDIMIENTO: "TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y SUS COMPONENTES EN UNIDADES MÉDICAS DEL I S E M".</b>	Edición: Primera
	Fecha: Noviembre de 2011
	Código: 217B50002
	Página: VIII

### DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS

<b>PROCEDIMIENTO: "TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y SUS COMPONENTES EN UNIDADES MÉDICAS DEL I S E M".</b>	Edición: Primera
	Fecha: Noviembre de 2011
	Código: 217B50002/01
	Página:

**PROCEDIMIENTO 01:** Transfusión de Sangre y sus Componentes en Unidades Médicas del ISEM.

**OBJETIVO:**

Mejorar las condiciones de salud del paciente que se encuentre internado en las unidades médicas del ISEM y/o que requieran de sangre o alguno de sus componentes, mediante la transfusión correspondiente de la misma.

**ALCANCE:**

Aplica a los servidores públicos y personal que tengan a su cargo y responsabilidad el Servicio de Transfusión y del Banco de Sangre y/o Puesto de Sangrado en las Unidades Médicas del Instituto de Salud del Estado de México.

**REFERENCIAS:**

- **Ley General de Salud.** Título Décimo Cuarto, Capítulo I, Artículo 313, Inciso III; Artículo 314, Inciso IV y XIII; Artículo 315, Inciso IV; Artículo 316; Capítulo II, Artículo 321; Capítulo III, Artículo 341. Diario Oficial de la Federación, 27 de abril de 2010. Reformas y adiciones.
- **Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos.** Capítulo I, Artículos 5 y 6 Fracción XXIII; Capítulo III; Sección Primera, Artículos 17 y 18; Sección Segunda, Artículo 25, Fracciones I y V, Artículo 36, Incisos III y V, Artículo 37, 40, 54 y 55; Sección Cuarta; Capítulo VI, Artículos 89 y 90 Fracción III, Artículo 92, Fracción III, Artículo 93, Fracciones I, II y IV, Artículos 94, 95, 98, 100, Fracción XI, Artículo 102, Inciso A. Diario Oficial de la Federación, 20 de febrero de 1985. Reformas y adiciones.
- **Reglamento interno del Instituto de Salud del Estado de México.** Capítulo VI de las Direcciones y Subdirecciones, Fracción XIV; Artículo 15; Capítulo VII de las Unidades Desconcentradas, Artículo 23. Gaceta del Gobierno, 15 de abril de 2008.
- **Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993 "Para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con Fines Terapéuticos".** Apartado 4, Fracción 4.4, Apartado 17, Fracciones 17.1, 17.2, 17.4, 17.5, 17.6, 17.7, 17.8, Inciso a y b, 17.9, Inciso a y b, 17.10, 17.11, 17.14, 17.15, Inciso b y c, C.11 y C.12. Diario Oficial de la Federación, 18 julio de 1994. Reformas y adiciones.
- **Guía para el Uso Clínico de la Sangre.** Secretaría de Salud, Asociación Mexicana de Medicina Transfusional A.C. y Agrupación Mexicana para el Estudio de la Hematología A.C. Tercera Edición, enero de 2007.
- **Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México.** Apartado VII Objeto y Funciones por Unidad Administrativa, 217B50002 Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea. Gaceta del Gobierno, 20 de julio de 2011.

**RESPONSABILIDADES:**

**El Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea** es la unidad administrativa responsable de coordinar, vigilar y controlar el cumplimiento de la promoción, captación, análisis, preparación, conservación y suministro de sangre humana, sus componentes y células progenitoras hematopoyéticas con fines terapéuticos en el sector salud de la entidad, de acuerdo a la normatividad vigente en la materia.

**El Médico Tratante del Servicio de Hospitalización deberá:**

- Elaborar y enviar al responsable del Servicio de Transfusión de la Unidad Médica la Solicitud Intrahospitalaria de Componentes Sanguíneos, de acuerdo al diagnóstico y terapéutica del paciente.
- Acudir al lugar donde se encuentra el paciente a tomar muestra sanguínea, preparar al paciente, señalar que la aguja es estéril y sellada, realizar la asepsia del brazo, iniciar punción, depositar la sangre en un primer tubo con anticoagulante EDTA y otra muestra en un segundo tubo seco.
- Enviar las muestras debidamente etiquetadas al Responsable del Banco de Sangre Intramuros, junto con la Solicitud Intrahospitalaria de Componentes Sanguíneos.
- Llevar las muestras debidamente etiquetadas con el nombre del paciente y entregarlas al Responsable del Servicio de Transfusión junto con la Solicitud Intrahospitalaria de Componentes Sanguíneos, solicitando las unidades de sangre de acuerdo a las especificaciones requeridas.
- Atender indicaciones del Servicio de Transfusión sanguínea y registrar en el Expediente Clínico la alternativa de tratamiento a seguir.
- Asumir la responsabilidad del tratamiento terapéutico sugerido y esperar la entreguen de las unidades de sangre solicitadas.
- Recibir las unidades de sangre solicitadas, acudir con el paciente e iniciar la transfusión sanguínea, previa verificación de identidad y solicitar a la enfermera del servicio de hospitalización vigile al paciente.
- Valorar al paciente después de la transfusión, revisar el expediente clínico y determinar:

**Si el grado de la Reacción adversa es I o II:**

- Prescribir medicamento e iniciar tratamiento médico, a fin de corregir la o las reacciones.
- Suspender la transfusión y valorar la necesidad de nuevas transfusiones, según la terapéutica que vaya presentando el paciente.

**Si el grado de la Reacción adversa es III o IV:**

- Solicitar a la enfermera realice toma de nuevas muestras sanguíneas.
- Recibir los resultados de las pruebas de compatibilidad y determinar si continua con el tratamiento:
  - En caso de no continuar con el tratamiento de transfusión, realizar notas médicas en el expediente clínico del paciente y seguirlo valorando hasta darlo de alta.
  - En caso de sí continuar con el tratamiento de transfusión, realizar notas médicas en el expediente clínico del paciente e indicar a la enfermera que continúa el tratamiento.

**El Responsable del Servicio de Transfusión de la Unidad Médica deberá:**

- Recibir la Solicitud Intrahospitalaria de Componentes Sanguíneos y muestras de sangre y revisar que esté requisitada conforme a la normatividad establecida en la materia.
- Indicar al médico tratante, de acuerdo al diagnóstico clínico del paciente, cuando la necesidad de sangre no se justifica y solicitarle registre en el expediente clínico la alternativa de tratamiento a seguir.
- Llevar a cabo el tratamiento alternativo propuesto por el Médico Tratante y enviar al paciente al área de hospitalización junto con su expediente clínico.
- Informar verbalmente al médico tratante que el procedimiento terapéutico es bajo su responsabilidad, y enviar la Solicitud Intrahospitalaria de Componentes Sanguíneos y muestras de sangre al responsable del banco de sangre intramuros.
- Enviar las muestras de sangre junto con la solicitud Intrahospitalaria de Componentes Sanguíneos al responsable del Banco de Sangre Intramuros.
- Realizar valoración al paciente transfundido y requisitar el formato "Reporte de Reacciones Transfusionales" en original y dos copias, turnar el original al Banco de Sangre Intramuros, primera copia al servicio médico que realizó la transfusión y la segunda copia integrarla al expediente clínico.
- Recibir del responsable del Banco de Sangre Intramuros / Extramuros nota médica en el formato "Reporte de Reacciones Transfusionales", anexar al expediente clínico del paciente e informa al médico tratante

**El Responsable del Banco de Sangre Intramuros deberá:**

- Recibir las muestras de sangre junto con el formato Solicitud Intrahospitalaria de Componentes Sanguíneos y verificar existencias.

- Indicar al médico tratante del servicio de hospitalización el tiempo en que tendrá disponibles los componentes sanguíneos solicitados y realizar las pruebas de compatibilidad con las muestras de sangre.
- Seleccionar y etiquetar la unidad sanguínea a transfundir con el formato "Pruebas Cruzadas Compatibles".
- Entregar las unidades sanguíneas al Responsable del Servicio de Transfusión o, en su caso, al médico tratante (cuando la unidad cuenta con Banco de Sangre) y solicitar firme de recibido en la solicitud Intrahospitalaria de Componentes Sanguíneos.
- Registrar toda salida de unidades de sangre en el "Libro de Ingresos y Egresos del Banco de Sangre" como control interno.
- Informar al responsable del servicio de transfusión sanguínea o médico tratante, cuando no cuente con el tipo de unidades solicitadas y pedir registre en el Expediente Clínico el tratamiento alternativo a seguir.
- Solicitar telefónicamente a otro Banco de la Red Estatal de Bancos de Sangre el componente sanguíneo requerido.
- Esperar la notificación de la obtención de unidades en otro banco de sangre.
- Resguardar la solicitud y las muestras en espera de los componentes sanguíneos solicitados, para realizar las pruebas de compatibilidad respectivos.
- Enviar al responsable del Banco de Sangre extramuros el formato Solicitud de Intercambio Interinstitucional de Sangre y sus Componentes, en original y copia, debidamente requisitado, junto con el termo adecuado con anticoagulantes, papel aislante, termómetro y muestras de sangre dentro del mismo para pruebas de compatibilidad.
- Recibir original y copia del formato "Egreso de Sangre Total y sus Componentes por Intercambio Interinstitucional", el termo con las unidades de sangre solicitadas y etiquetadas, firmar acuse de recibo en la copia del formato y devolver al Banco de Sangre Extramuros, cotejar los datos de las unidades de sangre con el formato recibido.
- Si las unidades de sangre no son correctas, informar vía telefónica al responsable del Banco de Sangre Extramuros y devolver las unidades de sangre inmediatamente junto con el formato de "Egreso de Sangre Total y sus Componentes por Intercambio Interinstitucional", para su corrección.
- Si las unidades de sangre son correctas, registrar la(s) unidad(es) de sangre en el "Libro Ingresos y Egresos de Sangre del Banco de Sangre", informar y entregarlas al médico tratante.
- Archivar el formato "Egreso de Sangre Total y sus Componentes por Intercambio Interinstitucional", para control interno.
- Recibir original del "Reporte de Reacciones Transfusionales", tubos muestra y sobrante de la unidad transfundida para realizar nuevas pruebas de compatibilidad y dar destino final a los tubos piloto.
- Elaborar nota médica en el formato de "Reporte de Reacciones Transfusionales" y turnarlo al servicio de transfusión para su conocimiento e incorporación al expediente clínico.

#### **La Enfermera del Servicio de Hospitalización deberá:**

- Brindar atención al paciente transfundido y registrar las reacciones que presente en el formato "Hoja para Registro de Transfusiones en el Expediente Clínico" e integrarlo al expediente clínico.
- Suspender la transfusión sanguínea cuando el paciente presente reacciones transfusionales y dar aviso en forma verbal al responsable del servicio de transfusión, al médico tratante y/o al Banco de Sangre.
  - Realizar toma de muestras sanguíneas en:
    - Tubos lila con anticoagulante EDTA.
    - Tubos rojo en seco y
    - El sobrante de la unidad transfundida para su verificación de compatibilidad con el paciente.
- Elaborar formato "Reporte de reacciones transfusionales" y turnarlo al Banco de Sangre Intramuros o Extramuros según corresponda.

#### **DEFINICIONES**

**ACD.-** Solución anticoagulante con adenina, citrato y dextrosa.

**Alternativa de Tratamiento.-** Son las sustancias sustitutas de componentes sanguíneos.

**Banco de sangre.-** Es el establecimiento autorizado para obtener, recolectar, conservar, aplicar y proveer sangre humana, así como para analizar y conservar, aplicar y proveer componentes de la misma.

**Banco de sangre intramuros.-** Es el establecimiento autorizado para obtener, recolectar, conservar, aplicar y proveer sangre humana, así como para analizar y conservar, aplicar y proveer componentes de la misma, que se encuentra ubicado dentro de la unidad hospitalaria.

**CETS.-** Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea.

**Componente Sanguíneo.-** Es la fracción celular o acelular del tejido hemático, separada de una unidad de sangre por centrifugación o recolectada por aféresis.

**CPD.-** Solución anticoagulante con citrato, fosfato y dextrosa.

**CPDA.-** Solución anticoagulante con citrato, fosfato, dextrosa y adenina.

**Donante Familiar o de Reposición.-** Persona que proporciona su sangre o componentes sanguíneos, a favore un paciente vinculado con ella.

**EDTA.**-Solución anticoagulante con *ácido etilen-diamino-tetra-acético*. Las sales de sodio y potasio en este ácido se comportan como poderosos anticoagulantes y son anticoagulantes de elección para el trabajo de rutina y Hematología.

**Hemoclasificadores.**- Son reactivos hemoclasificadores denominados Anti A, Anti B, Anti AB, que se utilizan para la clasificación de la sangre humana en el tipo A, Tipo B y Tipo AB.

**Hemólisis.**- Es la reacción de un anticuerpo activador del complemento, provocando la ruptura del eritrocito con liberación de hemoglobina al plasma.

**Inmunología.**- Estudio de las reacciones cuando se introducen sustancias extrañas al organismo.

**Intramuros/extramuros.**- Término empleado para diferenciar cuando un banco de sangre se encuentra dentro o fuera de una unidad hospitalaria.

**Pruebas de Compatibilidad.**- Estudios practicados *in vitro* empleando muestras de sangre del donante y del receptor, para comprobar la existencia de afinidad inmunológica recíproca entre las células de uno y el suero del otro, para efectos transfusionales.

**Reacciones Transfusionales.**- Reacción inmediata o tardía posterior a una transfusión de sangre desencadenando reacciones inmunológicas o hemolíticas.

**Reacción Adversa.**- Es una reacción anafiláctica al componente sanguíneo y se encuentra determinada por el tipo o grado de reacción:

- Grado I (urticaria).
- Grado II (fiebre).
- Grado III (escalofrío).
- Grado IV (dolor lumbar, angustia, otros).

**Responsable del Banco de Sangre.**- Persona obligada a revisar la organización, funcionamiento e ingeniería sanitaria de los servicios, de notificar a la Secretaría de los casos de enfermedades transmisibles, vigilar los resultados de los estudios, de las muestras, de los productos, del material y del equipo contaminado o potencialmente contaminado y vigilar que sean firmados los resultados de manera autógrafa, así como de comunicar el horario de asistencia del personal.

**Sangre.**- El tejido hemático circulante.

**Sangre Fresca.**- El tejido hemático que se encuentra en el lapso de las primeras seis horas después de su recolección si contiene anticoagulante ACD, o bien, de las primeras ocho horas si contiene anticoagulante CPD y CPDA.

**Servicio de Transfusión.**- El establecimiento autorizado para el manejo, conservación y aplicación de sangre humana y sus derivados, obtenidos de un banco de sangre.

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

**Unidad.**- Volumen de sangre o componente sanguíneo recolectado para uso terapéutico, de un solo donador, en una ocasión, en una bolsa o recipiente que contenga anticoagulante adecuado, suficiente, estéril y carente de pirógenos.

**Volumen Sanguíneo.**- Porción del cuerpo contenida en el espacio intravascular, constituida por los elementos celulares hemáticos y el plasma.

## INSUMOS

- Solicitud Intrahospitalaria de Componentes Sanguíneos.
- Solicitud de Intercambio Interinstitucional de Sangre y sus Componentes.

## RESULTADOS

- Pacientes transfundidos.
- Reposición de unidades sanguíneas al banco de sangre.

## INTERACCIÓN CON OTROS PROCEDIMIENTOS

- Procedimientos inherentes al Servicio de Hospitalización.
- Procedimientos inherentes a la Donación por Reposición Familiar.

## POLÍTICAS

- Sin excepción el Servicio de Transfusión deberá tener a la vista el Aviso de Responsable y Licencia Sanitaria que acredite al servicio de transfusión, otorgada por la autoridad competente, en caso contrario se sujetarán a las sanciones correspondientes.
- Los Servicios de Transfusión del ISEM deberán contar con un acuerdo de colaboración con el Banco de Sangre, para establecer mecanismos, uniformar el procedimiento y establecer las redes de sangre en la entidad.
- Los Servicios de Transfusión del ISEM no podrán realizar las pruebas de compatibilidad, a menos que cuente con la infraestructura necesaria: personal capacitado, reactivos hemoclasificadores, controles de calidad de los reactivos, el equipo necesario y autorización por parte del CETS. (Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea).

- El Responsable del Servicio de Transfusión será el único responsable de las actividades en el seno del Comité Intrahospitalario de Medicina Transfusional de su Unidad Médica de adscripción, con el objeto de contribuir al código mater, emergencias hemorrágicas por enfermedad o traumatismo.
- El Responsable del Servicio de Transfusión deberá contar con el libro de ingresos y egresos de sangre y componentes autorizados por las instancias correspondientes.
- Las transfusiones únicamente podrán efectuarse previa tipificación del receptor y del proveedor de los grupos ABO y Rh (D) y con la realización de las pruebas de compatibilidad que señalen las normas técnicas que emita la Secretaría.
- El personal de enfermería será el único responsable de realizar las transfusiones previa prescripción del médico tratante.
- Antes de transfundir alguna unidad sanguínea, el responsable del banco de sangre, deberá hacer invariablemente las pruebas de compatibilidad.
- El responsable del servicio de transfusión deberá de verificar la identidad del receptor confrontando los datos de la solicitud conforme a la normatividad aplicable, antes de iniciar la transfusión sanguínea.
- La reposición de unidades sanguíneas transfundidas a algún paciente deberá realizarse por donación de reposición familiar.
- En caso de presentarse una reacción transfusional el médico tratante suspenderá dicho proceso y el responsable del servicio de transfusión notificará inmediatamente al Responsable del Banco de Sangre, mediante la elaboración del Reporte de Reacciones Transfusionales, asimismo, tomará nuevamente una muestra y la enviará al Banco Sangre para los estudios necesarios.
- El Responsable del Servicio de Transfusión al momento de indicar la transfusión deberá asegurarse que los formatos correspondientes al proceso sean integrados al expediente clínico del paciente.
- El Responsable del Servicio de Transfusión deberá registrar el ingreso de las unidades de sangre recibidas por el Banco de Sangre, así como el egreso de la misma al ser transfundida al paciente en el Libro de Ingresos y Egresos del Servicio de Transfusión y hacer un corte los días 25 de cada mes para emitir un reporte mensual de ingresos y egresos de la sangre y sus hemocomponentes al Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea.
- La enfermera en turno deberá notificar de manera inmediata cualquier reacción transfusional que presente el paciente al médico tratante y al servicio de transfusión.
- El Responsable del Servicio de Transfusión deberá solicitar el material necesario para la obtención, conservación, así como la aplicación de sangre y componentes al Centro Estatal de Transfusión Sanguínea.

**DESARROLLO**

**PROCEDIMIENTO 01:** Transfusión de Sangre y sus Componentes en Unidades Médicas del ISEM.

No.	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
		<p><b>Viene de los procedimientos inherentes a los diferentes servicios de la Unidad Médica.</b></p>
1	<b>Médico Tratante del Servicio de Hospitalización.</b>	<p>Elabora para el responsable del Servicio de Transfusión de la Unidad Médica o Responsable del Banco de Sangre Intramuros la "Solicitud Intrahospitalaria de Componentes Sanguíneos", de acuerdo al diagnóstico y terapéutica del paciente, acude a tomar muestra sanguínea, prepara al paciente, le señala que la aguja es estéril y sellada, realiza la asepsia del brazo, inicia punción, deposita la sangre en un primer tubo con anticoagulante EDTA y otra muestra en un segundo tubo seco, determina:</p>
2	<b>Médico Tratante del Servicio de Hospitalización.</b>	<p><b>¿Hay Banco de Sangre en la unidad médica?</b>  <b>Sí hay Banco de Sangre.</b>                      Envía las muestras debidamente etiquetadas al Responsable del Banco de Sangre Intramuros, junto con la "Solicitud Intrahospitalaria de Componentes Sanguíneos".</p>
3	<b>Médico Tratante del Servicio de Hospitalización.</b>	<p><b>Se conecta con la operación No. 12.</b>  <b>No hay Banco de Sangre.</b>                      Lleva las muestras debidamente etiquetadas con el nombre del paciente y las entrega al Responsable del Servicio de Transfusión junto con la "Solicitud Intrahospitalaria de Componentes Sanguíneos" solicitando las unidades de sangre de acuerdo a las especificaciones requeridas.</p>
4	<b>Responsable del Servicio de Transfusión de la Unidad Médica.</b>	<p>Recibe muestras de sangre y "Solicitud Intrahospitalaria de Componentes Sanguíneos", revisa que esté requisitada conforme a la normatividad y determina:  <b>¿El diagnóstico justifica la transfusión?</b></p>

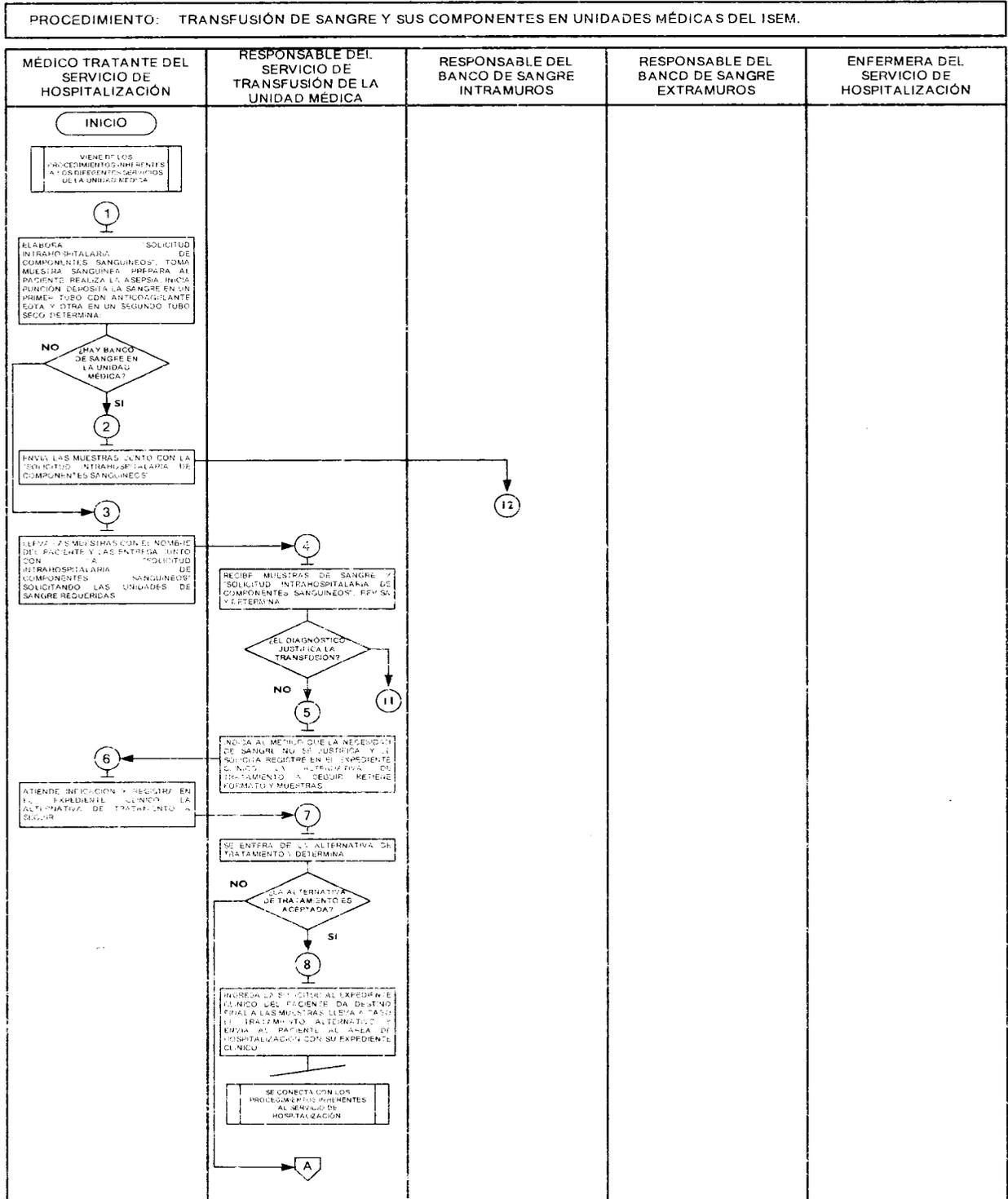
No.	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
5	Responsable del Servicio de Transfusión de la Unidad Médica.	<p><b>No justifica la transfusión.</b>            Le indica al Médico Tratante que de acuerdo al diagnóstico clínico del paciente la necesidad de sangre no se justifica, y le solicita registre en el Expediente Clínico la alternativa de tratamiento a seguir. Retiene formato y muestras.</p>
6	Médico Tratante del Servicio de Hospitalización.	Atiende indicación y registra en el Expediente Clínico la alternativa de tratamiento a seguir.
7	Responsable del Servicio de Transfusión de la Unidad Médica.	Se entera de la alternativa de tratamiento propuesta por el Médico Tratante y determina:
8	Responsable del Servicio de Transfusión de la Unidad Médica.	<p><b>¿La alternativa de tratamiento es aceptada?</b>  <b>Es aceptada.</b>            Ingresa la "Solicitud Intrahospitalaria de Componentes Sanguíneos" al expediente clínico del paciente, da destino final a las muestras, lleva a cabo el tratamiento alternativo propuesto por el Médico Tratante y envía al paciente al área de hospitalización junto con su expediente clínico.  <b>Se conecta con los procedimientos inherentes al Servicio de Hospitalización.</b></p>
9	Responsable del Servicio de Transfusión de la Unidad Médica.	<p><b>No es aceptada.</b>            Informa verbalmente al Médico Tratante que el procedimiento terapéutico es bajo su responsabilidad, y envía la "Solicitud Intrahospitalaria de Componentes Sanguíneos" y muestras de sangre al Responsable del Banco de Sangre Intramuros.  <b>Se conecta con la operación no. 12.</b></p>
10	Médico Tratante del Servicio de Hospitalización.	Se entera, asume la responsabilidad y espera a que le entreguen las unidades de sangre solicitadas. <b>Continúa en la operación no. 30.</b>
11	Responsable del Servicio de Transfusión de la Unidad Médica.	<p><b>Si se justifica la transfusión.</b>            Envía las muestras de sangre junto con la "Solicitud Intrahospitalaria de Componentes Sanguíneos, al responsable del Banco de Sangre Intramuros.</p>
12	Responsable del Banco de Sangre Intramuros.	<p>Recibe las muestras de sangre junto con el formato "Solicitud Intrahospitalaria de Componentes Sanguíneos", se entera del tipo del componente sanguíneo solicitado, verifica existencias y determina:  <b>¿Existen las unidades de sangre solicitadas?</b></p>
13	Responsable del Banco de Sangre Intramuros.	<p><b>Si hay en existencia.</b>            Indica al médico tratante del servicio de hospitalización el tiempo en que las tendrá disponibles.</p>
14	Médico Tratante del Servicio de Hospitalización.	<p>Recibe informes y espera a que le entreguen unidades de sangre solicitadas.  <b>Continúa en la operación no. 30.</b></p>
15	Responsable del Banco de Sangre Intramuros.	<p>Realiza las pruebas de compatibilidad con las muestras de sangre, Selecciona y etiqueta la unidad sanguínea a transfundir con el formato "Pruebas Cruzadas Compatibles".            En la hora indicada entrega las unidades sanguíneas al Responsable del Servicio de Transfusión o, en su caso, al médico tratante (cuando la unidad cuenta con Banco de Sangre) solicita firme de recibido en la "Solicitud Intrahospitalaria de Componentes Sanguíneos", registra la salida de la unidad de sangre en el "Libro Ingresos y Egresos de Sangre del Banco de Sangre" y archiva.</p>
16	Responsable del Banco de Sangre Intramuros.	<p><b>Se conecta a la operación No. 30.</b>  <b>No hay en existencia.</b>            Le informa al responsable del servicio de transfusión sanguínea o médico tratante, que no tiene el tipo de unidades, le pide registre en el Expediente Clínico el tratamiento alternativo a seguir, requiere vía telefónica a otro banco de sangre (externo) las unidades solicitadas y retiene el formato y las muestras.  <b>Continúa en operación no. 21.</b></p>
17	Médico Tratante del Servicio de Hospitalización.	Atiende indicación y registra en el Expediente Clínico la alternativa de tratamiento a seguir y espera fecha de entrega de unidades de sangre solicitadas.

No.	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
18	Responsable del Banco de Sangre Intramuros.	<p><b>Continúa con la operación no. 30.</b> Se entera de la alternativa de tratamiento propuesta por el Médico Tratante y determina:</p>
19	Responsable del Banco de Sangre Intramuros.	<p><b>¿Es aceptado el tratamiento alternativo?</b> <b>Si es aceptado.</b> Espera la notificación de la obtención de unidades en otro banco de sangre. <b>Se conecta con la operación no. 30.</b></p>
20	Responsable del Banco de Sangre Intramuros.	<p><b>No es aceptado.</b> Solicita telefónicamente a otro Banco de la Red Estatal de Bancos de Sangre el componente sanguíneo requerido.</p>
21	Responsable del Banco de Sangre Extramuros.	<p>Recibe solicitud vía telefónica, verifica, informa la existencia de unidades de sangre del tipo que necesita el paciente y solicita al Responsable del Banco de Sangre Intramuros el formato "Solicitud de Intercambio Interinstitucional de Sangre y sus Componentes" debidamente requisitado, termo y muestras de sangre para pruebas de compatibilidad e indica el número de donadores que deberá enviar al banco de Sangre para reponer la misma. <b>Se conecta con el Procedimiento inherente a la Donación de Sangre por Reposición Familiar.</b></p>
22	Responsable del Banco de Sangre Intramuros.	<p>Se entera de la existencia de unidades de sangre, elabora y envía al Responsable del Banco de Sangre extramuros el formato "Solicitud de Intercambio Interinstitucional de Sangre y sus Componentes", en original y copia, debidamente requisitado, junto con el termo adecuado con anticoagulantes, papel aislante, termómetro y muestras de sangre dentro del mismo para pruebas de compatibilidad.</p>
23	Responsable del Banco de Sangre Extramuros.	<p>Recibe original y copia del formato "Solicitud de Intercambio Interinstitucional de Sangre y sus Componentes" y el termo con las muestras de sangre, firma acuse en la copia del formato y devuelve, archiva original para control interno. Indica verbalmente al Responsable del Banco de Sangre Intramuros, en cuanto tiempo puede recoger el resultado de las pruebas de compatibilidad y las unidades de sangre.</p>
24	Responsable del Banco de Sangre Intramuros.	<p>Recibe y archiva acuse del formato "Solicitud de Intercambio Interinstitucional de Sangre y sus Componentes", se entera y espera a que le entreguen las unidades de sangre solicitadas.</p>
25	Responsable del Banco de Sangre Extramuros.	<p>Efectúa las pruebas de compatibilidad y etiqueta la unidad de sangre con el formato "Pruebas Cruzadas Compatibles", y requisita el formato "Egreso de Sangre Total y sus Componentes por Intercambio Interinstitucional" en original y copia, prepara y entrega al Responsable del Banco de Sangre Intramuros el termo con las unidades de sangre solicitadas, así como el original y copia del formato "Egreso de Sangre Total y sus Componentes por Intercambio Interinstitucional".</p>
26	Responsable del Banco de Sangre Intramuros.	<p>En la hora indicada, recibe original y copia del formato "Egreso de Sangre Total y sus Componentes por Intercambio Interinstitucional", el termo con las unidades de sangre solicitadas y etiquetadas, firma acuse de recibo en la copia del formato y devuelve a Banco de Sangre Extramuros, coteja los datos de las unidades de sangre con el formato recibido y determina: <b>¿Son correctas las unidades de sangre?</b></p>
27	Responsable del Banco de Sangre Intramuros.	<p><b>No son correctas.</b> Informa vía telefónica al Responsable del Banco de Sangre Extramuros y devuelve las unidades de sangre inmediatamente junto con el formato de "Egreso de Sangre Total y sus Componentes por Intercambio Interinstitucional", para su cambio.</p>
28	Responsable del Banco de Sangre Extramuros.	<p>Recibe las unidades y el formato de "Egreso de Sangre Total y sus Componentes por Intercambio Interinstitucional" ingresa las unidades a existencias, extrae unidades del tipo solicitado y entrega adjunto con el formato. <b>Se conecta con la operación no. 26.</b></p>
29	Responsable del Banco de Sangre Intramuros.	<p><b>Si son Correctas.</b> Registra la(s) unidad(es) de sangre en el "Libro Ingresos y Egresos de Sangre del Banco de Sangre", informa y entrega al médico tratante. Archiva formato "Egreso de Sangre Total y sus Componentes por Intercambio Interinstitucional".</p>

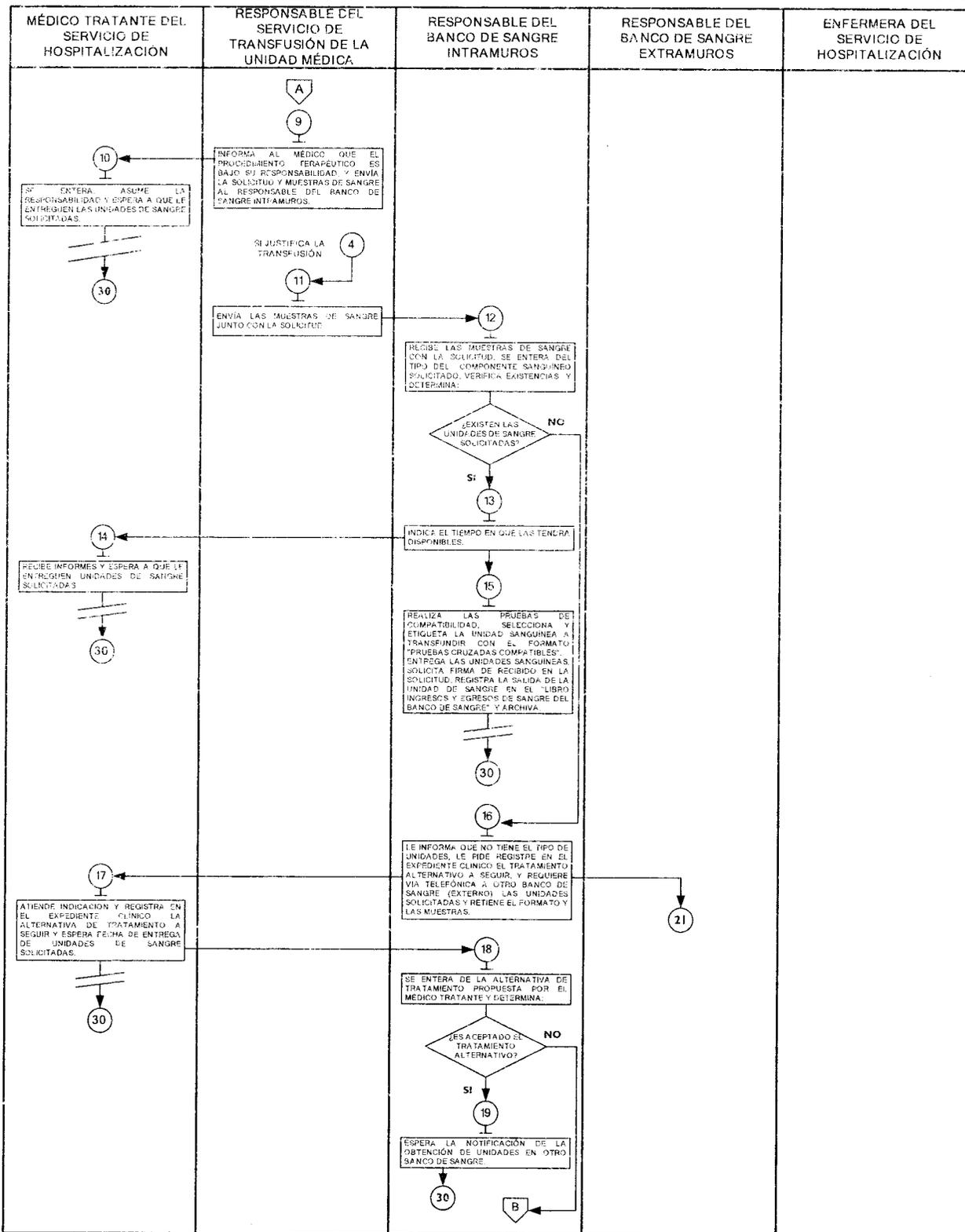
No.	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
30	<b>Médico Tratante del Servicio de Hospitalización.</b>	Recibe unidades de sangre, acude con el paciente e inicia la transfusión sanguínea, previa verificación de identidad y solicita a la enfermera del servicio de hospitalización vigile al paciente.
31	<b>Enfermera del Servicio de Hospitalización.</b>	Recibe la instrucción, vigila y registra los datos en el formato "Hoja para Registro de Transfusiones en el Expediente Clínico" y lo integra al expediente clínico del paciente. Espera el tiempo necesario y determina:
32	<b>Enfermera del servicio de Hospitalización.</b>	<b>¿El paciente presenta reacciones transfusionales?</b> <b>Si presenta reacciones transfusionales.</b> Suspende la transfusión sanguínea y avisa en forma verbal al responsable del servicio de transfusión, al médico tratante y/o al Banco de Sangre.
33	<b>Responsable del Servicio de Transfusión de la Unidad Médica.</b>	Se entera y acude con el paciente, lo valora y requisita el formato "Reporte de Reacciones Transfusionales", en original y dos copias. Turna el original al Banco de Sangre Intramuros, primera copia al servicio médico que realizó la transfusión y la segunda copia para el expediente clínico.
34	<b>Médico Tratante del Servicio de Hospitalización.</b>	Se entera, valora al paciente, revisa expediente clínico y determina: <b>¿Cuál es el grado de reacción adversa?</b>
35	<b>Médico Tratante del Servicio de Hospitalización.</b>	<b>El grado de la Reacción adversa es I o II.</b> Prescribe medicamento y empieza tratamiento médico, a fin de corregir la o las reacciones. Suspende la transfusión y valora la necesidad de nuevas transfusiones, según la terapéutica que vaya presentando el paciente y <b>reinicia el procedimiento de transfusión en la operación I.</b>
36	<b>Médico Tratante del Servicio de Hospitalización.</b>	<b>El grado de la Reacción adversa es III o IV.</b> Solicita a la enfermera realice toma de nuevas muestras sanguíneas.
37	<b>Enfermera del Servicio de Hospitalización.</b>	Se entera, realiza toma de muestra sanguínea en: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tubos lila con anticoagulante EDTA.</li> <li>• Tubos rojo en seco y</li> <li>• El sobrante de la unidad transfundida para su verificación de compatibilidad con el paciente.</li> </ul> Asimismo, elabora formato "Reporte de Reacciones Transfusionales" y lo turna al Banco de Sangre Intramuros o Extramuros correspondiente.
38	<b>Responsable del Banco de Sangre Intramuros / Extramuros.</b>	Recibe original del "Reporte de Reacciones Transfusionales", tubos muestra y sobrante de la unidad transfundida. Realiza nuevamente las pruebas de compatibilidad, les da destino final a los tubos piloto y determina:
39	<b>Responsable del Banco de Sangre Intramuros / Extramuros.</b>	<b>¿Fue compatible la unidad de sangre?</b> <b>No fue compatible.</b> Elabora nota médica en el formato de "Reporte de Reacciones Transfusionales" y lo turna al servicio de transfusión para su conocimiento e incorporación al expediente clínico.
40	<b>Responsable del Banco de Sangre Intramuros / Extramuros.</b>	<b>Si fue compatible.</b> Elabora nota médica en el formato de "Reporte de Reacciones Transfusionales" indicando que la prueba fue correcta y lo turna al servicio de transfusión para su conocimiento e incorporación al expediente clínico.
41	<b>Responsable del Servicio de Transfusión de la Unidad Médica.</b>	Recibe la nota médica en el formato "Reporte de Reacciones Transfusionales" anexa al expediente clínico del paciente e informa al médico tratante.
42	<b>Médico tratante del Servicio de Hospitalización.</b>	Se entera del resultado de compatibilidad, determina: <b>¿Continúa con el tratamiento de transfusión?</b>
43	<b>Médico Tratante del Servicio de Hospitalización.</b>	<b>No continúa con el tratamiento de transfusión.</b> Realiza notas médicas en el expediente clínico del paciente y lo continúa valorando hasta darlo de alta. <b>Se conecta con los procedimientos inherentes al Servicio de Hospitalización.</b>
44	<b>Médico Tratante del Servicio de Hospitalización.</b>	<b>Si continúa con el tratamiento de transfusión.</b> Realiza notas médicas en el expediente clínico del paciente e indica a la enfermera que continúe el tratamiento.

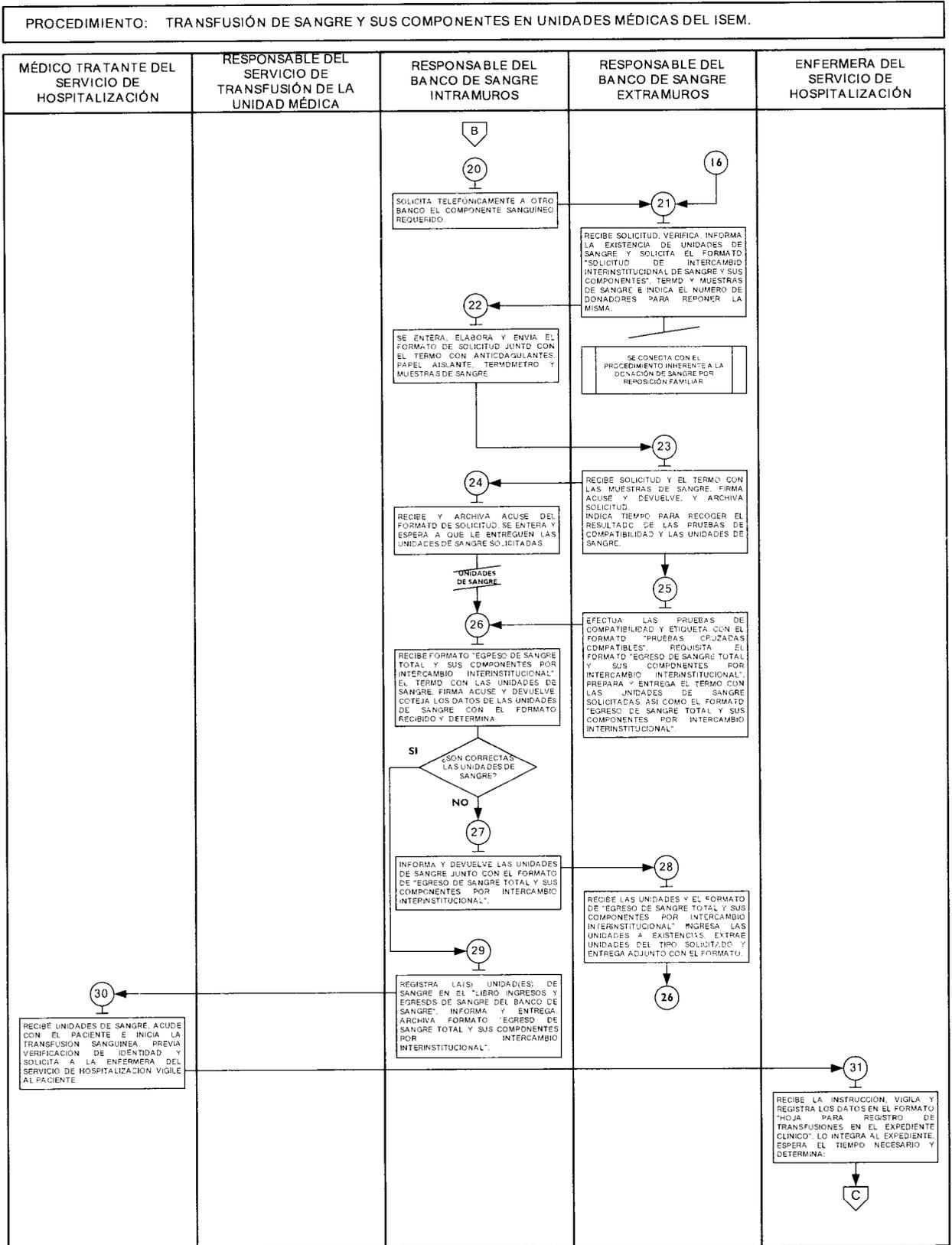
No.	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
45	Enfermera del Servicio de Hospitalización.	No se presentan reacciones transfusionales o recibe la instrucción de que continúe la transfusión. En su caso, recibe instrucción de continuar el tratamiento, registra los datos de la transfusión sanguínea en el formato: "Hoja para Registro de Transfusiones en el Expediente Clínico", la integra al expediente clínico del paciente y concluye la transfusión.

**DIAGRAMACIÓN:**

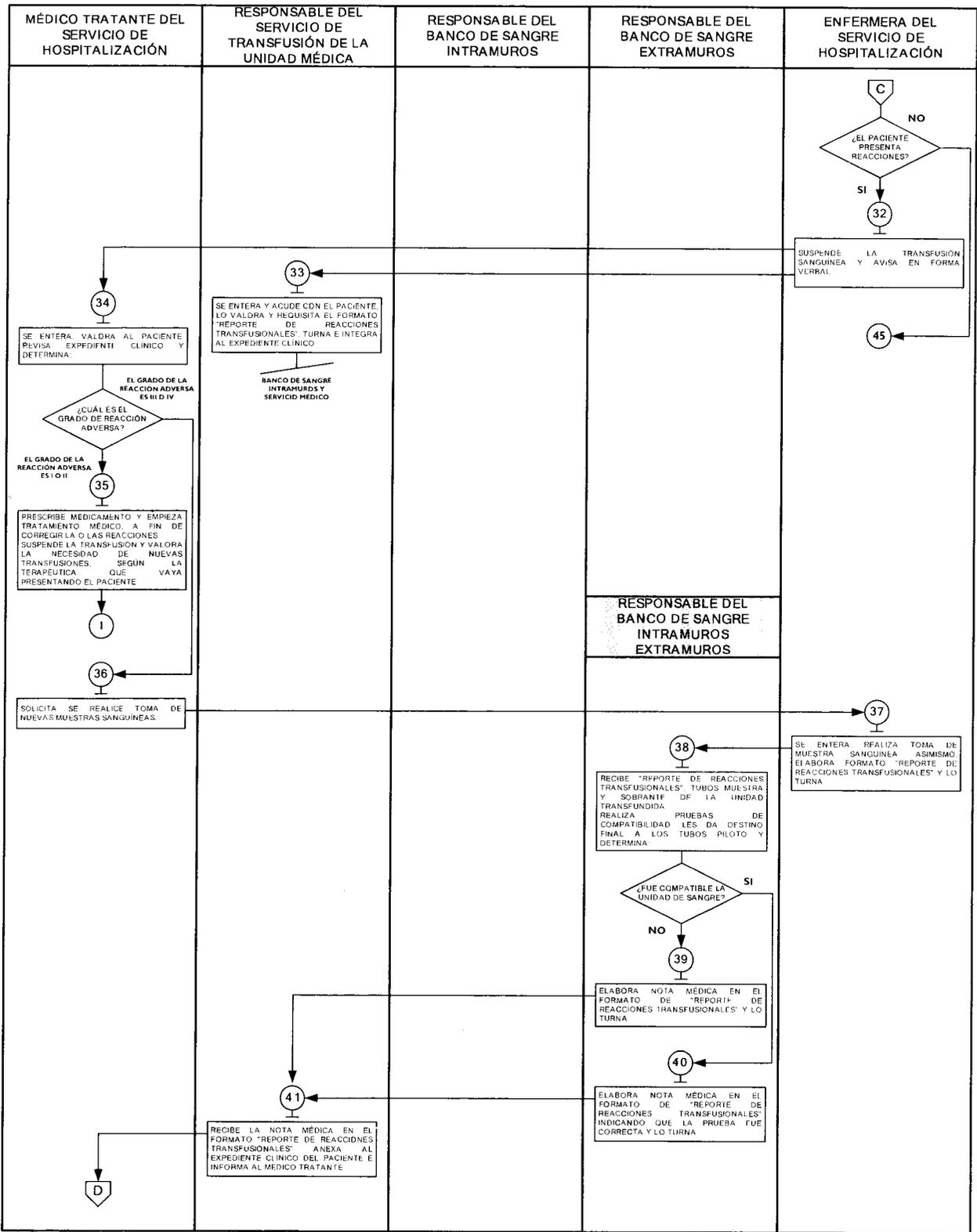


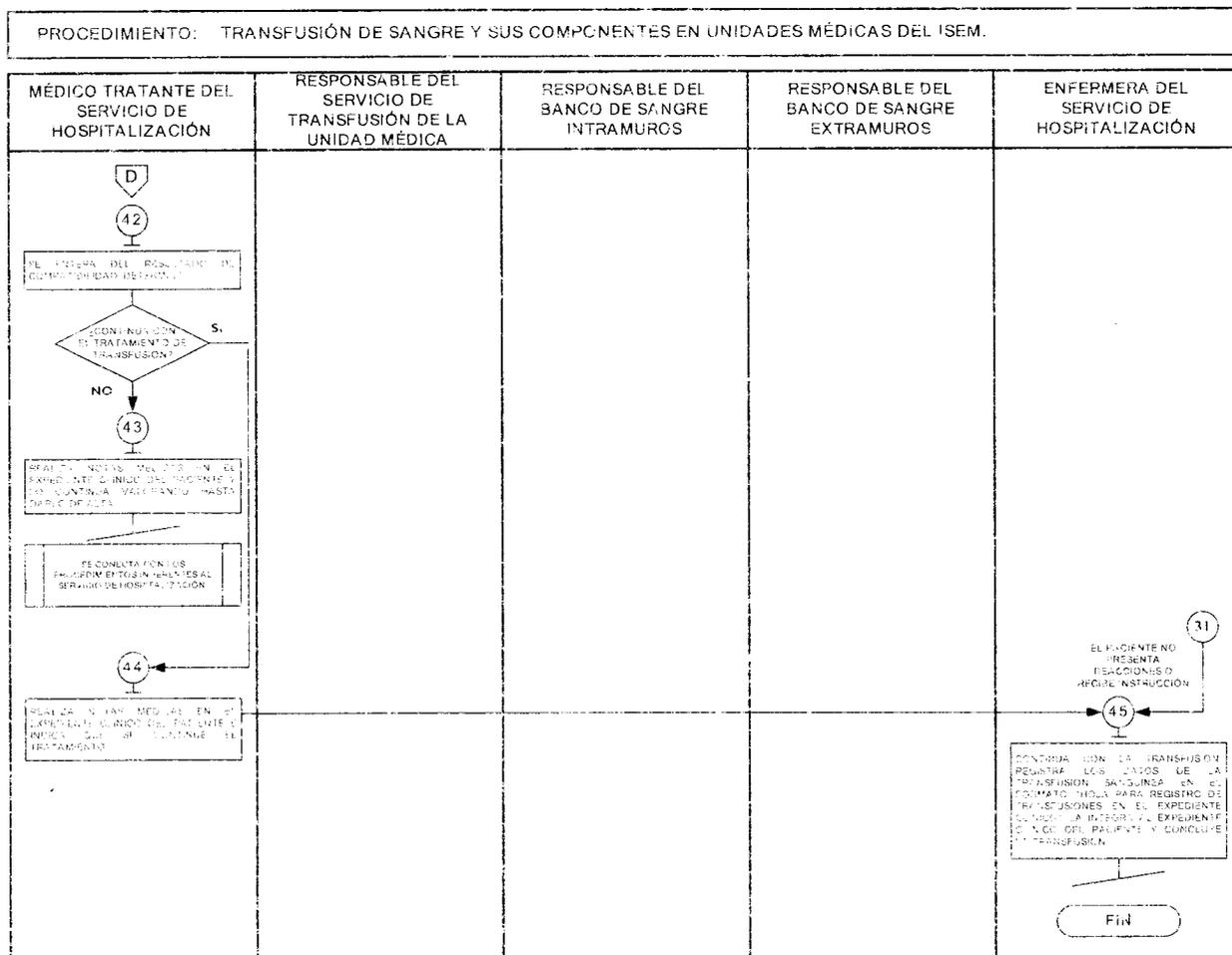
PROCEDIMIENTO: TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y SUS COMPONENTES EN UNIDADES MÉDICAS DEL ISEM.





PROCEDIMIENTO: TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y SUS COMPONENTES EN UNIDADES MÉDICAS DEL ISEM.





**MEDICIÓN**

Indicador para medir la capacidad de respuesta en la Transfusión de Sangre y sus Componentes en Unidades Médicas del ISEM.

$$\frac{\text{Número mensual de transfusiones efectuadas}}{\text{Número mensual de solicitudes de transfusión recibidas}} \times 100 = \% \text{ de solicitudes de transfusión atendidas}$$

**REGISTRO DE EVIDENCIAS**

Los ingresos y egresos de Unidades de Sangre al Servicio de Transfusión de la Unidad Médica quedan registrados en el "Libro de Ingresos y Egresos de Sangre del Servicio de Transfusión".

**FORMATOS E INSTRUCTIVOS**

- Solicitud Intrahospitalaria de Componentes Sanguíneos.
- Solicitud de Intercambio Interinstitucional de Sangre y sus Componentes.
- Pruebas Cruzadas Compatibles.
- Egresos de Sangre Total y sus Componentes por Intercambio Interinstitucional.
- Hoja para Registro de Transfusiones en el Expediente Clínico.
- Reporte de Reacciones Transfusionales.



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO



**Solicitud Intrahospitalaria de Componentes Sanguíneos**

(1) ORDINARIA  URGENTE

UNIDAD MÉDICA: (2) FECHA: (3) HORA: (4)

SERVICIO SOLICITANTE: (5) No. CAMA: (6) No. EXPEDIENTE: (7)

MÉDICO SOLICITANTE: (8)

(9) SOLICITUD DE: C.E.  PLASMA  PLAQUETAS  OTROS:

OPERACIÓN EL DÍA: (10) A LAS:

(11) TENER DISPONIBLE: APLICACIÓN INMEDIATA  EN QUIRÓFANO  RESERVA ML. (12)

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:**

NOMBRE: (13) EDAD: (14) GÉNERO: (15)  
MASCULINO  FEMENINO

GRUPO SANGUÍNEO: (16) A  B  O  Rh ° (D) (17) SE IGNORA  (18) MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: (19)

DIAGNÓSTICO: (20) HB (21) HTO (22) PLAQUETAS (23) TP (24) TPT (25)

TRANSFUSIONES PREVIAS: (26) SI  NO  REACCIONES POSTTRANSFUSIONALES: (27) SI  NO  FECHA DE LA ÚLTIMA TRANSFUSIÓN: (28)

EMBARAZOS PREVIOS: (29) SI  NO  PRODUCTOS CON ENFERMEDAD HELMOLÍTICA: SI  NO  (30)

NOMBRE DE QUIEN RECIBIÓ LA SOLICITUD: (31) FECHA: (32) HORA: (33)

NOTA: ORIGINAL: SERVICIO DE TRANSFUSIÓN PRIMERA COPIA: SERVICIO HOSPITALARIO SEGUNDA COPIA: EXPEDIENTE CLÍNICO 217B20000-022-08

**EGRESO INTRAHOSPITALARIO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS**

**RESULTADOS DE COMPATIBILIDAD**

RECEPTOR GRUPO: (34) RH: (35)

No. BOLSA (36)	NOMBRE DEL DONADOR (37)	Rh (38)	MAYOR (39)	MENOR (40)	COOMBS (41)	FECHA DE EGRESO (42)

AUTOCONTROL: (43)

RESULTADOS: C = COMPATIBLES I = INCOMPATIBLES

OTROS ESTUDIOS: (44)

OBSERVACIONES: (45)

FECHA Y HORA DE SOLICITUD DE PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD: (46) FECHA Y HORA DE ENTREGA DE PRODUCTOS: (47)

ENTREGA LOS PRODUCTOS (48)

RECIBE LOS PRODUCTOS (49)

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE Y FIRMA

**INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:****Solicitud Intrahospitalaria de Componentes Sanguíneos**

(217B20000-022-08)

**OBJETIVO:**

Contar con un documento oficial que es utilizado para solicitar productos sanguíneos al banco de sangre o servicio de transfusión del hospital en el cual está hospitalizado el paciente, con el fin de que se realicen las pruebas de compatibilidad correspondientes para su uso terapéutico.

**DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO:**

El formato se genera en original y copia. El original se entrega al banco de sangre, la copia se archiva en el expediente clínico del paciente.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	ORDINARIA URGENTE	Marque con una <b>X</b> el recuadro que corresponda, según la prioridad con que se requiera el servicio.
2	UNIDAD MÉDICA:	Anotar el nombre oficial de la unidad médica solicitante.
3	FECHA:	Registre el día, mes y año en que se solicitan los productos sanguíneos
4	HORA:	Registre la hora en que se solicitan los productos sanguíneos.
5	SERVICIO SOLICITANTE:	Anotar el nombre del servicio en el que se encuentra hospitalizado el paciente.
6	No. CAMA:	Anotar el número de cama asignada al paciente.
7	No. EXPEDIENTE:	Anotar el número de expediente asignado al paciente para su identificación.
8	MÉDICO SOLICITANTE:	Anotar el nombre(s), apellido paterno, apellido materno y firma del médico tratante que solicita los productos sanguíneos.
9	SOLICITUD DE:	Marcar con una <b>X</b> una sola opción: <b>C. E.</b> , Plasma, Plaquetas, otros.
10	OPERACIÓN EL DÍA:	Anotar el día, mes, año y hora en que se recibe la solicitud. <b>NOTA:</b> Este punto será llenado por el personal del banco de sangre o servicio de transfusión que reciba la solicitud.
11	TENER DISPONIBLE:	Marcar con una <b>X</b> en caso de que se requieran los productos sanguíneos de forma inmediata, o bien en caso de que se requieran los productos sanguíneos durante el transoperatorio del paciente.
12	RESERVA ML.	Anotar los mililitros del producto sanguíneo solicitado que el médico tratante desea que sean cruzados para uso terapéutico posterior.
<b>DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE</b>		
13	NOMBRE:	Anotar el apellido paterno, apellido materno y nombre(s) del paciente para quien se solicitan los productos sanguíneos.
14	EDAD:	Anotarlos años cumplidos del paciente.
15	GÉNERO:	Marcar con una <b>X</b> el recuadro correspondiente a masculino si es hombre o femenino si es mujer.
16	GRUPO SANGUÍNEO	Marque con una <b>X</b> el tipo de sangre del sistema <b>ABO</b> del paciente.
17	Rh° (D)	Anotar el tipo de sangre del sistema Rh del paciente.
18	SE IGNORA	Marcar el recuadro con una <b>X</b> en caso de que se desconozca el tipo de sangre del paciente.
19	MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN:	Describe la justificación por la cuales se necesita hacer la transfusión.
20	DIAGNÓSTICO:	Describe los motivos de la solicitud de productos sanguíneos.
21	HB	Anotar los miligramos por mililitro de glóbulos rojos que tiene el paciente en sangre circulante.
22	HTO	Anotar el Porcentaje de glóbulos rojos que tiene el paciente en sangre circulante.
23	PLAQUETAS	Anotar el porcentaje plaquetario que presenta el paciente en sangre circulante.

24	TP	Anotar el tiempo de tromboplastina.
25	TPT	Anotar el tiempo parcial de trombina (deficiencia de datos de coagulación)
26	TRANSFUSIONES PREVIAS:	Marcar con una <b>X</b> una opción: <b>SI</b> o <b>NO</b> , en base a los antecedentes transfusionales del paciente.
27	REACCIONES POSTRANSFUSIONALES:	Marque con una <b>X</b> el recuadro que corresponda.
28	FECHA DE LA ÚLTIMA TRANSFUSIÓN:	Anotar el día, mes y año en que el paciente realizó la última transfusión.
29	EMBARAZOS PREVIOS:	Marque con una <b>X</b> si ha tenido o no embarazos antes de la transfusión.
30	PRODUCTOS CON ENFERMEDAD HEMOLITICA:	Marque con una <b>X</b> si ha presentado productos sanguíneos con alguna enfermedad hemolítica.
31	NOMBRE DE QUIEN RECIBIÓ LA SOLICITUD:	Anotar el nombre completo de la persona que recibe la solicitud.
32	FECHA:	Registrar el día, mes y año en que se recibe la solicitud.
33	HORA:	Registrar la hora en que se recibe la solicitud
<b>REVERSO DEL FORMATO</b>		
34	RECEPTOR GRUPO:	Anotar el resultado del tipo de sangre del individuo que recibirá el tejido sanguíneo (paciente) en base al sistema <b>ABO</b> .
35	RH	Anotar el resultado del tipo de sangre del paciente en base al sistema Rh.
36	No. BOLSA	Anotar el número de registro de la(s) unidad(es) utilizada(s) para realizar las pruebas de compatibilidad.
37	NOMBRE DEL DONADOR	Anotar el nombre completo del donador, iniciando por su apellido paterno, materno y nombre(s)
38	RH	Anotar el tipo de sangre del donador en base al sistema <b>ABO</b> y Rh.
39	MAYOR	Anotar el resultado de la prueba mayor de compatibilidad sanguínea ( <b>C</b> =compatible o <b>I</b> =Incompatible).
40	MENOR	Anotar el resultado de la prueba menor de compatibilidad sanguínea ( <b>C</b> =compatible o <b>I</b> =incompatible).
41	COOMBS	Anotar el resultado de la prueba de coombs (positivo o negativo)
42	FECHA DE EGRESO	Anotar el día, mes ya año en que sale la unidad de sangre del banco de sangre al servicio solicitante.
43	AUTOCONTROL:	Anotar el resultado de la prueba de autocontrol ( <b>C</b> =compatible o <b>I</b> =incompatible).
44	OTROS ESTUDIOS:	Anotar otros estudios realizados y resultados de los mismos. Ej. Anticuerpos irregulares.
45	OBSERVACIONES:	Describir cualquier eventualidad presentada en las pruebas de compatibilidad realizadas.
46	FECHA Y HORA DE PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD:	Registrar el día, mes, año, hora y nombre completo y apellidos de quien realiza las pruebas de compatibilidad.
47	FECHA Y HORA DE ENTREGA DE PRODUCTOS:	Registrara el día, mes, año y hora en que se hace la entrega de los productos sanguíneos derivados de las pruebas de compatibilidad.
48	ENTREGA LOS PRODUCTOS	Anotar el nombre completo y firma de quien entrega los productos sanguíneos.
49	RECIBE LOS PRODUCTOS	Anotar el nombre completo y firma de quien recibe los productos sanguíneos.



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO



**Solicitud de Intercambio Interinstitucional de Sangre y sus Componentes**

UNIDAD MÉDICA: (1)	FECHA: (2)
C. DOCTOR (A): (3)	
RESPONSABLE DEL BANCO DE SANGRE: (4)	
SOLICITO A UD. SE NOS PROPORCIONE (5) UNIDAD (ES) DE (6) DE GRUPO (7) Y RH (8) PARA SER TRANSFUNDIDO(S) AL PACIENTE (9)	
EDAD (10) SEXO (11) HTO. (12) HB (13)	
(14) TIPO DE TRANSFUSIÓN: ALOGENICA <input type="checkbox"/> AUTOLOGA <input type="checkbox"/> OTRA: _____	
No. CAMA: (15) No. EXPEDIENTE: (16) DEL SERVICIO DE (17)	
DIAGNOSTICO: (18) MOTIVO DE TRANSFUSION: (19)	
PRESCRITA POR EL DOCTOR: (20)	
PARA APLICARSE EL DÍA (21) DE _____ DE _____ A LAS _____ HRS.	
<b>ANTECEDENTES:</b>	
TRANSFUSIONES PREVIAS (22) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
FECHA: (23) DONDE: (24)	
(25) REACCIONES TRANSFUSIONALES: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> TIPO: (26)	
<b>ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS:</b>	
FUR: (27) GESTA: (28) PARA: (29) CESAREA: (30) ABORTOS: (31)	
FUP.: (32) FUC: (33) FUA: (34) INDUCIDO: (35) ESPONTANEO: (36)	
ISOINMUNIZACION M/F (37) APLICACION GLUCULINA ANTI-D (38) POLITRANSFUNDIDO (39)	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO: (40)	
DOMICILIO: (41)	TELÉFONO: (42)
No. DE RESPONSA: (43)	LICENCIA SANITARIA: (44)
SELLO DEL ESTABLECIMIENTO (45)	RESPONSABLE DEL BANCO DE SANGRE/ SERVICIO DE TRANSFUSION (46)
	NOMBRE Y FIRMA

**INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:****Solicitud de Intercambio Interinstitucional de Sangre y sus Componentes**

(217B20000-230-08)

**OBJETIVO:**

Contar con un documento oficial utilizado por los médicos responsables autorizados de establecimientos no lucrativos del sector salud, con el fin de solicitar productos sanguíneos a bancos de sangre del Instituto de Salud del Estado de México.

**DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO:**

El formato se genera en original y copia para su registro y control. El original se entrega al banco de sangre y se integra en el expediente clínico del paciente; la copia se la queda el establecimiento solicitante de sangre.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD MÉDICA:	Anotar el nombre de la Unidad Médica que realiza la solicitud.
2	FECHA:	Anotar el día, mes y año en que se realiza la solicitud.
3	C. DOCTOR(A)	Anotar el nombre(s), apellido paterno y apellido materno del médico responsable del banco de sangre a quien se dirige la solicitud.
4	RESPONSABLE DEL BANCO DE SANGRE:	Anotar el nombre completo de la institución médica en donde se encuentra el banco de sangre a quien se realiza la solicitud.
5	SOLICITO A UD. SE NOS PROPORCIONE	Anotar la cantidad (con número) de productos sanguíneos que se solicitan.
6	UNIDAD(ES) DE	Anotar el tipo de producto sanguíneo solicitado ( <b>CE, PFC, CP, CRIO o ST</b> ).
7	DE GRUPO	Anotar el tipo de grupo sanguíneo del producto solicitado, en base al sistema <b>ABO</b> .
8	Y RH	Anotar el tipo de grupo sanguíneo del producto solicitado, en base al sistema Rh.
9	PARA SER TRANSFUNDIDO(S) AL PACIENTE	Anotar el apellido paterno, apellido materno y nombre(s) del paciente que será transfundido con los productos solicitados.
10	EDAD:	Anotar los años cumplidos del paciente.
11	SEXO:	Anotar el género del paciente (femenino o masculino).
12	HTO.	Anotar el porcentaje de glóbulos rojos circulantes en el paciente.
13	HB.	Anotar los miligramos por mililitro de glóbulos rojos circulantes en el paciente.
14	TIPO DE TRANSFUSIÓN	Anotar el tipo de transfusión con la que se tratará al paciente (alógena o autóloga).
15	No. CAMA:	Anotar el número de la cama en la cual se encuentra hospitalizado el paciente.
16	No. EXPEDIENTE:	Anotar el número de expediente asignado al paciente.
17	DEL SERVICIO DE	Anotar el nombre completo del servicio en el cual se encuentra hospitalizado el paciente.
18	DIAGNÓSTICO:	Anotar los diagnósticos del paciente relacionados con el motivo de la transfusión.
19	MOTIVO DE TRANSFUSIÓN	Anotar el motivo por el cual el médico tratante solicita la transfusión de productos sanguíneos al paciente.
20	PRESCRITA POR EL DOCTOR	Anotar el nombre(s), apellido paterno, apellido materno y firma del médico que indica la transfusión.
21	PARA APLICARSE EL DÍA	Anotar el día, mes, año y hora en que está programada la transfusión de productos sanguíneos al paciente.

**ANTECEDENTES:**

22	TRANSFUSIONES PREVIAS	Marcar con una <b>x</b> el recuadro que corresponda, si el paciente ha tenido o no algún tipo de transfusión sanguínea.
23	FECHA	Anotar el día, mes y año en el que paciente recibió su última transfusión. <b>NOTA:</b> En caso de que la respuesta al punto anterior sea <b>NO</b> se trazará un guión en este apartado.

24	DONDE	Anotar la localidad, municipio y entidad en la que el paciente recibió su última transfusión. <b>NOTA:</b> En caso de que la respuesta al punto 23 sea <b>NO</b> , se trazará un guión en este punto.
25	REACCIONES TRANSFUSIONALES	Marcar con una <b>X</b> solo una opción: <b>SI</b> o <b>NO</b> , en base a los antecedentes transfusionales del paciente.
26	TIPO	Anotar el tipo de reacción(es) postransfusionales que haya presentado el paciente. <b>NOTA:</b> En caso de que la respuesta al punto anterior sea No, se trazará un guión en este apartado.
<b>ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS:</b>		
27	FUR	Anotar el día, mes y año de la última regla de la paciente.
28	GESTA	Anotar el número de embarazos que ha tenido la paciente en toda su vida.
29	PARA	Anotar el número de partos que ha tenido la paciente en toda su vida.
30	CESÁREA	Anotar el número de cesáreas que ha tenido la paciente en toda su vida.
31	ABORTOS	Anotar el número de abortos que ha tenido la paciente en toda su vida.
32	FUP:	Anotar el día, mes y año del último parto de la paciente.
33	FUC:	Anotar el día, mes y año de la última cesárea de la paciente.
34	FUA:	Anotar el día, mes y año del último aborto de la paciente.
35	INDUCIDO:	Escribir <b>SI</b> o <b>NO</b> considerando el motivo del último aborto de la paciente.
36	ESPONTÁNEO:	Escribir <b>SI</b> o <b>NO</b> considerando el motivo del último aborto de la paciente.
37	ISOINMUNIZACIÓN M/F	Escribir <b>SI</b> o <b>NO</b> según los antecedentes de isoimmunización materno fetal de la paciente.
38	APLICACIÓN GLOBULINA ANTI-D	Escribir Si o No según los antecedentes con globulina Anti-D que tenga la paciente.
39	POLITRANSFUNDIDO	Escribir <b>SI</b> o <b>NO</b> en base a los antecedentes transfusionales del paciente.
40	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO:	Anotar el nombre o razón social del establecimiento que solicita los productos sanguíneos al <b>ISEM</b> .
41	DOMICILIO:	Anotar la calle, número exterior, número interior, colonia, localidad, municipio y entidad en el cual se encuentra ubicado el establecimiento que solicita los productos sanguíneos.
42	TELÉFONO:	Anotar el número telefónico del domicilio descrito en el punto 41.
43	No. DE RESPONSIVA	Anotar el número de registro del responsable médico autorizado del banco de sangre o servicio de transfusión que solicita los productos sanguíneos.
44	LICENCIA SANITARIA	Anotar el número de licencia sanitaria otorgada por el <b>CNTS</b> o por <b>COFEPRIS</b> al banco de sangre o servicio de transfusión que solicita los productos sanguíneos.
45	SELLO DEL ESTABLECIMIENTO	Colocar el sello del establecimiento que realiza la solicitud de productos de sangre.
46	NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DEL BANCO DE SANGRE O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN	Anotar el nombre(s), apellido paterno y apellido materno del médico responsable autorizado del banco de sangre o servicio de transfusión que solicita los productos sanguíneos.



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO



## Pruebas Cruzadas Compatibles

UNIDAD MÉDICA:

(1)

NOMBRE DEL DISPONENTE:

(2)

NOMBRE DEL RECEPTOR:

(3)

No. DE UNIDAD:

(4)

GRUPO SANGUÍNEO:

(5)

Rh:

FECHA:

(6)

HORA:

(7)

PRODUCTO:

(8)

217B20000-235-08

### INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:

#### Pruebas Cruzadas Compatibles (217B20000-235-08)

#### OBJETIVO:

Contar con una etiqueta visible en los productos sanguíneos solicitados para transfundir a un paciente con el fin de notificar al médico tratante las características de la unidad que se le envía

#### DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO:

El formato se genera en original en el área de fraccionamiento y se coloca en la unidad de sangre obtenida.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD MÉDICA:	Anotar el nombre oficial de la unidad médica a la cual se envía el producto sanguíneo.
2	NOMBRE DEL DISPONENTE:	Anotar el nombre completo del donador del tejido sanguíneo, iniciando por su apellido paterno, materno y nombre(s).
3	NOMBRE DEL RECEPTOR:	Anotar el nombre completo del paciente que recibirá por transfusión el producto sanguíneo, iniciando por su apellido paterno, materno y nombre(s).
4	No. DE UNIDAD	Anotar el número de registro de la unidad correspondiente.
5	GRUPO SANGUÍNEO Y Rh	Anotar el tipo de sangre de acuerdo al sistema <b>ABO y Rh</b> .
6	FECHA:	Anotar el día, mes y año en el que se envía el producto sanguíneo.
7	HORA:	Anotar la hora en la que se envía el producto sanguíneo.
8	PRODUCTO:	Anotar el producto sanguíneo contenido en la unidad enviada.



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO



**Egreso de Sangre Total y sus Componentes por Intercambio Interinstitucional**

UNIDAD MÉDICA: (1)		DIRECCIÓN: (2)	
No. LICENCIA SANITARIA: (3)		RESPONSABLE: (4)	
No. EGRESO: (5)	FECHA DE EGRESO: (6)	HORA DE EGRESO: (7)	
NOMBRE DEL PACIENTE: (8)		EDAD: (9)	GÉNERO: (10) MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/>

(11) COMPONENTE	VOLUMEN	UNIDAD	GRUPO	Rh	FECHA DE EXTRACCIÓN	FECHA DE CADUCIDAD
	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)
NOMBRE DEL DONADOR (18)						
NOMBRE DEL DONADOR						
NOMBRE DEL DONADOR						
NOMBRE DEL DONADOR						
NOMBRE DEL DONADOR						
NOMBRE DEL DONADOR						
NOMBRE DEL DONADOR						
<b>TOTAL (19)</b>						

**UNIDADES PARA USO EXCLUSIVO DEL SECTOR.**  
**COMPONENTES SANGUÍNEOS CONFORME A LA NORMA: AgSHB, VIH, VHC, VDRL/ RPR, E. CHAGAS, BRUSELLA Y PLASMODIUM.**  
**PROHIBIDA SU COMERCIALIZACIÓN**

CON PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD: <input type="checkbox"/> (20)	SIN PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD: <input type="checkbox"/> (21)
--	--

**OBSERVACIONES: (22)**

---



---



---

ENTREGA

RECIBE

(23)

(24)

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE Y FIRMA

**INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:**
**Egreso de Sangre y/o sus Componentes por Intercambio Interinstitucional**  
 (217B20000-232-08)
**OBJETIVO:**

Contar un documento de registro y control para entregar productos sanguíneos a quien los solicite, con el fin de notificar al solicitante las características de las unidades otorgadas.

**DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO:**

El formato se genera el original se entrega al Banco de Sangre y la copia se archiva en el expediente clínico del paciente es llenado por el responsable del área de fraccionamiento y conservación o personal que realice las pruebas de compatibilidad sanguínea, se genera en original y copia. El original se entrega a la oficina, institución que lo solicito, la copia se queda bajo resguardo del banco de sangre.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD MÉDICA:	Anotar el nombre oficial de la unidad médica, a la que pertenece el banco de sangre que proporciona los productos sanguíneos.
2	DIRECCIÓN:	Anotar la calle, número exterior, número interior, colonia, localidad y/o municipio y entidad en la que se encuentra ubicado el banco de sangre que proporciona los productos sanguíneos.
3	No. LICENCIA SANITARIA:	Anotar el número de la licencia sanitaria que autoriza al establecimiento a funcionar como banco de sangre.
4	RESPONSABLE:	Anotar el nombre(s), apellido paterno, apellido materno y firma del médico responsable del banco de sangre.
5	No. EGRESO:	Anotar el número consecutivo correspondiente al formato, de acuerdo al control que de ellos se realice.
6	FECHA DE EGRESO:	Anotar el día, mes y año en que se entregan los productos sanguíneos solicitados.
7	HORA DE EGRESO:	Anotar la hora en que se entregan los productos sanguíneos solicitados.
8	NOMBRE DEL PACIENTE:	Anotar el apellido paterno, apellido materno y nombre(s) del paciente a quien se le realizan las pruebas cruzadas de compatibilidad sanguínea. <b>NOTA:</b> En caso de que la solicitud no sea dirigida para un paciente en específico, trazar un guión en este rubro.
9	EDAD:	Anotar el número de años cumplidos del paciente.
10	GÉNERO:	Marcar con una <b>X</b> el recuadro que corresponda de acuerdo al sexo del paciente.
11	COMPONENTE:	Anotar <b>ST, CE, PFC, CP o CRIO</b> según corresponda.
12	VOLUMEN:	Registrar los mililitros contenidos en la unidad de producto sanguíneo correspondiente.
13	UNIDAD:	Anotar el número de registro de la unidad que se va a otorgar.
14	GRUPO:	Anotar el tipo de grupo sanguíneo de la unidad correspondiente, en base al sistema <b>ABO</b> .
15	Rh	Anotar el tipo de grupo sanguíneo de la unidad correspondiente, en base al sistema Rh.
16	FECHA DE EXTRACCIÓN:	Anotar el día, mes y año en el que se realizó la sangría para obtener la unidad correspondiente.
17	FECHA DE CADUCIDAD:	Anotar el día, mes y año en que caducará el producto sanguíneo contenido en la unidad correspondiente.
18	NOMBRE DEL DONADOR:	Anotar el apellido paterno, apellido materno y nombre(s) del donador de tejido sanguíneo de la unidad correspondiente.
19	TOTAL	Anotar el número total de donadores registrados en el formato.
20	CON PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD	Cruzar con una <b>X</b> sólo en caso de haber realizado las pruebas de compatibilidad sanguínea necesarias para la transfusión.
21	SIN PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD	Cruzar con una <b>X</b> sólo en caso de que el(los) producto(s) solicitado(s) no están dirigidos a un paciente en específico.
22	OBSERVACIONES:	Describir cualquier eventualidad o especificación relacionada con las unidades de sangre que se otorgan.
23	ENTREGA	Anotar el nombre completo y firma del responsable de entregar los productos sanguíneos.
24	RECIBE	Anotar el nombre completo y firma de quien recibe los productos sanguíneos.



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO

**Hoja para Registro de Transfusiones en el Expediente Clínico**

UNIDAD MÉDICA (1)				FECHA (2)				No. EXPEDIENTE (3)			
NOMBRE DEL PACIENTE (4)					EDAD (5)		GÉNERO (6) MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/>		PESO (7)		TALLA (8)
SERVICIO (9)								CAMA/CUARTO (10)			
FECHA DE LA TRANSFUSIÓN (11)	No. DE UNIDAD (12)	CONTENIDO (13)	HORA INICIO (14)	SIGNOS VITALES				HORA DE TÉRMINO (16)	VOLUMEN TRANSFUNDIDO (17)	NOMBRE Y FIRMA DE QUIÉN APLICÓ LA TRANSFUSIÓN (18)	ESTADO GENERAL DEL PACIENTE Y OBSERVACIONES (19)
				SECUENCIA	T A	F C	TEMP				
				ANTES							
				DURANTE							
				DESPUES							
				ANTES							
				DURANTE							
				DESPUES							
				ANTES							
				DURANTE							
				DESPUES							
				ANTES							
				DURANTE							
				DESPUES							

**RECOMENDACIONES:**

- EL SERVICIO CLÍNICO DEBERÁ MANTENER LA UNIDAD EN TEMPERATURA Y CONDICIONES ADECUADAS QUE ASEGUREN SU VIABILIDAD
- ANTES DE CADA TRANSFUSIÓN DEBERÁ VERIFICARSE LA IDENTIDAD DEL RECEPTOR Y DE LA UNIDAD DESIGNADA PARA ESTE
- NO DEBERÁ AGREGAR A LA UNIDAD NINGÚN MEDICAMENTO O SOLUCIÓN, INCLUSO LAS DESTINADAS PARA USO INTRAVENOSO, CON EXCEPCIÓN DE SOLUCIÓN SALINA AL 0.9% CUANDO ASI SEA NECESARIO.
- LA TRANSFUSIÓN DE CADA UNIDAD NO DEBERÁ EXCEDER DE 4 HRS.
- LOS FILTROS DEBERÁN CAMBIARSE CADA 6 HRS. O CUANDO HUBIESEN TRANSFUNDIDO 4 UNIDADES.
- DE PRESENTARSE UNA REACCIÓN TRANSFUSIONAL, SUSPENDER INMEDIATAMENTE LA TRANSFUSIÓN, NOTIFICAR AL MÉDICO ENCARGADO Y REPORTARLA AL BANCO DE SANGRE SIGUIENDO LAS INSTRUCCIONES SEÑALADAS EN EL FORMATO DE REPORTE QUE ACOMPAÑA A LA UNIDAD.
- EN CASO DE TRANSFUNDIR LA UNIDAD, REGRESARLA AL BANCO DE SANGRE O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN ANTES DE DOS HORAS TRANSCURRIDAS A PARTIR DE QUE LA UNIDAD SALIO DEL BANCO DE SANGRE O DEL SERVICIO DE TRANSFUSIÓN

217B20000-086-07

**INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:**

**Hoja para Registro de Transfusiones en el Expediente Clínico**  
(217B20000-086-07)

**OBJETIVO:**

Contar con un registro y control de los procesos de transfusión a los que se someta un paciente, con el fin de anexarlo a su expediente clínico.

**DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO:**

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

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD MÉDICA:	Anotar el nombre de la Unidad Médica donde se realiza la transfusión.
2	FECHA:	Anotar la fecha en la que se requisita el formato.
3	No. EXPEDIENTE:	Registrar el número de expediente que se le asigna al paciente para su identificación.
4	NOMBRE DEL PACIENTE:	Anotar el nombre completo del paciente, iniciando por su apellido paterno, apellido materno y nombre(s).
5	EDAD:	Anotar el número de años cumplidos con que cuenta el paciente.
6	GÉNERO:	Marque con una <b>X</b> el recuadro correspondiente, masculino: hombre; femenino: mujer
7	PESO:	Registrar el peso corporal con que es recibido el paciente en el momento de ingresar a la unidad médica.
8	TALLA:	Registrar la talla del paciente, en el momento de ingresar a la unidad médica.
9	SERVICIO:	Anotar el servicio hospitalario en el que se encuentra el paciente.
10	CAMA/CUARTO:	Anotar el número de cama o cuarto en el que se encuentra internado u hospitalizado el paciente.
11	FECHA DE LA TRANSFUSIÓN	Anotar el día, mes y año en que se realiza la transfusión.
12	NUM. DE UNIDAD	Anotar el número de registro del producto sanguíneo que se va a transfundir.
13	CONTENIDO	Anotar el producto sanguíneo que se va a transfundir ( <b>CE, PFC, CP, CRIO o ST</b> ).

14	HORA DE INICIO:	Registrar la hora y minutos en que inicia la transfusión
15	SIGNOS VITALES	Registrar en el recuadro correspondiente la tención arterial; frecuencia cardiaca y temperatura que presenta el paciente antes, durante y después de la transfusión.
16	HORA TÉRMINO	Anotar la hora en que se suspende o termina la transfusión del producto sanguíneo.
17	VOLUMEN TRANSFUNDIDO	Anotar los mililitros de producto sanguíneo que se transfundieron al paciente.
18	NOMBRE Y FIRMA DE QUIÉN APLICÓ LA TRANSFUSIÓN	Anotar el nombre(s), apellido paterno, apellido materno y firma de quien aplicó y supervisó la transfusión.
19	ESTADO GENERAL DEL PACIENTE Y OBSERVACIONES	Anotar la descripción clínica del estado general del paciente al término o interrupción de la transfusión y en su caso motivo de la interrupción.



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO



**Reporte de Reacciones Transfusionales**

UNIDAD MÉDICA QUE REALIZÓ LAS PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD: (1)		FECHA: (2)	
NOMBRE DEL RECEPTOR: (3)		TRANSFUNDIDO EN: (4)	
No. EXPEDIENTE: (5)	No. CAMA (6)	GÉNERO: (7) MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/>	EDAD: (8)
COMPONENTE: (9)	VOLUMEN TRANSFUNDIDO: (10)	FECHA DE TRANSFUSIÓN: (11)	
HORA DE INICIO: (12)		HORA DE TÉRMINO: (13)	
TEMPERATURA AL INICIO: (14)	TEMPERATURA AL TÉRMINO: (15)	F.C. AL INICIO: (16)	F.C. AL TÉRMINO: (17)

SIGNOS Y SINTOMAS DE LA REACCIÓN TRANSFUSIONAL: (18)

MÉDICO RESPONSABLE DE LA TRANSFUSIÓN

(19)

NOMBRE Y FIRMA

Este formato debidamente llenado deberá ser devuelto al banco de sangre o servicio de transfusión que liberó la unidad para su transfusión.

\* En caso de presentar reacciones adversas a la transfusión:

1° Suspenda la transfusión; rectifique la identidad de la bolsa y del receptor

2° Califique la reacción (señale con una cruz) según:

- Grado I (urticaria)
- Grado II (fiebre)
- Grado III (escalofrío)
- Grado IV (dolor lumbar, angustia, otros)

\* Si la reacción es III o IV:

3° Envíe:

- a) Dos muestras postransfusionales del receptor, con y sin anticoagulante (3 y 7 ml respectivamente); apropiadamente colectadas para evitar hemólisis y debidamente etiquetadas.
- b) La unidad que se estaba transfundiendo, aún sin residuos, así como el equipo de transfusión y soluciones intravenosas que se estuvieran administrando.

\* Si se sospecha de reacción por contaminación bacteriana, envíe a la unidad implicada al banco de sangre o servicio de transfusión con una muestra del receptor (obtenida en condiciones de esterilidad), en un tubo de hemocultivo.

\* Si la reacción transfusional ocurriese tardíamente, se informará al banco de sangre o servicio de transfusión y se acompañará de las muestras correspondientes.

**INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:**  
**Reporte de Reacciones Transfusionales**  
(217B20000-229-08)

**OBJETIVO:**  
Proporcionar un documento soporte para realizar la notificación de una reacción transfusional al banco de sangre o servicio de transfusión que otorgó el(los) producto(s) sanguíneo(s), con el fin de dar el seguimiento correspondiente a la(s) unidad(es) transfundida(s) y al paciente.

**DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO:**  
El formato se genera en original y dos copias; original al banco de sangre, 1ª copia al servicio médico que realizó la transfusión y la 2ª copia para el expediente clínico.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD MÉDICA QUE REALIZÓ LAS PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD:	Anotar el nombre de la unidad médica, donde se encuentra el banco de sangre o servicio de transfusión que realiza las pruebas de compatibilidad sanguínea.
2	FECHA:	Anotar el día, mes y año en que realiza el reporte.
3	NOMBRE DEL RECEPTOR:	Anotar el apellido paterno, apellido materno y nombre(s) del paciente que recibió la transfusión de productos sanguíneos.
4	TRANSFUNDIDO EN:	Anotar el nombre completo de la unidad médica en la que se llevó a cabo la transfusión de productos sanguíneos.
5	No. EXPEDIENTE:	Anotar el número de expediente asignado al paciente para su identificación.
6	No. CAMA:	Anotar el número de cama en la que se encuentra el paciente transfundido.
7	GÉNERO:	Marcar con una <b>X</b> el género del paciente transfundido (femenino o masculino).
8	EDAD:	Anotar los años cumplidos del paciente transfundido.
9	COMPONENTE:	Anotar el nombre del producto sanguíneo que le fue transfundido al paciente <b>(CE, PFC, CP, CRIO o ST)</b> .
10	VOLUMEN TRANSFUNDIDO:	Anotar el total de mililitros del producto sanguíneo en cuestión, transfundidos al paciente.
11	FECHA DE TRANSFUSIÓN:	Anotar el día, mes y año en que dio inicio la transfusión.
12	HORA DE INICIO:	Anotar la hora en que dio inicio la transfusión.
13	HORA DE TÉRMINO:	Anotar la hora en que concluye o se interrumpe la transfusión.
14	TEMPERATURA AL INICIO:	Anotar los grados centígrados registrados con termómetro axilar en el paciente antes de iniciar la transfusión.
15	TEMPERATURA AL TÉRMINO:	Anotar los grados centígrados registrados con termómetro axilar en el paciente al término o interrupción de la transfusión.
16	F.C. AL INICIO:	Anotar las pulsaciones registradas en el paciente al iniciar la transfusión.
17	F.C. AL TÉRMINO:	Pulsaciones registradas en el paciente al término o interrupción de la transfusión.
18	SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA REACCIÓN TRANSFUSIONAL:	Anotar la descripción clínica de signos y síntomas que presente el paciente, considerados como propios de reacción transfusional.
19	MÉDICO RESPONSABLE DE LA TRANSFUSIÓN	Anotar el nombre, apellido paterno, apellido materno y nombre(s) del médico responsable efectuar la transfusión.

<b>PROCEDIMIENTO: "TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y SUS COMPONENTES EN UNIDADES MÉDICAS DEL I S E M".</b>	Edición: Primera
	Fecha: Noviembre de 2011
	Código: 217B50002
	PÁGINA: IX

**SIMBOLOGÍA**

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

**INICIO O FINAL DEL PROCESO**



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

**OPERACIÓN**



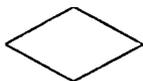
Muestra las principales fases del procedimiento, empleándose cuando el material, formato o la propia acción cambian o requiere conectarse a otra operación lejana dentro del mismo procedimiento.

**LÍNEA CONTÍNUA**



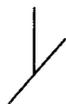
La línea continua marca el flujo de información, documentos o materiales que se están realizando en el área; su dirección se maneja a través de terminar la línea con una pequeña punta de flecha; puede ser utilizada en la dirección que se requiera y para unir cualquier símbolo empleado.

**DECISIÓN**



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

**FUERA DE FLUJO**



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

**CONECTOR DE PROCEDIMIENTOS**



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

**CONECTOR DE HOJA EN UN MISMO PROCEDIMIENTO**



Este símbolo se utiliza con la finalidad de evitar las hojas de gran tamaño, el cual muestra al finalizar la hoja, hacia donde va y al principio de la siguiente hoja de donde viene para fines de control se escribirá dentro de la figura una letra (mayúscula) del alfabeto, empezando con la "A" y continuando con la secuencia del mismo.

<b>PROCEDIMIENTO: "TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y SUS COMPONENTES EN UNIDADES MÉDICAS DEL I S E M".</b>	Edición: Primera
	Fecha: Noviembre de 2011
	Código: 217B50002
	PÁGINA: XI

**REGISTRO DE EDICIONES**

Primera Edición (Noviembre de 2011): elaboración del Manual.

<b>PROCEDIMIENTO: "TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y SUS COMPONENTES EN UNIDADES MÉDICAS DEL I S E M".</b>	Edición: Primera
	Fecha: Noviembre de 2011
	Código: 217B50002
	Página: XII

**DISTRIBUCIÓN**

El original del Procedimiento: Transfusión de Sangre y sus Componentes en Unidades Médicas del ISEM, se encuentra en resguardo del Departamento del Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno".

Las copias controladas están distribuidas de la siguiente manera:

- Departamento de Desarrollo Institucional (1).
- Coordinación de Salud ( 1 ).
- Dirección de Servicios de Salud ( 1 ).
- Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea ( 1 ).
- Servicios de Transfusión en Unidades Médicas del ISEM ( 60 ).

<b>PROCEDIMIENTO: “TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y SUS COMPONENTES EN UNIDADES MÉDICAS DEL I S E M”.</b>	Edición: Primera
	Fecha: Noviembre de 2011
	Código: 217B50002
	Página: XIII

**VALIDACIÓN**

Dr. Gabriel Jaime O’Shea Cuevas  
**Secretario de Salud y Director General del  
Instituto de Salud del Estado de México**  
(Rúbrica).

Mtro. César Nomar Gómez Monge  
**Coordinador de Administración  
y Finanzas**  
(Rúbrica).

Dr. Jesús Luis Rubí Salazar  
**Coordinador de Salud**  
(Rúbrica).

Lic. Angela Rubí Delgado  
**Jefe de la Unidad de Modernización Administrativa**  
(Rúbrica).

Dra. Elizabeth Dávila Chávez  
**Directora de Servicios de Salud**  
(Rúbrica).

Dra. Isis María López Baltazar  
**Jefa del Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea**  
(Rúbrica).

<b>PROCEDIMIENTO: “TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y SUS COMPONENTES EN UNIDADES MÉDICAS DEL I S E M”.</b>	Edición: Primera
	Fecha: Noviembre de 2011
	Código: 217B50002
	Página: XIV

**ACTUALIZACIÓN**

Procedimiento: “Transfusión de Sangre y sus Componentes en Unidades Médicas del ISEM, Toluca, México, noviembre de 2011.

**MP.-**

Ⓢ **Manuales de Procedimientos.**

**Manual del Procedimiento del Servicio de Transfusión en Unidades Médicas del ISEM.**

**Secretaría de Salud**

*Responsable de su elaboración:*

- Dra. Isis Ma. López Baltazar.
- Dr. Efraín Zaldívar Valdéz.
- Dr. Eustaquio Martínez Martínez.
- L.T. Silvia Reynoso Díaz.

*Responsable de su integración:*

- Lic. Ángela Rubí Delgado
- Lic. Aldo Bastida Zamora.

*Toluca, México*  
**Noviembre, 2011.**



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO



SECRETARÍA DE SALUD  
**EN GRANDE**

**PROCEDIMIENTO: “OPERACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD DEL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO”.**

NOVIEMBRE DE 2011

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

© Derechos Reservados.

Primera edición, Noviembre de 2011.

Gobierno del Estado de México.

Secretaría de Salud.

Instituto de Salud del Estado de México.

Independencia Ote. 1009.

Colonia Reforma.

C.P. 50070.

Impreso y hecho en Toluca, México.

Printed and made in Toluca, México.

Correo electrónico: webmasterisem@salud.gob.mx

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

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

<b>PROCEDIMIENTO: “OPERACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD DEL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO”.</b>	Edición: Primera
	Fecha: noviembre de 2011
	Código: 217B10500
	Página:

**ÍNDICE**

Presentación .....	II
Aprobación .....	III
Objetivo General .....	IV
Identificación e Interacción de Procesos (Mapa de Procesos de Alto Nivel).....	V
Relación de Procesos y Procedimientos.....	VI
Descripción del Procedimiento .....	VII
Operación del Sistema de Información en Salud del Instituto de Salud del Estado de México.....	217B10505/01
Simbología .....	VIII
Registro de Ediciones .....	IX
Distribución .....	X
Validación .....	XI
Anexos .....	XII

<b>PROCEDIMIENTO: “OPERACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD DEL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO”.</b>	Edición: Primera
	Fecha: noviembre de 2011
	Código: 217B10500
	Página: II

**PRESENTACIÓN**

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

Por ello, en la Administración Pública del Estado de México, se impulsa la construcción de un gobierno eficiente y de resultados, cuya premisa fundamental es la generación de acuerdos y consensos para la solución de las demandas sociales.

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

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

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

El presente procedimiento documenta la acción organizada para operar el Sistema de Información en Salud, coordinado por el Departamento de Estadística del ISEM. La estructura organizativa, la división del trabajo, los mecanismos de coordinación y comunicación, las funciones y actividades encomendadas, el nivel de centralización o descentralización, los procesos clave de la organización y los resultados que se obtienen, son algunos de los aspectos que delimitan la gestión administrativa de este organismo descentralizado del Sector Salud.

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

<b>PROCEDIMIENTO: "OPERACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD DEL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO".</b>	Edición: Primera
	Fecha: noviembre de 2011
	Código: 217B10500
	Página: III

**APROBACIÓN**

Con fundamento en el artículo 293, fracción IV del Reglamento de Salud del Estado de México, el H. Consejo Interno del Instituto de Salud del Estado de México en sesión ordinaria número 176, aprobó el presente **Procedimiento: "Operación del Sistema de Información en Salud del Instituto de Salud del Estado de México"** el cual contiene la información referente a consideraciones generales, mapa de procesos y procedimientos, así como políticas para dar cumplimiento en la materia de salud reproductiva.

FECHA DE ACUERDO	NÚMERO DE ACUERDO
19 de diciembre de 2011	ISE/176/009

**Lic. Leopoldo Morales Palomares**  
Director de Administración y  
Secretario Técnico del Consejo Interno del ISEM  
(Rúbrica).

<b>PROCEDIMIENTO: "OPERACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD DEL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO".</b>	Edición: Primera
	Fecha: noviembre de 2011
	Código: 217B10500
	Página: IV

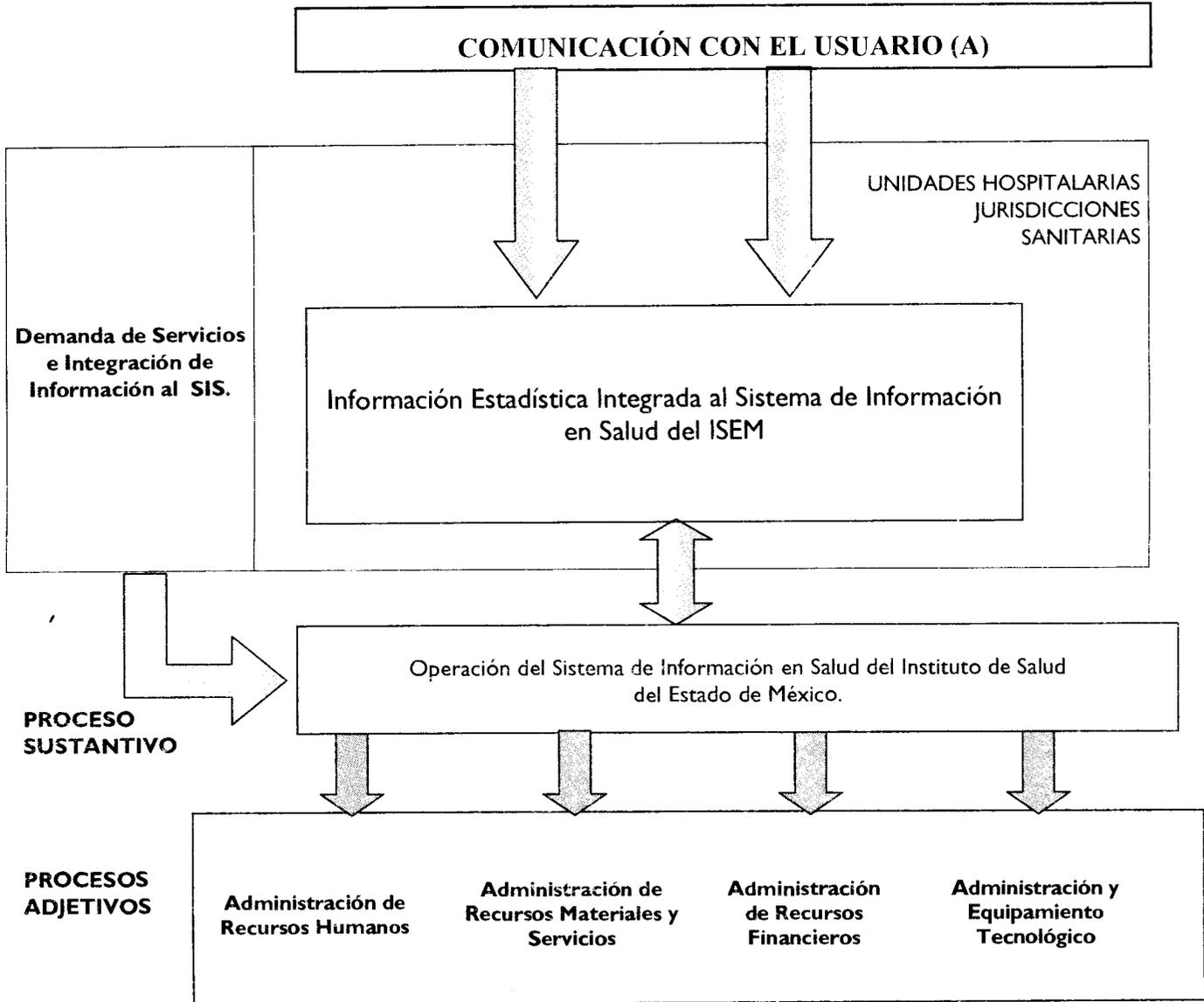
**OBJETIVO GENERAL**

Lograr la unificación de criterios en el mantenimiento y control de información estadística del Instituto de Salud del Estado de México, mediante la documentación, formalización y estandarización de su método de trabajo y establecimiento de políticas que coadyuven en la toma de decisiones cuando se presentan situaciones de excepción en la actividad rutinaria del procedimiento.

<b>PROCEDIMIENTO: "OPERACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD DEL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO".</b>	Edición: Primera
	Fecha: noviembre de 2011
	Código: 217B10500
	Página: V

**IDENTIFICACIÓN E INTERACCIÓN DE PROCESOS**

Mapa de Procesos de Alto Nivel



<b>PROCEDIMIENTO: "OPERACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD DEL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO".</b>	Edición: Primera
	Fecha: noviembre de 2011
	Código: 217B10500
	Página: VI

**RELACIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS**

**Proceso:**

**Operación del Sistema de Información en Salud del Instituto de Salud del Estado de México:** De la elaboración del calendario para la entrega-recepción del reporte mensual del SIS a la recepción del reporte mensual de las unidades hospitalarias y jurisdicciones sanitarias debidamente firmado y validado.

Procedimiento:

- Operación del Sistema de Información en Salud del Instituto de Salud del Estado de México.

<b>PROCEDIMIENTO: "OPERACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD DEL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO".</b>	Edición: Primera
	Fecha: noviembre de 2011
	Código: 217BI0500
	Página: VII

### DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

**PROCEDIMIENTO:** Operación del Sistema de Información en Salud del Instituto de Salud del Estado de México.

#### OBJETIVO:

Mantener información óptima, actualizada, confiable y definitiva para su análisis, difusión, consulta y toma de decisiones; mediante la captura, revisión y validación de la información en la plataforma del SIS.

#### ALCANCE:

Aplica al personal de las Jurisdicciones Sanitarias y Unidades Médicas que tenga a su cargo y responsabilidad el ingreso de información en la plataforma integral del Sistema de Información en Salud.

#### REFERENCIAS:

- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.** Capítulo X, Art. 24 fracciones I, II, III, IV, V, VIII, IX, X, XI Y XVIII. Diario Oficial de la Federación, 5 de enero de 2001 y modificado el 19 de enero de 2004.
- Reglamento de Ley de Información Estadística y Geográfica.** Título Primero, Capítulo Único, Artículo 2°. Diario Oficial de la Federación, 24 de marzo de 2004.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.** Capítulo VI, Artículo 65, Artículo 70. Diario Oficial de la Federación, 13 de noviembre de 2008.
- Reglamento Interno del Instituto de Salud del Estado de México.** Capítulo VI, Artículo 15, fracción IV. Gaceta del Gobierno, 1 de marzo de 2005.
- Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México.** Apartado VII Objetivo y Funciones por Unidad Administrativa 217BI0505 Departamento de Estadística. Gaceta del Gobierno, 20 de julio de 2011.
- Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004,** En Materia de Información en Salud. Diario Oficial de la Federación, 28 de septiembre de 2005.

#### RESPONSABILIDADES:

**La Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación** es la unidad administrativa responsable de controlar las actividades de concentración y manejo de la información enviada por las jurisdicciones sanitarias y las unidades hospitalarias del ISEM a través de su sistema de información en salud en apego a la normatividad vigente en la materia.

#### El Jefe del Departamento de Estadística deberá:

- Elaborar el calendario para la entrega-recepción del reporte mensual del SIS.
- Enviar el calendario con los formatos oficiales correspondientes en medio magnético a las jurisdicciones sanitarias y unidades hospitalarias del ISEM.

#### El Jefe de la Jurisdicción Sanitaria / Director de la Unidad Hospitalaria deberá:

- Recibir el calendario de reporte mensual y formatos del SIS.
- Entregar los formatos al personal que registra las actividades realizadas.
- Verificar la recepción de la información y su captura.
- Revisar y validar la información capturada.
- Enviar el reporte mensual del SIS verificado y consolidado.

**Los Médicos, Enfermeras, Técnicos en Atención Primaria a la Salud, Auxiliares de Salud, Promotores de Salud, Químicos, otros técnicos en salud, parteras tradicionales, Licenciados en Nutrición, Licenciados en Psicología** deberán:

- Registrar sus actividades y/o acciones en los formatos del SIS.

- Entregar los formatos requisitados al jefe de jurisdicción para su captura.

**El Jefe del Departamento de Procesamiento de Datos deberá:**

- Monitorear la información capturada por las unidades hospitalarias y jurisdicciones sanitarias en la Plataforma Integral del SIS.
- Detectar el ingreso de información de las unidades registradas en SINERHIAS.
- Notificar a las unidades hospitalarias y jurisdicciones sanitarias del avance de la captura de su información.
- Recibir el reporte mensual de las unidades hospitalarias y jurisdicciones sanitarias del ISEM.
- Registrar y archivar los reportes recibidos.

**DEFINICIONES:**

**Información:** Conjunto de procesos o elementos interconectados o interdependientes que forman un todo complejo.

**CLUES:** Clave Única de Establecimientos de Salud.

**DGIS:** Dirección General de Información en Salud del Gobierno Federal.

**Estadígrafo:** Persona que resume la información y facilita así su análisis e interpretación utilizando ciertos indicadores.

**Informe:** Presentación de un conjunto de apartados que se integran a partir de una unidad o establecimiento de apoyo.

**Monitorear:** Monitorizar u observar el curso de uno o varios parámetros para detectar posibles anomalías.

**Plataforma del Sistema de Información en Salud:** Sistema de información para la captura de información de las actividades de salud realizadas en las jurisdicciones sanitarias y las unidades médicas hospitalarias.

**SIS:** Sistema de Información en Salud.

**SINERHIAS:** Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención a la Salud.

**UIPPE:** Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación del ISEM.

**INSUMOS:**

- Calendario para la entrega-recepción del reporte mensual del SIS.
- Formatos oficiales vigentes del Sistema de Información en Salud.

**RESULTADOS:**

- Información del SIS optima, actualizada, confiable y definitiva para su análisis, difusión, consulta y toma de decisiones.

**INTERACCIÓN CON OTROS PROCEDIMIENTOS:**

- No aplica

**POLÍTICAS:**

- \* El Departamento de Estadística de la UIPPE realizará el calendario para la entrega recepción del reporte mensual del Sistema de Información en Salud de las jurisdicciones sanitarias y unidades hospitalarias, además enviará los formatos oficiales correspondientes de conformidad con la normatividad correspondiente.
- La UIPPE supervisará el registro de las actividades de las unidades médicas y hospitalarias en los formatos oficiales vigentes, así como la captura de la información en la Plataforma Integral del Sistema de Información en Salud (página del SIS en internet), de conformidad con la normatividad correspondiente.
- El Departamento de Procesamiento de Datos de la Unidad de Informática realizará monitoreos de la información capturada por las unidades médicas y hospitalarias de conformidad con la normatividad correspondiente.
- Las jurisdicciones sanitarias y hospitales del ISEM enviarán su reporte mensual del Sistema de Información en Salud de acuerdo a calendarios preestablecidos por el Departamento de Estadística para cada subsistema de conformidad con la normatividad correspondiente.
- El Departamento de Procesamiento de Datos de la Unidad de Informática, será la unidad responsable de recibir los reportes mensuales de las jurisdicciones sanitarias, acompañados de la impresión del reporte con los datos consolidados, verificados y firmados por cada responsable del programa de conformidad con la normatividad correspondiente.
- Las unidades médicas que no cuenten con clave CLUES no participarán en el proceso de información, ya que es ésta el identificador de las unidades médicas y establecimientos involucrados en el SIS.
- La Dirección General de Información en Salud difundirá la información capturada en el Sistema de Información en Salud mediante Anuarios Estadísticos y cubos dinámicos de conformidad con la normatividad correspondiente.

ACTIVIDAD	ÁREA RESPONSABLE	TIEMPO ESTIMADO
Enviar calendario para entrega de reporte mensual a las jurisdicciones sanitarias y a las unidades médicas hospitalarias.	Departamento de Estadística de la Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación	En el mes de noviembre.

ACTIVIDAD	ÁREA RESPONSABLE	TIEMPO ESTIMADO
Entregar en medios magnéticos los formatos oficiales vigentes del Sistema de Información en Salud a las jurisdicciones sanitarias y a las unidades médicas hospitalarias.	Departamento de Estadística de la Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación	En el mes de noviembre.
Entregar impresos los formatos oficiales vigentes del Sistema de Información en Salud a las jurisdicciones sanitarias y a las unidades médicas hospitalarias en medios magnéticos.	Departamento de Estadística de la Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación	En el mes de febrero.
Recibir calendario y formatos oficiales vigentes del Sistema de Información en Salud para registro de actividades.	Jefe de Jurisdicción Sanitaria o Director de la Unidad Médica Hospitalaria	En el mes de noviembre y febrero.
Entregar formatos a médico, enfermeras, TAPS, auxiliares de salud, promotores de salud, químicos, otros técnicos en salud, parteras tradicionales, licenciados en nutrición y licenciados en psicología para registro de actividades.	Jefe de Jurisdicción Sanitaria o Director de la Unidad Médica Hospitalaria	De acuerdo a requerimientos.
Recibir los formatos y registrar sus actividades.	Médico, enfermeras, TAPS, auxiliares de salud, promotores de salud, químicos, otros técnicos en salud, parteras tradicionales, licenciados en nutrición y licenciados en psicología	De acuerdo a requerimientos.
Entregar formatos con actividades registradas y regresarlos al Jefe de Jurisdicción Sanitaria o Director de la Unidad Médica Hospitalaria para su captura.	Médico, enfermeras, TAPS, auxiliares de salud, promotores de salud, químicos, otros técnicos en salud, parteras tradicionales, licenciados en nutrición y licenciados en psicología	El corte de actividades será el 25 de cada mes.
Recibir formatos con información y entregarlos para su captura.	Jefe de Jurisdicción Sanitaria o Director de la Unidad Médica Hospitalaria	La captura será del 26 del mes en cuestión al 5 del mes siguiente.
Monitorear la Información capturada y estar en comunicación con las Jurisdicciones Sanitarias y las unidades médicas hospitalarias hasta lograr el 100% de unidades registradas y verificadas.	Departamento de Procesamiento de datos de la Unidad de Informática	El Monitoreo será a partir del día 30 de cada mes.
Enviar el reporte mensual del Sistema de Información en Salud al Departamento de Procesamiento de Datos de la Unidad de Informática	Jefe de Jurisdicción Sanitaria o Director de la Unidad Médica Hospitalaria	A más tardar el día 12 de cada mes.
Tomar los datos de la plataforma del Sistema de Información en Salud, los datos para su difusión mediante anuarios estadísticos.	Dirección General de Información en Salud	Al concluir el reporte del mes de diciembre.

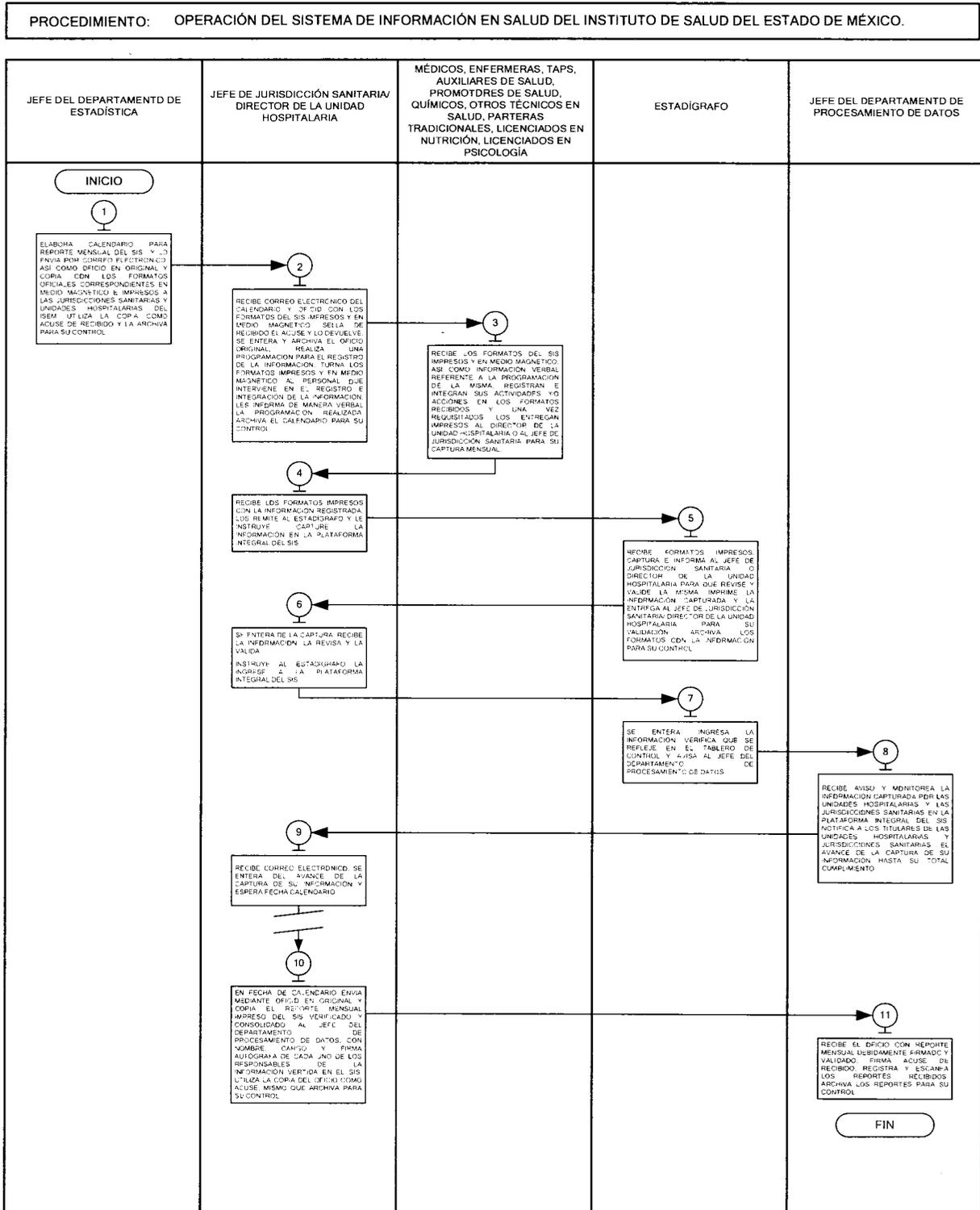
**Desarrollo:**

**Procedimiento:** Operación del Sistema de Información en Salud del Instituto de Salud del Estado de México.

DESCRIPCIÓN		
No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
I	Jefe del Departamento de Estadística	Elabora el calendario para la entrega-recepción del reporte mensual del Sistema de Información en Salud (SIS) del mes siguiente y lo envía por correo electrónico; así como oficio en original y copia con los formatos oficiales correspondientes del SIS en medio magnético e impresos, a las Jurisdicciones Sanitarias y Unidades Hospitalarias del ISEM. Utiliza la copia como acuse de recibido y la archiva para su control.

2	<b>Jefe de Jurisdicción Sanitaria / Director de la Unidad Hospitalaria</b>	Recibe correo electrónico del calendario de reporte mensual y oficio con los formatos del SIS impresos y en medio magnético, sella de recibido el acuse y lo devuelve, se entera y archiva el oficio original; con el calendario realiza una programación para el registro de la información, turna los formatos impresos y en medio magnético del SIS al personal que interviene en el registro e integración de la información de las actividades realizadas en las unidades aplicativas (médicos, enfermeras, técnicos en atención primaria a la salud, auxiliares de salud, promotores de salud, químicos, otros técnicos en salud, parteras tradicionales, licenciados en nutrición, licenciados en psicología), les informa de manera verbal la programación realizada. Archiva el calendario para su control.
3	<b>Médicos, enfermeras, técnicos en atención primaria a la salud, auxiliares de salud, promotores de salud, químicos, otros técnicos en salud, parteras tradicionales, licenciados en nutrición, licenciados en psicología</b>	Recibe los formatos del SIS impresos y en medio magnético, así como información verbal referente a la programación de la misma, registran e integran sus actividades y/o acciones en los formatos del SIS recibidos y una vez requisitados, los entregan impresos al director de la unidad hospitalaria o al jefe de jurisdicción sanitaria para su captura mensual. Archiva formato en medio magnético.
4	<b>Jefe de Jurisdicción Sanitaria / Director de la Unidad Hospitalaria</b>	Recibe los formatos impresos con la información registrada debidamente requisitada, los remite al estadígrafo y lo instruye para que capture la información en la Plataforma Integral del SIS.
5	<b>Estadígrafo</b>	Recibe formatos impresos, captura en sistema la información registrada en ellos; informa al Jefe de Jurisdicción Sanitaria o Director de la Unidad Hospitalaria para que revise y valide la misma. Imprime la información capturada y la entrega al Jefe de Jurisdicción Sanitaria/ Director de la Unidad Hospitalaria para su validación. Archiva los formatos con la información para su control.
6	<b>Jefe de Jurisdicción Sanitaria / Director de la Unidad Hospitalaria</b>	Se entera de la captura, recibe la información impresa, la revisa y la valida. Instruye al estadígrafo la ingrese a la Plataforma Integral del SIS.
7	<b>Estadígrafo</b>	Se entera, ingresa la información a la Plataforma Integral del SIS, verifica que se refleje en el Tablero de Control de Unidades Médicas y avisa al Jefe del Departamento de Procesamiento de Datos.
8	<b>Jefe del Departamento de Procesamiento de Datos</b>	Recibe aviso y mediante el Tablero de Control de Unidades Médicas monitorea la información capturada por las unidades hospitalarias y las jurisdicciones sanitarias en la Plataforma Integral del SIS. Ingresada de información de las unidades registradas en SINERHIAS notifica vía correo electrónico a los titulares de las unidades hospitalarias y jurisdicciones sanitarias el avance de la captura de su información hasta su total cumplimiento.
9	<b>Jefe de Jurisdicción Sanitaria / Director de la Unidad Hospitalaria</b>	Recibe correo electrónico, se entera del avance de la captura de su información y espera fecha calendario.
10	<b>Jefe de Jurisdicción Sanitaria / Director de la Unidad Hospitalaria</b>	En fecha de calendario envía mediante oficio en original y copia el reporte mensual impreso del SIS verificado y consolidado al Jefe del Departamento de Procesamiento de Datos, con nombre, cargo y firma autógrafa de cada uno de los responsables de la información vertida en el SIS. Utiliza la copia del oficio como acuse, mismo que archiva para su control.
11	<b>Jefe del Departamento de Procesamiento de Datos</b>	Recibe el oficio con reporte mensual de las unidades hospitalarias y jurisdicciones sanitarias del ISEM, debidamente firmado y validado; firma acuse de recibido, registra y escanea los reportes recibidos. Archiva los reportes para su control.

**DIAGRAMA:**



**MEDICIÓN:**

Indicador mensual para medir la eficiencia de la captura de información en la plataforma del SIS:

$$\frac{\text{Número mensual de informes de unidades médicas capturados en plataforma del SIS}}{\text{Número mensual total de informes de unidades médicas en plataforma del SIS}} \times 100 = \% \text{ mensual de información de unidades médicas capturada en la plataforma del SIS.}$$

**Registro de Evidencias**

La información enviada por las unidades médicas del ISEM se registra en el Reporte Mensual del SIS que se archiva en el Departamento de Procesamiento de Datos.

**FORMATOS E INSTRUCTIVOS FEDERALES:****(VER ANEXO)**

- Registro Diario de Pacientes.
- Hoja Diaria de Salud Mental.
- Hoja Diaria de Rehabilitación.
- Hoja Diaria de Trabajo Social.
- Registro de Aplicación de Biológico.
- Control Interno de Pláticas.
- Promoción de la Salud. Educación Saludable.
- Reporte de Laboratorio.
- Reporte de Rx.
- Reporte de Anatomía Patológica.
- Reporte de Otros Gabinetes.
- Reporte de Atención Obstétrica.
- Hoja de Hospitalización (Unidades de Consulta Externa).
- Reporte de Actividades de Hospitalización.
- Hoja Diaria de Atención de Urgencias Segundo Nivel.
- Hoja de Registro de Atenciones por Lesiones en la Unidad Médica.
- Registro de Ministración de Micronutrientes.
- Registro de Capacitación de Madres.
- Tarjeta de Control del Estado de Nutrición del Niño.
- Tarjeta de Registro y Control de Lepra.
- Tarjeta de Registro y Control de Caso de Tuberculosis.
- Tarjeta de Registro y Control de Enfermedades Crónicas.
- Tarjeta de Registro y Control de Caso de Brucelosis.
- Tarjeta de Registro e Identificación del Caso de Taneosis/Cisticercosis.
- Tarjeta de Registro y Control de la Mujer Embarazada y en Lactancia.
- Tarjeta de Registro y Control de Enfermedades Crónicas.
- Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia.
- Comunidades Saludables. Organización Comunitaria.
- Comunidades Saludables. Registro de Capacitación.
- Informe Mensual de Actividades Realizadas en la Unidad Médica.
- Informe Mensual de Actividades Realizadas Fuera de la Unidad Médica.
- Informe de Actividades de la Unidad de Psiquiatría y Salud Mental.
- Informe de Actividades de Laboratorio de Salud Pública.
- Informe de Actividades de Vigilancia Sanitaria de los Laboratorios Estatales de Salud Pública.
- Informe Mensual de Actividades del Programa de Prevención y Control de la Rabia Animal.
- Informe de Actividades Realizadas para el Control de la Leishmaniasis.
- Informe de Actividades Realizadas para el Control de la Tripanosomiasis.
- Informe de Actividades Realizadas para el Control de la Oncocercosis.
- Informe de Actividades Realizadas en el Servicio Especializado para la Atención, Detección e Información sobre VIH/SIDA.
- Informe Mensual de Actividades de Participación Municipal.
- Informe Mensual de Actividades de la Unidad de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas.
- Informe Mensual de Actividades de Centros Nueva Vida.
- Informe de Actividades Realizadas durante Semanas Nacionales de Salud Bucal.
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica.
- Registro Mensual de Actividades de Parteras Tradicionales.
- Estrategia de Extensión de Cobertura Actividades Varias, Registro Diario de Actividades.
- Estrategia de Extensión de Cobertura Actividades Varias, Registro Permanente.
- Estrategia de Extensión de Cobertura Actividades Varias, Informe de Módulo.
- Estrategia de Extensión de Cobertura Actividades Varias, Informe Jurisdicción.

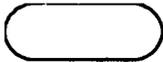
- Estrategia de Extensión de Cobertura Embarazo, Parto y Puerperio.
- Estrategia de Extensión de Cobertura Embarazo, Parto y Puerperio, Registro Permanente.
- Estrategia de Extensión de Cobertura Embarazo, Parto y Puerperio, Informe de Módulo.
- Estrategia de Extensión de Cobertura Embarazo, Parto y Puerperio, Informe Jurisdicción.
- Estrategia de Extensión de Cobertura Menor de Cinco Años, Calendario Seguimiento.
- Estrategia de Extensión de Cobertura Menor de Cinco Años, Registro Permanente.
- Estrategia de Extensión de Cobertura Menor de Cinco Años, Informe Módulo.
- Estrategia de Extensión de Cobertura Menor de Cinco Años, Informe Jurisdicción.
- Estrategia de Extensión de Cobertura Planificación Familiar, Calendario Control.
- Estrategia de Extensión de Cobertura Planificación Familiar, Registro Permanente.
- Estrategia de Extensión de Cobertura Planificación Familiar, Información Módulo.
- Estrategia de Extensión de Cobertura Planificación Familiar, Informe Jurisdicción.
- Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, Concentración de Actividades de la Auxiliar de Salud.
- Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, Concentración de Actividades de la Auxiliar de Salud, Intermedio de la Unidad Médica.

<b>PROCEDIMIENTO: "OPERACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD DEL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO".</b>	Edición: Primera
	Fecha: noviembre de 2011
	Código: 217B10500
	Página: VIII

**SIMBOLOGÍA**

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

**INICIO O FINAL DEL PROCESO**



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

**CONECTOR DE OPERACIÓN**



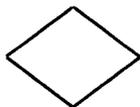
Muestra las principales fases del procedimiento, empleándose cuando el material, formato o la propia acción cambia o requiere conectarse a otra operación lejana dentro del mismo procedimiento.

**LÍNEA CONTÍNUA**



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

**DECISIÓN**



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

**FUERA DE FLUJO**



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

**OPERACIÓN**



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

**CONECTOR DE PROCEDIMIENTOS**

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

**CONECTOR DE HOJA EN  
UN MISMO  
PROCEDIMIENTO**

Este símbolo se utiliza con la finalidad de evitar las hojas de gran tamaño, el cual muestra al finalizar la hoja, hacia donde va y al principio de la siguiente hoja de donde viene para fines de control se escribirá dentro de la figura una letra (mayúscula) del alfabeto, empezando con la "A" y continuando con la secuencia del mismo.

**PROCEDIMIENTO: "OPERACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN EN  
SALUD DEL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO".**

Edición: Primera
Fecha: noviembre de 2011
Código: 217B10500
Página: IX

**REGISTRO DE EDICIONES**

Primera edición, noviembre de 2011. Elaboración del Procedimiento: "Operación del Sistema de Información en Salud del Instituto de Salud del Estado de México".

**PROCEDIMIENTO: "OPERACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN EN  
SALUD DEL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO".**

Edición: Primera
Fecha: noviembre de 2011
Código: 217B10500
Página: X

**DISTRIBUCIÓN**

El original del Procedimiento: "Operación del Sistema de Información en Salud del Instituto de Salud del Estado de México" se encuentra en resguardo del Departamento del Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno".

Las copias controladas están distribuidas de la siguiente manera:

- Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal (1).
- Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación (Departamento de Estadística) (1).
- Unidad de Informática (Departamento de Procesamiento de Datos) (1).
- Jefes de Jurisdicción Sanitaria (19).
- Directores de Unidades Médicas Hospitalarias (55).
- Departamento de Desarrollo Institucional (1).

**PROCEDIMIENTO: "OPERACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN EN  
SALUD DEL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO".**

Edición: Primera
Fecha: noviembre de 2011
Código: 217B10500
Página: XI

**VALIDACIÓN**

**Dr. Gabriel Jaime O'Shea Cuevas**

Secretario de Salud y Director General del Instituto de Salud del Estado de México  
(Rúbrica).

**Lic. César Nomar Gómez Monge**

Coordinador de Administración y Finanzas  
(Rúbrica).

**Lic. Ángela R. Rubí Delgado**

Jefa de la Unidad de Modernización Administrativa  
(Rúbrica).

**Lic. Martha Mejía Márquez**

Jefa de la Unidad de Información, Planeación, Programación y  
Evaluación  
(Rúbrica).

**Dr. Francisco Javier Sánchez Zárate**

Jefe del Departamento de Estadística  
(Rúbrica).

MP.-

© *Manuales de Procedimientos.*

*Procedimiento: "Operación del Sistema de Información en Salud del Instituto de Salud del Estado de México".*

*Secretaría de Salud.*

*Instituto de Salud del Estado de México.*

*Responsable de su elaboración:*

*Dr. Francisco Javier Sánchez Zárate.*

*Lic. Gerardo Briano Guerrero.*

*Responsable de su integración:*

*Unidad de Modernización Administrativa.*

*Toluca, México.*

*Noviembre de 2011.*



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO



SECRETARÍA DE SALUD  
**ENGRANDE**

**PROCEDIMIENTO: PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE IMAGENOLOGÍA DEL CENTRO MÉDICO “LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS”**

OCTUBRE DE 2011

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

© Derechos Reservados.

Primera edición, Octubre de 2011.

Gobierno del Estado de México.

Instituto de Salud del Estado de México.

Independencia Ote. 1009.

Colonia Reforma.

C.P. 50070.

Impreso y hecho en Toluca, México.

Printed and made in Toluca, México.

Correo electrónico: webmasterisem@salud.gob.mx

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

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

<b>PROCEDIMIENTO: PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE IMAGENOLOGÍA DEL CENTRO MÉDICO “LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS”</b>	Edición:	Primera
	Fecha:	Octubre de 2011
	Código:	217B50061
	Página	

**ÍNDICE**

Presentación .....	III
Aprobación .....	IV
Objetivo General .....	V
Identificación e Interacción de Procesos (Mapa de Procesos de Alto Nivel).....	VI
Relación de Procesos y Procedimientos.....	VII
Descripción del Procedimiento .....	VIII
<b>I. Prestación del Servicio de Imagenología del Centro Médico “Lic. Adolfo López Mateos” ...</b>	<b>217B50061/01</b>
Simbología .....	IX
Registro de Ediciones .....	XI
Distribución .....	XII
Validación .....	XIII

<b>PROCEDIMIENTO: PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE IMAGENOLOGÍA DEL CENTRO MÉDICO “LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS”</b>	Edición:	Primera
	Fecha:	Octubre de 2011
	Código:	217B50061
	Página	III

**PRESENTACIÓN**

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

Por ello, en la Administración Pública del Estado de México se impulsa la construcción de un gobierno eficiente y de resultados, cuya premisa fundamental es la generación de acuerdos y consensos para la solución de las demandas sociales.

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

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

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

El presente manual administrativo documenta la acción organizada para dar cumplimiento a la prestación del servicio de imagenología del Centro Médico "Lic. Adolfo López Mateos". La estructura organizativa, la división del trabajo, los mecanismos de coordinación y comunicación, las funciones y actividades encomendadas, el nivel de centralización o descentralización, los procesos clave de la organización y los resultados que se obtienen, son algunos de los aspectos que delinean la gestión administrativa de Centro Médico.

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

**PROCEDIMIENTO: PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE  
IMAGENOLOGÍA DEL CENTRO MÉDICO  
"LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS"**

Edición:	Primera
Fecha:	Octubre de 2011
Código:	217B50061
Página	IV

**APROBACIÓN**

Con fundamento en el artículo 293, fracción IV del Reglamento de Salud del Estado de México, el H. Consejo Interno del Instituto de Salud del Estado de México en sesión ordinaria número 175, aprobó el presente **Procedimiento: Prestación del Servicio de Imagenología del Centro Médico "Lic. Adolfo López Mateos"**, el cual contiene la información referente a consideraciones generales, mapa de procesos y procedimiento, así como políticas para dar cumplimiento en la materia de Salud.

FECHA DE ACUERDO	NÚMERO DE ACUERDO
28 de octubre de 2011	ISE/175/010

**Lic. Leopoldo Morales Palomares**

Encargado del Despacho de la Dirección de Administración y  
Secretario Técnico del Consejo Interno del ISEM  
(Rúbrica).

**PROCEDIMIENTO: PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE  
IMAGENOLOGÍA DEL CENTRO MÉDICO  
"LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS"**

Edición:	Primera
Fecha:	Octubre de 2011
Código:	217B50061
Página	V

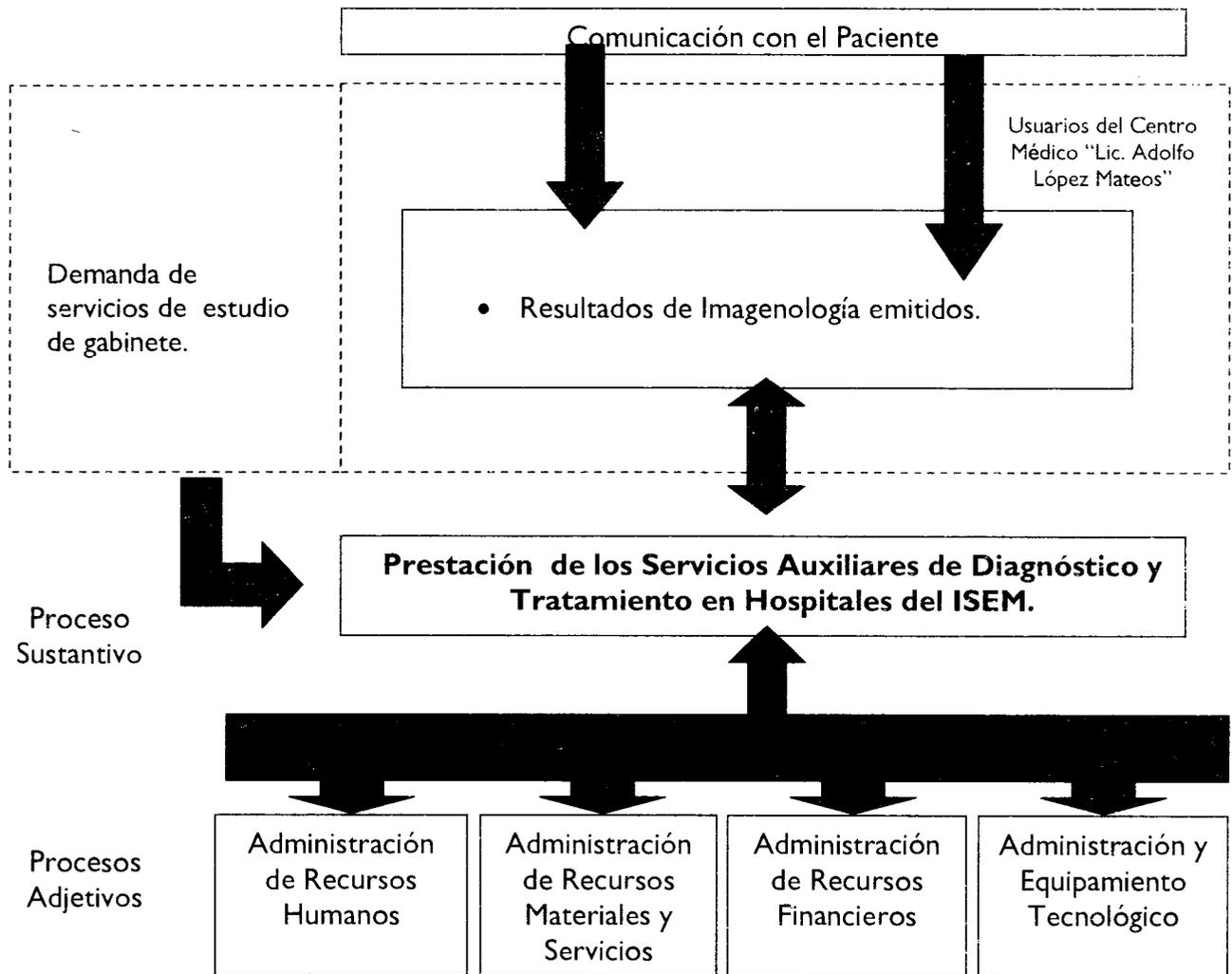
**OBJETIVO GENERAL**

Mejorar en el personal adscrito a la unidad el conocimiento sobre las técnicas y procedimientos necesarios para llevar a cabo una adecuada administración en el servicio de Imagenología, mediante la formalización y documentación de las actividades que permitan tener una idea clara y precisa de cada uno de los pasos que se deben seguir para desarrollar adecuadamente el trabajo encomendado con la finalidad de incrementar la calidad y eficiencia de los trámites y servicios que proporciona el Centro Médico "Lic. Adolfo López Mateos".

<b>PROCEDIMIENTO: PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE IMAGENOLOGÍA DEL CENTRO MÉDICO “LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS”</b>	Edición:	Primera
	Fecha:	Octubre de 2011
	Código:	217B50061
	Página	VI

**IDENTIFICACIÓN E INTERACCIÓN DE PROCESOS**

(Mapa de Procesos)



<b>PROCEDIMIENTO: PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE IMAGENOLOGÍA DEL CENTRO MÉDICO “LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS”</b>	Edición:	Primera
	Fecha:	Octubre de 2011
	Código:	217B50061
	Página	VII

**RELACIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS**

**Proceso:**

**Prestación de los Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento en Hospitales del ISEM:** De la recepción de solicitudes de estudio de gabinete a la entrega de resultados para la valoración o ratificación de diagnósticos médicos.

**Procedimiento:**

- I. **Prestación del Servicio de Imagenología del Centro Médico “Lic. Adolfo López Mateos”.**

**PROCEDIMIENTO: PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE  
IMAGENOLÓGIA DEL CENTRO MÉDICO  
"LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS"**

Edición:	Primera
Fecha:	Octubre de 2011
Código:	217B50061
Página	VIII

**DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

**PROCEDIMIENTO 01: Prestación del Servicio de Imagenología del Centro Médico "Lic. Adolfo López Mateos".**

**OBJETIVO:**

Mejorar la calidad de la valoración y diagnóstico de los pacientes del Centro Médico "Lic. Adolfo López Mateos", mediante la prestación de Servicios de Imagenología oportunos y precisos, inherentes a los exámenes solicitados por el médico tratante.

**ALCANCE:**

Aplica a los servidores públicos y personal adscrito al Centro Médico "Lic. Adolfo López Mateos" que laboren e interactúen con el Área de Imagenología y sea su responsabilidad la recepción de solicitud, la realización de estudios inherentes a dicho servicio e interpretación de los mismos.

**REFERENCIAS:**

- Ley General de Salud. Título primero, Capítulo único, artículos 1, 2, 7, 8, 9, 10, 11, 17. Título tercero prestación de los servicios de salud. Capítulo I, artículos 23, 24, 27, fracción III y VIII. Capítulo III, artículos 24, 37, 38, 47, 48. Capítulo IV, artículos 51, 51 Bis I, 51 Bis 2. Capítulo V, Artículo 61, Fracción I. Título Tercero Bis. Capítulo I, artículo 77 Bis 4. Título Cuarto, Capítulo I, artículos 79, 83. Capítulo II, artículos 89 al 95. Título Séptimo, Capítulo único, Artículo 107. Título Octavo, Capítulo I, Artículo 133. Capítulo III artículos 134, 136, 142, 144. Capítulo VIII, artículos 262, 264, 265, 268. Título Décimo Sexto, Capítulo I, artículos 368, 370, 374, 375, 376 Bis. Capítulo II, Artículo 380. Título Décimo Octavo, Capítulo I, artículos 402, 404. Diario Oficial de la Federación, 27 de mayo de 2010.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Capítulo I, artículos 1, 2, 3, 4, 7, 8, 10, 12, 18, 19, 21, 22, 23, 25, 27, 29. Capítulo IX, artículos 139, 146 Fracción II, a, b, 141, 142, 144, 145, 146, 147. Sección Tercera, artículos 173 al 190. Diario Oficial de la Federación, 29 de mayo de 1986.
- Acuerdo No. 79, relativo a la aplicación, instrumentación y actualización del Manual de referencias y contrarreferencias de solicitantes y envío de muestras y especímenes. Diario Oficial de la Federación, 5 de septiembre de 1988.
- Norma Oficial Mexicana NOM-156-SSA1-1996, Salud Ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones en establecimientos de diagnóstico médico con rayos X. Diario Oficial de la Federación, 26 sept. 1997.
- Norma Oficial Mexicana NOM-157-SSA1-1996, Salud Ambiental. Protección y seguridad radiológica en el diagnóstico médico con rayos X. Diario Oficial de la Federación, septiembre 1997.
- Norma Oficial Mexicana NOM-208-SSA1-2002, regulación de los servicios de salud. Para la práctica de la ultrasonográfica diagnóstica. Diario Oficial de la Federación, 4 marzo 2004.
- Norma Oficial Mexicana NOM-146-SSA1-1996, Salud ambiental. Responsabilidades sanitarias en establecimientos de diagnóstico médico con rayos X. Diario Oficial de la Federación, 12 de junio de 1997.
- Norma Oficial Mexicana NOM-158-SSA1-1996, Salud ambiental. Especificaciones técnicas para equipos de diagnóstico médico con rayos X. Diario Oficial de la Federación, 16 de octubre de 1997.
- Norma Oficial Mexicana NOM-166-SSA1-1998, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos. Diario Oficial de la Federación, 14 de septiembre de 1999.
- Norma Oficial Mexicana NOM-208-SSA1-2002, Regulación de los servicios de salud para la práctica de ultrasonografía diagnóstica. Diario Oficial de la Federación, 4 de marzo de 2004.
- Norma Oficial Mexicana NOM-229-SSA1-2002, Salud ambiental, requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológicas, en establecimientos de diagnóstico médico con RX. Diario Oficial de la Federación, 4 de marzo de 2004.
- Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, que establece los Requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales generales y consultorios de atención médica especializada. Diario Oficial de la Federación, 28 de julio de 2001.
- Norma Oficial Mexicana NOM-CCA-029 ECOL/1993, que establece los límites máximos permisibles de contaminantes en las descargas de aguas residuales a cuerpos receptores provenientes de hospitales. Diario Oficial de la Federación, 18 de octubre de 1993.
- Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-1995, que establece los requisitos para la separación, envasado, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos biológico-infecciosos que se generan en establecimientos que presten atención médica. Diario Oficial de la Federación, 7 de noviembre de 1995.
- Norma Oficial Mexicana NOM-026- STPS-1998, que establece colores y señales de seguridad e higiene e identificación de riesgos por fluidos conducidos en tuberías. Diario Oficial de la Federación. 13 de octubre de 1998.

- Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México. Apartado VII Objetivo y Funciones por Unidad Administrativa, 217B50061: Centro Médico “Lic. Adolfo López Mateos”. Gaceta del Gobierno, 20 de julio de 2011.

**RESPONSABILIDADES:**

**La Dirección General del Centro Médico “Lic. Adolfo López Mateos” en corresponsabilidad con el Servicio de Imagenología,** son las instancias encargadas de planear, coordinar, ejecutar, controlar y vigilar la calidad de la atención médica que se otorga en la prestación de los servicios de imagenología para estudios de diagnóstico que solicite el área médica.

**El Responsable de Recepción del Servicio de Imagenología deberá:**

- Recibir al paciente, verificar que el formato “Solicitud de Estudios de Gabinete” este debidamente requisitado.
- Determinar si el paciente es interno o externo, es urgente o de consulta externa.
- Verificar los datos del paciente, anotar clave del estudio, día y hora de la cita en la “Solicitud de Estudios de Gabinete”; así como la clave de identificación para el pago del mismo.
- Informar sobre la preparación para que se realice el estudio.
- Solicitar al paciente el pago correspondiente de la “Solicitud de Estudios de Gabinete” ante la caja.
- Registrar los datos del paciente en la agenda electrónica de control de citas.
- Entregar y solicitar al paciente el llenado de la hoja de control de calidad y hoja de consentimiento informado, de acuerdo al tipo de estudio a realizar.
- Anotar en la “Solicitud de Estudios de Gabinete” el número de folio correspondiente al recibo de pago entregado por el paciente.
- Colocar la “Solicitud de Estudios de Gabinete” en cajas especiales señaladas con los diferentes tipos de estudios.
- Informar al médico o técnico radiólogo sobre la existencia de pacientes para estudio.
- Recibir y colocar los resultados en un sobre con los datos legibles del paciente (nombre, apellidos y número de registro).
- Registrar diariamente en la bitácora, los ultrasonidos realizados, para que en el momento de la entrega, solicite, en esta la firma de recibo.

**El Técnico Radiólogo Adscrito al Servicio de Imagenología deberá:**

- Recibir información sobre la existencia de pacientes y dar seguimiento al llamado del mismo, para la realización de estudios solicitados.
- Registrar los datos del estudio y paciente en la libreta de registro diario y estadística.
- Entregar los estudios simples al área de recepción para su posterior entrega al paciente.
- Entregar los estudios especiales al área de archivo transitorio, para su interpretación.
- Dar prioridad a los estudios emitidos por el servicio de Código Mater, Choque y UCI.
- Recibir, posicionar y realizar el estudio correspondiente a los pacientes referidos.
- Informar al médico solicitante el tiempo que deberá esperar para recoger y/o entregar el estudio solicitado.

**El Responsable del Archivo Transitorio deberá:**

- Recibir, guardar e interpretar los resultados emitidos por el técnico radiólogo.
- Recibir los estudios ya interpretados por el médico radiólogo y conservarlos para su posterior entrega al paciente.

**El Médico Radiólogo Adscrito al Servicio de Imagenología deberá:**

- Recibir los estudios de imagen, realizar un análisis visual y escrito de los resultados emitidos.
- Entregar los resultados al responsable de archivo transitorio.
- Informar a la recepción y al médico solicitante sobre la preparación necesaria requerida para realizar los diferentes estudios solicitados.
- Informar al médico radiólogo sobre los estudios correspondientes a su área.
- Indicar a la enfermera y camillero la hora en la que deberán trasladar al paciente a imagenología, para realizar los exámenes correspondientes.

**La Enfermera y Camillero deberán:**

- Trasladar al paciente a imagenología y entregarlo al técnico radiólogo con la solicitud del servicio.

**El Médico solicitante deberá:**

- Solicitar a la enfermera prepare al paciente y traslade junto con el camillero a la realización de los estudios.
- Recibir los resultados de los estudios por escrito y las imágenes radiográficas y firmar en la bitácora de recibido.

**DEFINICIONES:**

**Proceso:** Conjunto de actividades o eventos (coordinados u organizados) que se realizan o suceden (alternativa o simultáneamente) con un fin determinado.

**Interpretación:** Dar a una cosa un significado determinado.

**Carta de Consentimiento Informado:** Documento que se le proporciona al Solicitante, familiar o médico tratante para que dé su autorización a la realización del estudio, donde se menciona los riesgos y reacciones que se pueden presentar con su elaboración.

**Estudios Especiales:** Este tipo de estudio son muy variados y se realizan en la sala de flurocopia; por lo que, la fluoroscopia es un técnica de imagen usada en medicina para obtener imágenes en tiempo real de las estructuras internas de los Solicitantes mediante el uso de un fluoroscopio. En su forma más simple, un fluoroscopio consiste en una fuente de rayos X y una pantalla fluorescente entre las que se sitúa al Solicitante. Sin embargo, los fluoroscopios modernos acoplan la pantalla a un intensificador de imagen de rayos X y una cámara de vídeo CCD, lo que permite que las imágenes sean grabadas y reproducidas en un monitor. (\*Ver Guía Técnica de procesos de estudios especiales).

**Estudio de Rayos X:** La denominación **rayos X** designa a una radiación electromagnética, invisible, capaz de atravesar cuerpos opacos y de imprimir las películas fotográficas. (\*Ver Guía Técnica de procesos de estudios de rayos convencionales).

**Estudios Portátiles de Rayos X:** Se realizan a Solicitantes hospitalizados que están entubados o inestables para ser transportados a piso (\*Ver Guía Técnica de procesos de estudios de rayos convencionales).

**Paciente:** Beneficiario directo de la atención médica. (NOM-168-SSA I-1998, del expediente clínico).

**Urgencias:** Conjunto de áreas y equipamiento destinados a la atención de urgencias, ubicados dentro de un establecimiento de atención médica.

**Hospitalización:** Servicio de internamiento de pacientes para su diagnóstico tratamiento o rehabilitación.

**Consulta Externa:** Servicio donde se imparte atención médica a los enfermos no internados y cuyo padecimiento les permite acudir al hospital.

**Comprobante de Pago:** Documento o constancia que sirve para certificar que ha pagado por un servicio o producto. Puede ser: Recibo Único de Pago, Comprobante de Seguro Popular o Recibo de Exención.

**INSUMOS:**

- Solicitud de Estudios de Gabinete.

**RESULTADO:**

- Resultados de los Estudios de Gabinete emitidos.

**INTERACCIÓN CON OTROS PROCEDIMIENTOS:**

- Procedimientos inherentes a hospitalización, consulta externa y urgencias.
- Procedimientos inherentes a Cuotas de Recuperación en Hospitales de Especialidad.

**POLÍTICAS:**

- En caso de que se requiera, los días no hábiles deberá ponerse en marcha el plan de contingencia avalado por los asistentes de la dirección en turno.
- Las personas que podrán ingresar al área de imagenología son:
  - Servidores públicos del Instituto.
  - Trabajadores de algunas empresas contratistas.
  - Personas que acudan a realizarse algún estudio.
  - Médicos Solicitantes.
- Toda persona externa que ingrese al servicio de Imagenología para la ejecución de trabajos, deberá reportar a vigilancia todo tipo de material o herramientas que introduzca, en caso contrario se le hará responsable del extravío o faltante de cualquier tipo de material del área.
- Cualquier persona que pretenda retirar objetos del servicio de Imagenología deberá hacerlo por medio de un oficio dirigido a la oficina de Mantenimiento y seguridad del Hospital, de no ser así se le negará el retiro de dicho objeto.
- El personal médico que solicite un estudio de gabinete deberá estar previamente autorizado para solicitarlo; así mismo deberá anotar en la solicitud de gabinete los datos del Solicitante legibles y el diagnóstico de envío, sin dejar de rubricar dicha solicitud.

- Una vez que el estudio de imagen sea entregado al médico solicitante éste será el único responsable de su manejo, custodia y conservación.
- El personal de camellería será el único autorizado para trasladar a los Solicitantes a estudios de Imagenología, lo que deberá realizar en tiempo y forma, previo aviso del personal técnico y/o médico radiólogo, de lo contrario deberá esperarse con el solicitante a que exista un espacio para la realización de dicho estudio.
- Todo Solicitante deberá presentarse en la unidad de Imagenología con ropa cómoda y sin pertenencias de valor, con aseo general, sin maquillaje y uñas despintadas; para adultos mayores y/o con alguna discapacidad con aseo general, de no cumplir con esto será necesario reagendar nueva cita para realizar el estudio cumpliendo con lo anterior.
- El Solicitante de los servicios de imagenología deberá ser acompañado siempre por un familiar cercano el día que deba presentarse a realizar dichos estudios, a fin de que sea el responsable de éste y tenga la facultad de autorizar tratamiento o intervención médica de emergencia.
- Los Solicitantes que acudan a Resonancia Magnética deberán cumplir las especificaciones de no traer ningún tipo de material metálico ni marcapasos para su realización.
- El Solicitante deberá asistir a su estudio con la preparación indicada por el personal de recepción de Imagenología, de acuerdo al tipo de estudio solicitado; de no ser así se programará dicho estudio en nueva fecha.
- Una vez entregado el estudio y firmado por el Solicitante; el paciente será el único responsable del estudio de Imagenología.
- Los técnicos radiólogos serán los únicos responsables y autorizados para realizar los siguiente estudios:
  - Estudios de rayos X especiales.
  - Estudios de rayos X simples o convencionales.
  - Estudios de Tomografía Axial Computarizada.
  - Mastografía.
  - Resonancia.
- Los médicos radiólogos serán los únicos responsables y autorizados para realizar:
  - Estudios de ultrasonido; los cuales se entregan de manera inmediata al Solicitante.
  - Biopsias.
  - Interpretación de los estudios realizados.
  - Valoración de diagnósticos de Solicitantes a estudios de gabinete.
- Los médicos radiólogos deberán anotar, sin excepción alguna, su nombre, firma y cédula profesional en la interpretación escrita de los estudios de Imagenología, que los responsabiliza de esta.
- Los médicos radiólogos podrán emitir criterios de valoración a los Solicitantes que permitan su pronta cita.
- El personal administrativo deberá contar con registro visible de los estudios que se realicen previa anotación en las bitácoras correspondientes, para el adecuado control de los mismos, conforme a la siguiente:
  - El personal administrativo encargado del archivo transitorio deberá guardar y contar con registro de los estudios realizados e interpretados.
  - El personal de Archivo Transitorio deberá entregar a recepción y/o médico solicitante los estudios una vez interpretados y tendrá bajo custodia los que no se recojan dentro de la jornada laboral en la que fueron solicitados; asimismo, deberá salvaguardar los estudios en disco RW o DVD (según sea el caso); manteniendo un registro actualizado de los mismos.
- El personal de recepción del servicio de Imagenología proporcionará al Solicitante los datos que se soliciten al momento de acudir a sacar una cita; así como la preparación y cartas de consentimiento informado según sea el caso.
- Si se requiere, el médico radiólogo deberá dar una interpretación verbal de estudios de Imagenología a médicos que acudan en caso de urgencias.
- Para realizar estudios de Gabinete se dará prioridad a los servicios en este orden:
  1. Código Mater.
  2. Choque.
  3. UCI.

**DESARROLLO:**

**PROCEDIMIENTO 01: Prestación del Servicio de Imagenología del Centro Médico “Lic. Adolfo López Mateos”.**

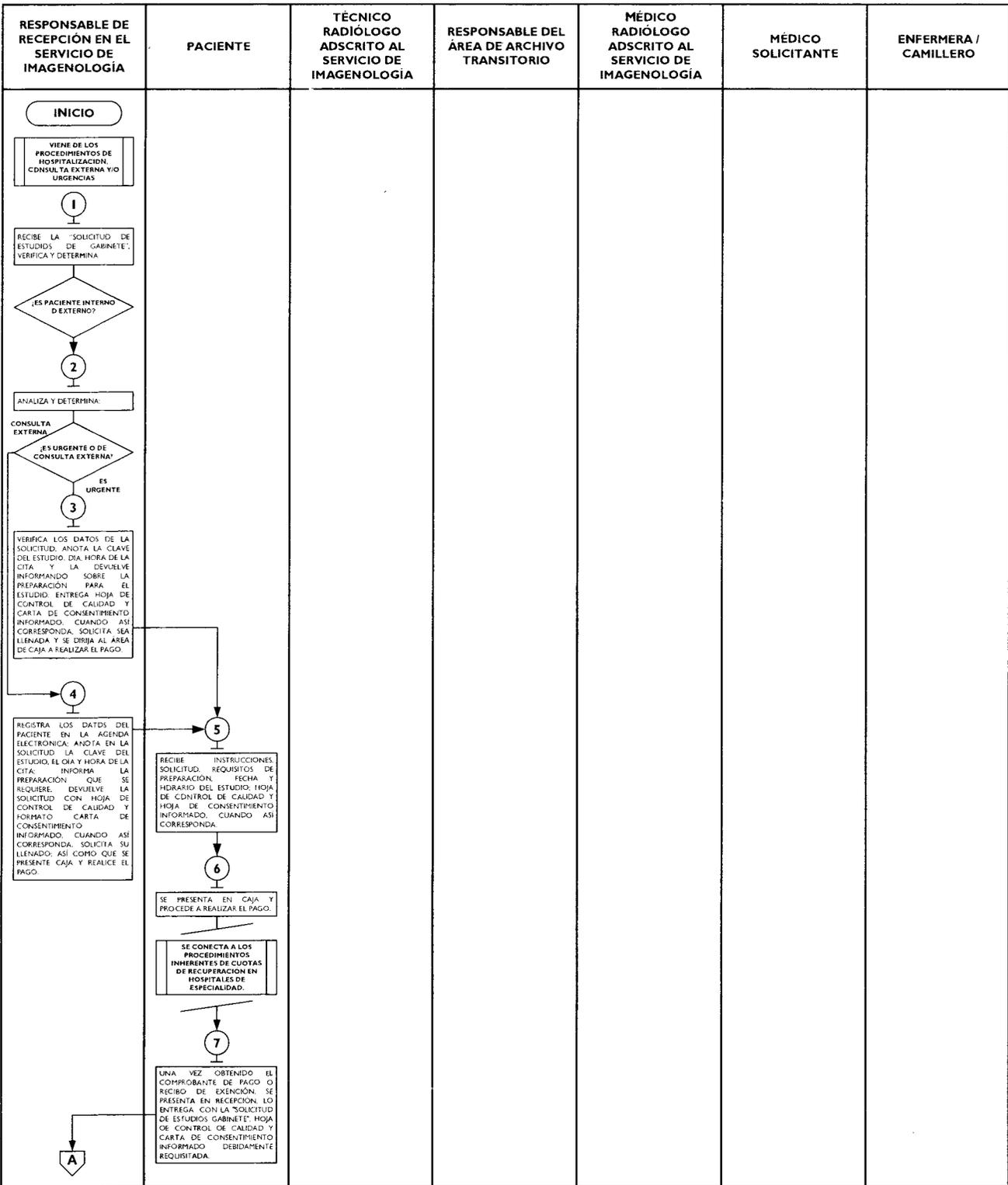
No	UNIDAD ADMINISTRATIVA/PUESTO	DESCRIPCIÓN
		Viene de los procedimientos inherentes a hospitalización, consulta externa y/o urgencias.

1	Responsable de recepción en el servicio de Imagenología.	Recibe al paciente y la "Solicitud de Estudios de Gabinete" original, otorgada por el paciente, médico tratante, familiar y/o responsable legal, verifica y determina: <b>¿Es paciente interno o externo?</b>
2	Responsable de recepción en el servicio de Imagenología.	<b>Es paciente externo.</b> Analiza y Determina: <b>¿Es urgente o de consulta externa?</b>
3	Responsable de recepción en el servicio de Imagenología.	<b>Es urgente.</b> Verifica los datos de la "Solicitud de Estudios de Gabinete", anota en la misma, la clave del estudio, día, hora de la cita y la devuelve al paciente informándole sobre la preparación necesaria para llevar a cabo el estudio. Además entrega hoja de control de calidad y carta de consentimiento informado, cuando así corresponda, solicita sea llenada y se dirija al área de caja del hospital a realizar el pago correspondiente. <b>Se conecta con la operación No. 5.</b>
4	Responsable de recepción en el servicio de Imagenología.	<b>Es de consulta externa.</b> Registra los datos del paciente en la agenda electrónica de control de citas; anota en la "Solicitud de Estudio de Gabinete", la clave del estudio, el día y hora de la cita; informa sobre la preparación que se requiere en relación al tipo de estudio, devuelve la solicitud al paciente. Además entrega hoja de control de calidad y formato carta de consentimiento informado (simple, para Resonancia Magnética o para Tomografía), cuando así corresponda, solicita su llenado; así como que se presente al área de caja y realice el pago correspondiente.
5	Paciente.	Recibe instrucciones, "Solicitud de Estudios de Gabinete" original, requisitos de las preparaciones especiales que deberá reunir, fecha y horario en el que se llevara a cabo el estudio; la hoja de control de calidad y hoja de consentimiento informado, cuando así corresponda.
6	Paciente.	Se presenta en caja y procede a realizar el pago correspondiente. <b>Se conecta a los procedimientos inherentes de cuotas de recuperación en hospitales de especialidad.</b>
7	Paciente.	Una vez obtenido el comprobante de pago en original y copia o Recibo de Exención (según sea el caso), se presenta en recepción en hora indicada, entrega el mismo con la "Solicitud de Estudios Gabinete", hoja de control de calidad y carta de consentimiento informado según sea el caso debidamente requisitada.
8	Responsable de recepción en el servicio de Imagenología.	Recibe la "Solicitud de Estudios de Gabinete" junto con original y copia del comprobante de pago o Recibo de Exención, hoja de calidad y carta de consentimiento informado según sea el caso, debidamente requisitados; anota en la solicitud el número de folio correspondiente al comprobante de pago. Archiva hoja de calidad, carta de consentimiento informado y copia del comprobante de pago o Recibo de Exención; devuelve al paciente el original del comprobante de pago, le informa espere en la sala, para ser llamado posteriormente para su estudio.
9	Paciente.	Recibe y resguarda original del comprobante de pago o Recibo de Exención, espera a ser llamado una vez que el responsable de recepción en el servicio de imagenología notifique al médico y/o técnico radiólogo el estudio a realizar. <b>Se conecta a la actividad No. 11.</b>
10	Responsable de recepción en el servicio de Imagenología.	Coloca las solicitudes de estudios de gabinete en cajas especiales señaladas con los diferentes estudios (Resonancia magnética, Tomografía, RX simples o convencionales, Estudios Especiales, Mastografía y Ultrasonido). Informa al médico o técnico radiólogo sobre la existencia de pacientes para estudio.
11	Técnico Radiólogo adscrito al servicio de Imagenología.	Se entera, acude a la Recepción por la "Solicitud de Estudios de Gabinete", llama al paciente, le informa de la dinámica del estudio, lo realiza, obtiene resultados de gabinete, registrando los datos del estudio y del paciente en la libreta de registro diario y estadística. Determina: <b>¿Es estudio simple o especial?</b>
12	Técnico Radiólogo adscrito al servicio de Imagenología.	<b>Es estudio simple.</b> Entrega los resultados de gabinete al área de recepción e informa al paciente el tiempo aproximado en el que podrá recoger los mismos.
13	Paciente.	Se entera, se retira y espera el tiempo indicado para recoger los resultados. <b>Se conecta a la actividad 20.</b>

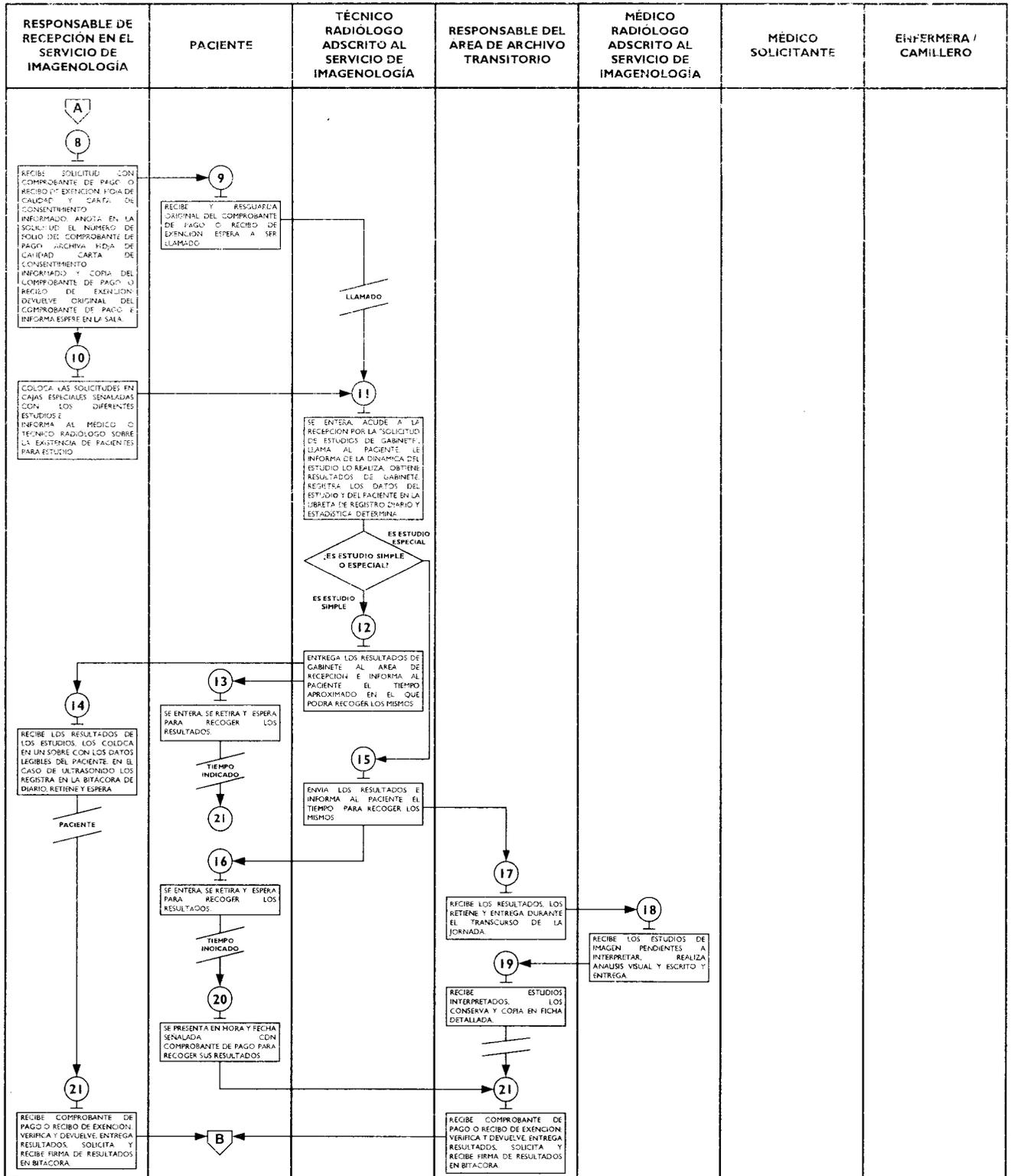
14	Responsable de recepción en el servicio de Imagenología.	Recibe los resultados de los estudios, los coloca en un sobre con los datos legibles (nombre, apellidos y número de registro) del paciente. En el caso de ultrasonido los registra en la bitácora de diario con la finalidad de que el paciente firme de que le ha sido entregado el estudio, retiene y espera al paciente.
15	Técnico Radiólogo adscrito al servicio de Imagenología.	<b>Se conecta a la actividad 21.</b> <b>Es estudio especial.</b> Envía los resultados al responsable del área de archivo transitorio e informa al paciente el tiempo aproximado en el que podrá recoger los mismos.
16	Paciente.	Se entera, se retira y espera el tiempo indicado para recoger los resultados.
17	Responsable del área de Archivo transitorio.	<b>Se conecta a la actividad 20.</b> Recibe los resultados, los retiene y entrega durante el transcurso de la jornada al médico radiólogo para su interpretación.
18	Médico Radiólogo adscrito al servicio de Imagenología.	Recibe los estudios de imagen pendientes a interpretar en el transcurso de su jornada, realiza el análisis visual y escrito de los estudios de Tomografía, estudios de rayos X especiales, resonancias magnéticas y mastografías y entrega al responsable del archivo transitorio los estudios interpretados.
19	Responsable del área de Archivo transitorio	Recibe estudios interpretados, los conserva y copia en ficha detallada.
20	Paciente.	Se presenta en hora y fecha señalada en recepción con comprobante de pago original o recibo de exención para recoger sus resultados.
21	Responsable del área de Archivo transitorio/ Responsable de recepción en el servicio de Imagenología.	Recibe al paciente que solicita resultados con comprobante de pago original o Recibo de Exención; verifica y devuelve el comprobante o recibo, entrega resultados, solicita y recibe firma de resultados en bitácora.
22	Paciente.	Recibe resultados al igual que el comprobante de pago o Recibo de Exención, firma bitácora como firma de recibo y se retira.
23	Responsable de recepción en el servicio de Imagenología.	<b>Viene de la operación No. 1</b> <b>Es paciente interno.</b>  Verifica los datos del paciente en la "Solicitud de Estudios de Gabinete", la cual entrega al Médico Radiólogo adscrito al servicio de Imagenología al momento de informar sobre la petición del estudio para su valoración.
24	Médico Radiólogo adscrito al servicio de Imagenología.	Se entera y recibe "Solicitud de Estudios de Gabinete", a través de esta última informa al médico solicitante sobre la preparación que requerirá el paciente, la hora y fecha para realizar el estudio.
25	Médico Solicitante.	Se entera y recibe "Solicitud de Estudios de Gabinete", entrega la solicitud a la enfermera, le solicita prepare al paciente y lo traslade junto con el camillero a la realización de los estudios en fecha y hora indicados.
26	Enfermera/Camillero.	Recibe instrucciones y "Solicitud de Estudios de Gabinete", prepara al paciente, solicita apoyo de un camillero y lo acompaña al traslado del paciente al área de imagenología y entrega la "Solicitud de Estudios de Gabinete" al técnico radiólogo adscrito al servicio de imagenología.
27	Técnico Radiólogo adscrito al servicio de Imagenología.	Verifica "Solicitud de Estudios de Gabinete", recibe y posiciona al paciente para el estudio correspondiente, al término del estudio solicita al camillero regrese al paciente a su cama. Registra los datos del estudio y del paciente en la libreta de registro diario y estadística. Una vez procesados los estudios, coloca los resultados en un sobre y los entrega a recepción del servicio de imagenología e informa telefónicamente al médico solicitante el tiempo que deberá esperar para que le entreguen los resultados.
28	Responsable de recepción en el servicio de Imagenología.	Recibe los resultados de los estudios, en el caso de ultrasonido los registra en la bitácora de diario con la finalidad de que el médico solicitante, residente o interno firme de recibido (para los demás estudios solicitados la firma será en la "Solicitud de Estudios de Gabinete" original del estudio entregado). Registra en la bitácora de salida de estudios y entrega en la fecha establecida al médico solicitante.
29	Médico Solicitante.	Se entera de la fecha y hora de entrega y espera.
30	Médico Solicitante.	En la fecha señalada solicita y recibe del área de imagenología los resultados de los estudios por escrito y las imágenes radiográficas y firma en la bitácora de recibido. <b>Se conecta con los Procedimientos inherentes a hospitalización, consulta externa y/o urgencias.</b>

**DIAGRAMACIÓN:**

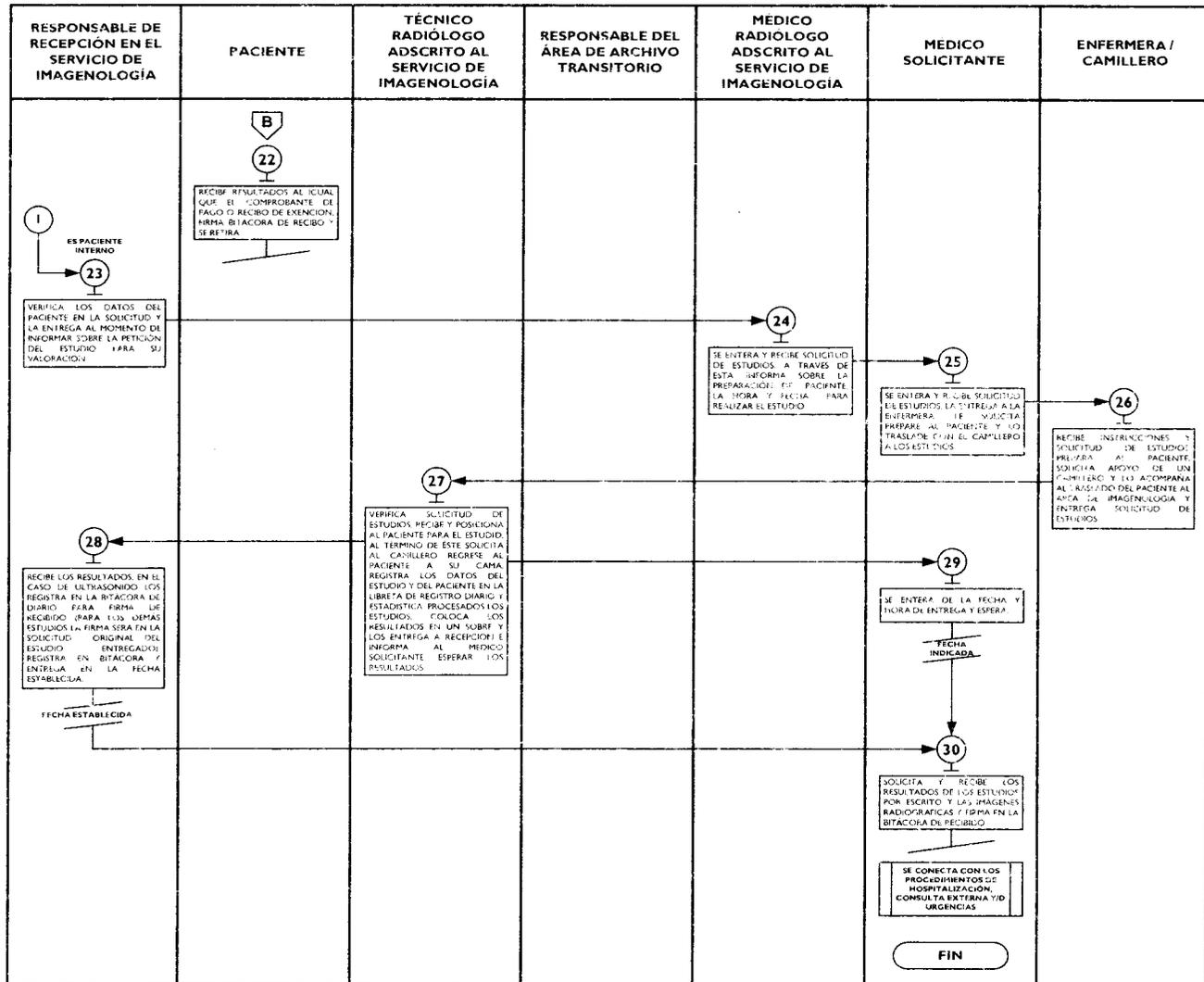
**PROCEDIMIENTO: PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE IMAGENOLÓGIA DEL CENTRO MÉDICO "LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS".**



PROCEDIMIENTO: PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE IMAGENOLÓGIA DEL CENTRO MÉDICO "LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS".



**PROCEDIMIENTO: PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE IMAGENOLÓGIA DEL CENTRO MÉDICO "LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS".**



**MEDICIÓN:**

Indicador para medir la eficiencia del servicio de Imagenología:

$$\frac{\text{Número total de Estudios Realizados Semanalmente}}{\text{Número total de Solicitudes de Gabinete Recibidas Semanalmente}} \times 100 = \text{Porcentaje de Resultados de Gabinete Emitidos}$$

**REGISTRO DE EVIDENCIAS:**

- Las solicitudes de estudios de gabinete quedan en el archivo del área de Servicios de Diagnóstico, Tratamiento e Imagenología.
- Los estudios realizados quedan registrados en la libreta de registro diario y estadística de recepción.

**FORMATOS E INSTRUCTIVOS:**

- Solicitud de Estudio de Gabinete.
- Carta de Consentimiento Informado.
- Carta de Consentimiento Informado para Resonancia Magnética.
- Carta de Consentimiento Informado para Tomografía.
- Recibo Único de Pago.
- Recibo de Exención.



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO



**Solicitud de Estudio de Gabinete**

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

**12/DATOS CLÍNICOS**

**13/DIAGNÓSTICO**

**14/ESTUDIO(S) SOLICITADO(S)**

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

**Interpretación del Estudios de Gabinete**

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

**20/INTERPRETACIÓN**

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

<b>INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:</b>		
<b>Solicitud de Estudio de Gabinete</b> (217B20000-026-06)		
<b>OBJETIVO:</b> Proporcionar al médico tratante el medio para solicitar al área de Servicios de Auxiliares y Diagnostico 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 médico tratante esté en posibilidades de confirmar o descartar el diagnóstico		
<b>DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO:</b> El formato se genera en original y se envía a radiología de la unidad hospitalaria para iniciar el trámite interno; finalmente se archiva en el expediente clínico del paciente.		
No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD MÉDICA	Anotar el nombre completo de la unidad médica 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 <b>X</b> el recuadro que corresponda según el servicio del cual provenga la solicitud de estudio del paciente: consulta externa, urgencias u hospitalización.
6	SERVICIO	Especificar el nombre del servicio que atiende al paciente.
7	CAMA	Anotar el número de cama que ocupa el paciente, siempre y cuando esté hospitalizado.
8	PACIENTE	Marcar con una <b>X</b> si el paciente es de 1ª. vez o subsecuente.
9	NOMBRE DEL PACIENTE	Escribir el nombre completo del paciente en el siguiente orden: apellido paterno, apellido materno y nombre(s).
10	EDAD	Registrar con número arábigo la edad cumplida del paciente. Para menores de un mes anote en días consignando a continuación la letra "D"; para niños mayores de un mes pero menores de un año anote en meses consignando a continuación la letra "M"; para pacientes mayores de un año anote en años consignando a continuación la letra "A".
11	GÉNERO	Marcar con una <b>X</b> el género al que corresponda, Masculino o Femenino.
12	DATOS CLÍNICOS	Describir los datos clínicos que presenta el paciente antes del estudio solicitado.
13	DIAGNÓSTICO	Describir el(los) diagnóstico(s) que presenta el paciente antes del estudio.
14	ESTUDIO SOLICITADO	Describir el tipo de estudio a realizarse, según el diagnóstico que presente el paciente.
15	FECHA DE PRÓXIMA CONSULTA	Anotar el día, mes y año de la próxima consulta.
16	NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO SOLICITANTE	Anotar el nombre completo y firma del médico que solicita el estudio.
17	OBSERVACIONES	Describir las observaciones generales del estado de salud del paciente.
18	PLACA UTILIZADA	Marcar con una <b>X</b> el tamaño de la placa utilizada, mastografía, ultrasonido o tomografía.
19	CLAVE	Anotar la clave que identifica el tipo de estudio realizado de acuerdo al nivel del tabulador sobre el cual se le cobrará la cuota.
20	INTERPRETACIÓN	Analizar y describir los hallazgos obtenidos del estudio realizado.
21	FECHA DE INTERPRETACIÓN	Registrar el día, mes y año en que se efectúa la interpretación del estudio.
22	NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO	Se anotará el nombre, apellidos y firma del médico radiólogo que realizo la interpretación del estudio.
23	OBSERVACIONES	Describir las acciones relevantes que se deban dar a conocer para tomar en cuenta en el tratamiento del paciente, en relación a los resultados obtenidos por el médico tratante.



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO



**Carta de Consentimiento Informado**

1/UNIDAD MÉDICA:	2/LUGAR:	3/FECHA:	4/HORA:
------------------	----------	----------	---------

5/NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S))	6/No. EXPEDIENTE:
--	-------------------

7/EDAD:	8/GÉNERO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	9/OCCUPACIÓN:	10/ESTADO CIVIL:
---------	---	---------------	------------------

11/DOMICILIO (CALLE, NÚMERO, COLONIA, LOCALIDAD, MUNICIPIO, ESTADO)

Los médicos del servicio de 12/ \_\_\_\_\_, me han informado de mi(s) padecimiento(s), por lo que necesito someterme a estudios de laboratorio, gabinete, histopatológicos y de procedimientos anestésicos, así como de tratamiento(s) médico(s) y/o quirúrgico(s) considerados como indispensables para recuperar mi salud.

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

13/Diagnóstico(s) clínico(s) \_\_\_\_\_

14/Estudios de laboratorio, gabinete e histopatológicos \_\_\_\_\_

15/Actos anestésicos \_\_\_\_\_

16/Tratamiento(s) médico(s) \_\_\_\_\_

17/Tratamiento(s) quirúrgico(s) \_\_\_\_\_

18/Riesgos y complicaciones \_\_\_\_\_

He sido informado de los riesgos que entraña el procedimiento, por lo que acepto los riesgos que ello implica.

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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
19/NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN AUTORIZA

\_\_\_\_\_  
20/NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO

\_\_\_\_\_  
20/NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO

**INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:****“Carta de Consentimiento Informado”**

217B20000-038-06

**OBJETIVO:** Obtener autorización del paciente, familiar o responsable legal para que se practiquen ciertos estudios de laboratorio, gabinete, histopatológicos y de procedimientos anestésicos, así como de tratamiento(s) médico(s) y/o quirúrgicos que el médico tratante considere necesarios.

**DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO:** El formato se genera en original y se integra al expediente clínico del paciente.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD MÉDICA	Indicar el nombre oficial de la Unidad Médica que requisita el formato.
2	LUGAR	Anotar el nombre de la localidad donde se encuentra ubicada el Hospital de Especialidad, General y Municipal.
3	FECHA	Anotar el día, mes y año en que se requisita el formato.
4	HORA	Anotar hora en que se requisita el formato.
5	NOMBRE DEL PACIENTE	Anotar el nombre completo del paciente en el siguiente orden (apellido paterno, apellido materno y nombre (s))
6	NÚMERO DE EXPEDIENTE	Escribir el número de expediente asignado al paciente para su identificación.
7	EDAD	Anotar el número de años cumplidos del paciente.
8	GÉNERO	Marcar con una <b>X</b> el recuadro correspondiente: Masculino=Hombre; Femenino=Mujer.
9	OCUPACIÓN	Anotar oficio, profesión u otra actividad en que se ocupa el paciente.
10	ESTADO CIVIL	Registrar el estado civil del paciente: soltero, casado, viudo, divorciado, unión libre.
11	DOMICILIO	Escribir el nombre de la calle, número, colonia, localidad, municipio, entidad federativa.
12	SERVICIO DE	Anotar el nombre del servicio que solicita los estudios.
13	DIAGNÓSTICO(S) CLÍNICO(S)	Describir el padecimiento o patología por la cual ingresa el paciente para su atención.
14	ESTUDIOS DE GABINETE, LABORATORIO E HISTOPATOLÓGICOS	Registrar el nombre de los estudios complementarios que se requieren para el diagnóstico y tratamiento de la patología que presenta el paciente.
15	ACTOS ANESTÉSICOS	Describir el procedimiento anestésico por medio del cual se tratarán los estudios requeridos por el médico.
16	TRATAMIENTO(S) MÉDICO(S)	Anotar el(los) nombre(s) técnico(s) del(los) tratamiento(s) médico(s) que se pretende(n) realizar.
17	TRATAMIENTO(S) QUIRÚRGICO(S)	Asentar el(los) nombre(s) técnico(s) del(los) tratamiento(s) quirúrgico(s) que se pretende(n) realizar.
18	RIESGOS Y COMPLICACIONES	Describir los posibles riesgos y complicaciones que se pueden presentar en la realización de los diferentes estudios y procesos quirúrgicos a realizar.
19	NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN AUTORIZA	Registrar nombre completo y firma del responsable que autoriza el tratamiento, en su caso huella digital.
20	NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO	Anotar nombre completo y firma (en su caso huella digital), de la persona que funja como testigo responsable que autoriza el tratamiento.

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RESONANCIA MAGNÉTICA**

I/Toluca, México a \_\_\_ de \_\_\_ de 20\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO DE RESONANCIA MAGNETICA**

Mediante la presente autorizo al personal médico y técnico del CENTRO MÉDICO "LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS". Para que me realicen el estudio de Resonancia Magnética de 2/ \_\_\_\_\_ solicitado por el Dr. 3/ \_\_\_\_\_

**CUESTIONARIO.**

1.- 4/¿Tiene usted algún o algunos de los siguientes elementos en su cuerpo?

- δ Marcapaso cardiaco
- δ Válvula de derivación
- δ Grapa en aneurisma cerebral
- δ Grapas quirúrgicas en cualquier parte del cuerpo
- δ Derivación renal
- δ Proyectoil de arma de fuego
- δ Prótesis orbitaria
- δ Prótesis dental
- δ Cualquier tipo de prótesis metálica
- δ Aparato dental o Braquetes
- δ Cualquier otro elemento \_\_\_\_\_

2.- ¿Le da temor estar en espacios cerrados?

El estudio tiene una duración aproximada de 1 hora y no es doloroso pero es importante permanecer quieto y seguir las instrucciones que le dará el personal médico o técnico.

Por último autorizo para que en cualquier complicación de urgencia médica se me practiquen las técnicas y procedimientos necesarios que el personal médico y/o técnico considere pertinentes, entendiendo que los honorarios causados son independientes al costo del estudio solicitado.

Atendiendo el principio de libertad prescriptiva ya que estoy satisfecho con la información recibida.

Por este medio se desliga de toda responsabilidad legal al personal Médico y Técnico del CENTRO MÉDICO "LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS".

En caso de que el presente documento no pueda ser firmado por el Solicitante por incapacidad o alguna otra causa, este podrá ser firmado por el familiar o acompañante responsable.

AUTORIZA 5/

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Solicitante  
o acompañante responsable

**INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:**

**"Carta de Consentimiento Informado para Resonancia Magnética"**

**Objetivo:**

Asegurar la autorización del estudio ordenado por el médico tratante por parte del paciente y su acompañante.

**Distribución y Destinatario:**

El formato se genera en original y se integra a la Solicitud de Estudio de Gabinete.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	FECHA	Anotar día, mes y año en que se expidió la carta de consentimiento informado para resonancia magnética.
2	RESONANCIA MAGNÉTICA DE	Precisar el nombre del tipo de estudio solicitado.
3	DOCTOR	Escribir el nombre del Médico que solicita el estudio.
4	CUESTIONARIO	Señalar de la lista derivada de la pregunta, los elementos, para que el técnico radiólogo conozca las respuestas y se decida si es factible hacerse el estudio.
5	AUTORIZA	Escribir el nombre completo del Solicitante, familiar y/o responsable legal.

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMOGRAFÍA**

(1) Toluca, México, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Nombre del Solicitante: (2)

Edad: (3)

No. De Expediente: (4)

Diagnóstico: (5)

El medio de contraste yodado y gadolinio endovenoso, se aplica en los estudios de Imagenología (Tomografía Axial Computarizada, Resonancia Magnética y Estudios Radiológicos Especiales) con la finalidad de realzar las estructuras vasculares lo que facilita la identificación de patologías, así como la caracterización de las lesiones y permite evidenciarlas.

La administración de dicho medio de contraste puede resultar de riesgo para la persona alérgica a el, y no es posible identificar a éste tipo de Solicitantes antes de la aplicación del medio de contraste; incluso cabe señalar que personas a las cuales con anterioridad se les ha realizado estudios contrastados y se les ha administrado el citado medio pueden presentar reacciones adversas cuando se les realizan estudios posteriormente.

Las reacciones pueden ser leves, moderadas o graves y se describen a continuación:

1.- **LEVES:** Náuseas, vómito. Urticaria discreta, prurito y diaforesis.

2.- **MODERADAS:** Vómito severo, urticaria severa, edema facial, edema laríngeo y bronco espasmo.

3.- **SEVERAS:** Choque, edema de pulmón, paro respiratorio, paro cardíaco y convulsiones.

El personal Médico y Técnico que realiza el estudio esta atento a su posible aparición para combatirlos, lo que generalmente ocurre con éxito.

Declaro que he comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el Médico o Técnico que me ha atendido. Me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas sobre las reacciones adversas que puedan presentarse por la administración del medio de contraste yodado y gadolinio vía endovenosa y autorizo al Médico y Técnico del Centro Médico "Lic. Adolfo López Mateos" del Departamento de Imagenología, para que se me aplique el citado medio para la realización \_\_\_\_\_ (6) solicitado por el Dr. (a) \_\_\_\_\_ (7), del mismo modo los autorizo para atender las contingencias y urgencias que puedan presentarse por la administración el medio de contraste, aceptando los riesgos propios de dicha administración, atendiendo el principio de libertad prescrita, ya que estoy completamente satisfecho con la información recibida.

\_\_\_\_\_  
 Nombre y firma del Solicitante / Nombre y firma del representante (8)

\_\_\_\_\_  
 Nombre y firma del Médico (9)

\_\_\_\_\_  
 Nombre y firma de testigo (10)

\_\_\_\_\_  
 Nombre y firma de testigo (10)

**INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:**
**"Carta de Consentimiento Informado para Tomografía"**
**Objetivo:**

Asegurar la autorización del estudio ordenado por el médico tratante por parte del paciente y su acompañante.

**Distribución y Destinatario:**

El formato se genera en original y se integra a la Solicitud de Estudio de Gabinete.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	FECHA	Anotar la fecha en que se expidió la carta de consentimiento.
2	NOMBRE DEL SOLICITANTE	Anotar el nombre del solicitante.
3	EDAD DEL SOLICITANTE	Anotar la edad del solicitante.
4	NO. DE EXPEDIENTE	Indicar el número de expediente que le corresponda al solicitante.
5	DIAGNÓSTICO	Especificar el diagnóstico del solicitante.
6	SE APLIQUE EL CITADO MEDIO PARA LA REALIZACIÓN	Escribir el nombre del tipo de estudio solicitado.
7	DR.	Anotar el nombre del Médico que solicita el estudio.
8	NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE/ NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE	Anotar nombre completo y firma del solicitante o del representante legal.
9	NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO	Anotar nombre completo y firma del médico.
10	NOMBRE Y FIRMA DE TESTIGO	Escribir el nombre completo y firma de dos testigos.



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO



**Recibo Único de Pago**

1/FOLIO:

2/UNIDAD APLICATIVA:

3/FECHA:

4/ RECIBIMOS DE:

5/ No. EXPEDIENTE:

6/ CON R.F.C.:

7/ CUOTA:

8/ CON DOMICILIO:

9/ TIPO DE ATENCION:

**POR LOS SIGUIENTES SERVICIOS:**

10/ CLAVE DEL SERVICIO	11/ DESCRIPCION	12/ CANTIDAD	13/ IMPORTE

15/ CANTIDAD CON LETRA:

14/ TOTAL: \$

16/ SELLO

17/ CAJERO

18/ CLAVE DE LA UNIDAD APLICATIVA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL CAJERO

217B30000-013-11

**INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:**

**“Recibo Único de Pago”**

217B20000-013-11

**OBJETIVO:** Registrar el número de servicios otorgados a los usuarios en el servicio de urgencias, hospitalización y consulta externa de las unidades médicas hospitalarias del Instituto de Salud del Estado de México, así como el costo de los mismos, con el fin de llevar a cabo su control y comprobación ante las autoridades competentes.

**DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO:** El formato se genera en original y dos copias. El original se entrega al usuario/paciente, la primer copia para el Departamento de Control y Registro de Cuotas, segunda copia se archivan para control interno.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	FOLIO	Registrar el número consecutivo correspondiente al formato, de acuerdo al control que de ellos se realice.
2	UNIDAD APLICATIVA	Anotar el nombre oficial de la unidad aplicativa en la que se requisita el formato.
3	FECHA	Indicar el día, mes y año en que se elabora el recibo.
4	RECIBIMOS DE	Anotar el nombre completo del paciente, iniciando por apellido paterno, materno y nombre(s).
5	No. EXPEDIENTE	Asentar el número del expediente que le fue asignado y con el que se identifica al paciente.

6	CON R.F.C.	Escribir el Registro Federal de Contribuyentes del paciente si no cuenta con este anotar la leyenda no aplica.
7	CUOTA	Registrar el nivel del tabulador sobre el cual se cobrará la cuota de recuperación al paciente.
8	CON DOMICILIO	Anotar el lugar de residencia del paciente: calle, número exterior, interior, colonia, zona y código postal, población y municipio.
9	TIPO DE ATENCIÓN	Describir el tipo de atención proporcionada al Paciente en el Hospital.
10	CLAVE DEL SERVICIO	Anotar el número de identificación que corresponda a cada uno de los servicios proporcionados.
11	DESCRIPCIÓN	Especificar cada uno de los servicios proporcionados al paciente, con relación a las claves anotadas en el punto anterior.
12	CANTIDAD	Anotar el número de los servicios proporcionados al usuario, por cada concepto.
13	IMPORTE	Indicar el monto a cubrir por cada uno de los servicios proporcionados al paciente.
14	TOTAL	Realizar y anotar el resultado de la sumatoria de los diferentes importes registrados en el concepto No. 13.
15	CANTIDAD CON LETRA	Anotar con letra el resultado total de la sumatoria de los diferentes importes registrados en el concepto No. 13.
16	SELLO	Colocar el sello de la unidad aplicativa que realiza el cobro de la cuota.
17	NOMBRE Y FIRMA DEL CAJERO	Escribir el nombre completo y firma del cajero responsable que realiza el cobro.
18	CLAVE DE LA UNIDAD APLICATIVA	Anotar la clave oficial asignada a la unidad aplicativa para su identificación.



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO

**Recibo de Exención**

1/No.

3/UNIDAD MEDICA	3/FECHA	4/NO. EXPEDIENTE
5/C. CAJERO DEL HOSPITAL	5/T. ATENCIÓN	

7/COMUNICO A USTED QUE HE AUTORIZADO LA EXENCION DE PAGO DE LOS SIGUIENTES SERVICIOS AL C.

8/CON DOMICILIO EN:

9/CLAVE SERVICIO	10/DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	11/CANTIDAD	12/IMPORTE
13/TOTAL:			\$

14/ELABORO

15/DIRECTOR DEL HOSPITAL

16/RECIBIO

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE Y FIRMA

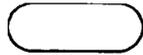
<b>INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:</b> <b>“Recibo de Exención”</b> 217B20000-085-11		
<b>OBJETIVO:</b> Registrar el número de servicios otorgados a los usuarios en el servicio de urgencia, hospitalización y consulta externa de las unidades médicas hospitalarias del Instituto de Salud del Estado de México, así como el costo de los mismos, con el fin de llevar a cabo su control y comprobación ante las autoridades competentes.		
<b>DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO:</b> El formato se genera en original y dos copias. El original se entrega al usuario/paciente, la primer copia para el Departamento de Control y Registro de Cuotas, segunda copia se archivan para control interno.		
No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	No.	Registrar el número consecutivo correspondiente al formato, de acuerdo al control que de ellos se realice.
2	UNIDAD APLICATIVA	Anotar el nombre oficial de la unidad applicativa en la que se requisita el formato.
3	FECHA	Indicar el día, mes y año en que se elabora el recibo.
4	No. EXPEDIENTE	Anotar el número del expediente que le fue asignado y con el que se identifica al paciente.
5	C. CAJERO DEL HOSPITAL	Escribir el nombre completo del cajero responsable que realiza el cobro.
6	TIPO DE ATENCIÓN	Anotar el tipo de atención proporcionada al Paciente en el Hospital.
7	COMUNICO A USTED QUE HE AUTORIZADO LA EXENCIÓN DE PAGO DE LOS SIGUIENTES SERVICIOS AL C.	Asentar nombre completo de la persona que realiza el trámite del pago de exención.
8	CON DOMICILIO	Anotar el lugar de residencia del paciente: calle, número exterior, interior, colonia, zona y código postal, población y municipio.
9	CLAVE DEL SERVICIO	Indicar el número de identificación que corresponda a cada uno de los servicios proporcionados.
10	DESCRIPCIÓN	Especificar cada uno de los servicios proporcionados al paciente, con relación a las claves anotadas en el punto anterior.
11	CANTIDAD	Anotar el número de los servicios proporcionados al usuario, por cada concepto.
12	IMPORTE	Indicar el monto a cubrir por cada uno de los servicios proporcionados al paciente.
13	TOTAL	Realizar y anotar el resultado de la sumatoria de los diferentes importes registrados en el concepto No. 13.
14	ELABORÓ	Anotar nombre completo y firma del cajero responsable que realiza el cobro.
15	DIRECTOR DEL HOSPITAL	Asentar nombre completo y firma del Director del Hospital.
16	RECIBIÓ	Anotar nombre completo y firma de la persona que realiza el trámite del pago de exención.

<b>PROCEDIMIENTO: PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE                      IMAGENOLÓGÍA DEL CENTRO MÉDICO                      “LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS”</b>	Edición: Primera
	Fecha: Octubre de 2011
	Código: 217B50061
	Página IX

**SIMBOLOGÍA**

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

**INICIO O FINAL DEL PROCESO**



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

**CONECTOR DE OPERACIÓN**



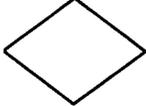
Muestra las principales fases del procedimiento, empleándose cuando el material, formato o la propia acción cambia o requiere conectarse a otra operación lejana dentro del mismo procedimiento.

**LÍNEA CONTÍNUA**



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

**DECISIÓN**



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

**FUERA DE FLUJO**



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

**OPERACIÓN**



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

**CONECTOR DE PROCEDIMIENTOS**



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

**CONECTOR DE HOJA EN UN MISMO PROCEDIMIENTO**



Este símbolo se utiliza con la finalidad de evitar las hojas de gran tamaño, el cual muestra al finalizar la hoja, hacia donde va y al principio de la siguiente hoja de donde viene para fines de control se escribirá dentro de la figura una letra (mayúscula) del alfabeto, empezando con la "A" y continuando con la secuencia del mismo.

**PROCEDIMIENTO: PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE IMAGENOLOGÍA DEL CENTRO MÉDICO "LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS"**

Edición:	Primera
Fecha:	Octubre de 2011
Código:	217B50061
Página	XI

**REGISTRO DE EDICIONES**

**Primera Edición, octubre de 2011:** Elaboración del Procedimiento: Prestación del Servicio de Imagenología del Centro Médico "Lic. Adolfo López Mateos".

**PROCEDIMIENTO: PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE IMAGENOLOGÍA DEL CENTRO MÉDICO "LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS"**

Edición:	Primera
Fecha:	Octubre de 2011
Código:	217B50061
Página	XII

**DISTRIBUCIÓN**

El original del Procedimiento: Prestación del Servicio de Imagenología del Centro Médico "Lic. Adolfo López Mateos" se encuentra bajo resguardo del Departamento del Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno".

Las copias controladas están distribuidas de la siguiente manera:

1. Dirección General del Centro Médico "Lic. Adolfo López Mateos" (1).
2. Subdirección Médica (1).
3. Imagenología (1).
4. Departamento de Desarrollo Institucional de la Unidad de Modernización (1).

<b>PROCEDIMIENTO: PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE IMAGENOLOGÍA DEL CENTRO MÉDICO "LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS"</b>	Edición:	Primera
	Fecha:	Octubre de 2011
	Código:	217B50061
	Página	LXIV

## VALIDACIÓN

**Dr. Gabriel Jaime O'shea Cuevas**

Secretario de Salud y Director General del Instituto de Salud del  
Estado de México  
(Rúbrica).

**Mtro. César Nomar Gómez Monge**  
Coordinador de Administración y Finanzas  
(Rúbrica).

**Dr. Jesús Luis Rubí Salazar**  
Coordinador de Salud  
(Rúbrica).

**Lic. Ángela Rubí Delgado**  
Jefa de la Unidad de Modernización Administrativa  
(Rúbrica).

**Dra. Elizabeth Dávila Chávez**  
Directora de Servicios de Salud  
(Rúbrica).

**Dr. José Rogel Romero**  
Director del Centro Médico  
"Lic. Adolfo López Mateos"  
(Rúbrica).

**Dr. Ángel Salinas Arnaut**  
Subdirector de Atención Médica  
(Rúbrica).

*Procedimiento: Prestación del Servicio de Imagenología del Centro Médico "Lic. Adolfo López Mateos", Toluca, México, octubre de 2011.*

MP.-

© *Procedimiento: Prestación del Servicio de Imagenología del Centro Médico "Lic. Adolfo López Mateos"*

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

Responsable de su elaboración:

*Dr. José Rogel Romero.- Director del Centro Médico "Lic. Adolfo López Mateos"*  
*Dr. Horacio Quaaas Gutiérrez.- Subdirector Médico del Centro Médico "Lic. Adolfo López Mateos"*  
*LAE. Alejandra H. Béjar Calzada.- Jefe de la Unidad de Calidad*  
*Dr. Jorge Quijano Rivera.- Subdirector de Servicios de Apoyo del Centro Médico "Lic. Adolfo López Mateos"*  
*Dr. Claudia Ferreira Martinez.- Jefe del Servicio de Rayos X*  
*LAE. Yuridia García Granados.- Asistente del Servicio de Imagenología del Centro Médico "Lic. Adolfo López Mateos"*

Responsable de su integración:

*Lic. Ángela Rubí Delgado*  
*Lic. Armando Satín Pérez*  
*Lic. Janelly Osornio Avila.*

Toluca, México  
Octubre, 2011.