



# GACETA DEL GOBIERNO



ESTADO DE MÉXICO

Periódico Oficial del Gobierno del Estado Libre y Soberano de México

REGISTRO DGC NUM. 001 1021 CARACTERISTICAS 113282801

Director: Lic. Roberto González Cantellano

Mariano Matamoros Sur No. 308 C.P. 50130

Tomo CXCVII

A:2023/001/02

Número de ejemplares impresos: 300

Toluca de Lerdo, Méx., martes 11 de febrero de 2014

No. 26

## SUMARIO:

### SECRETARÍA DE SALUD

MANUAL DE POLÍTICAS DE LA SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS DEL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO.

CATÁLOGO DE FORMATOS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO ESTOMATOLÓGICO.

GUÍA TÉCNICO ADMINISTRATIVA PARA LA TOMA DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS.

GUÍA TÉCNICO ADMINISTRATIVA DE ENFERMERÍA PARA LA TOMA DE SIGNOS VITALES.

## “2014. Año de los Tratados de Teoloyucan”

### SECCION TERCERA

## PODER EJECUTIVO DEL ESTADO

### SECRETARÍA DE SALUD



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO



GRANDE

## MANUAL DE POLÍTICAS DE LA SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS DEL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO

OCTUBRE DE 2013

SECRETARÍA DE SALUD  
INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO

Derechos Reservados.

Primera Edición, octubre de 2013.

Gobierno del Estado de México.

Secretaría de Salud.

Instituto de Salud del Estado de México.

Independencia Ote. 1009.

Colonia Reforma y Ferrocarriles Nacionales 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.

**MANUAL DE POLÍTICAS DE LA SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS DEL INSTITUTO  
 DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO**

ÍNDICE

Presentación  
 Aprobación  
 Base Legal  
 Objetivo General  
 DEPARTAMENTO DE RELACIONES LABORALES  
 CAPÍTULO I. Registro de la Bolsa de Trabajo del ISEM  
 CAPITULO II. Aplicación, Calificación y Evaluación de batería de exámenes psicométricos y Entrevista para Aspirantes a ingresar al ISEM  
 CAPÍTULO III. Otorgamiento de Estímulos Económicos  
 CAPITULO IV. Otorgamiento del Estímulo Económico por Antigüedad  
 CAPITULO V. Otorgamiento del Estímulo por Productividad  
 CAPITULO VI. Comisiones Sindicales con Goce de Sueldo, para el Desempeño Temporal de Cargo o Actividad Sindical  
 CAPITULO VII. Cambio de Adscripción Interno del ISEM  
 CAPITULO VIII. Cambios de Adscripción Externos del ISEM  
 CAPITULO IX. Autorización de Comisiones Oficiales  
 CAPITULO X. Cambios de Horario o Jornada Laboral  
 CAPITULO XI. Programa de Profesionalización del Personal del Área de Enfermería, Trabajo Social y Terapia Física Adscrito al Instituto de Salud del Estado de México.  
 CAPITULO XII. De los Seguros Institucionales de los Servidores Públicos del SEM  
 CAPITULO XIII. Apoyos Económicos para Gastos de Tesis  
 CAPITULO XIV. Expedición de la Hoja de Servicios y/o Hoja Única de Servicios para FOVISSSTE  
 CAPITULO XV. Expedición de Constancias de Servicio para los trabajadores del ISEM.  
 CAPITULO XVI. Pago de Marcha para los trabajadores del ISEM  
 DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACION DE PERSONAL  
 CAPITULO XVII. Registro y Control de Plantillas de Personal  
 CAPITULO XVIII. Integración del Gasto de "Servicios Personales"  
 CAPITULO XIX. Validación del pago a Terceros Institucionales  
 CAPITULO XX. Registro y Control de los Recursos Financieros de las Unidades 610-Medicos Residentes y XOO-UNEMES CAPA NUEVA VIDA.  
 DEPARTAMENTO DE SISTEMATIZACION DEL PAGO  
 CAPITULO XXI. De la Nómina del Personal del ISEM  
 CAPITULO XXII. De la Manifestación de Bienes  
 CAPITULO XXIII. De las Retenciones (ISR)  
 CAPITULO XXIV. Reporte SAR-FOVISSSTE  
 CAPITULO XXV. Dispersión de Depósitos y Protección de Cheques  
 Glosario  
 Registro de Ediciones  
 Distribución  
 Validación  
 Créditos

**PRESENTACIÓN**

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

Por ello, el Gobierno del Estado de México, impulsa acciones eficientes 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 de Políticas documenta la acción organizada para dar cumplimiento a la misión de la Subdirección de Recursos Humanos. 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, así como la información referente a consideraciones generales y políticas de observancia obligatoria para todo personal adscrito a esta Subdirección, son algunos de los aspectos que delinean la gestión administrativa de este organismo.

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 unidades administrativas del ISEM, hacia nuevos esquemas de responsabilidad, transparencia, organización, liderazgo y productividad.

#### APROBACIÓN

Con fundamento en el artículo 293, fracción IV del Reglamento de Salud del Estado de México, el H. Consejo Interno del Instituto de Salud del Estado de México en sesión ordinaria número 190, aprobó el presente "Manual de Políticas de la Subdirección de Recursos Humanos del Instituto de Salud del Estado de México.", el cual contiene la información referente a consideraciones generales y políticas de observancia obligatoria para todo el personal adscrito a la Subdirección de Recursos Humanos del ISEM.

FECHA DE ACUERDO	NÚMERO DE ACUERDO
19/NOV/2013	ISE/190/011

Lic. Manuel Marcué Díaz  
 Director de Administración  
 Secretario del H. Consejo Interno del ISEM.  
 (Rúbrica).

#### BASE LEGAL

- Ley del Impuesto Sobre la Renta. Capítulo VIII Artículo 86, De las Obligaciones de las Personas Morales. Artículo 86. Diario Oficial de la Federación Reformas y adiciones.
- Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de México, Artículos 42, fracción XIX, 79, 80 fracciones III, 81 y 82 segundo párrafo. Gaceta del Gobierno. 24 de agosto de 2012. Reformas y adiciones.
- Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Título Primero, Artículo 4, Apartado I; Apartado II incisos a-d; Apartado III incisos a-d; Apartado IV incisos a-d; Título Segundo. Capítulo I, artículos 18, 19 y 20. Título Sexto, Artículo 252. Diario Oficial de la Federación. 28 de Mayo de 2012.
- Reglamento de Asistencia, Puntualidad y Permanencia de la Secretaría de Salud.
- Reglamento de Productividad de la Secretaría de Salud.
- Reglamento de Vestuario y Equipo de la Secretaría de Salud.
- Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México. Apartado VII Objetivo y Funciones por Unidad Administrativa, 217B32100 Subdirección de Recursos Humanos, 217B32101 Departamento de Administración de Personal, 217B32102 Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal, 217B32104 Departamento de Sistematización del Pago. Gaceta del Gobierno. 20 de Julio de 2011.
- Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud, Capítulo VII, Artículos 57 al 80; Capítulo XI, Artículo 130 fracción XXVIII y XXX; Capítulo XIII, Artículo 148; Capítulo XIV, artículos 182 al 191; Capítulo XVI, Artículos 213,222, 223.
- Catálogo Institucional de Puestos de la Rama Médica, Paramédica, de Confianza y Afín-Administrativo de la Secretaría de Salud Federal.
- Boletines e-SAR: Boletines Electrónicos emitidos por la CONSAR a las Dependencias y Entidades Públicas que aportan al SAR-FOVISSSTE.
- Circular No. 44 de fecha 22 de septiembre de 2007 emitida por la Subdirección de Recursos Humanos.

#### OBJETIVO GENERAL

Contribuir a una mejor administración de los Recursos Humanos del Instituto de Salud del Estado de México, mediante el establecimiento de lineamientos que controle y delimite la gestión de los servidores públicos adscritos a la Subdirección de Recursos Humanos.

#### CAPÍTULO I

##### Bolsa de Trabajo del ISEM

- 1.1 El aspirante deberá registrarse en el S.B.T.I. en la dirección <http://saludsrh.edomex.gob.mx/bt>, llenando todos los campos.
- 1.2 El S.B.T.I. solo permite realizar un registro por aspirante con vigencia de un año.
- 1.3 El aspirante deberá imprimir y conservar su número de folio, para poder seguir el proceso de selección.
- 1.4 Los Jefes o responsables de Recursos Humanos y el personal de la Oficina de Vinculación Laboral y Selección de Personal serán los únicos autorizados para la impresión de la ficha curricular del aspirante por medio de su cuenta de usuario.

**CAPITULO II**
**Aplicación, Calificación y Evaluación de batería de exámenes psicométricos y Entrevista para Aspirantes a ingresar a ISEM**

- 2.1 El Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal, a través de la Oficina de Vinculación Laboral, será el encargado de otorgar la capacitación a los Jefes de Recursos Humanos, para la aplicación de exámenes psicométricos, así como para la realización de la entrevista laboral.
- 2.2 Los Jefes de Recursos Humanos, serán los responsables directos de la aplicación de exámenes psicométricos y entrevista laboral a los aspirantes, así como de la entrega de los mismos en un lapso no mayor a 5 días posteriores a la fecha de su aplicación en el Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal.
- 2.3 Los aspirantes deberán presentar su examen en la Unidad Administrativa donde fueron propuestos, presentando copia de su registro a la Bolsa de Trabajo Institucional y demás requisitos solicitados.
- 2.4 El Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal, a través de la Oficina de Vinculación Laboral, será el encargado de recibir, calificar y evaluar los exámenes psicométricos, debidamente firmados por el Jefe de Recursos de las unidades administrativas y aplicativas.
- 2.5 El Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal a través de la Oficina de Vinculación Laboral es la única área facultada para expedir las tarjetas de resultados.
- 2.6 La reposición o duplicado de las tarjetas de resultados de exámenes psicométricos, solo se expedirán si la aplicación del examen se encuentra dentro del año de vigencia.
- 2.7 El Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal, a través de la Oficina de Vinculación Laboral, deberá entregar al Jefe de Recursos Humanos de las unidades administrativas y aplicativas, en un plazo no mayor de 5 días hábiles, el resultado de los exámenes a partir de la entrega.
- 2.8 La vigencia de los exámenes psicométricos será de un año a partir de la fecha de aplicación.
- 2.9 Si un aspirante obtuviera un resultado no adecuado, no podrá realizar un nuevo examen, sino transcurrido un periodo de 6 meses.
- 2.10 Los aspirantes solamente podrán, realizar un examen psicométrico, si cumplen con los requisitos establecidos en el Catalogo Sectorial de Puestos Institucional, así como la documentación completa.
- 2.11 Los exámenes psicométricos se aplicarán únicamente de acuerdo al número de vacantes que reporta el Jefe de Recursos Humanos de las unidades administrativas y aplicativas.

**CAPITULO III**
**Otorgamiento de Estímulos Económicos**

- 3.1 La Subdirección de Recursos Humanos, emitirá anualmente circular donde solicite a las unidades administrativas, la plantilla del personal acreedor a los estímulos del día de las Madres, día de Reyes y día del Trabajador de la Secretaría de Salud.
- 3.2 Los trabajadores con derecho a los estímulos del día de las Madres, día de Reyes y día del Trabajador de la Secretaría de Salud, son aquellos que tengan mínimo seis meses un día de servicio ininterrumpido en la plaza de base federal, estatal y regularizado.
- 3.3 Para el otorgamiento del estímulo del Día de las Madres y Día de Reyes, los trabajadores deberán presentar en el área de Recursos Humanos de sus Unidades Aplicativas, copia simple del acta de nacimiento del hijo menor.
- 3.4 El estímulo del Día de Reyes, se otorga a los trabajadores que tengan un hijo menor de 12 años cumplidos al 6 de enero del año en que se otorga el estímulo.
- 3.5 El Día del Trabajador de la Secretaría de Salud, se otorgará a todo el personal de base Federal, Estatal y regularizado perteneciente al ISEM, que se encuentre activo al 15 de Octubre del año que se proporcionara el estímulo.
- 3.6 Es responsabilidad de cada Jefe de Recursos Humanos de las unidades administrativas y aplicativas, entregar en tiempo y forma el reporte para el pago correspondiente.

**CAPITULO IV**
**Otorgamiento del Estímulo Económico por Antigüedad**

- 4.1 El reconocimiento económico por antigüedad efectiva aplica únicamente al trabajador de base federal adscrito al Instituto de Salud del Estado de México.
- 4.2 El Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal, deberá elaborar el formato de integración de antigüedad del personal de base que cumpla 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50 años y por cada 5 años después de los 50 años cumplidos al 31 de diciembre del año en que se entrega el estímulo.
- 4.3 El Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal, deberá realizar un listado preliminar del personal acreedor al estímulo por antigüedad efectiva, de acuerdo a la fecha de ingreso de cada trabajador.
- 4.4 El Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal, deberá validar el listado con los Formatos de integración de antigüedad emitidos.
- 4.5 Es responsabilidad de cada Jefe de Recursos Humanos de las unidades administrativas y aplicativas, entregar en tiempo y forma el reporte para el pago correspondiente.

**CAPITULO V**
**Otorgamiento del Estímulo por Productividad**

- 5.1 El pago del estímulo de productividad, se deberá realizar únicamente en vales de despensa.
- 5.2 El monto de los vales de despensa por concepto de pago del estímulo de productividad, deberá estar sujeto a lo estipulado en las "Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud" vigentes.

- 5.3 La asignación de vales para el estímulo mensual de productividad, deberá ser analizado y revisado por el Director de la Unidad Hospitalaria y/o Jefe de Jurisdicción Sanitaria, Jefe de Recursos Humanos de las unidades administrativas y aplicativas y Representante Sindical.
- 5.4 El Jefe de Recursos Humanos de las unidades administrativas y aplicativas deberá entregar al Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal, los siguientes requisitos para la dotación de vales de productividad:
- Formato original de solicitud de vales de productividad firmado por el Jefe de la Unidad Aplicativa.
  - Responsiva original.
  - Minuta original.
  - Oficio original de solicitud de vales de productividad.
  - Cédula original.
- 5.5 El Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal, deberá de separar y capturar en el sistema de productividad la relación de trabajadores beneficiados.
- 5.6 El Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal, deberá entregar al Departamento de Pagos original y copia del listado, debidamente validado por la Subdirección de Recursos Humanos.
- 5.7 El Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal, archivará acuse de recibo para control interno.

#### CAPITULO VI

##### Comisiones Sindicales con Goce de Sueldo, para el Desempeño Temporal de Cargo o Actividad Sindical

- 6.1 El servidor público que solicite una comisión sindical, deberá ostentar la titularidad de una plaza de base estatal o federal.
- 6.2 Las licencias con goce de sueldo, sólo podrán ser autorizadas por la Subsecretaría de Administración y Finanzas y/o Dirección General de Recursos Humanos de la Secretaría de Salud Federal.
- 6.3 El periodo de la licencia con goce de sueldo no podrá modificarse de aquél autorizado por la Subsecretaría de Administración y Finanzas y/o Dirección General de Recursos Humanos.
- 6.4 El ISEM, a través de la Subdirección de Recursos Humanos dará respuesta a las solicitudes de anuencia requeridas por la Subsecretaría de Administración y Finanzas y/o Dirección General de Recursos Humanos, una vez recibido el oficio de petición.
- 6.5 No podrá establecerse un tiempo de respuesta para las autorizaciones de licencias con goce de sueldo, debido a que el trámite se realiza en unidades administrativas ajenas al Instituto.

#### CAPITULO VII

##### Cambio de Adscripción Interno del ISEM

- 7.1 El cambio de adscripción interno aplicará únicamente entre unidades administrativas y aplicativas dependientes del ISEM.
- 7.2 La Subdirección de Recursos Humanos, es la única facultada para autorizar los Cambios de Adscripción de los servidores públicos adscritos al ISEM.
- 7.3 El servidor público solicitante del cambio de adscripción, deberá ostentar la titularidad de su plaza de base estatal o federal y realizar su solicitud mediante oficio dirigido al Subdirector de Recursos Humanos del ISEM.
- 7.4 La Subdirección de Recursos Humanos deberá solicitar a las Unidades Aplicativas involucradas, anuencia de dicho cambio, de lo contrario no surtirá efecto.
- 7.5 En caso de que el cambio de adscripción interno se realice por permuta, ambos servidores públicos interesados deberán presentar solicitud por escrito.

#### CAPITULO VIII

##### Cambios de Adscripción Externos del ISEM

- 8.1 Los cambios de adscripción externos solicitados, serán procedentes únicamente para unidades de salud dependientes de la Secretaría de Salud Federal y para aquellos trabajadores que ostenten la titularidad de una plaza de base federal.
- 8.2 La solicitud de cambio de adscripción externo deberá realizarla el trabajador interesado, mediante oficio dirigido al Subdirector de Recursos Humanos del ISEM.
- 8.3 La Subdirección de Recursos Humanos deberá, solicitar oficios de anuencia por parte de las unidades aplicativas interesadas.
- 8.4 Los oficios de autorización de un cambio de adscripción externo serán firmados únicamente por el Subdirector de Recursos Humanos del ISEM.

#### CAPÍTULO IX

##### Autorización de Comisiones Oficiales

- 9.1 La Subdirección de Recursos Humanos, es la única facultada para autorizar las comisiones oficiales y las prórrogas de las mismas, pertenecientes a los servidores públicos adscritos al ISEM, previa solicitud del servidor público, de la unidad de adscripción o de la misma Subdirección.
- 9.2 Las comisiones oficiales se otorgarán únicamente a trabajadores adscritos al ISEM con plaza de base y en ningún caso podrá exceder de seis meses.
- 9.3 La prórroga de comisión oficial, deberá solicitarse a través de las unidades administrativas y aplicativas a la Subdirección de Recursos Humanos mediante oficio, 20 días naturales antes de la conclusión de la misma y deberá contar con la anuencia de las Unidades involucradas.

- 9.4 La Subdirección de Recursos Humanos, deberá solicitar anuencia de las Unidades Aplicativas, para la autorización de Comisiones Oficiales y estas deberán remitir la respuesta en un término no mayor de 5 días hábiles, después de la recepción del mismo.

### CAPITULO X

#### Cambios de Horario o Jornada Laboral

- 10.1 Todo cambio de horario y/o jornada laboral deberá estar fundamentado en las actuales Condiciones Generales de Trabajo vigentes en la Secretaría de Salud y bajo las necesidades de servicio de las unidades administrativas y aplicativas.
- 10.2 La solicitud del cambio de horario o jornada laboral deberá realizarla el servidor público de base federal o la Unidad de Adscripción del mismo, a través de oficio dirigido a la Subdirección de Recursos Humanos.
- 10.3 La Subdirección de Recursos Humanos, deberá dar respuesta de manera oficial de la resolución de cambio de horario o jornada laboral, en los términos establecidos por las Condiciones Generales de Trabajo vigentes en la Secretaría de Salud.

### CAPITULO XI

#### Programa de Profesionalización del Personal del Área de Enfermería, Trabajo Social y Terapia Física Adscrito al Instituto de Salud del Estado de México.

- 11.1 La Subdirección de Recursos Humanos, deberá llevar a cabo la retabulación del programa de profesionalización del área de Enfermería y Trabajo Social cuando sea autorizado por la Secretaría de Salud Federal y la SHCP.
- 11.2 El Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal, difundirá en todas las Unidades Aplicativas, los lineamientos respecto al programa de profesionalización del personal del área de enfermería, trabajo social y terapia física, de acuerdo a las políticas fijadas por la Dirección General de Recursos Humanos
- 11.3 El Jefe de Recursos Humanos de las unidades administrativas y aplicativas, deberá publicar la convocatoria e inscribir al personal candidato al programa de profesionalización.
- 11.4 El titular de la Unidad Administrativa correspondiente, remitirá un oficio al Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal así como el listado del personal inscrito al programa de profesionalización anexando la documentación soporte y certificando la autenticidad de la misma.
- 11.5 El Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal, emitirá y generará el listado definitivo de los candidatos al programa de profesionalización en las áreas de enfermería, trabajo social y terapia física.
- 11.6 El Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal, deberá elaborar oficio dirigido a la Dirección General Adjunta de Administración, Operación y Control de Servicios Personales de la Secretaría de Salud Federal firmado por el Subdirector de Recursos Humanos, anexando listado y documentación soporte del personal procedente a la profesionalización.

### CAPITULO XII

#### De los Seguros Institucionales de los Servidores Públicos del ISEM

##### Seguro de Vida Institucional

- 12.1 El Seguro de Vida institucional, es una prestación que únicamente se otorga a los trabajadores de base federal, estatal y regularizado.
- 12.2 El Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal, entregara a los Jefes de Recursos Humanos de las unidades administrativas y aplicativas el Formato de Seguro de Vida Institucional en original para que el trabajador designe a sus beneficiados en el Seguro de Vida.
- 12.3 El Jefe de Recursos Humanos de las unidades administrativas y aplicativas, deberá anexar al Formato de Seguro de Vida Institucional del personal de base federal y estatal el formato de autorización o rechazo de la contratación de la cobertura potenciada.
- 12.4 Los Jefes de Recursos Humanos de las unidades aplicativas, deberán de verificar que el Formato de Seguro de Vida Institucional, sea legible y no presente tachaduras ni enmendaduras.
- 12.5 El Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal, solicitará al Jefe de Recursos Humanos de las unidades administrativas y aplicativas, semestralmente la actualización de los Formatos de Seguros de Vida Institucional.
- 12.6 El Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal, resguardará el Formato de Seguro de Vida Institucional y la contratación de cobertura potenciada para el Seguro de Vida.
- 12.7 En caso de solicitud de la cobertura potenciada, el Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal, canalizara los movimientos de incremento de suma asegurada al Departamento de Administración de Personal, para su aplicación en el sistema de nómina.
- 12.8 En caso de que el servidor público asegurado sufra un siniestro el Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de personal, deberá entregar a los beneficiarios documentación soporte para el cobro del Seguro.

##### Seguro de Responsabilidad Médica

- 12.9 El seguro es una prestación que únicamente se otorga al personal de la rama médica y de enfermería con base federal, estatal y regularizada.
- 12.10 El Jefe de Recursos Humanos de las unidades administrativas y aplicativas, deberá recabar, requisitar y entregar la Carta de Aceptación y/o rechazo al Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal.

- 12.11 El Departamento de Relaciones Laborales, deberá solicitar el certificado individual a la Aseguradora.
- 12.12 Si el servidor público desea la potenciación de este seguro deberá requisitar el Formato de Solicitud del Seguro de Potenciación.
- 12.13 El Jefe de Recursos Humanos de las unidades administrativas y aplicativas, deberá recabar, requisitar y entregar el Formato de Solicitud de Seguro de Potenciación, al Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal.
- 12.14 El Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal, deberá solicitar el Certificado Individual de Potenciación a la Aseguradora.
- 12.15 El Formato de Solicitud de Seguro de Potenciación, debidamente requisitado deberá ser remitido a la Aseguradora.
- 12.16 El Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal, canaliza los movimientos de incremento de suma asegurada (potenciación) al Departamento de Administración de Personal para su aplicación en el sistema de nómina.

#### **Seguro de Separación Individualizado**

- 12.17 El Seguro de Separación Individualizado es una prestación que únicamente se otorga, para el Personal de Mando Medio y Superior (Federal y Estatal)
- 12.18 El Jefe de Recursos Humanos de las unidades administrativas y aplicativas, deberá solicitar y entregar la Solicitud de Incorporación del personal de Mando Medio Superior u homólogo, al Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal, para el trámite correspondiente.
- 12.19 El Personal de Mando Superior u Homólogo, llenará e indicará la aportación que se le aplicará quincenalmente (0%,2%,4%,5% ó 10%).
- 12.20 La cancelación del Seguro de Separación Individualizado podrá realizarla el servidor público en cualquier momento, mediante un oficio de solicitud dirigido a la Subdirección de Recursos Humanos.
- 12.21 El Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal, solicitará al Departamento de Administración de Personal la incorporación de los trabajadores beneficiados a la base de datos.

#### **Seguro Colectivo de Gastos Médicos Mayores**

- 12.22 El Seguro Colectivo de Gastos Médicos Mayores, se otorga únicamente a los servidores públicos de Mando Medio y Superior de base federal y estatal.
- 12.23 El Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal, será el encargado de reportar ante la aseguradora las Altas, Bajas, Cambios de Nivel y Correcciones de los servidores públicos de Mando Medio y Superior.
- 12.24 Los dependientes económicos del Seguro Colectivo de Gastos Médicos Mayores, solamente podrá ser el cónyuge e hijos menores de 25 años que no tengan remuneración por trabajo personal, en caso de soltería solo se le otorga al titular.
- 12.25 El Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal, es el encargado de entregar al Jefe de Recursos Humanos de las unidades administrativas y aplicativas la Cedula de Registro quien recabará, requisitará y entregará la Cedula a los servidores públicos solicitantes.
- 12.26 El Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal, solicitará a la aseguradora la incorporación a la colectividad asegurada del titular y sus dependientes económicos.
- 12.27 El certificado, tarjeta y Condiciones Generales del Seguro, se entregan al Jefe de Recursos Humanos de las unidades administrativas y aplicativas para ser entregados al servidor público.

#### **Seguro de Responsabilidad Civil y Asistencia Legal.**

- 12.28 El Seguro de Responsabilidad Civil y Asistencia Legal, es un seguro opcional para los Servidores Públicos de Mando Medio y Superior de base Federal y Estatal, pudiendo solicitar su incorporación los Servidores Públicos con fuente de financiamiento: Seguro Popular y Recursos Propios.
- 12.29 El costo del seguro es pagado al 100% por los trabajadores beneficiados.
- 12.30 El Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal, entregará el Formato de Potenciación al Jefe de Recursos Humanos de las unidades administrativas y aplicativas quienes recabarán, requisitarán y entregar el Formato a los servidores públicos solicitantes.
- 12.31 El Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal, notificará a la aseguradora para que se otorgue la cobertura y el Certificado Individual correspondiente.
- 12.32 Los certificados individuales, serán entregados a los servidores públicos por medio de los Jefes de Recursos Humanos de las unidades administrativas y aplicativas.

### **CAPÍTULO XIII**

#### **Apoyos Económicos para Gastos de Tesis.**

- 13.1 Este apoyo se proporcionará a los trabajadores estudiantes como apoyo económico para la titulación profesional en cualquier modalidad de impresión, para el pago de la tesis profesional.
- 13.2 Para poder obtener este apoyo, el servidor público solicitante deberá ostentar la titularidad de una plaza de base estatal o federal.
- 13.3 El servidor público deberá realizar su solicitud mediante oficio dirigido al Subdirector de Recursos Humanos del ISEM.
- 13.4 El servidor público solicitante deberá anexar al oficio de solicitud la siguiente documentación:
  - a) Copia simple de minuta de aprobación de examen recepcional.
  - b) Copia simple del último talón de pago.
  - c) Oficio de la unidad aplicativa de adscripción solicitando el pago.
  - d) Factura original
- 13.5 La Subdirección de Recursos Humanos, proporcionará el apoyo económico para los gastos de tesis, siempre y cuando el servidor público solicitante cumpla con todos los requisitos mencionados.

**CAPITULO XIV**
**Expedición de la Hoja de Servicios y/o Hoja Única de Servicios para FOVISSSTE.**

- 14.1 La expedición de Hoja de Servicios y/o Hoja Única de Servicios para FOVISSSTE, solo podrá ser otorgada a trabajadores de base federal y estatal adscritos al Instituto de Salud del Estado de México.
- 14.2 El trabajador deberá de requisitar el formato "**Solicitud de Certificación de Servicios**", indicando el trámite a realizar, Hoja de Servicios y/o Hoja Única de Servicios para FOVISSSTE, en el Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal.
- 14.3 Para la expedición de Hoja de Servicios, el trabajador deberá anexar al formato "Solicitud de Certificación de Servicios", copia simple de Credencial de Elector, Talón actual de pago, Autorización Pre Jubilatoria y Renuncia posfechada.
- 14.4 Para la expedición de la Hoja Única de Servicios para FOVISSSTE, el trabajador deberá presentar, copias de los talones de pago a partir de enero de 1980.
- 14.5 El trabajador, deberá entregar los talones de pago ordenados por mes y año, para identificar el tiempo de las cotizaciones realizadas; si le llegara a faltar un talón de pago o varios, deberá dejar el espacio correspondiente.
- 14.6 El Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal, deberá analizar en el Expediente de Personal la Antigüedad, Puesto, Sueldo y Periodo Laboral del trabajador, a fin de expedir la Hoja de Servicios y/o Hoja Única de Servicios para FOVISSSTE.

**CAPITULO XV**
**Expedición de Constancias de Servicio para los trabajadores del ISEM.**

- 15.1 Las Constancias de Servicio, se otorgan a los trabajadores de base federal y estatal, para que éstos mantengan un control de los años de servicio en el Instituto o en otra dependencia.
- 15.2 El trabajador, deberá requisitar el formato "Solicitud de Certificación de Servicios".
- 15.3 El trabajador deberá anexar al formato "Solicitud de Certificación de Servicios", un escrito solicitando la expedición de la Constancia de Servicios, así como copia simple del último talón de pago.
- 15.4 Para la expedición de la Constancia de Servicios, el Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal deberá analizar y revisar la información recibida por el solicitante.
- 15.5 El Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal, deberá de archivar en el expediente personal del trabajador copia de la Constancia de Servicio.

**CAPITULO XVI**
**Pago de Marcha para los trabajadores del ISEM**

- 16.1 El derecho del Pago de Marcha, consiste en cubrir a los familiares del trabajador que fallezca o a quienes hubieran cubierto los gastos de inhumación o cremación, el importe de cuatro meses de salario del trabajador por concepto de pago de defunción, independientemente de que los gastos sean mayores o menores a dicha cantidad.
- 16.2 El familiar del servidor público fallecido elaborará un escrito solicitando el trámite a realizar.
- 16.3 En el caso de que no exista un parentesco familiar con el servidor público fallecido, el beneficiario deberá de presentar una Carta de Conocimiento donde firmarán dos testigos, reconociendo al familiar como aquel que se encargo de los gastos funerarios del trabajador.
- 16.4 Los documentos solicitados para el trámite de Pago de Marcha son:
  - Copia certificada del acta de defunción;
  - Copia certificada del documento que compruebe el parentesco legal entre el fallecido y quién solicita el pago de marcha;
  - Factura original de gastos funerarios;
  - Copia del último talón cobrado del Trabajador fallecido;
  - Copia del FUMP de baja del Trabajador fallecido.
  - Credencial de elector de la persona que cobra el beneficio.
- 16.5 El Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal, deberá entregar al familiar del trabajador fallecido o al Jefe de Recursos Humanos de la unidad de adscripción del trabajador, copia de los anexos a requisitar.
- 16.6 El familiar del trabajador o el Jefe de Recursos Humanos de las unidades administrativas y aplicativas, deberá entregar en original y 8 copias los requisitos solicitados, al Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal para su trámite.
- 16.7 El Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal, notificará al Jefe de Recursos Humanos de la Unidad de adscripción la fecha del cobro del cheque.
- 16.8 El Jefe de Recursos Humanos de las unidades administrativas y aplicativas, notificará a los familiares el día y horario para efectuar el Pago de Marcha.

**CAPITULO XVII**
**Registro y Control de Plantillas de Personal**

- 17.1 El Departamento de Administración de Personal, solicitará por escrito de manera cuatrimestral a las unidades administrativas y aplicativas la plantilla física y tipo de personal en impreso y medio magnético para revisión y validación por los servidores públicos facultados.
- 17.2 El Jefe de Recursos Humanos de las unidades administrativas y aplicativas, acudirá a la revisión en la fecha programada en el calendario, presentando oficio y plantillas de personal firmadas, en impreso y medio magnético, siendo estos los responsables de la veracidad de la información reportada.
- 17.3 Las unidades administrativas y aplicativas, deberán contar con la plantilla física ocupacional actualizada y real.

- 17.4 Las unidades hospitalarias y CEAPS, deberán contar con la plantilla tipo establecida, de acuerdo a sus características.
- 17.5 El Jefe de Recursos Humanos de las unidades administrativas y aplicativas, deberá actualizar las plantillas de personal quincenalmente, derivado de los movimientos de personal que se generen en su unidad, así como los que se presenten en ventanilla.
- 17.6 El Departamento de Administración de Personal, minulará con el Jefe de Recursos Humanos de las unidades administrativas y aplicativas las observaciones realizadas a la información presentada en la Plantilla de Personal.
- 17.7 El Jefe de Recursos Humanos de las unidades administrativas y aplicativas, realizará las correcciones a las observaciones y las remitirá en un plazo no mayor a 5 días hábiles posteriores a la revisión de la plantilla.
- 17.8 El Departamento de Administración de Personal llevará el registro, clasificación y archivo de las plantillas físicas existentes, así como verificar su correspondencia con las plantillas tipo y autorizadas correspondientes.
- 17.9 El Jefe de Recursos Humanos de las unidades administrativas y aplicativas está obligado a presentar la plantilla de personal actualizada, en el momento que se le requiera, aun fuera del cuatrimestre.
- 17.10 El Jefe de Recursos Humanos de las unidades administrativas y aplicativas, deberá realizar el comparativo de la plantilla física con la generada del sistema de nómina y reportar las inconsistencias, así como realizar las correcciones respectivas.

### CAPITULO XVIII

#### Integración del Gasto Capítulo 1000 "Servicios Personales"

- 18.1 El Departamento de Administración de Personal, recibirá del Departamento de Sistematización de Pago el Producto Contable de nómina, analizará y asignará de acuerdo a la fuente de financiamiento y programa especial e integrará el gasto corriente.
- 18.2 El Departamento de Administración de Personal, recibirá del Departamento de Pagos Remesas y copias de cheques cancelados, analizará y asignará de acuerdo a la fuente de financiamiento y programa especial e integrará el gasto corriente.
- 18.3 El Departamento de Administración de Personal, solicitará al Departamento de Control Presupuestal copia de la Documentación adicional generada de otros gastos, así como los pagos a terceros, e integrará el gasto corriente.
- 18.4 El Departamento de Administración de Personal capturará información del producto contable y generará el archivo electrónico por fuente de financiamiento, partida presupuestal y programa especial.
- 18.5 El Departamento de Administración de Personal, conciliará la integración del gasto corriente del Capítulo 1000 (Servicios Personales) con los Departamentos de Control Presupuestal, Contabilidad y Unidad Estatal de Protección Social en Salud, generando la minuta respectiva, en los últimos 3 días de cada mes.
- 18.6 El Departamento de Administración de Personal realizará el cierre mensual y anual, requisitará el Concentrado del Gasto Ejercido, generará el flujo de efectivo por cada fuente de financiamiento y programa especial.
- 18.7 El Departamento de Administración de Personal, elaborará el anteproyecto de presupuesto del Capítulo 1000 "Servicios Personales" del año próximo, considerando el techo financiero asignado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
- 18.8 El Departamento de Administración de Personal, analizará e integrará la información para el cálculo y solicitud del pago de las aportaciones patronales del Sistema de Ahorro Capitalizable (FONAC) del personal Estatal y Regularizado.
- 18.9 El Departamento de Administración de Personal, archivará la documentación relacionada con la elaboración del gasto corriente.

### CAPITULO XIX

#### Validación del Pago a Terceros Institucionales

- 19.1 El Departamento de Administración de Personal, recibirá del Departamento de Sistematización del Pago, el resumen de nómina, el reporte de cifras control de terceros institucionales, reporte de cheques cancelados, así como archivo digital de topes salariales, para su validación, dentro de los últimos 5 días de cada mes.
- 19.2 El Departamento de Administración de Personal, desglosará, analizará y capturará los conceptos que se consideran para el pago de terceros institucionales, generando el cuadro trabajo que es la base para generar los pagos respectivos por fuente de financiamiento, de forma quincenal.
- 19.3 El Departamento de Administración de Personal en coordinación con el Departamento de Sistematización del Pago, generarán el cuadro de trabajo para el pago de SAR-FOVISSSTE de manera bimestral.
- 19.4 El Departamento de Administración de Personal conciliará con el Departamento de Contabilidad la validación de enteros al ISSSTE y FOVISSSTE, generando la minuta respectiva.
- 19.5 El Departamento de Administración de Personal, generará la declaración de obligaciones de cuotas y aportaciones de seguridad social, del sistema electrónica de recaudación de ingresos de cuotas y aportaciones (SERICA) del ISSSTE.
- 19.6 El Departamento de Administración de Personal, elaborará la solicitud de cheque y oficio para el pago de terceros institucionales y enviará al Departamento de Control Presupuestal, con la documentación soporte.
- 19.7 El Departamento de Administración de Personal, recibirá del Departamento de Contabilidad copia de la transferencia por el pago efectuado al ISSSTE y FOVISSSTE.
- 19.8 El Departamento de Administración de Personal enviará al FOVISSSTE la información de créditos hipotecarios, a través del sistema informático.
- 19.9 El Departamento de Administración de Personal archivará la documentación soporte de la validación del pago a terceros institucionales.

### CAPITULO XX

#### Registro y Control de los Recursos Financieros de las Unidades 610-Médicos Residentes y XOO-UNEMES CAPA NUEVA VIDA

- 20.1 El Departamento de Administración de Personal, recibirá del Departamento de Sistematización del Pago los resúmenes contables y presupuestales en medio magnético e impresos para su análisis.

- 20.2 El Departamento de Administración de Personal elaborará los cuadros analíticos que contienen la información requerida para el pago de la nómina quincenal ordinaria, extraordinaria y/o retroactiva y enviará vía correo electrónico a la Subdirección de Control de Servicios Personales y Terceros de la Secretaría de Salud Federal.
- 20.3 El Departamento de Administración de Personal, recibirá del Departamento de Pagos copia de las remesas de cheques cancelados para generar el cuadro de desglose con los montos a reintegrar y enviará a la Subdirección de Control de Servicios Personales y Terceros de la Secretaría de Salud Federal.
- 20.4 El Departamento de Administración de Personal, solicitará mediante oficio a la Subdirección de Control de Servicios Personales y Terceros de la Secretaría de Salud Federal, la línea de captura para realizar el reintegro por concepto de cheques cancelados a la tesorería de la Federación.
- 20.5 El Departamento de Administración de Personal, recibirá de la Subdirección de Control de Servicios Personales y Terceros de la Secretaría de Salud Federal la línea de captura, elaborará oficio y solicitud de cheque, solicitará a la Subdirección de Tesorería y Contabilidad los recursos financieros para el reintegro a la Tesorería de la Federación por concepto de cheques cancelados y/o no cobrados.
- 20.6 El Departamento de Administración de Personal, recibirá copia de la transferencia bancaria, enviará a la Subdirección de Control de Servicios Personales y Terceros de la Secretaría de Salud Federal, mediante correo electrónico.
- 20.7 El Departamento de Administración de Personal realizará conciliaciones con el Departamento de Contabilidad sobre los montos ministrados por la Secretaría de Salud Federal, generando la minuta respectiva.
- 20.8 El Departamento de Administración de Personal, acudirán cada cuatrimestre a la Subdirección de Control de Servicios Personales y Terceros de la Secretaría de Salud, para conciliar los recursos financieros ministrados, así como reintegros realizados.
- 20.9 El Departamento de Administración de Personal, archivará y resguardará toda la documentación relacionada con la ministración de recursos para el pago de nómina.

## CAPÍTULO XXI

### De la Nómina del Personal del ISEM

- 21.1 El Departamento de Sistematización del Pago, deberá importar los movimientos de personal que envían las unidades administrativas y aplicativas, al Sistema Integral de Administración de Personal de manera quincenal.
- 21.2 El Departamento de Sistematización del Pago deberá, revisar y aprobar, en coordinación con el Departamento de Administración de Personal la correcta aplicación de los movimientos en el Sistema Integral de Administración de Personal.
- 21.3 El Departamento de Sistematización del Pago deberá, prevalidar y afectar la información de los movimientos de la quincena correspondiente y notificar al Departamento de Administración de Personal.
- 21.4 El Departamento de Sistematización del Pago, deberá informar al Departamento de Administración de Personal los movimientos no procedentes en su aplicación en el Sistema Integral de Administración de Personal.
- 21.5 El Departamento de Administración de Personal, validará el resultado del cálculo de la nómina.
- 21.6 El Departamento de Sistematización del Pago, entregará al Departamento de Contabilidad los reportes correspondientes para sus conciliaciones y presupuesto.
- 21.7 El Departamento de Sistematización de Pago, generará un respaldo de la quincena y resguardará la información en el archivo de la quincena correspondiente.
- 21.8 El Departamento de Sistematización del Pago entregará al Departamento de Pagos, listado de firmas y comprobantes para su dispersión.
- 21.9 El Departamento de Sistematización del Pago, entregará al área de Administración de Servicios al Personal los reportes necesarios para conciliar y realizar sus pagos a terceros.

## CAPÍTULO XXII

### De la Manifestación de Bienes

- 22.1 Los servidores públicos, obligados a presentar manifestación de bienes son aquellos que se encuentran normados bajo la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado y Municipios.
- 22.2 El alta, baja o anualidad, deberá realizarse, a través de la página web: [www.secogem.gob.mx/declaranet](http://www.secogem.gob.mx/declaranet) conforme a los periodos establecidos.
- 22.3 La Secretaría de la Contraloría del Estado, es la Unidad Aplicativa responsable de emitir el NIP de los trabajadores para llevar a cabo los movimientos de manifestación de bienes.
- 22.4 Es responsabilidad de los trabajadores obligados a presentar manifestación de bienes, realizar el alta y/o baja dentro de los 60 días naturales siguientes a la toma o entrega del cargo y la anualidad durante el mes de mayo.
- 22.5 El Departamento de Sistematización del Pago, deberá validar anualmente, mediante oficio con las Unidades Aplicativas del ISEM, el padrón de Servidores Públicos obligados a presentar manifestación de bienes.
- 22.6 El jefe de Recursos Humanos de las unidades administrativas y aplicativas, deberá notificar al Departamento de Sistematización del Pago mediante el "Formato de Actualización de Movimientos de Servidores Públicos", los trabajadores obligados a presentar Manifestación de Bienes.
- 22.7 El Departamento de Sistematización de Pago, deberá remitir por escrito ante la Secretaría de la Contraloría del Estado, todo movimiento extemporáneo, solicitando su incorporación.
- 22.8 Es responsabilidad de los trabajadores que hayan presentado manifestación de bienes, imprimir el acta correspondiente de la manifestación para cualquier aclaración.

## CAPÍTULO XXIII

## De las Retenciones (ISR)

- 23.1 El Departamento de Sistematización del Pago, deberá realizar anualmente las retenciones de ISR, de todos los trabajadores pertenecientes al ISEM.
- 23.2 Los servidores públicos que deseen realizar su declaración anual de retenciones del ISR ante la SHCP, deberán solicitar por escrito al Departamento de Sistematización de Pago la constancia de ISR, con la finalidad de que el ISEM no realice su cálculo anual.
- 23.3 El Departamento de Sistematización del Pago, deberá generar las constancias del ISR, en coordinación con el Departamento de Administración de Personal.
- 23.4 El Departamento de Sistematización del Pago, deberá imprimir y entregar a los jefes de Recursos Humanos las constancias del ISR del personal que las hayan solicitado, así como de los trabajadores que tengan la obligación de presentarla ante la SHCP.

## CAPÍTULO XXIV

## Reporte SAR-FOVISSSTE

- 24.1 El Departamento de Sistematización del Pago, generará la información de las aportaciones del SAR-FOVISSSTE, cuyo monto máximo de aportación no debe rebasar de 10 salarios mínimos.
- 24.2 El Departamento de Sistematización del Pago, realizará la emisión de los formatos de pago de la aportación del 2% del SAR y el 5% del FOVISSSTE, ésta deberá ser generada cada mes impar dentro del periodo establecido y antes de la fecha límite de pago; así como generar el formato de pago ordinario y/o extraordinario (línea de captura), conforme al periodo vigente.
- 24.3 La información contenida en los formatos de pago de la quincena correspondiente, deberá ser validada y autorizada por el Departamento de Administración de Personal.

## CAPÍTULO XXV

## Dispersión de Depósitos y Protección de Cheques

- 25.1 El Departamento de Sistematización del Pago, deberá generar los archivos de los cheques y depósitos del personal del ISEM de la quincena correspondiente, así como realizar la prueba del centavo previa a la dispersión de la quincena en las cuentas de los trabajadores de nueva incorporación al pago por depósito bancario.
- 25.2 El Departamento de Sistematización del Pago, realizará la importación al Sistema de Pagos Multibancario, la información de cheques y depósitos del Sistema de Nómina de la quincena correspondiente, así como el envío del archivo generado al Departamento de Pagos.
- 25.3 El Departamento de Sistematización del Pago, deberá aplicar las incidencias en el archivo generado para cheques y depósitos del Sistema de Nómina.
- 25.4 El Departamento de Sistematización del Pago, deberá exportar los archivos con la información de la quincena correspondiente a cada uno de las instituciones bancarias, conforme a los criterios establecidos para tal fin, por cada institución bancaria.
- 25.5 El Departamento de Sistematización del Pago, reportará los depósitos bancarios rechazados de cada una de las cuentas al Departamento de Pagos.

## GLOSARIO

Para efectos del presente Manual se entiende por:

**Anuencia:** Respuesta positiva o negativa que otorgan las Unidades Aplicativas o la Subdirección de Recursos Humanos a los Servidores Públicos que realicen alguna solicitud.

**Aplicación:** Registro del movimiento de modificaciones de datos en el Sistema Integral de Administración de Personal.

**Cambio de Adscripción:** Es la transferencia de un trabajador de una Unidad Administrativa de la Secretaría a otra o bien dentro de la misma Unidad cuando implique el traslado de una población a otra o cambio de pagaduría.

**Comisión:** Es el periodo en el cual el servidor público desempeñará funciones en el ISEM fuera de su lugar de adscripción.

**Comisión Sindical:** Periodo en el cual el servidor público desempeñará funciones encomendadas por el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud.

**Comisiones Oficiales:** Es la autorización que otorga la Subdirección de Recursos Humanos al servidor público para desempeñar sus funciones fuera del lugar de adscripción.

**Deducciones:** Es toda aquella retención al sueldo del servidor público, hecha de manera quincenal por parte del ISEM.

**FOVISSSTE:** Fondo de la Vivienda del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

**Groce de Sueldo:** Percepción total del salario.

**Horario de Trabajo:** Es el tiempo comprendido de una hora a otra determinada, durante el cual el Trabajador, en forma continua o discontinua, desarrolla sus funciones en algunas de las jornadas de trabajo establecidas en las Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud.

**ISEM:** Instituto de Salud del Estado de México.

**ISSSTE:** Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

**ISR:** Impuesto Sobre la Renta.

**Jornada de Trabajo:** Es el número de horas que el Trabajador está obligado a permanecer a disposición de la Secretaría de acuerdo con la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, las Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud, su nombramiento y las necesidades del Servicio.

**Libertad:** Es el permiso que se le concede al servidor público de base para ausentarse de sus funciones.

**Medio Almacenamiento:** Son aquellos dispositivos, ya sea internos o externos, donde se guardan datos (USB, CD, Diskette).

**Movimiento Extemporáneo:** Todo aquel movimiento fuera del periodo establecido.

**NIP:** Número de Identificación Personal.

**Página web:** Conjunto de sitios electrónicos de características relacionadas entre sí, que presenta información, servicios y permite realizar trámites por Internet.

**Percepciones:** Es todo aquel ingreso recibido de manera quincenal que integra el sueldo del servidor público y que es recibido o cobrado, a través de cheque o depósito.

**Permuta:** Es la transferencia recíproca entre trabajadores de puestos definitivos, a través de un convenio celebrado por los mismos, aprobado por la Secretaría y tomado en cuenta la opinión del Sindicato.

**Personal Eventual:** Son todos los servidores públicos, que cubren puestos de trabajo en ciertos periodos por necesidades especiales o extraordinarias de la Institución.

**Respaldo:** Base de datos de seguridad que contiene toda información importante.

**SAR:** Sistema de Ahorro para el Retiro.

**S.B.T.J.:** Sistema de Bolsa de Trabajo Institucional.

**Seguro de Vida Institucional.-** Prestación otorgada a los trabajadores de base federal, estatal y regularizados.

**Seguro de Responsabilidad Civil y Asistencia Legal.-** Seguro que permite cubrir los gastos que como servidor público deba a un tercero a consecuencia de un daño patrimonial dentro del desempeño como servidor público.

**SHCP:** Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

**SISFAL:** Sistema de Faltas.

**Sistema Integral de Administración de Personal:** Sistema informático integrado por dos bases de datos que son el Sistema THEOS y el Sistema de Nómina Eventual, en los que se capturan los movimientos de personal.

**Solicitud:** Escrito de la petición del servidor público para la realización de algún trámite.

**Terceros Institucionales:** Toda aquella empresa o institución dedicada a actividades de prestación de servicios.

**Titular:** Persona que cuenta con el nombramiento para ejercer un cargo.

**Trabajador de base Federal:** Persona que cuenta con plaza tipificada como definitiva.

**Trabajador de base Estatal:** Persona que cuenta con plaza tipificada como definitiva estatal.

**Trabajador Eventual:** Persona que presta sus servicios personales por tiempo determinado.

**Trabajador regularizado:** Persona que cuenta con plaza tipificada como provisional.

**Unidad Aplicativa:** Es toda aquella área médico-administrativa del Instituto de Salud del Estado de México.

**Validación:** Toda revisión y autorización de la documentación e información necesaria para continuar con el trámite o proceso interno.

#### REGISTRO DE EDICIONES

**Primera Edición (Octubre de 2013):** Elaboración del Manual de Políticas.

#### DISTRIBUCIÓN

El original del **Manual de Políticas de la Subdirección de Recursos Humanos del Instituto de Salud del Estado de México**, se encuentra bajo resguardo del Departamento de Desarrollo Institucional.

Las copias controladas están distribuidas de la siguiente manera:

- Coordinación de Administración y Finanzas (1).
- Subdirección de Recursos Humanos (1).
- Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal (1).
- Departamento de Administración de Personal (1).
- Departamento de Sistematización del Pago (1).

#### VALIDACIÓN

**M. en G.P. César Nomar Gómez Monge**  
Secretario de Salud  
(Rúbrica).

**Dra. Elizabeth Dávila Chávez**  
Directora General del Instituto de Salud del Estado de México  
(Rúbrica).

**M. en A. Fadul Vázquez Villarreal**  
Coordinador de Administración  
y Finanzas  
(Rúbrica).

**Lic. Manuel Marcué Díaz**  
Director de Administración  
(Rúbrica).

**Lic. Jorge Elliot Rodríguez**  
Jefe de la Unidad de Modernización  
Administrativa  
(Rúbrica).

**Lic. Hilario Víctor Ayala Vázquez**  
Subdirector de Recursos Humanos  
(Rúbrica).

**Lic. Daniel Altamirano Gutiérrez**  
Jefe del Departamento  
de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal.  
(Rúbrica).

Lic. Blanca Estela Estrada Mérida  
Jefe del Departamento  
de Administración de Personal.  
(Rúbrica).

Ing. Marycruz Granados Acosta  
Jefe del Departamento  
de Sistematización del Pago.  
(Rúbrica).

CREDITOS

MP.-  
© Manuales de Políticas

Manual de Políticas de la Subdirección de Recursos Humanos del Instituto de Salud del Estado de México.

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

*Responsables de su elaboración:  
Lic. Hilario Víctor Ayala Vázquez.  
Lic. Daniel Altamirano Gutiérrez.  
Lic. Blanca Estela Estrada Mérida  
Ing. Marycruz Granados Acosta.  
Lic. Araceli Ramos Ríos*

*Responsable de su integración:  
Lic. Claudia Terán Cordero.  
Lic. Ericka Rojas Gómez.*

*Toluca, México*



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO



## CATÁLOGO DE FORMATOS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO ESTOMATOLÓGICO BASADO EN LA NOM-004-SSA3-2012 DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

MAYO 2013

Secretaría de Salud  
Instituto de Salud del Estado de México

Derechos reservados  
Primera edición, agosto de 2004  
Segunda edición, enero de 2007  
Tercera edición, mayo de 2013  
Gobierno del Estado de México  
Secretaría de Salud  
Instituto de Salud del Estado de México  
Independencia Oriente No. 1009  
Colonia Reforma  
C.P. 50070  
Impreso y hecho en Toluca, México  
Printed and made in Toluca, México

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

**INDICE**

I. PRESENTACIÓN.....

II. APROBACIÓN.....

III. OBJETIVO GENERAL.....

IV. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....

V. REFERENCIAS.....

VI. NORMAS BÁSICAS.....

VII. ORDEN DE COLOCACIÓN DE LOS FORMATOS QUE INTEGRAN EL EXPEDIENTE CLÍNICO ESTOMATOLÓGICO.....

VIII. INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LOS FORMATOS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO ESTOMATOLÓGICO.....

8.1. CARPETA O FOLDER DEL EXPEDIENTE CLÍNICO ESTOMATOLÓGICO.....

8.2. AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO.....

8.3. HISTORIA CLÍNICA Y ESTUDIO ESTOMATOLÓGICO.....

8.4. PLAN Y DESARROLLO DE TRATAMIENTO ESTOMATOLÓGICO.....

8.5. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....

IX. GLOSARIO DE TÉRMINOS.....

X. VALIDACIÓN.....

XI. REGISTRO DE EDICIONES.....

**I.- PRESENTACIÓN**

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

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

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

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

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

El presente Catálogo de Formatos del Expediente Clínico Estomatológico, Basado en la NOM 004 SSA3-2012 del Expediente Clínico, documenta la acción organizada para coadyuvar al cumplimiento de los objetivos del Instituto de Salud del Estado de México en materia de atención médica estomatológica. 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 delinearán su gestión administrativa.

El Expediente Clínico es el documento que permite disponer de un registro organizado del proceso de salud enfermedad del paciente y de las medidas preventivas, curativas y de rehabilitación que se le practicaron; reúne un conjunto de documentos que identifican al usuario de los servicios y hace un relato patográfico individual, en donde se registran las etapas del estado clínico y de la evaluación cronológica del caso, hasta su solución parcial o total; mide el desempeño de los diferentes servicios que intervienen y la incertidumbre de los procedimientos realizados, así como las omisiones o deficiencias encontradas; es un instrumento para la enseñanza médica y la investigación; también es de carácter legal, confidencial y propiedad de la institución; para el Instituto es un instrumento de autoevaluación del trabajo.

El Instituto de Salud del Estado de México, está centrando su atención en uniformar criterios y procedimientos tomando como uno de los elementos básicos, para la atención integral al paciente, la información emanada de la fuente primaria que es el Expediente Clínico, a fin de mejorar la satisfacción del usuario.

El Instituto de Salud establece el Catálogo, como un instrumento para aplicarse en las unidades de atención médica, tanto públicas como privadas, con la finalidad de contribuir a mejorar la calidad de sus servicios, en beneficio de la población usuaria.

Este documento se enfoca en la planificación, conocimiento, aprendizaje y evolución 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, transparencia, organización, liderazgo y productividad.

**II. APROBACIÓN**

Con fundamento en el artículo 293, fracción IV del Reglamento de Salud del Estado de México, el H. Consejo Interno del Instituto de Salud del Estado de México, en Sesión Ordinaria de fecha 30 de septiembre de 2013, aprobó el presente Catálogo de Formatos del Expediente

**Clinico Estomatológico, Basado en la NOM 004 SSA3-2012 del Expediente Clínico** el cual contiene la información referente al orden de colocación de los formatos que integran el expediente Clínico Estomatológico e instructivo de llenado de los formatos.

FECHA DE ACUERDO	NÚMERO DE ACUERDO
30 de septiembre de 2013	ISE/188/010

**Lic. Manuel Marcué Díaz**  
 Director de Administración y  
 Secretario Técnico del Consejo Interno del ISEM  
 (Rúbrica).

### III. OBJETIVO GENERAL

Sistematizar, homogeneizar y actualizar el manejo del expediente clínico estomatológico que es utilizado en las diferentes unidades médicas del Instituto de Salud del Estado de México y el cual deberá contener los registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de la salud bucal del usuario, involucrando acciones preventivas, curativas y rehabilitatorias. Basado en la NOM-004-SSA3-2012 que establece los criterios éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico.

### IV. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mantener un control de las actividades que se realizan al paciente para proporcionarle una atención estomatológica de calidad;
- Contar con el registro adecuado que permita establecer el tratamiento estomatológico del paciente;
- Disponer de información para realizar estudios epidemiológicos sobre salud bucal;
- Integrar la historia clínica del paciente con fines de diagnóstico y control;
- Informar a los padres de familia sobre el Servicio de Estomatología y la atención que se le puede brindar a sus hijos;
- Obtener antecedentes hereditarios y patológicos y establecer controles programados de fechas para la atención de escolares;
- Servir de base para la investigación en la enseñanza médica.

### V. REFERENCIAS

- **Ley General de Salud.** Título Tercero, Prestación de los Servicios de Salud, Capítulo I, Disposiciones Comunes, Artículos 23, 24 fracción I y 27 fracción VII. Diario Oficial de la Federación. 07/02/1984, reformas y adiciones.
- **Ley Federal sobre Metrología y Normalización.** Capítulo II De las Normas Oficiales Mexicanas, Sección I, Artículo 40, fracciones de la I a la III y la XIII. Diario Oficial de la Federación. 01/07/1992, reformas y adiciones.
- **Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.** Artículos 10, fracción II; 29, 32, 37, 62 y 134. Diario Oficial de la Federación. 29/04/1986, reformas y adiciones.

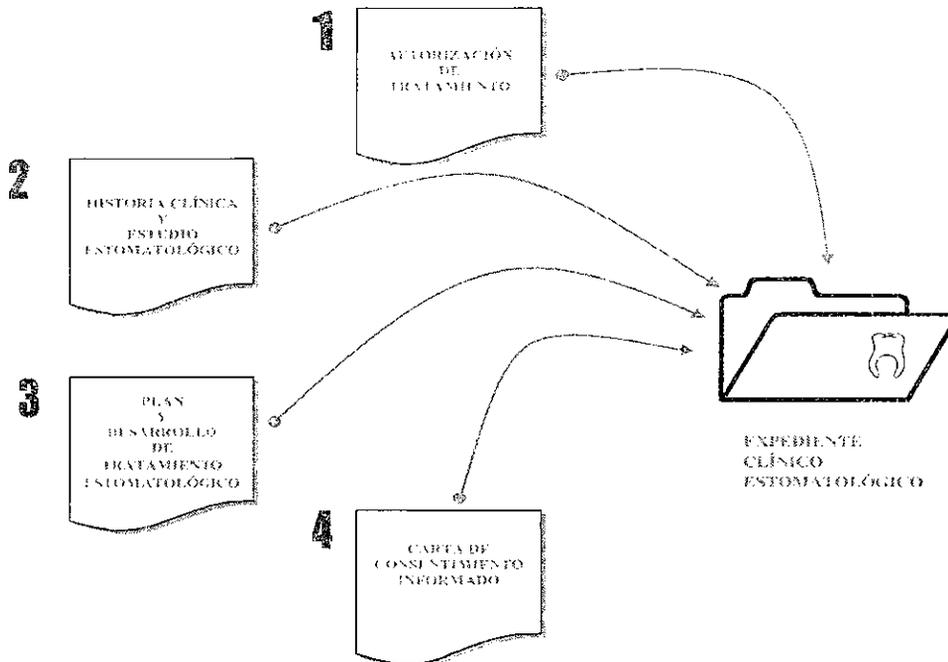
#### Normas Oficiales Mexicanas:

- Norma Oficial Mexicana NOM-004 SSA3-2012 del Expediente Clínico.
- Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2006, para la Prevención y Control de Enfermedades Bucales.
- Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la Prevención, Tratamiento y Control del Cáncer del Utero y de la Mama en la Atención Primaria
- Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus en la Atención Primaria.
- Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994, para la Vigilancia Epidemiológica.
- Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA2-1994, para la Prevención y Control de las Infecciones Respiratorias Agudas.
- Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica.
- Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993, para la disposición de Sangre Humana y sus Componentes con fines Terapéuticos.
- Norma Oficial Mexicana NOM-005 SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar
- Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-1993, para la Prevención y Control de la Tuberculosis en la Atención Primaria a la Salud
- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención a la Mujer durante el Embarazo, Parto, Puerperio y del Recién Nacido.
- Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA2-1993, Control de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo de Niño y del Adolescente.
- Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, para la Práctica de Anestesiología.
- Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, para la Prevención y Control de las Infecciones por Virus de la Inmuno-deficiencia Humana.
- Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA-2009, para la Prevención, Tratamiento y Control de las adicciones

**VI.- NORMAS BÁSICAS**

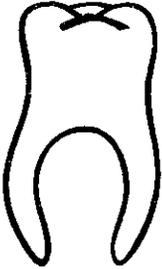
- El *Expediente Clínico Estomatológico* deberá elaborarse para todos los pacientes desde la primera vez;
- El *Expediente Clínico Estomatológico* debe ser llenado por el Estomatólogo Operador;
- En referencia al inciso 5.4 de la norma. Los expedientes clínicos son propiedad de la institución o del prestador del servicio médico que los genera, cuando éste no dependa de una institución. En caso de instituciones del sector público, además de lo establecido en esta norma, deberá observar las disposiciones que en la materia estén vigentes. Sin perjuicio de lo anterior, el paciente en tanto aportará la información y será beneficiario de la atención médica, tiene derecho de titularidad sobre la información para la protección de su salud, así como para la protección de la confidencialidad de sus datos, en los términos de la norma y demás disposiciones jurídicas que resulten aplicables.
- Por lo anterior, por tratarse de documentos elaborados en interés y beneficio del paciente, deberán ser conservados por un período mínimo de 5 años, contados a partir de la fecha del último acto médico.
- En referencia al inciso 5.14 de la norma. Cuando en un mismo establecimiento para la atención médica, se proporcionen varios servicios, deberá integrarse un solo expediente clínico por cada paciente en donde conste todos y cada uno de los documentos generados por el personal que intervenga en su atención.
- Los formatos que integran el *Expediente Clínico Estomatológico* deberán colocarse en el orden como se indican en este instructivo, con el propósito de estandarizar los archivos clínicos de las unidades médicas del Instituto, facilitar su ubicación y localización y permitir una mejor y ágil supervisión y aplicación de la normatividad;
- En referencia al inciso 10 deben formar parte del expediente clínico las cartas de consentimiento informado.  
El formato de *Autorización de Tratamiento*, (217B21303-001-04) mismo que contiene el Cuestionario y las Indicaciones y Recomendaciones sólo deberá ser utilizado para escolares;  
Los formatos de *Historia Clínica y Estudio Estomatológico*, *Plan y Desarrollo de Tratamiento Estomatológico* deberán complementarse para todo tipo de paciente.
- La nota médica deberá basarse en los numerales 5.9, 5.10 y 5.11 de la NOM-004 SSA3-2012. Las notas en el expediente clínico deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.
- Para la atención y tratamiento de escolares, invariablemente, deberá obtenerse la autorización del padre o tutor del escolar en el formato ex profeso, mediante su firma autógrafa o, en su caso, colocando la huella digital.

**VII.- ORDEN DE COLOCACIÓN DE LOS FORMATOS QUE INTEGRAN EL EXPEDIENTE CLÍNICO ESTOMATOLÓGICO**



VIII. INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LOS FORMATOS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO ESTOMATOLÓGICO

8.1. CARPETA O FOLDER DEL EXPEDIENTE CLÍNICO ESTOMATOLÓGICO (ANVERSO)-

 GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO			
APELLID PATERND: (1)	APELLID MATERN:	NOMBRE(S)	MARQUE CDN UNA "X" (2) <input type="checkbox"/> EMBARAZADA <input type="checkbox"/> URGENCIA
ESCUELA: (3)		GRUPO: (4)	
<h1>PROGRAMA SALUD BUCAL</h1> <h1>EXPEDIENTE CLÍNICO</h1> <h1>ESTOMATOLÓGICO</h1>			

8.1. CARPETA O FOLDER DEL EXPEDIENTE CLÍNICO ESTOMATOLÓGICO (REVERSO.- contiene el sello de clasificación de la información que integra el expediente).-



FECHA DE CLASIFICACIÓN:	ISEM/ 00023 FECHA DE SESIÓN: 19/ 08/ 05
UNIDAD ADMINISTRATIVA:	DIRECCION DE SERVICIOS DE SALUD: SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA/ UNIDADES DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL
RESERVADO:	
PERIODO DE RESERVA:	
FUNDAMENTO LEGAL:	
APLICACIÓN DEL PERIODO DE RESERVA	
CONFIDENCIAL:	✓
FUNDAMENTO LEGAL:	ART. 3.20 Y 3.22 DEL REGLAMENTO DE LA L T A I P E M / CAP. III DE LOS CRITERIOS DE LA L T A I P E M / NOM 168-SSA-1 1998 EXPEDIENTE CLINICO
RÚBRICA DEL TITULAR DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA:	
FECHA DE DESCLASIFICACIÓN:	
RÚBRICA Y CARGO DEL SERVIDOR PÚBLICO:	

NOTA: En el caso de que el sello no contenga los datos que aparecen en color azul, deberá requisitarse como lo indica el capítulo IV, criterio trigésimo octavo, de los Criterios para la Clasificación de la Información Pública de las Dependencias, Organismos Auxiliares y Fideicomisos Públicos de la Administración Pública del Estado de México. (Gaceta del Gobierno del 31 de enero del 2005).

**INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:** "Carpeta o Fólder del Expediente Clínico Estomatológico"

**Objetivo:** Integrar los distintos formatos que se requieren durante el tratamiento del paciente.

**Distribución y Destinatario:** La Carpeta o fólder se genera en original, llenando los apartados de información requerida con letra de molde legible en su apartado de anverso y reverso, se debe resguardar en el archivo clínico de la unidad médica.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
<b>ANVERSO:</b>		
1	APÉLLIDO PATERNO, MATERNO NOMBRES	Anotar el nombre completo del paciente.
2	EMBARAZADA URGENCIA:	Marcar con una "X" el cuadro según corresponda tipo de paciente.
3	ESCUELA:	En caso de que el paciente sea escolar, anotar el nombre de la escuela.
4	GRUPO:	En caso de atender a un grupo escolar, se indica en el espacio anotando el grado.
<b>REVERSO:</b> SELLO DE CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN QUE INTEGRA EL EXPEDIENTE		

**8.2. AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO (ANVERSO)**



GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO



GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO

**Autorización de Tratamiento**

NOMBRE DEL ESCOLAR: (3)

GRUPO: (4)      EDAD: (5)      GÉNERO: (6)  
 MASCULINO    FEMENINO

DDMILICID: (7)

ESCUELA: (8)

Autorizo a los médicos del Centro de Salud, para que efectúen la atención y tratamiento necesario a mi hijo(a) y pueda tener él (ella), una buena salud bucal.

**AUTORIZA:**(9)

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR DEL ESCOLAR:

FECHA: (10)

**SUBPROGRAMA SALUD BUCAL**

**ATENCIÓN A ESCOLARES**

**INFORMACIÓN**

**SEÑOR PADRE DE FAMILIA:**

Su hijo(a) necesita de la valoración y atención médica que le permita tener una buena salud bucal. Hacemos su conocimiento, que su hijo(a), al igual que todos sus compañeros de grupo escolar serán atendidos en el CENTRO DE SALUD ubicado en: (1)

Dicha atención durará pocos minutos, durante cinco días hábiles.(2)

Inicia el día

Hasta el día

En caso de estar de acuerdo de que su hijo sea atendido, sírvase firmar la Autorización de Tratamiento que aparece en la parte posterior de este formato, llenando además el Cuestionario que nos servirá para condcer los antecedentes de salud de su hijo(a).

**Gracias**

8.2. AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO (REVERSO)

**Indicaciones y Recomendaciones**

Para que su hijo(a) sea atendido en el Centro de Salud:

- Es requisito indispensable traer firmada su Autorización de Tratamiento

Además es recomendable que el Niño(a):



- Asista desayunado



- Se presente con los dientes cepillados



- Traiga cepillo dental



- Traiga pañuelo



- No darle alimentos para que los coma durante las mañanas en que se realice el tratamiento

**TODO LO ANTERIOR ES NECESARIO PARA EL ÉXITO DEL TRATAMIENTO QUE VA A RECIBIR SU HIJO(A)**

**CUALQUIER DUDA O ACLARACIÓN QUE USTED TENGA, FAVOR DE ACUDIR AL SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA DEL CENTRO DE SALUD.**

**Cuestionario**

**Señor Padre de Familia:**

Escriba los nombres de las enfermedades que su hijo(a) ha padecido durante los últimos 12 meses: (11)

Cuándo ha llevado a su hijo(a) a consulta, ¿el médico le ha dicho que tiene alguna de las siguientes enfermedades?

(MARQUE CON UNA "X" LA RESPUESTA): (12)

	SI	NO
Enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (azúcar en la sangre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronquitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amigdalitis (anginas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia (ataques, convulsiones)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemorragias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha detectado en el niño(a)?:		
¿Le dueen las piernas por la noche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le dan calenturas con frecuencia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le falta aire después de un ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Es alérgico a algún medicamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diga a cuáles: _____		
¿Presenta hemorragias (sangrado) frecuentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿en qué sitio? _____		
¿Tiene algún familiar diabético?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Qué parentesco tiene?. (PADRE, MADRE, TIO, HERMANO, OTRO) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: "Autorización de Tratamiento" 217B20000-043-13**

**Objetivo:** Informar al padre de familia sobre la necesidad de valoración y atención médica de hijo(a), lugar, duración, indicaciones y recomendaciones para la atención, así como la obtención de la autorización correspondiente, para que los médicos del Centro de Salud efectúen la atención y tratamiento necesarios para su salud bucal.

**Distribución y Destinatario:** La Autorización de Tratamiento corresponde al Subprograma de Salud Bucal, Atención a Escolares, se genera en Centro de Salud de la localidad correspondiente en original y lo llena el padre del menor escolar y se devuelve al Centro de Salud, debiendo ser resguardado en el expediente clínico que se abra para el caso de aceptación y autorización.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
<b>INFORMACIÓN:</b>		
1	...CENTRO DE SALUD UBICADO EN:	Anotar el nombre y domicilio oficial del Centro de Salud en donde será atendido el escolar.
2	...DICHA ATENCIÓN DURARÁ: INICIA EL DÍA, HASTA EL DÍA:	Anotar día mes y año en que inicio y termina el tratamiento.
	<b>INDICACIONES Y RECOMENDACIONES:</b>	Información general que debe reunir el niño(a).
3	NDMBRE DEL ESCOLAR:	Anotar el nombre completo del escolar, iniciando con el apellido paterno, materno y nombre(s).

4	GRUPO:	Registrar el grupo y grado escolar.
5	EDAD:	Anotar la edad en años cumplidos.
6	GENERO:	Indicar con "X" el género del escolar.
7	DOMICILIO:	Anotar el nombre de la calle, número interior y exterior, nombre de la colonia, código postal y nombre del municipio donde reside el escolar.
8	ESCUELA:	Anotar el nombre del plantel escolar al que asiste.
9	AUTORIZA:	Anotar el nombre completo del padre o tutor del menor y solicitar la firma, en su caso, la huella digital.
10	FECHA:	Anotar día, mes y año en que se autoriza el tratamiento.
<b>CUESTIONARIO:</b>		
11	ESCRIBA LOS NOMBRES DE LAS ENFERMEDADES...ÚLTIMOS 12 MESES:	Anotar el nombre de las enfermedades que ha padecido el menor en los últimos 12 meses.
12	CUANDO HA LLEVADO AL MEDICO A SU HIJO(A)...ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:	Marcar con una (X) la respuesta conforme a la información solicitada.



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO

<b>Historia Clínica y Estudio Estomatológico</b>		No. EXPEOIENTE: (1)
UNIDAD MÉDICA (2)	CLAVE DE LA UNIDAD MÉDICA (3)	FECHA (4)
NOMBRE DEL PACIENTE (APPELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S)) (5)		EDAD (6)
		GENERO (7) MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/>
DOMICILIO (CALLE, NÚMERO, COLONIA, LOCALIDAD, MUNICIPIO, ESTADO) (8)		TELÉFONO (9)
OCCUPACIÓN (10)	ESTADO CIVIL (11)	ESCUELA (12)

**INTERROGATORIO: (13)**

¿QUE ENFERMEDAD(ES) HA PADECIDO DURANTE EL ÚLTIMO AÑO? \_\_\_\_\_

CUANDO HA ACUDIDO A CONSULTA SU MÉDICO LE HA DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD COMO:

ENFERMEDADES DEL OÍDIZO	SI NO	DIABETES M.	SI NO	EPILIPSIA	SI NO	TUBERCULOSIS	SI NO
ASMA BRONQUIAL	SI NO	AMIGDALITIS	SI NO	EPILEPSIA	SI NO	ANEMIA	SI NO
NEFRITIS	SI NO	VIIH	SI NO	HIPERTENSIÓN	SI NO	HIPOTENSIÓN	SI NO

¿ES USTED ALÉRGICO A LA PENICILINA? SI NO OTROS MEDICAMENTOS SI NO CUÁLES: \_\_\_\_\_

¿LO HAN ANESTESIADO ANTERIORMENTE? SI NO

¿HA TENIDO PROBLEMAS CUANDO SE LA APLICARON? SI NO

¿QUE LE SUCEDIÓ? \_\_\_\_\_

¿PRESENTA SANGRADO EXCESIVO? SI NO HEMORRAGIAS FRECUENTES SI NO SITIO: \_\_\_\_\_

USO DE MEDICAMENTOS: ANTICOAGULANTES SI NO TRANQUILIZANTES SI NO

OTROS SI NO CUÁLES? \_\_\_\_\_

ALGUN FAMILIAR SUYO PADECE DIABETES M SI NO PARENTESCO: \_\_\_\_\_

¿FUMA? SI NO

¿INGIERE BEBIDAS ALCOHÓLICAS? SI NO

¿INGIERE ALGÚN OTRO TIPO DE SUBSTANCIAS? \_\_\_\_\_

**EXPLORACIÓN:**

**EXAMEN FACIAL Y TEJIDOS BLANCOS (14)**

CARA	N	A	CUELLO	N	A	ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR	N	A
LABIOS	N	A	CARRILLOS	N	A	PALADAR DURO	N	A
PALADAR BLANDO	N	A	AMIGDALAS	N	A	PISO DE LA BCCA	N	A
GLÁNDULAS SALIVALES	N	A	LENGUA	N	A	TIPO DE OCLUSIÓN:		

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR: (15)

**ODONTOGRAMA: (16)**

TIPO DE OCLUSIÓN: (16)



No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
<b>MÉDICO TRATANTE:</b>		
1	No. DE EXPEDIENTE:	Anotar el número registrado por el módulo de medicina general, en caso que no tenga, anotar con lápiz "sin número de expediente". En centros de salud y hospitales donde el odontólogo lleva el control del expediente se anotará el número consecutivo correspondiente.
2	UNIDAD MÉDICA:	Anotar el nombre oficial de la unidad médica.
3	CLAVE DE LA UNIDAD MÉDICA:	Registra la clave que le corresponde a la unidad médica, en caso que se desconozca anotar el nombre de ésta.
4	FECHA:	Anotar día, mes y año en que el paciente se presenta por primera vez al servicio.
5	NOMBRE DEL PACIENTE:	Anotar el nombre completo del paciente, iniciando con el apellido paterno, materno y nombre(s).
6	EDAD:	Anotar la edad en años cumplidos.
7	GENERO:	Indicar con "X" el género del paciente.
8	DOMICILIO:	Anotar el lugar de residencia del paciente: nombre de la calle, número interior y exterior, nombre de la colonia, zona, código postal y nombre del municipio donde reside el paciente.
9	TELÉFONO:	Anotar los números de su clave telefónica de línea o celular.
10	OCUPACIÓN:	Anotar la actividad a la que se dedica el paciente normalmente.
11	ESTADO CIVIL:	Anotar, en su caso si el paciente es soltero, casado, viudo o divorciado(a).
12	ESCUELA:	En caso de que el paciente sea escolar anotar el nombre de la escuela a la que asiste.
13	<b>INTERROGATORIO:</b>	El médico tratante deberá observar al paciente desde que ingresa al consultorio dental, anotando o en su caso marcando con "X", si presenta algún signo de debilidad, nerviosismo, dolor palidez facial, etcétera y deberá preguntar sobre antecedentes heredados familiares personales patológicos y no patológicos y el padecimiento actual
14	NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR	El paciente o tutor deberá registrar su nombre y avalará con su firma los datos proporcionados en el interrogatorio como verdaderos, en caso de que no sepa escribir colocará su huella digital.
<b>EXPLORACIÓN:</b>		
15	EXAMEN FACIAL Y TEJIDOS BLANDOS:	Marcar con una "x" según corresponda, "A" si está afectada, y con "N" si está normal.
16	TIPO DE OCLUSIÓN:	Anotar el tipo de oclusión según el caso: <b>Normocclusión.</b> - Se considera a la máxima intercuspidación de los órganos dentarios presentes en la cavidad bucal. <b>Clase I.</b> - Es la relación existente entre los molares si la cúspide vestibular mesial del primer molar superior ocluye en la fosa mesial del primer molar inferior. <b>Clase II.</b> - Es la relación existente entre la cúspide vestibular mesial (más hacia mesial) del primer molar superior, si ocluye por delante de la fosa vestibularmesial del primer molar inferior. <b>Clase III.</b> - Se considera a la relación existente entre la cúspide vestibularmesial del primer molar distal (más hacia distal) del primer molar inferior.
17	ODONTOGRAMA:	Anotar la nomenclatura correspondiente según sea el caso: <b>Ausencia por caries.</b> - Marcar con una (X) en rojo cuando el diente esté ausente. <b>Cariado.</b> - Marcar con rojo las superficies del diente donde se encuentre la lesión cariosa. <b>Extracción indicada.</b> - Marcar con una diagonal en rojo cuando este indicada una extracción. <b>No erupcionado.</b> - Marcar con un círculo a lápiz en el espacio correspondiente al diente que no haya erupcionado. <b>Reincidencia de caries.</b> - Marcar con color rojo sobre el diagrama del diente cuando exista reincidencia de caries localizadas en el mismo sitio donde se realizó la obturación. <b>Restaurado.</b> - Marcar con azul las superficies de un diente que se encuentre obturado. <b>Sellador de fosetas y fisuras.</b> - Marcar con una "S" en rojo cuando en el diente esta indicado colocarse un sellador; y, con una "s" en azul, cuando el diente presente un sellador. Si se encuentra otra patología deberá marcarse con la nomenclatura aprendida en la universidad.
18	ODONTOGRAMA DE EVOLUCIÓN DE TRATAMIENTO	Anotar la nomenclatura correspondiente al odontograma según el tratamiento realizado en cada cita.
19	FECHA:	Anotar el día, mes y año en que al paciente se le realizaron Actividades estomatológicas.
20	TRATAMIENTO REALIZADO:	Anotar las actividades que se realizan en cada cita, con lenguaje que entienda el paciente.
21	FIRMA DEL PACIENTE:	El paciente o tutor deberá registrar su nombre y avalar con su firma las actividades realizadas en cada cita, en caso de que no sepa escribir, colocar su huella digital.



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO



**Plan y Desarrollo de Tratamiento Estomatológico**

UNIDAD MÉDICA: (1)		EXPEDIENTE: (2)	
NOMBRE DEL PACIENTE: (3)		EDAD: (4)	GÉNERO (5) MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/>
DIRECCIÓN: (6)		TELÉFONO: (7)	
ESCUELA: (8)		GRADO ESCOLAR: (9)	GRUPO: (10)
DIAGNÓSTICO (CLAVES): (11)			

INTRA MUROS:																																							
(12)	(13)	ATENCIÓN PREVENTIVA										ATENCIÓN CURATIVA										(27)	(28)	REFERENCIA (29)	DERECHO/ABEENCIA (30)			(31)											
		ESQUEMA BASICO DE PREVENCIÓN (14)					(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	OBTURACIONES (20)		(21)	EXTRACCIONES (22)		(23)	(24)	(25)	(26)	TRATAMIENTO INTEGRAL				PACIENTE REFERIDO	CONTAR REFERIDO PACIENTE	IMSS		ISSSTE	OTRAS	RESPONSABLE								
CITA / FECHA	CUADRANTES DANADOS	DETECTAR	INSPECCION	REVISION	REVISION	REVISION	REVISION	REVISION	REVISION	REVISION	REVISION	REVISION	REVISION	REVISION	REVISION	REVISION	REVISION	REVISION	REVISION	REVISION	REVISION	REVISION	REVISION	REVISION	REVISION	REVISION	REVISION	REVISION	REVISION	REVISION									
1. CITA																																							
2. CITA																																							
3. CITA																																							
4. CITA																																							
5. CITA																																							
TOTAL (32)																																							

PACIENTE ABANDONO EL TRATAMIENTO: (33) _____ FECHA _____	PACIENTE DADO DE ALTA: (38) _____ FECHA _____
---	--



	<b>INTRAMUROS</b>	
12	CITA/FECHA.	Registrar con lápiz el día, mes y año de la siguiente cita y con bolígrafo cuando se atiende al paciente.
13	CUADRANTES DANADOS:	Anotar el número de cuadrantes dañados a los que se les realiza tratamiento.
	<b>ATENCIÓN PREVENTIVA:</b>	
14	<b>ESQUEMA BÁSICO DE PREVENCIÓN:</b>	Se refiere a las acciones preventivas individuales que se realizan intramuros en una sesión:
14.1	CONTROL DE PLACA BACTERIANA:	Marcar con una (X) cuando se realice la detección de placa bacteriana por medio de pastilla reveladora u otro medio.
14.2	INSTRUCCIÓN TÉCNICA DE CEPILLADO:	Marcar con una (X) al realizar práctica de cepillado o al dar instrucción de la técnica.
14.3	INSTRUCCIÓN DE USO DE HILO DENTAL:	Marcar con una (X) si se realiza la práctica de utilización correcta de hilo dental durante la instrucción de la técnica.
14.4	PROFILAXIS:	Marcar con una (X) la acción de eliminar la placa bacteriana y realizar el pulido de las superficies dentales.
14.5	REVISIÓN HIGIENE DE PROTESIS:	Marcar con una (X) la higiene de prótesis, refiriéndose a la exploración y brindar información sobre los cuidados de la limpieza de las mismas.
14.6	REVISIÓN DE TEJIDOS BUCALES:	Marcar con una (X) la revisión de tejidos bucales, refiriéndose a la realización de examen de los tejidos blandos y duros intra y extra bucales.
14.7	SESIÓN SOBRE SALUD BUCAL:	Marcar con una (X) la información, orientación y asesoría que se brinda al paciente sobre la conservación y cuidado de su salud.
15	INSTRUCCIÓN AUTOEXAMEN DE LA CAVIDAD BUCAL:	Marcar con una (X) la enseñanza de la exploración de la cavidad bucal para la detección oportuna de lesiones.
16	APLICACIÓN TOPICA DE FLUOR:	Marcar con una (X) la acción de aplicar fluor a las superficies dentarias, independientemente de la técnica utilizada.
17	ODONTOXESIS:	Marcar con una (X) la remoción de sarro y tartaro, así como el pulido de las superficies dentarias, esta actividad se podrá realizar en una, dos, tres o cuatro sesiones, dependiendo del criterio del estomatólogo y únicamente marcará con una (X) cuando la actividad se haya concluido.
18	SELLADO DE FOSETAS Y FISURAS:	Actividad en la que se reporta el número de piezas dentales tratadas con sellante en las fosetas y fisuras.
19	NÚMERO DE DIENTE:	Registrar la nomenclatura del odontograma, el número correspondiente al diente al cual se le realizó algún tratamiento.
	<b>ATENCIÓN CURATIVA:</b>	Una vez terminada la actividad se encierra en un círculo el número correspondiente al diente tratado, indicando así que se concluyó, por ejemplo si el diente número 48 se obturo se encierra en un círculo.
20	<b>OBTURACIONES:</b>	Es la aplicación de cualquier material curativo de larga duración. Marcar con una (X) en la columna que corresponda el tratamiento que se realice.
21	<b>MATERIAL TEMPORAL:</b>	Marcar con una (X) cuando se aplique material curativo de corta duración.
22	<b>EXTRACCIÓN:</b>	Marcar con una (X) cuando se realice la remoción de piezas dentales, especificando si se trata de piezas temporales o permanentes.
23	<b>TERAPIA PULPAR:</b>	Marcar con una (X) si se efectúa el recubrimiento de la cámara pulpar con hidróxido de calcio, la pulpotomía y la pulpectomía.
24	<b>CIRUGÍA BUCAL:</b>	Marcar con una (X) si durante la sesión se realizó actividad quirúrgica menor.
25	<b>FARMACOTERAPIA:</b>	Marcar con una (X) la prescripción de fármacos durante la atención.
26	<b>OTRAS ATENCIONES:</b>	Marcar con una (X) si se realizó alguna actividad en el paciente y que no puede ubicarse en ningún otro rubro. Anotar el número de actividades, pudiendo incluir las siguientes: raspado y alaciado radicular, tratamiento de lesiones en tejidos blandos, así como otras actividades no registradas en el formato. No deben incluirse las actividades que forman parte integral de un tratamiento (pulido de obturaciones, resinas subsiguientes, Etc.) aun cuando éste requiera mas tiempo del generalmente destinado.
27	<b>RADIOGRAFIAS:</b>	Anotar el número de radiografías tomadas al paciente (periapicales, oclusales o infantiles).
28	<b>TRATAMIENTO INTEGRAL TERMINADO:</b>	Marcar con una (X) cuando el tratamiento haya concluido de forma integral.
29	<b>REFERENCIA:</b>	Marcar con una (X) si el paciente es referido o contrarreferido.
30	<b>DERECHOABICIENCIA:</b>	Indicar con una (X) si el paciente cuenta con algún tipo de seguridad social (IMSS, ISSSTE, otros, Etc.), excluyendo los casos donde el paciente sea derechohabiente del seguro popular.
31	<b>RESPONSABLES:</b>	Columna reservada para registro y firma del estomatólogo operador que realiza el tratamiento.
32	<b>TOTAL:</b>	Al término del tratamiento deberán sumar las actividades realizadas, anotando en cada cuadro las cantidades que correspondan.
33	<b>PACIENTE ABANDONO EL TRATAMIENTO:</b>	Anotar la fecha día, mes y año en que el paciente abandonó el tratamiento.
34	<b>PACIENTE DADO DE ALTA:</b>	Anotar la fecha día, mes y año en que concluye el tratamiento y el paciente es dado de alta.
35	<b>NOTAS MÉDICAS:</b>	Registrar con letra legible los datos del paciente, fecha, hora, actividad realizadas y evolución del paciente; así como la farmacoterapia requerida en cada consulta, con nombre y firma de quien lo elabora.
36	<b>OBSERVACIONES:</b>	Anotar las causas y motivos por las que no se haya realizado alguna actividad registrada en el odontograma, también se anotará el nombre del estomatólogo que atendió al paciente.



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO

17

**Carta de Consentimiento Informado**

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

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

Los 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:

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

Estudios de laboratorio, gabinete e histopatológicos: (14) \_\_\_\_\_

Actos anestésicos: (15) \_\_\_\_\_

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

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

Riesgos y complicaciones: (18) \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN AUTORIZA: (19)

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO: (20)

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO: (20)

217B20000-393-13

**INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: "Carta de Consentimiento Informado" 217B20000-393-13**

**Objetivo:** Obtener la autorización del paciente para que el o los odontólogo(s) de la unidad médica le realicen los estudios y tratamientos convenientes.

**Distribución y Destinatario:** El formato Carta de Consentimiento Informado, se llena en original por el médico tratante, y se resguarda en el expediente Clínico Estomatológico.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD MÉDICA:	Anotar el nombre oficial de la unidad médica donde se atiende el paciente.
2	LUGAR:	Anotar el nombre de la población donde se encuentra ubicada la unidad médica.
3	FECHA:	Anotar la fecha con números arábigos el día, mes y año en que se llena el formato de consentimiento informado.
4	HORA:	Anotar con números arábigos la hora en que se realice la autorización de consentimiento informado.
5	NOMBRE DEL PACIENTE:	Anotar el nombre completo del paciente, iniciando con el apellido paterno, materno y nombre(s).
6	Nº. DE EXPEDIENTE:	Anotar el número de expediente registrado en el expediente clínico.
7	EDAD:	Anotar la edad del paciente en años cumplidos.
8	GÉNERO:	Indicar con una "X" en el recuadro que corresponda al sexo de (el) (la) paciente, masculino o femenino.
9	OCUPACIÓN:	Describe la actividad laboral a la que se dedica actualmente el paciente.
10	ESTADO CIVIL:	Anotar si el paciente es soltero(a), casado(a), viudo(a) o divorciado(a).
11	DOMICILIO:	Anotar el lugar de residencia del paciente: calle, número interior y exterior, colonia, localidad, municipio y estado.

12	LOS MÉDICOS DEL SERVICIO DE...:	Anotar el nombre del servicio: A) Atención primer nivel. B) Cirugía maxilofacial. C) Patología bucal.
13	DIAGNOSTICO(S) CLÍNICO(S):	Registrar el padecimiento o patología por la cual ingresa el paciente para su atención.
14	ESTUDIOS DE LABORATORIO, GABINETE E HISTOPATOLÓGICOS:	Registrar los estudios complementarios que se requieren para el diagnóstico de la patología del paciente.
15	ACTOS ANESTÉSICOS:	Anotar el procedimiento anestésico por medio del cual permite realizar la atención médica del paciente.
16	TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS:	Anotar el nombre del procedimiento considerado por el estomatólogo de alto riesgo que se le tratará al paciente.
17	TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS:	Describir el nombre del procedimiento quirúrgico considerado por el responsable del servicio.
18	RIESGOS Y COMPLICACIONES:	Registrar las probables complicaciones dependiendo de la patología que presenta el paciente y el área que se vaya a operar (hemorragia, infección, secuelas, etc.)
19	NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN AUTORIZA:	Nombre completo y firma autógrafa de quien autoriza y da consentimiento para realizar el tratamiento, en su caso, su huella digital.
20	NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO:	Anotar el nombre completo y obtener la firma autógrafa de dos testigos, personas independientes del servicio médico.

## IX. GLOSARIO DE TÉRMINOS

- ☐ *C.I.E.*- Clasificación Internacional de Enfermedades.
- ☐ *Carta de Consentimiento Informado.*- a los Documentos escritos signados por el paciente o su representante legal, o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta, bajo un procedimiento médico quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente.
- ☐ *Expediente Clínico.*- al conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimientos para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud debe hacer los registros, anotaciones en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.
- ☐ *Expediente Clínico.- Estomatológico.*- Parte del expediente clínico donde el estomatólogo o pasante en servicio social registra los datos generales del paciente, los antecedentes personales patológicos que pudieran interferir en el tratamiento estomatológico, así como los signos y síntomas observados, el diagnóstico que se obtiene y el desarrollo del tratamiento.
- ☐ *Normoclusión.*- Se considera a la máxima intercuspidadación de los órganos dentarios presentes en la cavidad bucal.
  - ☐ *Normoclusión Clase I.* Es la relación existente entre los molares si la cúspide vestibular mesial del primer molar superior ocluye en la fosa mesial del primer molar inferior.
  - ☐ *Normoclusión Clase II.* Es la relación que existe entre la cúspide vestibulomesial (más hacia mesial) del primer molar superior, si ocluye por delante la fosa vestibulomesial del primer molar inferior.
  - ☐ *Normoclusión Clase III.*- Se considera a la relación existente entre la cúspide vestibulomesial del primer molar superior, si ocluye por detrás de la fosa vestibulomesial (más hacia distal) del primer molar inferior.
- ☐ *Paciente.*- A todo aquel usuario beneficiario directo de la atención médica.
- ☐ *Establecimiento para atención médica.*- a todo aquel, fijo o móvil, público, social o privado, donde se preste servicios de atención médica, ya sea ambulatoria o para internamiento de pacientes cualquiera que sea su denominación, incluidos los consultorios.
- ☐ *Urgencia.*- A todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y requiera la atención inmediata.

## X. VALIDACIÓN

M. en G.P. César Normar Gómez Monge  
Secretario de Salud del Estado de México.  
(Rúbrica).

Dra. Elizabeth Dávila Chávez  
Directora General del  
Instituto de Salud del Estado de México  
(Rúbrica).

M. en A. H. José Pedro Montoya Moreno  
Coordinador de Salud  
(Rúbrica).

M. en A. Fadul Vázquez Villarreal  
Coordinador de Administración y Finanzas  
(Rúbrica).

**Dr. Ángel Salinas Arnaut**  
Director de Servicios de Salud  
(Rúbrica).

**Lic. Jorge Elliot Rodríguez**  
Jefe de la Unidad de  
Modernización Administrativa  
(Rúbrica).

**Dra. Eloísa Laura Quijada Sánchez**  
Subdirectora de Prevención y  
Control de Enfermedades  
(Rúbrica).

**Dra. Hitzel Caballero Pérez**  
Jefe del Departamento de Estomatología  
(Rúbrica).

**XI REGISTRO DE EDICIONES**

- *"Instructivo de Llenado del Expediente Clínico Estomatológico Basado en la NOM 168 SSA 1 – 1998, del Expediente Clínico. (Guía Técnica) agosto de 2004.*
- *"Manual Operativo para el Llenado de Formatos del Expediente Clínico Estomatológico" -Basado en la NOM 168 SSA 1-1998, del Expediente Clínico- febrero 2007.*
- *"Catálogo de Formatos del Expediente Clínico Estomatológico" -Basado en la NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico- mayo 2013.*

©  
*"Catálogo de Formatos del Expediente Clínico Estomatológico,  
Basado en la NOM 004 SSA3-2012 del Expediente Clínico"*

*Secretaría de Salud*

*Instituto de Salud del Estado de México*

Responsables de la información:

- Dra. Hitzel Caballero Pérez.  
Jefe del Departamento de Estomatología.
- Dra. Irma Graciela Quiroz Velázquez.

Responsable de su integración:

- Lic. Jorge Juan Pablo Elliot Rodríguez.  
Jefe de la Unidad de Modernización Administrativa.
- Lic. Claudia Terán Cordero.  
Jefa del Departamento de Desarrollo Institucional.
- Lic. Armando Santín Pérez.  
Analista.

*Toluca, México  
mayo, 2013*



# GUÍA TÉCNICO ADMINISTRATIVA PARA LA TOMA DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

Noviembre 2013

## CONTENIDO

I.	PRESENTACIÓN.....
II.	BASE LEGAL.....
III.	OBJETIVO GENERAL.....
IV.	ALCANCE.....
V.	INSUMOS.....
VI.	POLÍTICAS.....
VII.	CRITERIOS DE OPERACIÓN.....
VIII.	DIAGRAMACIÓN.....
IX.	GLOSARIO.....

- X. APROBACIÓN.....
- FORMATOS E INSTRUCTIVOS.....
- ANEXOS.....
- VALIDACIÓN.....

**I. PRESENTACIÓN**

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

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

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

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

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

La presente Guía Técnico Administrativa documenta la acción organizada para dar cumplimiento a los objetivos de las unidades médicas del ISEM de manera organizada y brindando el mejor servicio a los usuarios. 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 su gestión administrativa.

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, transparencia, organización, liderazgo y productividad.

**ii. BASE LEGAL**

- Ley General de Salud. Título Tercero, Capítulo I, artículos 23 y 27, Fracción III, Capítulo II Atención Médica, Artículo 33, fracciones I, II y III. Diario Oficial de la Federación, 7 de febrero de 1984, reformas y adiciones.
- Reglamento Interno del Instituto de Salud del Estado de México, Capítulo V, Artículo 12. Gaceta del Gobierno, sección tercera, 29 de Junio de 2005.
- Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la atención a la salud del niño. Diario Oficial de la Federación, 9 de febrero de 2001, reformas y adiciones.
- Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de información en salud. Diario Oficial de la Federación, 28 de octubre de 2005, reformas y adiciones.
- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico Diario Oficial de la Federación, 15 de octubre de 2012. Reformas y adiciones.
- Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, para el manejo integral de la obesidad materia de información en salud. Diario Oficial de la Federación, 7 de diciembre de 1998 reformas y adiciones.
- Manual de Procedimientos de Enfermería en Unidades de Salud de Primer Nivel de Atención del Instituto de Salud del Estado de México. Gaceta del Gobierno, 12 de marzo de 2012.
- Manual de Nutrición del CENSA, Capítulo 2. Evaluación del Estado Nutricional, Julio de 2009. México, D.F.

**III. OBJETIVO GENERAL**

Estandarizar la obtención de las medidas antropométricas para una valoración completa del estado de salud del paciente en unidades médicas del Instituto de Salud del Estado de México.

**IV. ALCANCE**

Aplica a todo personal de enfermería que proporciona sus servicios en las unidades médicas del Instituto de Salud del Estado de México.

**V. INSUMOS**

- Solicitud verbal del usuario y/o familiar en los servicios de Consulta Externa, notas de indicación médica.
- Cartilla Nacional de Salud.

**VI. POLÍTICAS GENERALES**

- La enfermera deberá tomar medidas antropométricas a todo usuario que solicite la atención.
- Todo usuario menor y adulto mayor de edad deberá estar acompañado de un adulto.

- La enfermera deberá explicar al usuario el objetivo de la medición.
- La enfermera deberá guardar una distancia respetuosa con el usuario cuando realice la toma de medidas antropométricas.
- La enfermera deberá solicitar que el usuario retire zapatos, accesorios y ropa excedente que alteren la medición.
- La enfermera deberá realizar cambios de posición del usuario sin brusquedades.
- En caso de que las medidas antropométricas del usuario se encuentren fuera del rango establecido, la enfermera deberá emitir recomendaciones y sugerir su revisión por el nutriólogo o médico general.
- La enfermera deberá anotar las medidas antropométricas del menor de 5 años en la tarjeta de control nutricional en el primer nivel de atención.
- En caso de no contar el usuario con Cartilla Nacional de Salud el personal de enfermería deberá solicitar los datos del usuario para proporcionarla.
- La enfermera deberá registrar las medidas antropométricas obtenidas de la embarazada en la historia clínica perinatal y carnet perinatal.

**Políticas para la medición de peso:**

- La enfermera deberá medir la talla a los niños que no pueden ponerse de pie acostándolo en un Infantómetro.
- La enfermera deberá utilizar el estadímetro a niños mayores de 2 años y que puedan ponerse de pie.
- La enfermera deberá tomar el peso en menores de dos años por duplicado y promediar.
- La enfermera deberá obtener el Índice de Masa Corporal a todos los usuarios de 6 años y más.

**Políticas para la medición de talla:**

- La enfermera deberá medir la talla en posición supina en los menores de dos años de edad o cuando la longitud no puede tomarse con el usuario de pie.

**Políticas para la medición del perímetro cefálico:**

- La enfermera deberá asegurar la medición, tomando una nueva medida del perímetro cefálico usando el mismo instrumento y los mismos criterios, cuando exista duda.
- La enfermera deberá promediar dos medidas de perímetro cefálico cuando la diferencia entre medidas sea menor o mayor a 2 milímetros.

**Políticas para la medición de perímetro de cintura y cadera:**

- La enfermera deberá identificar el punto medio entre la última costilla y la cresta iliaca punto para medir circunferencia de cintura.
- La enfermera toma perímetro abdominal en menores de 2 años colocando al paciente en decúbito dorsal.

**Políticas para la toma de medidas antropométricas en áreas de Hospitalización:**

- El procedimiento inicia en la operación 4 y concluye en la operación 11.
- La enfermera deberá dejar al paciente en una posición cómoda.

**VII. CRITERIOS DE OPERACIÓN**

TOMA DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		
1	USUARIO	Solicita de manera verbal la atención de enfermería para la toma de medidas antropométricas en unidades de primer nivel.
2	ENFERMERA	Se entera de solicitud verbal, solicita Cartilla Nacional de Salud y le indica que espere su llamado según su turno.
3	ENFERMERA	Conforme al orden de llegada de los usuarios, los llama para que pasen al servicio de somatometría y realiza lavado de manos de acuerdo a la técnica y determina: <b>¿El usuario es mayor o menor de dos años?</b>
4	ENFERMERA	<b>El usuario es menor de dos años.</b> Verifica que ambas vigas de la palanca de la báscula se encuentren en cero y esté bien calibrada. <b>Para el caso de la báscula electrónica enciende y verifica que marque ceros la pantalla de lectura.</b> Coloca al recién nacido y/o lactante sobre la báscula, cuidando que todo su cuerpo permanezca dentro de la charola distribuido de manera uniforme sobre el centro de ésta, desliza el pilón sobre las vigas hasta que ésta se encuentre en el centro del indicador y se obtiene el peso. Coloca al menor de 2 años, en el Infantómetro en posición dorsal, con el cuerpo alineado, con los brazos a los lados del tronco. Verifica que la coronilla de la cabeza toque la base fija del Infantómetro alineado perpendicularmente al plano horizontal. Con la otra mano debe recorrer la base móvil del Infantómetro, de manera que se ejerza una leve presión sobre los talones del neonato libre de cualquier objeto, para que el pie quede formando un ángulo de 90° (Anexo 6).

Para obtener perímetro cefálico, coloca la cinta métrica alrededor del punto máximo del occipucio y en el entrecejo (plano de Frankfurt). **(Anexo 7)** para medir la circunferencia media del brazo este debe estar descubierto y relajado al costado del cuerpo, la palma de la mano debe mirar hacia el muslo, se coloca la cinta y se mide el punto medio entre la punta del hombro (acromion) y la cabeza del radio (olecranon). **(Anexo 8)** Coloca la cinta métrica alrededor del tórax para obtener perímetro torácico **(Anexo 9)**, continuando con la colocación de la cinta métrica alrededor del abdomen arriba del muñón umbilical para obtener perímetro abdominal **(Anexo 10)**, colocar la cinta métrica del talón al dedo pulgar del pie debajo de la planta para obtener medida de pie en el recién nacido **(Anexo 11)**.

**Se conecta con la operación 11.**

5 ENFERMERA

**El usuario es mayor de dos años.**

Verifica que ambas vigas de la palanca de la báscula se encuentren en cero y que esté bien calibrada.

**Para el caso de la báscula electrónica enciende y verifica que marque ceros la pantalla de lectura.**

Pide al usuario se suba a la báscula y que se coloque en el centro cuidando que todo su cuerpo permanezca dentro de la plataforma y distribuido de manera uniforme pies y cabeza al frente.

6 USUARIO

Recibe indicaciones, retira ropa y/o accesorios innecesarios y ejecuta las instrucciones de la enfermera.

7 ENFERMERA

Una vez arriba el usuario, desliza el piñón sobre las vigas hasta que ésta se encuentre en el centro del indicador y se obtiene el peso.

Desliza la escuadra del estadímetro de arriba hacia abajo hasta topar con la cabeza del usuario, presionando suavemente contra la cabeza para comprimir el cabello.

Toma la lectura de la medición; para ello cuida que la escuadra del estadímetro se encuentre horizontal al plano de medición.

Realiza el cálculo de índice de Masa Corporal con el índice de Quetelet, dividiendo el peso en kilogramos entre la estatura en metros elevada al cuadrado. Como se observa en la siguiente fórmula:

$$IMC = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Talla (m)}^2}$$

8 USUARIO

Recibe indicaciones, baja de la báscula y desajusta su ropa de la cintura.

9 ENFERMERA

Solicita al usuario se coloque en posición recta, hombros y brazos relajados a los lados del cuerpo, cabeza mirando al frente con los pies 20 cm separados.

Pide al usuario sostenga un extremo de la cinta métrica, y con el otro extremo, gira alrededor de él hasta unir con el otro extremo, solicita al usuario realice una inspiración y expiración y en ese momento se obtiene la circunferencia de cintura **(Anexo 11)**, posteriormente, coloca la cinta alrededor de los glúteos en un plano horizontal, con la cinta pegada evitando comprimir demasiado y obtiene la circunferencia de la cadera **(Anexo 12)**.

**Para medir la circunferencia media del brazo éste debe estar descubierto y relajado al costado del cuerpo, la palma de la mano debe mirar hacia el muslo, se coloca la cinta y se mide el punto medio entre el acromion y el olecranon.**

10 ENFERMERA

Registra el resultado obtenido en los rubros específicos para somatometría de los formatos: "Cartilla Nacional de Salud", "Nota de Evolución", "Hoja de Registro Clínico de Enfermería para Primer Nivel de Atención" "Registro Clínico" (en CEAPS), Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería", "Hoja de Identificación del Recién Nacido", "Hoja Clínica General", según corresponda por tipo de servicio.

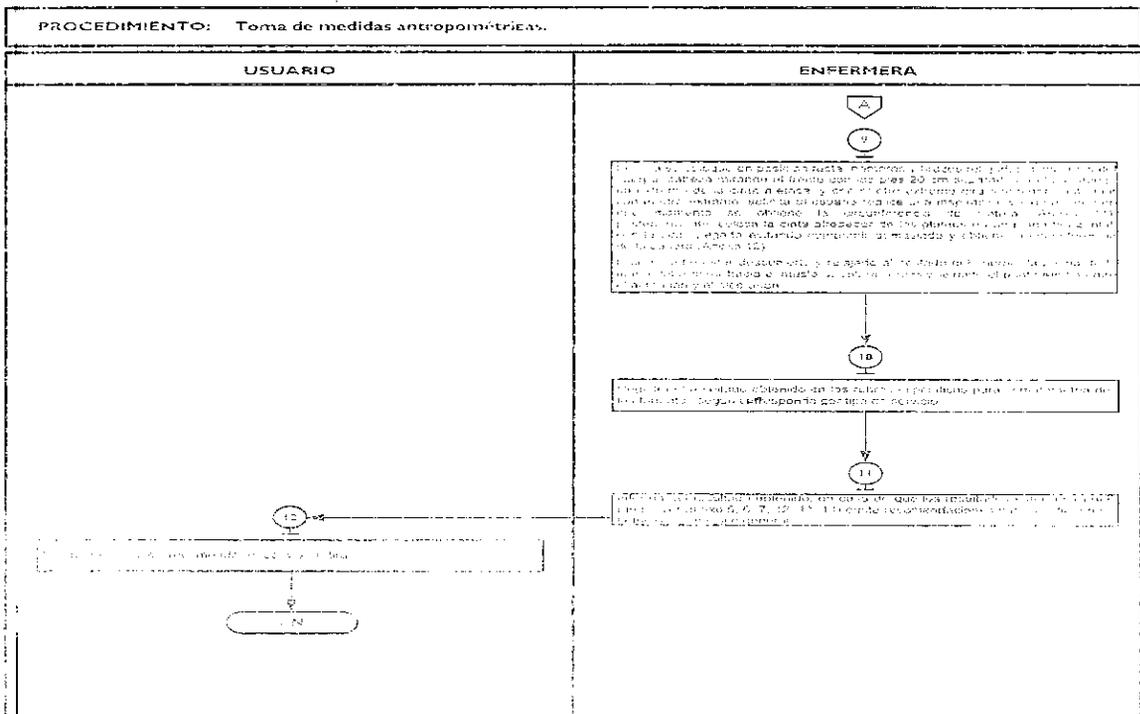
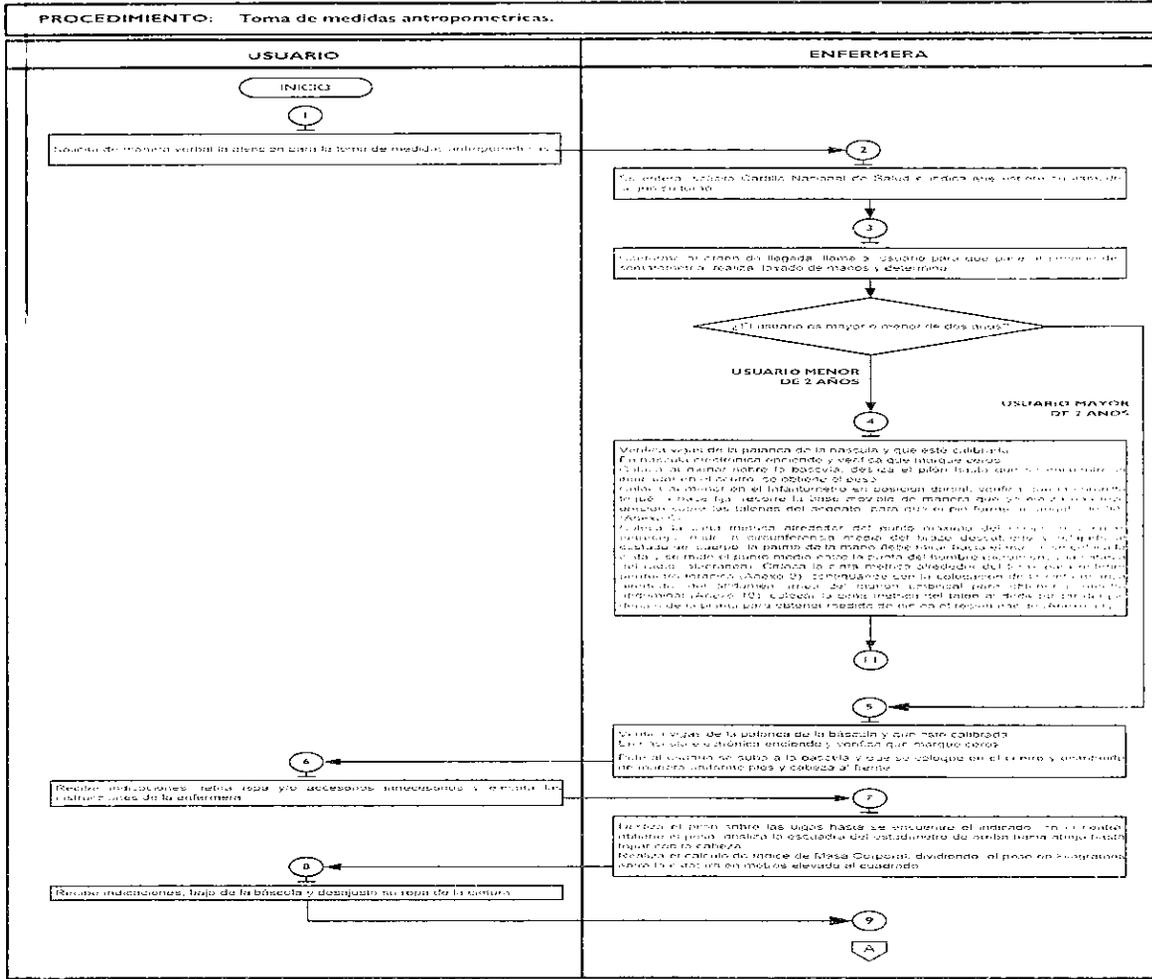
11 ENFERMERA

Informa al usuario del resultado obtenido, en caso de que los resultados estén fuera del rango (ver anexo 5, 6, 7, 12, 13, 14) se emiten recomendaciones para acudir con el nutriólogo o médico general.

12 USUARIO

Recibe resultados y recomendaciones, y se retira.

VIII. DIAGRAMACIÓN



**IX. GLOSARIO**

**ANTROPOMETRÍA:** es la técnica que se ocupa de medir las dimensiones físicas del ser humano en diferentes edades y estados fisiológicos. Las medidas permiten hacer inferencias de: Composición corporal, Desarrollo físico, Crecimiento (cuadro1).

**PESO:** Es la medida de la masa corporal expresada en kilogramos.

**TALLA O ESTATURA:** Es la altura que tiene un individuo en posición vertical desde el punto más alto de la cabeza hasta los talones en posición vertical, se mide en centímetros (cm).

**PERÍMETRO DE CINTURA:** Es la medición de la circunferencia de la cintura., Permite conocer la distribución de la grasa abdominal y los factores de riesgo a que conlleva esto.

**CARTILLA NACIONAL DE SALUD:** Es un documento gratuito, único e individual, oficialmente válido para toda la República Mexicana. Se utiliza para el registro y control de las acciones de vacunación, así como para la anotación del peso y la talla del niño. En su distribución participan las unidades operativas del Sistema Nacional de Salud y las Oficinas o Juzgados del Registro Civil.

**ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC):** es un número que se calcula a partir del peso de una persona y la altura. El IMC constituye un indicador fiable de la grasa corporal para la mayoría de la gente y se utiliza para evaluar las categorías de peso que pueden conducir a problemas de salud.

**X. 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 191, aprobó la presente "Guía Técnico Administrativa de Enfermería para la toma de Medidas Antropométricas", la cual contiene la información referente a consideraciones generales y procedimientos, así como políticas para dar cumplimiento en materia de Enfermería del Instituto de Salud del Estado de México.

<b>FECHA DE ACUERDO</b>	<b>NÚMERO DE ACUERDO</b>
17 de Diciembre de 2013	ISE/191/008

Lic. Manuel Marcué Díaz  
Director de Administración y  
Secretario Técnico del Consejo Interno.  
(Rúbrica).

**FORMATOS E INSTRUCTIVOS**

Antropometría: es la técnica que se ocupa de medir las dimensiones físicas del ser humano en diferentes edades y estados fisiológicos. Las medidas permiten hacer inferencias de: Composición corporal, Desarrollo físico, Crecimiento (cuadro1).

Este documento es una guía y no tiene carácter de ley. El presente documento es de uso interno y no debe ser publicado en medios de comunicación.

Este documento es una guía y no tiene carácter de ley. El presente documento es de uso interno y no debe ser publicado en medios de comunicación.

Este documento es una guía y no tiene carácter de ley. El presente documento es de uso interno y no debe ser publicado en medios de comunicación.

**NUTRICIÓN**

**INDICE DE MASA CORPORAL (IMC)**

**Mujeres**

Edad	IMC	Clasificación
15-17	16.0 - 18.5	Baja
18-24	18.5 - 24.9	Normal
25-34	25.0 - 29.9	Alta
35-44	30.0 - 34.9	Muy Alta
45-54	35.0 - 39.9	Extremadamente Alta

**NIÑOS**

Edad	IMC	Clasificación
5-6	16.0 - 18.5	Baja
7-10	18.5 - 24.9	Normal
11-14	25.0 - 29.9	Alta
15-17	30.0 - 34.9	Muy Alta
18-24	35.0 - 39.9	Extremadamente Alta

**NUTRICIÓN**

**EVALUACIÓN Y PRIORIZACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL**

**NIÑOS DE 5 A 17 AÑOS**

**Mujeres**

Edad	IMC	Clasificación
5-6	16.0 - 18.5	Baja
7-10	18.5 - 24.9	Normal
11-14	25.0 - 29.9	Alta
15-17	30.0 - 34.9	Muy Alta
18-24	35.0 - 39.9	Extremadamente Alta

**EVALUACIÓN Y PRIORIZACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL**

**ADULTOS DE 18 AÑOS Y MAYORES**

**Mujeres**

Edad	IMC	Clasificación
18-24	18.5 - 24.9	Normal
25-34	25.0 - 29.9	Alta
35-44	30.0 - 34.9	Muy Alta
45-54	35.0 - 39.9	Extremadamente Alta

**NUTRICIÓN**

**EVALUACIÓN Y PRIORIZACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL**

**ADULTOS DE 18 AÑOS Y MAYORES**

Edad	1	2	Índice de Masa Corporal (kg/m <sup>2</sup> )	Clasificación
18-24	18.5	24.9	18.5 - 24.9	Normal
25-34	25.0	29.9	25.0 - 29.9	Alta
35-44	30.0	34.9	30.0 - 34.9	Muy Alta
45-54	35.0	39.9	35.0 - 39.9	Extremadamente Alta

**Índice de Masa Corporal**

**ADULTOS DE 18 AÑOS Y MAYORES**

**Mujeres**

Edad	Índice de Masa Corporal (kg/m <sup>2</sup> )	Clasificación
18-24	18.5 - 24.9	Normal
25-34	25.0 - 29.9	Alta
35-44	30.0 - 34.9	Muy Alta
45-54	35.0 - 39.9	Extremadamente Alta

**NUTRICIÓN**

**Índice de Masa Corporal**

**ADULTOS DE 18 AÑOS Y MAYORES**

**Mujeres**

Edad	Índice de Masa Corporal (kg/m <sup>2</sup> )	Clasificación
18-24	18.5 - 24.9	Normal
25-34	25.0 - 29.9	Alta
35-44	30.0 - 34.9	Muy Alta
45-54	35.0 - 39.9	Extremadamente Alta





**Historia Clínica General**

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

**I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

NOMBRE DEL USUARIO (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S)) (6)		GÉNERO (7) <input type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM
FECHA DE NACIMIENTO (8)	OCUPACIÓN DEL USUARIO (9)	
DOMICILIO (10)		
NOMBRE DEL PADRE O TUTOR EN CASO DE SER MENOR DE EDAD O PERSONA CON CAPACIDADES DIFERENTES (11)		
PARENTESCO CON EL USUARIO (12)		

**II. ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES (13)**

**III. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS (14)**

**IV. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS (15)**

**V. ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS (16)**

**VI. PADECIMIENTO ACTUAL (17)**

**VII. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS (18)**

CARDIOVASCULAR:

RESPIRATORIO:

GASTROINTESTINAL:

GENITOURINARIO:

HEMÁTICO Y LINFÁTICO:

ENDOCRINO:

**VII. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS**

NERVIOSO:

MUSCULOESQUELÉTICO:

PIEL, MUCOSAS Y ANEXOS:

**VIII. SIGNOS VITALES (19)**

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

**IX. EXPLORACIÓN FÍSICA (20)**

HABITUS EXTERIOR:

CABEZA:

CUELLO:

TORAX:

ABDOMEN:

GENITALES:

EXTREMIDADES:

PIEL:

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

XI. TERAPEÚTICA EMPLEADA Y RESULTADOS: (22)

XII. DIAGNÓSTICOS Y PROBLEMAS CLÍNICOS: (23)

XIII. PRONÓSTICO: (24)

NOMBRE Y FIRMA DEL  
MÉDICO

## INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:

## Historia Clínica General

**Objetivo:** Registrar los antecedentes médicos del usuario: síntomas, signos vitales, auxiliares de diagnóstico, diagnóstico y terapéutico del padecimiento o enfermedad.

## Distribución y destinatario:

El formato se genera en original y se integra al Expediente Clínico Familiar del usuario.

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

## Hoja de Registro Clínico de Enfermería para Primer Nivel de Atención

DATOS DE IDENTIFICACIÓN										
Jurisdicción: (1)		Municipio: (2)			Localidad: (3)					
Unidad de Salud: (4)		No. Afiliación/Expediente: (5)			Género: (7)		M H			
Nombre: (6)		Edad: (9)								
Fecha Nacimiento: (8)		DD MM AAAA		Ocupación: (10)						
Domicilio Actual: (11)					Teléfono: (12)					
IDENTIFICACIÓN DE DETERMINANTES DE RIESGO										
Condiciones de la Vivienda		Sociales y Familiares			Heredo Familiar		Personales			
Disposición de Excretas (13)		Opciones de Recreación (23)		Diabetes Mellitus (25)		Estado Civil (31)		Ejercicio (32)		
Abastecimiento de Agua (14)				Hipertensión Arterial (27)		Religión (33)		Grupo Rh (34)		
No. Cuartos (15)		Grupos de Apoyo (24)		Enfermedad Mental (28)		Alergias (35)		Higiene Personal (36)		
Piso (16)				Cáncer (29)		<b>Cartilla Nacional de Salud (37)</b>				
Techo (17)		Ino. Integrantes de la Familia (25)		Enfermedades Endémicas de Riesgo (30)		SI NO P				
Paredes (18)						Fecha				
Exposición de Humo de Leña (19)						Fecha				
Disposición de Basura (20)										
Animales Domésticos (21)										
Fauna Nociva (22)										
VALORACIÓN SOMATOMETRÍA Y SIGNOS VITALES										
Indicador	Fecha	Dato	Fecha	Dato	Indicador	Fecha (38)	Dato	Fecha	Dato	
Peso (39)					Perímetro Abdominal (44)					
Talla (40)					Pulso (45)					
Índice de Masa Corporal (41)					Respiración (46)					
Circunferencia de Cintura (42)					Tensión Arterial (47)					
Perímetro Cefálico (43)					Temperatura (48)					
NUTRICIÓN		VACUNACIÓN (62)				PROMOCIÓN DE LA SALUD (64)				
Bajo Peso (49)		Esquema Completo Según Edad				Incorporación al Programa de Salud				
Peso Normal (50)		Fecha / Dosis				Alimentación Correcta				
Sobrepeso (51)		Vacuna	1a.	2a.	3a.	Refuerzo	Higiene Personal			
Obesidad Grado I (52)		BCG					Actividad Física			
Obesidad Grado II (53)		Pentavalente					Cuidados al Recién Nacido del Niño y Lactancia Materna			
Obesidad Grado III (54)		Rotavirus					Salud Bucal			
Desparasitación (55)		Hepatitis B					Desarrollo y Estimulación Temprana			
Vitamina "A" Recién Nacido (56)		Sabin					Prevención de Cáncer Mamario			
Vitamina "A" Lactante (57)		Neumococo Conjugado					Prevención de Cáncer Cérvico Uterino			
Vitamina "A" Niño (58)		Influenza					Salud Sexual y Reproductiva			
Ácido Fólico (59)		DPT					Infecciones de Transmisión Sexual, VIH, SIDA			
Vida Sero Oral (60)		SRP					Consejería Anticonceptiva			
Hierro (61)		VPH					Envejecimiento Saludable			
Niños de 6 meses a 9 años		SR					Prevención y Tratamiento de Adicciones			
Adolescentes		Neumococo 23 Valente					Prevención de Enfermedad Prostática			
Embarazada		TD					Signos y Síntomas de Alarma (IRAS y EDAS) a madres y/o responsables			
Embarazada con anemia		Otras					Sobrepeso, Obesidad, Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial y Dislipidemias			
INGESTA DE MEDICAMENTOS (63)						Entorno Favorable a la Salud (Vivienda, Áreas de Trabajo, Escuelas)				
DETECCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD										
Detección	Fecha	Normal	Suspechosa	Detección	Fecha	Normal	Suspechosa			
Coolesterol (65)				Agudeza Visual (72)				Dueños Responsables de Animales de Compañía		
Hipertensión (66)				Tuberculosis (73)				Prevención de Tuberculosis		
Diabetes Mellitus (67)				Tamiz Metabólico (Fecha/Folio/Resultado) (74)				Cultura para la Donación de Órganos		
Triglicéridos (68)								Capacitación a Madres (Estimulación, Prevención de Accidentes en menores de 5 Años, Obesidad y Sobrepeso, Cuidados del RN, desnutrición)		
Cáncer Cérvico Uterino (69)								Prevención de Accidentes		
Cáncer Mamario (70)								Incorporación a Sesiones o Grupos de Ayuda Mutua		
Virus Papiloma Humano (71)										

SALUD REPRODUCTIVA DE LA MUJER		SIGNOS DE ALARMA EN LA EMBARAZADA (86)		SIGNOS DE ALARMA DURANTE EL PUERPERIO (87)			Detección de Sífilis (85)	Detección de VIH (89)
Inicio de Vida Sexual Activa (Edad) (75)		Dolor abdominal		Sangrado vaginal abundante o permanente	1º	2º	Fecha	Fecha
Ciclo Menstrual (76)		Fiebre		Sangrado o salida de líquidos (loquios con mal olor)				
Planificación Familiar Actual (77)		Acúfenos		Náuseas o vómito			Date	Date
Menarca (78)		Fosfenos		Dolor abdominal				
Dismenorrea (79)		Cefalea		Fiebre				
Prácticas de Riesgo (81)		Edema de cara, manos y pies		Dolor en el pecho o en alguna de las piernas				
Gestas (81)		Convulsiones o ataques		Palidez de la piel				
Fecha del Último Parto (82)		Vómitos incontrolables		Grietas o enrojecimiento y dolor de los senos				
Cesáreas/Fecha Última Cesárea (83)		Salida de líquido amniótico						
Abortos/Fecha de Último Aborto (84)		Presencia de sangrado vaginal						
Fecha Última Menstruación (85)		Contracciones uterinas antes del término del embarazo						
		Ausencia de movimiento fetal después del 5º mes						

**CLIMATERIO MENOPAUSIA (90)**  
Vigilancia Climaterio/Menopausia

SALUD REPRODUCTIVA DEL HOMBRE							
Inicio de Vida Sexual Activa del Hombre (Edad) (91)		Prácticas de Riesgo (92)		Detección de cáncer de Próstata (93)		Disfunción Eréctil (94)	Metodo actual de Planificación Familiar (95)

<b>PROBLEMA (96)</b>	
<b>ETIOLOGÍA/ORIGEN (97)</b>	
<b>SIGNOS Y SÍNTOMAS (98)</b>	

PLANEACIÓN			
Diagnóstico de Enfermería (99)	Objetivo (100)	Intervenciones (101)	Evaluación (102)
Fecha (103)		Enfermera Responsable/Nombre Completo (104)	Cédula Profesional (105)

<b>PROBLEMA (106)</b>	
<b>ETIOLOGÍA/ORIGEN (107)</b>	
<b>SIGNOS Y SÍNTOMAS (108)</b>	

PLANEACIÓN			
Diagnóstico de Enfermería (109)	Objetivo (110)	Intervenciones (111)	Evaluación (112)

<b>INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:</b> HOJA DE REGISTRO CLÍNICO DE ENFERMERÍA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN (217B20000-466-13).		
<b>Objetivo:</b> Registrar todas las intervenciones de enfermería al usuario de forma integral, clara, veraz y oportuna.		
<b>Distribución y destinatario:</b> El formato se genera en original para control de la Unidad Médica.		
<b>No.</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
1	<b>JURISDICCIÓN:</b>	Anotar el número y nombre completo de la Jurisdicción Sanitaria a la cual corresponde la unidad.
2	<b>MUNICIPIO:</b>	Anotar el nombre completo del Municipio a la cual corresponde la unidad.
3	<b>LOCALIDAD:</b>	Anotar el nombre de la localidad en la cual se ubica la unidad. Para áreas urbanas, registre el nombre de la colonia.
4	<b>UNIDAD DE SALUD:</b>	Anote el tipo y nombre de la unidad médica donde se da la atención.
5	<b>NO. DE EXPEDIENTE/ AFILIACIÓN:</b>	Anotar el número del expediente clínico asignado al usuario o en su caso su número de afiliación al seguro popular.
6	<b>NOMBRE:</b>	Anotar nombre y apellidos completos, del usuario iniciando por apellido paterno, materno y nombre (s).
7	<b>GÉNERO:</b>	Marcar con una X el cuadro correspondiente a M si es mujer y H si es hombre.
8	<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>	Anotar con números arábigos día, mes y año de la fecha de nacimiento. Utilizando dos números para el día, dos para el mes y cuatro para el año (ejemplo 02/05/2007).
9	<b>EDAD:</b>	Registre con números arábigos la edad cumplida del usuario. Para menores de un mes anote en días asignando a continuación la letra "D", para niños mayores de un mes, pero menores de un año anote los meses asignando la letra "M". para usuarios mayores de un año, los años consignando la letra "A" ejemplo 2D (2 días).
10	<b>OCUPACIÓN:</b>	Asentar la ocupación del usuario.
11	<b>DOMICILIO ACTUAL:</b>	Anotar domicilio del usuario calle, número exterior e interior, colonia, municipio o localidad y código postal.
12	<b>TELÉFONO</b>	Registrar el teléfono fijo o celular que refiera el usuario, incluir lada. En caso de no tener teléfono anotar un número donde se pueda localizar.
13	<b>DISPOSICIÓN DE EXCRETAS</b>	Especificar si cuenta con excusado con drenaje o fosa séptica, letrina o excreta al ras del suelo.
14	<b>ABASTECIMIENTO DE AGUA:</b>	Registrar las fuentes de obtención del agua. Ejemplo: potable, pozo, depósito, arroyo, etc.
15	<b>NÚMERO DE CUARTOS:</b>	Anotar el número de cuartos con los que cuenta la vivienda. Incluyendo cocina.
16	<b>PISO:</b>	Registrar si el piso es de cemento, tierra, madera u otros.
17	<b>TECHO:</b>	Registrar si el techo es de concreto, lámina o material de la región.
18	<b>PAREDES:</b>	Registrar si las paredes son de block, ladrillo, adobe, cartón, lámina o material de la región.
19	<b>EXPOSICIÓN DE HUMO DE LEÑA:</b>	Anotar <b>Si</b> está o <b>No</b> expuesta al humo de leña, material inflamable, etc.
20	<b>DISPOSICIÓN BASURA:</b>	Registrar si se deposita la basura a cielo abierto, la queman, entierran o utilizan camión recolector.
21	<b>ANIMALES DOMÉSTICOS:</b>	Registrar el número y tipo de animales domésticos en su domicilio.
22	<b>FAUNA NOCIVA:</b>	Registrar el tipo de animales nocivos que se encuentran en la vivienda.
23	<b>OPCIONES DE RECREACIÓN:</b>	Registrar si el lugar cuenta con cines, parques, canchas deportivas u otros lugares de recreación.
24	<b>GRUPOS DE APOYO:</b>	Registrar si pertenece a un grupo de apoyo y especificar.
25	<b>NÚMERO DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA:</b>	Anotar el número de personas que habitan en la vivienda.
26	<b>DIABETES MELLITUS:</b>	Escribe el parentesco familiar de la persona que padece Diabetes mellitus.
27	<b>HIPERTENSIÓN ARTERIAL:</b>	Escribe el parentesco familiar de la persona que padece Hipertensión Arterial.
28	<b>ENFERMEDAD MENTAL:</b>	Escribe el parentesco familiar de la persona que padece alguna enfermedad mental.
29	<b>CÁNCER:</b>	Escribe el parentesco familiar de la persona que padece algún tipo de cáncer.
30	<b>ENFERMEDADES ENDÉMICAS DE RIESGO:</b>	Registrar el tipo de enfermedad, de acuerdo a la región y prevalencia.
31	<b>ESTADO CIVIL:</b>	Anotar si el usuario es soltero, casado, viudo, divorciado, unión libre.
32	<b>EJERCICIO:</b>	Registrar si el usuario realiza ejercicio, cuantas veces a la semana. Ejemplo: anotar 3x7 (3 días a la semana).

33	RELIGIÓN:	Anotar el tipo de creencias y prácticas considerada como espirituales o sagradas para la persona.
34	GRUPO RH:	Solicitar al usuario se realice este estudio de laboratorio y que lo presente el día de la consulta para anotar de manera correcta esta información.
35	ALERGIAS:	Registrar el tipo de sustancia (alimento, fármaco o sustancias del medio ambiente) ante la cual se altera el organismo de la persona.
36	HIGIENE PERSONAL:	Anotar la frecuencia de la higiene corporal: días/semana.
37	CARTILLA NACIONAL DE SALUD:	Registrar de acuerdo a grupo etáreo, y a la fecha de expedición:
		"SI" se la entregó en el momento de la valoración.
		"NO" no tiene cartilla y no se cuenta con material para entrega "P" la presenta en el momento de la atención
38	FECHA:	Registrar la fecha en que acude el usuario a la atención.
39	PESO:	Registrar en kilogramos el peso del usuario.
40	TALLA:	Registrar en metros y centímetros la talla del usuario.
41	IMC:	Calcular el Índice de Masa Corporal de acuerdo a la siguiente fórmula: Peso / Talla al cuadrado. = (1.50 mts. X 1.50 mts) = 22.2 IMC
		Se clasifica de acuerdo a los siguientes resultados: IMC < de 18.5 bajo peso IMC de 18.5 A 24.9 normal IMC > de 25.0 a 29.9 sobrepeso IMC > de 30.0 a 34.9 obesidad grado I IMC > de 35 a 39.9 obesidad grado II IMC > de 40 o mas obesidad grado III
42	CIRCUNFERENCIA DE CINTURA:	Registrar el resultado de la medición de la cintura en centímetros ejemplo 90 cms, 1.10 cms.
43	PERÍMETRO CEFÁLICO:	Registrar la medición obtenida de la circunferencia de la cabeza (pasa por los meatos auditivos externos y los bordes superiores de las órbitas) registrando en centímetros.
44	PERÍMETRO ABDOMINAL:	Registrar la medición obtenida del punto medio entre la última costilla y la parte superior de la cresta iliaca (cañera), Registrando en centímetros.
45	PULSO:	Registrar el número de veces que pasa la sangre por las arterias en un minuto (pulsaciones por minuto).
46	RESPIRACIÓN:	Anotar el número de veces en que se expanden los pulmones del usuario al inspirar y expirar por minuto.
47	TENSIÓN ARTERIAL:	Indicar las cifras sistólica y diastólica, mínima y máxima ejemplo: 120/80.
48	TEMPERATURA:	Anotar la temperatura corporal del usuario en grados centígrados.
49	BAJO PESO:	Marcar con una "X" a que grupo pertenece después de obtener el índice de masa corporal, con referencia en los valores de la tabla en el número 41 de este instructivo.
50	PESO NORMAL:	Marcar con una "X" a que grupo pertenece después de obtener el índice de masa corporal con referencia en los valores de la tabla en el número 41 de este instructivo.
51	SOBREPESO:	Marcar con una "X" a que grupo pertenece después de obtener el índice de masa corporal con referencia en los valores de la tabla en el número 41 de este instructivo.
52	OBESIDAD GRADO I:	Marcar con una "X" a que grupo pertenece después de obtener el índice de masa corporal con referencia en los valores de la tabla en el número 41 de este instructivo.
53	OBESIDAD GRADO II:	Marcar con una "X" a que grupo pertenece después de obtener el índice de masa corporal con referencia en los valores de la tabla en el número 41 de este instructivo.
54	OBESIDAD GRADO III:	Marcar con una "X" a que grupo pertenece después de obtener el índice de masa corporal con referencia en los valores de la tabla en el número 41 de este instructivo.
55	DESPARASITACIÓN:	Administrar vía Oral albendazol dos veces al año en semanas nacionales de salud, registrando la dosis administrada con una "X".
56	VITAMINA "A" RECIÉN NACIDO:	Registrar con una "X" la aplicación de vitamina "A" a recién nacidos 1 gota.
57	VITAMINA "A" LACTANTES:	Registrar con una "X" la aplicación de vitamina "A" 6 a 11 meses 2 gotas.

58	VITAMINA "A" NIÑOS:	Registrar con una "X" la aplicación de vitamina "A" 1 a 4 años 4 gotas.
59	ÁCIDO FÓLICO:	Registrar la dotación entregada.
60	VIDA SUERO ORAL:	Registrar dotación entregada de forma permanente y en semanas nacionales de salud.
61	HIERRO:	Registrar con una "X" la aplicación de Hierro : En los niños de 6 meses a 4 años de edad cuando por datos clínicos o por laboratorio se diagnostique anemia se administrarán por vía oral, 2 ml del suplemento una vez al día, durante seis meses. En los niños de 5 a 9 años de edad, únicamente cuando por clínica o por laboratorio se diagnostique anemia; la dosis será de 2 ml del suplemento al día por vía oral, durante seis meses. Adolescentes de 10 a 19 años de edad. Únicamente cuando por clínica o por laboratorio se diagnostique anemia; la dosis será de una tableta vía oral diaria durante tres meses. Tabletas para adolescentes, mujeres embarazadas, caja con 30 (Clave de Medicamentos del Sector Salud 2710)
62	VACUNACIÓN:	Identificar las vacunas correspondientes de acuerdo a la edad y registrando la fecha de administración con números arábigos dos números para el día, dos para mes y dos para el año (Ejemplo: 15/08/10).
63	INGESTA DE MEDICAMENTOS:	Anotar tipo y dosis de medicamentos que actualmente ingiere.
64	PROMOCIÓN DE LA SALUD:	Anotar una "X" dentro de la columna de la izquierda el tema otorgado al usuario.
65	COLESTEROL:	Anotar las cifras obtenidas en el dispositivo. Normal 150-200mg/dl Bajo riesgo 200mg/dl Riesgo Intermedio 200-300 mg/dl Alto riesgo +300mg/dl
66	HIPERTENSIÓN ARTERIAL:	Anotar las cifras obtenidas 120/80mg Ag óptima 121-129/ 81-84mg Ag normal 130-139/ 85-89 mgAg normal alta Arriba de 139/89 mgAg sospechoso
67	DIABETES MELLITUS:	Anotar las cifras obtenidas del glucómetro. Ayuno 8 hrs 60-99 Normal + 100 sospechoso Sin ayuno 70-139 Normal + 140 sospechoso
68	TRIGLICÉRIDOS:	Anotar las obtenidas del dispositivo. Normal - 150 mg/dl Límite alto 150-199mg/dl Alta 200- 449mg/dl Muy alto + 500 mg/dl
69	DETECCIÓN CÁNCER CÉRVICOUTERINO:	Registrar la fecha de la última citología realizada y en cuanto lleguen los resultados registrar con una "X" si es normal, o especificar el resultado si es sospechoso
70	DETECCIÓN CÁNCER DE MAMARIO:	Registrar la fecha la última: 1=exploración mamaria y 2 = mastografía y si es normal o sospechoso se anota una "X".
71	DETECCIÓN DE VIRUS DE PAPILOMA HUMANO:	Registrar la fecha de la última toma de híbrido y en cuanto lleguen los resultados registrar con una "X" si es normal, o especificar el resultado si es sospechoso.
72	DETECCIÓN DE AGUDEZA VISUAL:	Registrar la fecha de valoración, y marcar con una "X" si se encuentra dentro de los parámetros normales o si es sospechoso.
73	DETECCIÓN DE TUBERCULOSIS:	Registrar una "X" si la hafiloscopia da como resultado negativo, sospechoso ó es un caso.
74	DETECCIÓN DE TAMIZ METABÓLICO:	Registrar la fecha de la detección, número de folio y el resultado en cuanto se obtengan.
75	INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA:	Registrar la edad de la usuaria cuando inició su actividad sexual.
76	CICLO MENSTRUAL:	Registrar duración y frecuencia del ciclo menstrual de la usuaria (ejemplo: 5X28 = 5 días cada 28 ).
77	MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR ACTUAL:	Registrar el tipo de método de planificación familiar y el tiempo de uso. Ejemplo: DIU 6 meses.
78	MENARCA:	Registrar la edad de la primera menstruación.
79	DISMENORREA:	Anotar si presenta o no dolor durante su periodo menstrual.
80	PRÁCTICAS DE RIESGO:	Registrar si existen factores de riesgo que condicionen la salud de la usuaria como relaciones sexuales con múltiples parejas o con

		parejas del mismo sexo, ITS, VIH, Hepatitis C, perforaciones (percing) o tatuajes en diferentes partes del cuerpo.
81	<b>GESTAS:</b>	Indicar el número de embarazos que ha tenido a la fecha. Es preciso tomar en cuenta el actual.
82	<b>PARAS /FECHA ÚLTIMO DE PARTO:</b>	Registrar el total de partos y la fecha del último parto, anotando con números arábigos (ejemplo: 4 partos 15-07-2012).
83	<b>CESÁREA/FECHA ÚLTIMA CESÁREA:</b>	Registrar el total de cesáreas que se le han realizado y especificar la fecha del último (ejemplo: 2 cesáreas /19-02-2012).
84	<b>ABORTO/FECHA ÚLTIMO DE ABORTO:</b>	Registrar el número de interrupciones de embarazo con los que ha cursado, independientemente de la variedad y especificar la fecha de este último, colocando dos dígitos para el día, dos para el mes y dos para el año. (Ejemplo: 1 aborto/ 25-11-10).
85	<b>FECHA ÚLTIMA DE MENSTRUACIÓN:</b>	Registrar la fecha cuando se presentó la última menstruación.
86	<b>SIGNOS DE ALARMA EN LA EMBARAZADA:</b>	Registrar el número que corresponda si presenta datos de alarma que se detectan en la atención y poner en riesgo la salud de la madre y el producto.
		Dolor abdominal
		Fiebre
		Acúferos
		Fosfenos
		Cefalea
		Edema de cara, manos y pies
		Convulsiones o ataques
87	<b>SIGNOS DE ALARMA EN LA EMBARAZADA:</b>	Vómitos incontrolables
		Salida de líquido amniótico
		Presencia de sangrado vaginal.
		Contracciones uterinas antes del término del embarazo.
		Ausencia de movimiento fetal después del 5º mes.
		Sangrado vaginal abundante o permanente
		Sangrado o salida de líquidos (loquios) con mal olor.
		Nauseas o vómito.
88	<b>SIGNOS DE ALARMA DURANTE EL PUERPERIO:</b>	Dolor abdominal.
		Fiebre.
		Dolor en el pecho o en alguna de las piernas.
		Palidez de la piel.
		Grietas o enrojecimiento y dolor en los senos.
		Dolor en el pecho o en alguna de las piernas.
		Palidez de la piel.
		Grietas o enrojecimiento y dolor en los senos.
88	<b>DETECCIÓN DE SÍFILIS:</b>	Anotar la fecha y el resultado de detección de sífilis.
89	<b>DETECCIÓN DE VIH:</b>	Anotar la fecha y el resultado de detección de VIH.
90	<b>CLIMATERIO Y MENOPAUSIA:</b>	Registrar si la usuaria se encuentra en esta etapa post reproductiva y si ha recibido atención o tratamiento, escribir la fecha en la que presentó amenorrea.
91	<b>INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA DEL HOMBRE:</b>	Registrar la edad del usuario cuando inició su actividad sexual.
92	<b>PRÁCTICAS DE RIESGO:</b>	Registrar si existen factores de riesgo que condicionen la salud del usuario como relaciones sexuales con múltiples parejas o con parejas del mismo sexo, ITS, VIH, Hepatitis C, perforaciones (percing) o tatuajes en diferentes partes del cuerpo.
93	<b>DETECCIÓN DE CÁNCER DE PRÓSTATA:</b>	Anotar la fecha con números arábigos, ejemplo (15-05-2012) y el resultado obtenido
94	<b>DISFUNCIÓN ERÉCTIL:</b>	Registrar si o no existe incapacidad total o parcial para lograr una erección. En caso de que aplique mencionar el origen del problema.
95	<b>MÉTODO ACTUAL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR:</b>	Registrar el tipo de método y el tiempo de uso

**Proceso de Enfermería**

En el siguiente apartado realizar mediante el formato Plan de Cuidados de Enfermería (PAE) el registro correspondiente a cada rubro.

96	<b>PROBLEMA:</b>	Escribir el problema de salud detectado al momento de la valoración.
97	<b>ETIOLOGÍA /ORIGEN:</b>	Detectar que ocasiona el problema y registrarlo.
98	<b>SIGNOS Y SÍNTOMAS:</b>	Signos: Registrar las manifestaciones objetivas; Síntomas: registrar aquellos datos que solo puede sentir el usuario al momento de la exploración y que influyan en algún cambio en su salud.
99	<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</b>	Este se estructura identificando el problema y complementando con la frase "relacionado con", agregando la etiología con la frase "manifestado por", adicionando lo signos y síntomas; así estructuramos el diagnóstico de Enfermería. Ejemplo: diarrea relacionado con hábitos higiénicos deficientes manifestado por dolor y evacuaciones. Ejemplo: Déficit de conocimientos relacionados con mala

		interpretación de la información, <b>manifestado por</b> deficiencia en el seguimiento de las indicaciones.
100	<b>OBJETIVO:</b>	Se inicia con un verbo en infinitivo y se plasmará la intención al paciente, marcando, en que tiempo, donde, a quien. Ejemplo: mejorar el estado de hidratación del paciente en un periodo de 2 horas en la unidad de salud.
101	<b>INTERVENCIONES:</b>	Registrar los cuidados y acciones aplicadas, basados en el criterio y el conocimiento clínico que realiza un profesional de enfermería para mejorar los resultados de la persona, familia o comunidad.
102	<b>EVALUACIÓN:</b>	Anotar los signos, síntomas, de una revaloración sobre el problema encontrado, que reflejen un cambio favorable o desfavorable del usuario de acuerdo a la ejecución de intervenciones plasmadas.
103	<b>FECHA:</b>	Anotar con números arábigos día, mes y año de la aplicación del proceso enfermero. Utilizando dos números para el día, dos para el mes y cuatro para el año (ejemplo 14/12/2010).
104	<b>ENF. RESPONSABLE/NOMBRE COMPLETO:</b>	Escribir el nombre completo y firma del profesional de enfermería responsable de la atención.
105	<b>CÉDULA PROFESIONAL:</b>	Cédula Profesional o Número de Trabajador.

**Hoja de Registro Clínico de Enfermería (CEAPS)**

**Registro Clínico de Enfermería**

INSTITUCIÓN		SERVICIO	CAMA	NÚMERO DE EPIDEMIOLÓGICO	FECHA
NOMBRE DEL PACIENTE		HABITANTE INTERIOR	EDAD	SEXO	PESO
				<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> O	
FECHA	DIAGNÓSTICO	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN	FIRMA DEL PROFESIONAL	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					
48					
49					
50					
51					
52					
53					
54					
55					
56					
57					
58					
59					
60					
61					
62					
63					
64					
65					
66					
67					
68					
69					
70					
71					
72					
73					
74					
75					
76					
77					
78					
79					
80					
81					
82					
83					
84					
85					
86					
87					
88					
89					
90					
91					
92					
93					
94					
95					
96					
97					
98					
99					
100					



15	PRESIÓN ARTERIAL:	Indicar las cifras sistólica y diastólica, mínima y máxima.
16	LLENADO CAPILAR:	Anotar el registro correspondiente.
17	PERÍMETRO ABDOMINAL PREPRANDIAL:	Escribir la medición del abdomen en ayunas.
18	PERÍMETRO ABDOMINAL POSPRANDIAL:	Indicar la medición del abdomen después de ingerir alimentos.
19	COLOR:	Anotar el color que presenta el usuario con base en las iniciales: I=ictérico, P=pálido, RB=rubicundo, R=rosado, M=marmóreo, C=cianótico, T=terroso.
20	ACTIVIDAD:	Indicar la actividad del usuario con base en las iniciales: ++ Activo, sin estímulo, +Activo al estímulo, -Flácido, T Temblores Finos, I Irritable, E Espástico, R Rígido.
21	GLASGOW:	Registrar el estado de conciencia del usuario. (Escala Glasgow).
22	SILVERMAN:	Registrar la calificación a la actividad respiratoria (0, 1, 2).
23	APGAR:	Indicar la frecuencia cardiaca, tono muscular, irritabilidad, respuesta a estimulación de piel. (0,1,2).
24	PRESIÓN VENOSA CENTRAL:	Medir con exactitud la presión venosa central y anotarla.
25	VÍA ORAL:	Registrar toda ingesta de líquidos que tome el usuario en ml.
26	VÍA PARENTERAL:	Anotar todos los líquidos que ingresaron al usuario vía venosa.
27	ORINA:	Asentar la cantidad de orina expulsada durante un turno.
28	EVACUACIONES:	Indicar el número de veces y características que defeca el usuario.
29	VOMITO:	Anotar el número de veces que el usuario vomita y las características del mismo.
30	SUCCIÓN:	Indicar la cantidad de líquidos que salieron por la sonda nasogástrica en mililitros.
31	SELLO DE AGUA:	Escribir la cantidad en ml. O cc. de sangre y líquidos que egresan por sonda insertada a pulmón.
32	ILEOSTOMIA O COLOSTOMIA:	Anotar el número de veces y características de las heces.
33	CANALIZACIONES:	Asentar la cantidad y características de material que drenen por penrose.
34	NOMBRE DEL REACTIVO:	Registrar la medición de los reactivos (labstix, bililabstix).
35	HECES:	Anotar el reactivo en heces.
36	ORINA:	Asentar el reactivo en orina.
37	SANGRE:	Registrar el reactivo destrostix de la sangre.
38	BALANCE PARCIAL TURNO MATUTINO:	Anotar la sumatoria de todas las columnas en el turno matutino.
39	BALANCE PARCIAL TURNO VESPERTINO:	Asentar la sumatoria de todas las columnas en el turno vespertino.
40	BALANCE PARCIAL TURNO NOCTURNO:	Anotar la sumatoria de todas las columnas en el turno nocturno.
41	BALANCE TOTAL POR DIA:	Registrar la cantidad total en ml. de ingresos (+) y egresos (-) de líquidos.
42	INGRESOS:	Indicar el total de ingresos.
43	EGRESOS:	Anotar el total de egresos.
44	BALANCE:	Anotar el balance del día de los tres últimos reactivos.
45	DIETA INDICADA: DESAYUNO COMIDA CENA	Registrar el tipo de dieta indicada en las notas médicas para el usuario.
<b>TERAPEÚTICA INDICADA</b>		
<b>MEDICAMENTOS</b>		
46	NOMBRE:	Escribir el nombre del medicamento.
47	DÓSIS:	Indicar la dosis establecida para el usuario.
48	VÍA DE ADMINISTRACIÓN:	Anotar la vía de administración, vía oral, iv vía intravenosa, sc subcutánea, etc.
49	HORARIO:	Indicar la hora exacta en que le corresponda tomar el medicamento al usuario.
50	SOLUCIONES PARENTERALES:	Anotar el nombre de la solución parenteral que se aplica al usuario.
51	HORA: INICIO TÉRMINO	Registrar la hora de inicio y de término en que aplica la solución parenteral.
<b>OBSERVACIONES</b>		
52	TURNO MATUTINO:	Registrar brevemente incidencias relevantes que indiquen algún cambio importante en el tratamiento del usuario en el turno matutino.
53	TURNO VESPERTINO:	Registrar brevemente incidencias relevantes que indiquen algún cambio importante en el tratamiento del usuario en el turno vespertino.
54	TURNO NOCTURNO:	Registrar brevemente incidencias relevantes que indiquen algún cambio importante en el tratamiento del usuario en el turno nocturno.
55	ENFERMERA TURNO MATUTINO:	Anotar claramente el nombre y apellidos de la enfermera responsable del turno matutino.
56	ENFERMERA TURNO VESPERTINO:	Anotar claramente el nombre y apellidos de la enfermera responsable del turno vespertino.
57	ENFERMERA TURNO NOCTURNO:	Anotar claramente el nombre y apellidos de la enfermera responsable del turno nocturno.



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO

1400-107

Hoja de TRIAGE Obstétrico		FOLIO:	
UNIDAD MÉDICA:		FECHA:	HORA:
NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)):		EDAD:	
SE MARCA CON UNA "X" EL MOTIVO DE LA CONSULTA. EN CASO DE PRESENTAR UNA OPCIÓN SEÑALADA EN ROJO DEL 1 AL 6 "REQUIERE ATENCIÓN INMEDIATA" Y REALIZA DETERMINACIÓN DE PROTECCIÓN.			
1. SIGNOS VITALES		<b>VERDE</b>	<b>ROJO</b>
TA		110/70 - 120/80	MÁS DE 140 O MÁS DE 90 O MENOS DE 50
FC		60 - 100 POR MINUTO	MÁS DE 100 POR MINUTO
FR		18 - 24 POR MINUTO	MENOS DE 18 O MÁS DE 24 POR MINUTO
TEMPERATURA		MENOS DE 38°C	MÁS DE 38°C
2. ESTADO DE CONCIENCIA (Somnolencia, Estupor y Coma)		NORMAL	ALTERADO
3. HEMORRAGIA TRANSVAGINAL		AUSENTE	PRESENTE
4. CRISIS CONVULSIVAS		AUSENTE	PRESENTE
5. SÍNTOMAS VASOESPASMÓDICOS (Cefalea, acufenos, fosfenos, vértigo, edema)		AUSENTE	PRESENTE
6. DOLOR EN CUADRANTE SUPERIOR DERECHO O EPIGÁSTRICO		AUSENTE	PRESENTE
7. SALIDA DE LIQUIDO AMNIÓTICO		AUSENTE	PRESENTE
8. ACTIVIDAD UTERINA (trabajo de parto)		AUSENTE	PRESENTE
9. MOVIMIENTOS FETALES		PRESENTES	AUSENTE
10. EDAD GESTACIONAL MÁS TRABAJO DE PARTO		MENOS DE 38 SEMANAS SIN TRABAJO DE PARTO	MENOS DE 36 SEMANAS MÁS TRABAJO DE PARTO

REALIZÓ

(NOMBRE Y FIRMA)

017503600-203-12

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: Hoja de Triage Obstétrico		
<b>Objetivo:</b> Proporcionar al médico y/o enfermera un documento que le permita clasificar los signos de alarma de la evolución del embarazo de la usuaria.		
<b>Distribución y destinatario:</b> El formato se genera en original y se ingresa al Expediente Clínico de la usuaria.		
No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	<b>FOLIO:</b>	Anotar el número consecutivo que le corresponda.
2	<b>UNIDAD MÉDICA:</b>	Anotar el nombre de la Unidad Médica.
3	<b>FECHA:</b>	Anotar el día, mes y año en que se requiriera el formato.
4	<b>HORA:</b>	Anotar la hora de atención al usuario.
5	<b>NOMBRE DEL USUARIO (APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE (S)):</b>	Anotar el nombre completo del usuario, iniciando por el apellido paterno, materno y nombre (s).
6	<b>EDAD:</b>	Anotar los años cumplidos del usuario.
7	<b>SIGNOS VITALES:</b>	Marcar con una "X" la opción correspondiente, de acuerdo a los valores encontrados al momento de la valoración.
8	<b>ESTADO DE CONCIENCIA (Somnolencia, Estupor y Coma):</b>	Marcar con una "X" la opción normal si la usuaria se encuentra consciente, alterado si se encuentra con somnolencia, estupor o coma al momento de la valoración.
9	<b>HEMORRAGIA TRANSVAGINAL:</b>	Marcar con una "X" la opción correspondiente al momento de la valoración, puede ser ausente o presente.
10	<b>CRISIS CONVULSIVAS:</b>	Marcar con una "X" la opción correspondiente al momento de la valoración, puede ser ausente o presente.
11	<b>SÍNTOMAS VASOESPASMÓDICOS (Cefalea, acufenos, fosfenos, vértigo, edema):</b>	Marcar con una "X" la opción ausentes si la usuaria niega cefalea, acufenos, fosfenos, vértigo y/o edema, y presentes si alguno de ellos son referidos por la usuaria al momento de la valoración.
12	<b>DOLOR EN CUADRANTE SUPERIOR DERECHO O EPIGÁSTRICO:</b>	Marcar con una "X" la opción ausente si la usuaria niega la presencia de dolor en cuadrante superior derecho o epigástrico y presente si la usuaria refiere dolor.

13	<b>SALIDA DE LÍQUIDO AMNIÓTICO:</b>	Marcar con una "X" la opción correspondiente al momento de la valoración puede ser ausente o presente.
14	<b>ACTIVIDAD UTERINA (trabajo de parto):</b>	Marcar con una "X" la opción ausente si la usuario niega contracciones y presente si sin referidas al momento de la valoración.
15	<b>MOVIMIENTOS FETALES:</b>	Marcar con una "X" la opción correspondiente al momento de la valoración, puede ser ausentes o presentes.
16	<b>EDAD GESTACIONAL MÁS TRABAJO DE PARTO:</b>	Marcar con una "X" la opción correspondiente al momento de la valoración, puede ser menos de 36 semanas de gestación sin trabajo de parto o menos de 36 semanas de gestación más trabajo de parto.
17	<b>REALIZÓ:</b>	Anotar el nombre completo, firma y cargo del responsable de su elaboración.



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO

**Hoja de Identificación del Recién Nacido**

NOMBRE DE LA MADRE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE): \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LOS PADRES EN EL REGISTRO CIVIL: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DEL Domicilio de la Madre: \_\_\_\_\_

ESTADO DE LA MADRE:  VIVO  MUERTA

FECHA DEL PARTO: \_\_\_\_\_

TIPO DE PARTO:  PRIMIPARA  MULTÍPARA

SEXO DEL RECÉN NACIDO:  MASCULINO  FEMEA

ESQUEMATOMETRÍA

PESO: \_\_\_\_\_ TALLA: \_\_\_\_\_ PERÍMETRO CEFÁLICO: \_\_\_\_\_ PERÍMETRO TORÁCICO: \_\_\_\_\_ PERÍMETRO ABDOMINAL: \_\_\_\_\_

ALIMENTACIÓN:  ALIMENTACIÓN POR SUCOS  ALIMENTACIÓN POR LECHE MATERNA

ESQUEMA DE LA MANO DERECHA: \_\_\_\_\_

ESQUEMA DE LA MANO IZQUIERDA: \_\_\_\_\_

ESQUEMA DE LA PIERNA DERECHA: \_\_\_\_\_

ESQUEMA DE LA PIERNA IZQUIERDA: \_\_\_\_\_

ESQUEMA DEL PIE DERECHO DEL RECÉN NACIDO: \_\_\_\_\_

ESQUEMA DEL PIE IZQUIERDO DEL RECÉN NACIDO: \_\_\_\_\_

ESQUEMA DEL PIE DERECHO DE LA MADRE: \_\_\_\_\_

ESQUEMA DEL PIE IZQUIERDO DE LA MADRE: \_\_\_\_\_

FECHA Y FIRMA DEL MÉDICO RESPONSABLE: \_\_\_\_\_

DATEADO: 08/11

**INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:**

**Hoja de Identificación del Recién Nacido**

Objetivo: Proporcionar al médico y/o enfermera un documento para el registro de identificación del recién nacido.

**Distribución y destinatario:**

El documento se genera en original y se ingresa al Expediente Clínico del usuario.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	<b>NOMBRE DE LA MADRE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE (S)):</b>	Anotar el nombre completo de la madre del recién nacido.
2	<b>NUMERO DE EXPEDIENTE DE LA MADRE:</b>	Anotar el número del expediente clínico asignado a la madre.
3	<b>DOMICILIO (CALLE, NUMERO, LOCALIDAD Y MUNICIPIO DONDE VIVE):</b>	Anotar el nombre de la calle, número, localidad y municipio de residencia de la madre del recién nacido.

4	DÍA:	Anotar con número arábigo el día del nacimiento del recién nacido.
5	MES:	Anotar el mes de nacimiento del recién nacido.
6	AÑO:	Anotar con número arábigo (cuatro dígitos) el año de nacimiento del recién nacido.
7	HORA Y MINUTOS DEL NACIMIENTO DEL RECIÉN NACIDO:	Anotar con número arábigo la hora y minutos del nacimiento del recién nacido.
8	GÉNERO: MASCULINO FEMENINO	Marcar con una "X" el género del recién nacido.
9	TIPO DE NACIMIENTO: EUTÓCITO DISTÓCICO (ESPECIFICAR CAUSA):	Marcar con una "X" el tipo de nacimiento del recién nacido eutócico o distócico (para el nacimiento distócico especificar la causa).
10	HALLAZGOS FÍSICOS PARTICULARES DEL RECIÉN NACIDO:	Registrar los hallazgos físicos detectados en el recién nacido.
<b>SOMATOMETRÍA</b>		
11	PESO:	Registrar en kilogramos y gramos el peso del recién nacido.
12	TALLA:	Registrar en centímetros la talla del recién nacido.
13	PERÍMETRO CEFÁLICO:	Registrar en centímetros el perímetro cefálico del recién nacido.
14	PERÍMETRO TORÁCICO:	Registrar en centímetros el perímetro torácico del recién nacido.
15	PERÍMETRO ABDOMINAL:	Registrar en centímetros el perímetro abdominal del recién nacido.
16	PIE:	Registrar en centímetros la medición de la planta del recién nacido.
<b>APGAR</b>		
17	AL MINUTO:	Registrar el apgar al minuto de nacido.
18	A LOS CINCO MINUTOS:	Registrar el apgar a los cinco minutos de nacido.
<b>SILVERMAN / ANDERSEN</b>		
19	CEPO:	Registrar la evaluación de la escala de Silverman en el recién nacido.
20	UNO:	
21	DOS:	
22	DIAGNÓSTICO:	Registrar el diagnóstico que presenta el recién nacido.
23	BRAZALETE DE LA MADRE (VERIFICAR DATOS COMPLETOS DE LA MADRE) CORRECTOS INCORRECTOS:	Marcar con una "X" si es correcta o incorrecta la información.
24	BRAZALETE DEL RECIÉN NACIDO (VERIFICAR DATOS COMPLETOS DE LA MADRE) CORRECTOS INCORRECTOS:	Marcar con una "X" si es correcta o incorrecta la información.
25	HUELLA DEL PIE IZQUIERDO DEL RECIÉN NACIDO:	Entintar el pie izquierdo del recién nacido y colocar la huella en esta columna.
26	HUELLA DEL DEDO PULGAR DE LA MADRE:	Entintar el dedo pulgar de la madre del recién nacido y colocar la huella en esta columna.
27	HUELLA DEL PIE DERECHO DEL RECIÉN NACIDO:	Entintar el pie derecho del recién nacido y colocar la huella en esta columna.
28	NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO RESPONSABLE:	Anotar nombre completo y firma del médico responsable del llenado del formato.

**ANEXOS**

**Anexo 1**

**PERIODICIDAD E INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS QUE SE MIDE N POR GRUPO DE EDAD**

GRUPO DE EDAD	INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS	PERIODICIDAD DEL PROCEDIMIENTO
Recién nacido	Peso, estatura, y perímetro cefálico, perímetro abdominal, pie segmento inferior, perímetro torácico.	Al nacimiento A los 7 días A los 28 días
Lactante	Peso, estatura, perímetro cefálico	Cada 2 meses hasta completar el año
Preescolar	Peso, estatura, perímetro braquial	Semestral
Escolar		Semestral
Adolescente		Semestral
Adulto	Peso, estatura, cutáneos y circunferencias de cintura y cadera	Anual
Embarazada	Peso, estatura,	En cada consulta (mínimo 5 mediciones por embarazo)
Adulto	Peso, estatura, perímetro de brazo, circunferencia de cintura y cadera	Semestral

Anexo 2

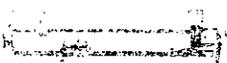
MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS Y UTILIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE ENFERMERÍA

MEDIDA	EVALÚA
Peso	Masa corporal total
Estatura	Tamaño de columna vertebral, pelvis y piernas
Perímetro cefálico	Desarrollo cerebral
Índice cintura – cadera	Depósitos de grasa a nivel abdominal
Panículo adiposo	Capa de tejido adiposo bajo la piel
% Peso ideal (PI)	Desnutrición, sobrepeso y normalidad
% Peso habitual (PH)	Desnutrición, sobrepeso y normalidad
Circunferencia muscular brazo (CMB)	Masa muscular

FUENTE: Pérez y Marván. 2008,58.

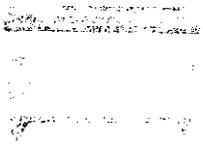
Anexo 3

CARACTERÍSTICAS DE LAS BÁSCULAS DE USO MÁS COMÚN

		
BÁSCULA PESA BEBÉ	BÁSCULA CLÍNICA CON ESTADIÓMETRO	BÁSCULA ELECTRÓNICA CON ESTÍMETRO

Anexo 4

EQUIPO DE MEDICIÓN

		
MESA PEDIÁTRICA CON TALLÍMETRO	INFATÓMETRO	CINTA ANTROPOMÉTRICA

Anexo 5

VALORES DE PESO EN EL BEBÉN RECIBIDO

Tabla 1. Curvas de crecimiento de peso en el recién nacido.

Promedio al nacer: 3400g (3500-4000g).

El recién nacido gana peso en los primeros 9 días de vida extrauterino.

El 50 días de vida gana un promedio de 5 kg.

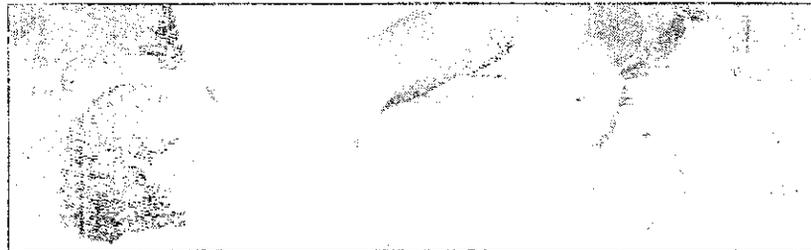
Peso un niño ligero cuando un niño que pesa 10 libras.

FUENTE: WHO, 2006.

En 2 meses un 25 a 30 gramos por día o 1Kg cada mes.

Anexo 6

ESTATURA EN POSICIÓN DECÚBITO DORSAL



GANANCIA PROMEDIO DE LONGITUD EN LOS 3 PRIMEROS MESES

0.69-0.75 cm a la semana

Catrine K.

Anexo 7

PERÍMETRO CEFÁLICO



VALORES DE REFERENCIA PERÍMETRO CEFÁLICO

Perímetro Cefálico al nacer 35 cm en promedio.

Ganancia media en recién nacido de término de 0.5 cm por semana durante los primeros 3 meses

Ganancia media en el Prematuro es de 0.1 – 0.6cm por semana. Durante los 3 primeros meses.

Ateraciones como la Hidrocefalia dará un aumento > 1.25cm por semana, mientras que en la Microcefalia habrá ganancia mínima o nula.

INCREMENTO DEL PERÍMETRO CEFÁLICO EN CM POR MES:

1 mes	2.0 cm
2 meses	1.0 cm
3 meses	0.5 cm
4 meses	0.5 cm

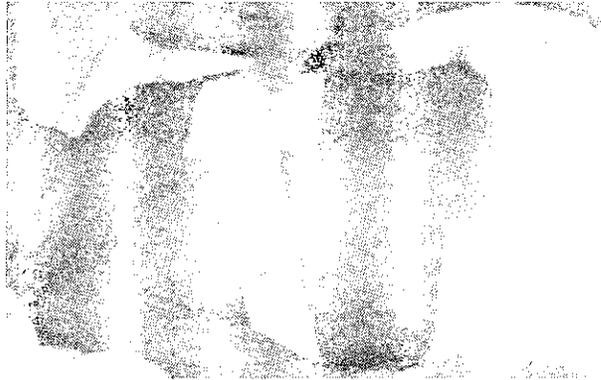
Anexo 8

Circunferencia media del Brazo: El brazo debe estar descubierto y relajado al costado del cuerpo, la palma debe mirar hacia el muslo. Se mide en el punto medio que une el acromion y el olécranon. Útil como indicador de masa corporal total.



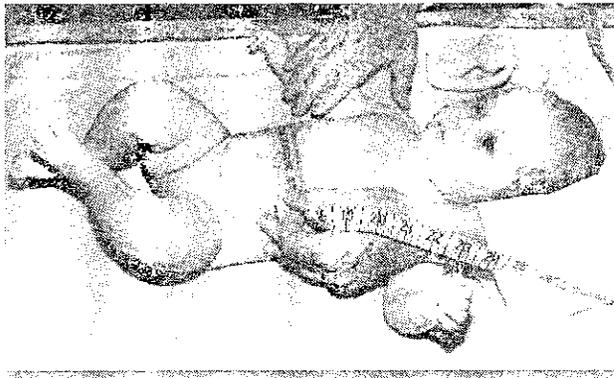
Anexo 9

PERÍMETRO DEL TÓRAX EN EL RECIÉN NACIDO



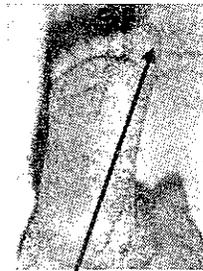
Anexo 10

PERÍMETRO ABDOMINAL EN EL RECIÉN NACIDO



Anexo 11

MEDIDA DEL PIE EN EL RECIÉN NACIDO



Anexo 12

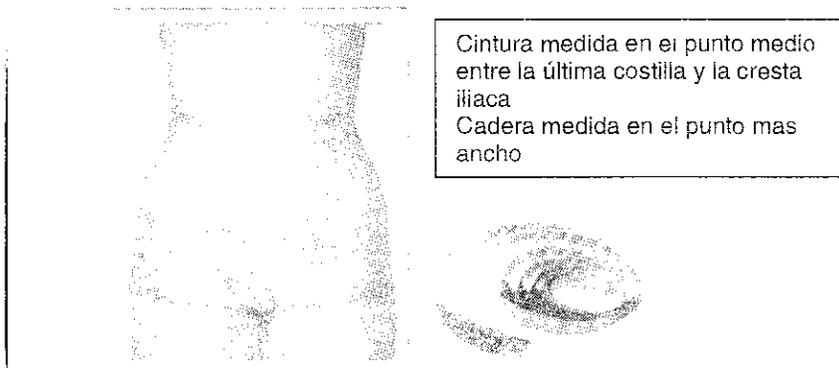
VALORES DE CIRCUNFERENCIA DE CINTURA QUE REPRESENTAN FACTOR DE RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR.



Mujer: Cintura > 85 cm.  
Hombre: Cintura > 95 cm

Anexo 13

CIRCUNFERENCIA DE CADERA



Anexo 14

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE IMC

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ÍNDICE DE MASA CORPORAL:	
Índice de Masa Corporal	Clasificación
Cifras <math>\leq 18</math>	Bajo peso
Cifras entre 18.1 y 24.9	Peso normal
Cifras entre 25 y 29.9	Sobrepeso
Cifras entre 30 y 34.9	Obesidad grado I
Cifras entre 35 - 39.9	Obesidad grado II
Mayor a 40	Obesidad grado III

VALIDACIÓN

Mtro. César Nomar Gómez Monge  
Secretario de Salud  
(Rúbrica)

Dra. Elizabeth Dávila Chávez  
Directora General del ISEM  
(Rúbrica)

Dr. José Pedro Montoya Moreno  
Coordinador de Salud  
(Rúbrica)

Mtro. Fadul Vázquez Villarreal  
Coordinador de Administración y Finanzas  
(Rúbrica)

Lic. Jorge Elliot Rodríguez  
Jefe de la Unidad de Modernización Administrativa  
(Rúbrica)

Mtra. Beatriz García López  
Responsable de la Unidad de Enfermería  
(Rúbrica)

OTSA

© Guía Técnica 1 Administrativa

Guía Técnica Administrativa de Enfermería para la Tercera de Especialización Antropométrica,  
Secretaría de Salud

Instituto de Salud del Estado de México

Responsable de su elaboración:

Mtra. Beatriz García López

Mtra. Isabel Ruiz Albarrán

Colaboradores:

Mtra. Mra. Concepción Victoria Martínez

L.F. Elizabeth Guadalupe Cipriano

Lic. Sandra Lilia Espinoza

L.G. Emma Elizabeth Díaz Jaramillo

L.E. Martha Díaz Avila

*E.G. Edith Cisneros Uribe*  
*E.G. Francisca Palma Sánchez*  
 Responsable de su integración:  
*L.C.C. Claudia Terán Cordero*  
*L.Com. Zelma Liz Kuhn Orozco*

*Toluca, México*  
*Noviembre 2013.*



## GUÍA TÉCNICO ADMINISTRATIVA DE ENFERMERÍA PARA LA TOMA DE SIGNOS VITALES

Noviembre, 2013

### CONTENIDO

I.	PRESENTACIÓN.....
II.	BASE LEGAL.....
III.	OBJETIVO GENERAL.....
IV.	ALCANCE.....
V.	INSUMOS.....
VI.	POLÍTICAS.....
VII.	CRITERIOS DE OPERACIÓN.....
VIII.	DIAGRAMACIÓN.....
IX.	GLOSARIO.....
X.	APROBACIÓN.....
	FORMATOS E INSTRUCTIVOS.....
	ANEXOS.....
	VALIDACIÓN.....

#### i. PRESENTACIÓN

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

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

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

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

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

La presente Guía Técnico Administrativa documenta la acción organizada para dar cumplimiento a los objetivos de las unidades médicas del ISEM de manera organizada y brindando el mejor servicio a los usuarios. 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 definen su gestión administrativa.

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

#### ii. BASE LEGAL

- Ley General de Salud. Título Tercero, Capítulo I, artículos 23 y 27, Fracción III, Capítulo II Atención Médica, Artículo 33, fracciones I, II y III. Diario Oficial de la Federación, 7 de febrero de 1984, reformas y adiciones.
- Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado y Municipios. Título Tercero, Capítulo II, artículos 42 y 43. Gaceta del Gobierno, 11 de septiembre de 1990, reformas y adiciones.

- Código Administrativo del Estado de México. Capítulo IV, Artículo 2.5. Gaceta del Gobierno, 13 de diciembre de 2001.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Capítulo I, Artículo 8, fracciones I, II y III, Capítulo IV, artículos 73, 74 y 87. Diario Oficial de la Federación, 14 de mayo de 1986, reformas y adiciones.
- Reglamento Interno del Instituto de Salud del Estado de México. Capítulo III, artículos 15 al 19. Gaceta del Gobierno, sección primera. 12 de agosto de 2011.
- Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México. Apartada VII: Objetivo y Funciones por Unidad Administrativa, 217B20000 Coordinación de Salud. Gaceta del Gobierno, sección tercera, 2 de julio de 2011.
- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
- Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la atención a la salud del niño. Diario Oficial de la Federación, 9 de febrero de 2001, reformas y adiciones.
- Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de información en salud. Diario Oficial de la Federación, 28 de octubre de 2005, reformas y adiciones.
- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico Diario Oficial de la Federación, 15 de octubre de 2012. Reformas y adiciones.
- Manual de Procedimientos de Enfermería en Unidades de Salud de Primer Nivel de Atención del Instituto de Salud del Estado de México. Gaceta del Gobierno, 3 de Julio 2012.

### III. OBJETIVO GENERAL

Difundir entre el personal de Enfermería, las políticas y los lineamientos en el procedimiento de toma de signos vitales para identificar las cifras normales y valorar el estado de salud de los usuarios de las unidades médicas del Instituto de Salud del Estado de México.

### IV. ALCANCE

Aplica a todo el personal de enfermería que realiza actividades en los servicios de salud dirigidos al usuario en las unidades médicas del Instituto de Salud del Estado de México

### V. INSUMOS

- Solicitud verbal del usuario.
- Indicaciones Médicas
- Notas de evolución.

### VI. POLÍTICAS GENERALES

- El personal de enfermería deberá portar el uniforme reglamentario con gafete de identificación institucional.
- La enfermera de la consulta externa deberá capacitar, informar y orientar a todos los usuarios cuando se presenta alguna alteración en los signos vitales después de habérselos tomado con el propósito de que acuda nuevamente a solicitar atención médica en forma oportuna e inmediata.
- El personal de enfermería deberá solicitar la Cartilla Nacional de Salud de los usuarios y verificar las acciones faltantes según la línea de vida y asesorarlo.
- En caso de no contar el usuario con Cartilla Nacional de Salud el personal de enfermería deberá solicitarle los datos y otorgarla en las unidades de primer nivel de atención.
- Para la atención de los pacientes en estado crítico, no requiere solicitud verbal o indicación médica, al momento de ingresar el paciente la enfermera deberá iniciar el procedimiento en la Operación 4.
- Para los pacientes hospitalizados, el número de veces que se deban tomar los signos vitales será por indicación médica o por la valoración previa de la enfermera.
- En caso de que la unidad médica no cuente con termómetros digitales, el personal de enfermería deberá hacer uso de los termómetros de mercurio.
- El personal de enfermería deberá de hacer asepsia a los termómetros de acuerdo al tipo y especificaciones del fabricante.
- Cuando el paciente haya estado durmiendo, la enfermera deberá esperar unos minutos antes de tomarle la temperatura.
- Se recomienda que el personal de enfermería tome tres veces la temperatura en el mismo oído y utilizar como válida la más elevada, en las siguientes circunstancias:
  - Niños acabados de nacer o durante los primeros 100 días.
  - Niños menores de tres años con un sistema inmunitario debilitado, para los cuales la fiebre puede resultar muy grave.
  - Cuando el usuario esté aprendiendo a utilizar el termómetro por primera vez y hasta que se haya familiarizado con el dispositivo y pueda obtener unos resultados uniformes.
  - En caso de que el resultado de la medición sea sorprendentemente bajo.
  - En caso de aislamiento, el usuario debe permanecer en la unidad del mismo el equipo de signos vitales.
  - El personal de enfermería deberá contar las pulsaciones y respiraciones al usuario durante un minuto. No en fracciones de minutos para multiplicarlos
- El personal de enfermería deberá informar y/o derivar al médico cualquier cifra fuera de los rangos establecidos de los signos vitales.

Políticas para la toma de signos vitales en hospitalización:

- La enfermera deberá preparar el equipo para la toma de signos vitales, verificando que se encuentre en buenas condiciones y lo deberá trasladar a la unidad del paciente.
- La enfermera deberá revisar el brazalete y la tarjeta de identificación del paciente como medida de seguridad.
- La enfermera deberá explicar al paciente las intervenciones que realizará y solicitar su colaboración, siempre manteniendo al paciente en una posición cómoda.

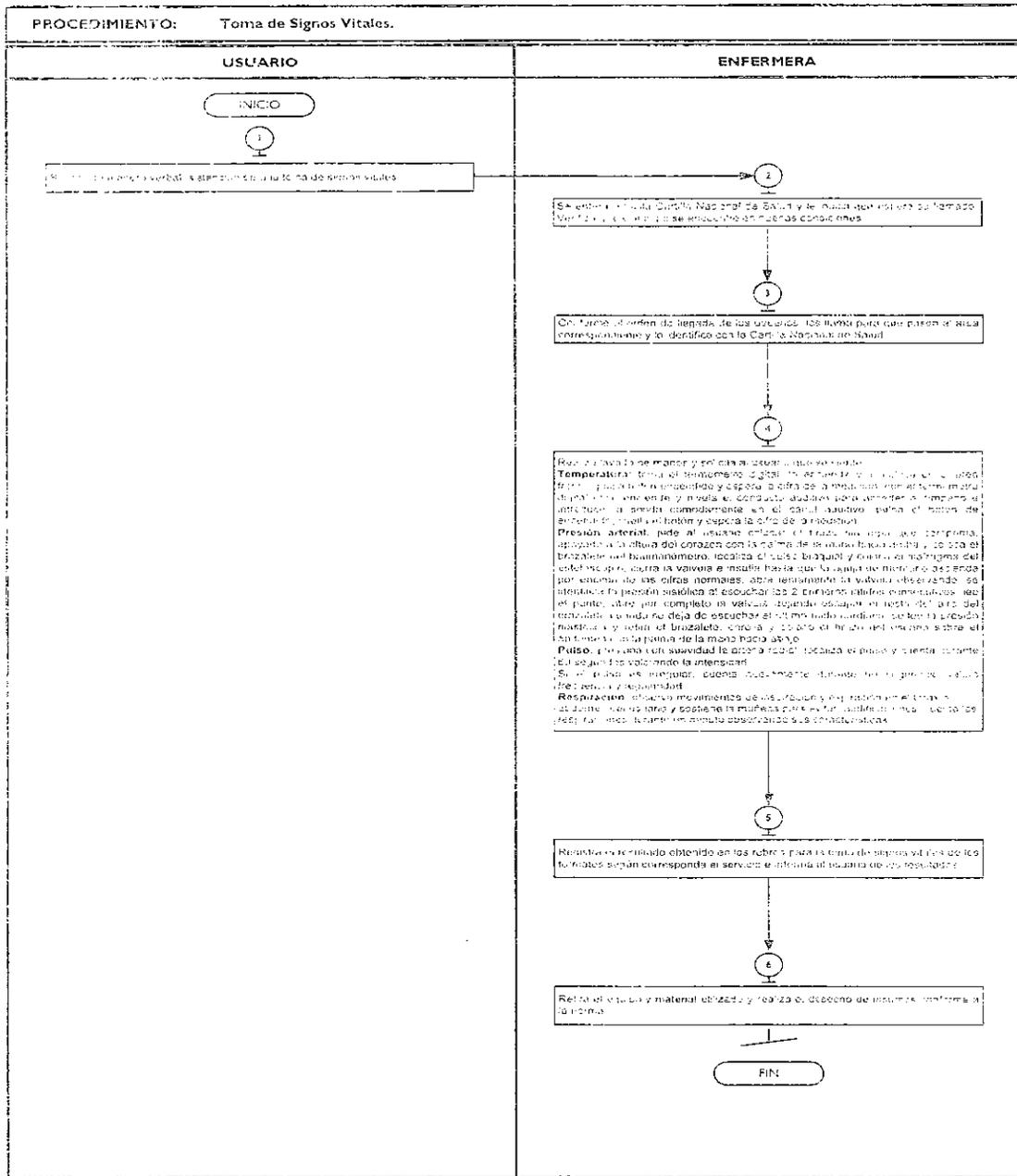
**VII. CRITERIOS DE OPERACIÓN**

TOMA DE SIGNOS VITALES		
1	USUARIO	Solicita verbalmente el servicio de de toma de signos vitales para ingreso a la consulta.
2	ENFERMERA	Se entera de solicitud verbal, solicita Cartilla Nacional de Salud y le indica que espere su llamado según su turno para la toma de signos vitales y verificar que el equipo se encuentre en buenas condiciones.
3	ENFERMERA	Conforme al orden de llegada de los usuarios, los llama para que pasen al área correspondiente y lo identifica con la Cartilla Nacional de Salud.
4	ENFERMERA	<p>Realiza lavado de manos conforme a la técnica establecida, solicita al usuario que se sienta cómodamente, para la toma de signos vitales: temperatura, toma el termómetro digital frontal, lo enciende y lo coloca en el área frontal, pulsa inmediatamente el botón encendido, suelta el botón y espera hasta que el dispositivo emita un sonido que indica que la medición ha terminado dando la cifra automáticamente, con el termómetro digital óptico enciende y nivela el conducto audiolvo tirando suavemente de la parte media de la oreja (menor de 1 año tira hacia atrás y mayor de 1 año tira hacia arriba y hacia atrás) para acceder al tímpano e introduce la sonda cuidadosamente en el canal auditivo, pulsa el botón de encendido, suelta el botón y espera hasta que el dispositivo emita un sonido, que indica que la medición ha terminado y retira el termómetro del oído, en la pantalla del termómetro aparece la medición de temperatura.</p> <p>Le informa al usuario que tomará la presión arterial, le pide colocar el brazo sin ropa que comprime, poniéndolo apoyado a la altura del corazón con la palma de la mano hacia arriba y coloca el brazalete del brauvenómetro en el antebrazo, 3 centímetros arriba del codo dejando libre la fosa antecubital, localiza por palpación el pulso braquial con los dedos índice y medio, donde se advierte el pulso y coloca el dinágrama del estetoscopio sobre la arteria braquial sosteniéndolo con la yema de los dedos índice y medio, cierra la válvula, e insufla aire por el brazalete hasta que la aguja del manómetro con la columna de mercurio ascienda por encima de las cifras normales, la columna de mercurio debe estar a la altura de los ojos, abre lentamente la válvula observando el descenso de la aguja del manómetro o de la columna del mercurio; se identifica la presión sistólica o máxima al escuchar los 1.º primeros latidos</p>

**TOMA DE SIGNOS VITALES**

5	ENFERMERA	<p>consecutivos (Fase de Korotkoff), es el punto en que se escucha el primer ruido, para por completo la válvula dejando escapar el resto del aire del brazalete cuando se deja de escuchar el último ruido cardíaco, se lee la presión diastólica o mínima, permite la salida del aire que quedó en el brazalete lo retira, enrolla y coloca el brazo del usuario desde el codo sobre el abdomen con la palma de la mano hacia abajo, para la toma de pulso lo enfermera con los dedos índice, medio y anular, presiona con suavidad la arteria radial, localiza el pulso y cuenta durante 60 segundos valorando la intensidad.</p> <p>Si el pulso es irregular, cuenta nuevamente durante 60 segundos, valoro frecuencia y regularidad.</p> <p>Para toma de la respiración, observa los movimientos de inspiración y expiración en el tórax o abdomen del usuario y sostiene la manilla (apoyándose tomar del pulso) para evitar modificaciones y cuenta las respiraciones durante un minuto observando sus características.</p>
6	ENFERMERA	Registra el resultado obtenido en los folios para la toma de signos vitales en los formatos: "Cartilla Nacional de Salud", "Hoja de Registros Clínicos de Enfermería en Unidades de Atención Primaria de Atención", "Registro Clínico de Enfermería", "Registro Clínico, Evaluación de Intervenciones e Intervenciones de Enfermería", "Hoja de Signos Vitales" e "Hoja de Identificación de Paciente" según corresponda.
7	ENFERMERA	Realiza el registro de los resultados de las intervenciones en el formato correspondiente.

VIII. DIAGRAMACION



IX. GLOSARIO

- ATENCIÓN MÉDICA:** Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar la salud. (NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico).
- USUARIO:** Toda aquella persona, paciente o no que requiera y obtenga la prestación de los servicios de atención médica. (NOM-035-SSA3-2012, en materia de información en salud).
- LÍNEA DE VIDA:** Se refiere a las diferentes etapas que recorre un individuo desde que nace hasta que muere.
- SIGNOS VITALES:** Son aquellos parámetros que nos indican el estado físico de primer contacto con el usuario.
- SUENDOS DE KOROTKOFF:** Son los sonidos que el personal de salud escucha durante la toma y determinación de la presión sanguínea.
- BAUMANGMETRO:** Es un esfigmomanómetro o instrumento médico para la medición arterial.
- POSA ANTECUBITAL:** Una depresión de forma triangular situada en la cara anterior del codo.
- PULSO BRAQUIAL:** Pulso de la arteria braquial que se palpa en el espacio antecubital.
- ARTERIA BRAQUIAL:** Es una arteria gruesa que desciende verticalmente en la porción antero medial del brazo llegando hasta la fosa cubital alcanzando el canal bicipital interno por el que desciende hasta el cuello del radio donde se divide en sus dos ramas terminales.
- MANÓMETRO:** Instrumento para medir la presión arterial.



SAUD REPRODUCTIVA DE LA MUJER		SIGNOS DE ALARMA EN LA EMBARAZADA (98)		SIGNOS DE ALARMA DURANTE EL PUERPERIO				Detección de Síntomas	Detección de VHS (99)
Incidencia Vida Sexual Activa (Edad) (95)		Dolor abdominal		Sangrado vaginal abundante o permanente				Fecha	Fecha
Ciclo Menstrual (96)		Vómito		Sangrado excesivo (siguientes 10 días) (97)				Fecha	Fecha
Planificación Familiar (Activa) (97)		Anafilaxia		Náuseas o vómito				Fecha	Fecha
Esterilidad (98)		Dolores		Dolor abdominal				CLIMATERIO MENOPAUSIA (99)	
Gestación (99)		Dolores de cintura y pies		Fiebre					
Prácticidad Embarazada		Cansancio excesivo		Dolor en el pecho o en alguna de las mamas				Inicio de la Menopausia	
Cuidado (97)		Nerviosismo/irritabilidad		Palidez de la piel				Fin de la Menopausia	
Pérdida de peso (100)		Sed de líquidos/ampliación		Gúlatas e eructos durante toda de los días					
Dolor de Pecho o tipo Dolor en las		Frecuencia de sangrado vaginal							
Vaginitis/Ferida/Úlcera/Afta (101)		Ovulación que provoca un dolor intenso del abdomen							
Fertilidad/Inseminación (102)		Aumento de temperatura vaginal después de 15 días							

SAUD REPRODUCTIVA DEL HOMBRE							
Incidencia Vida Sexual Activa del hombre (Edad) (95)	Prácticidad Embarazada	Cuidado (97)	Planificación Familiar (Activa) (97)	Distribución de la vida sexual	Metodología de Planificación Familiar (98)		
PROBLEMA (96)							
ETIOLOGÍA/ORIGEN (96)							
SIGNOS Y SÍNTOMAS (96)							
PLANIFICACION							
Inicio de vida sexual (Edad) (95)	Cuidado (97)	Planificación Familiar (Activa) (97)			Evaluación (98)		
Fecha (98)		Ente de Responsables (Institución) (99)			Centro Profesional (100)		
PROBLEMA (96)							
ETIOLOGÍA/ORIGEN (96)							
SIGNOS Y SÍNTOMAS (96)							
PLANIFICACION							
Inicio de vida sexual (Edad) (95)	Cuidado (97)	Planificación Familiar (Activa) (97)			Evaluación (98)		
Fecha (98)		Ente de Responsables (Institución) (99)			Centro Profesional (100)		

**INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: HOJA DE REGISTRO CLÍNICO DE ENFERMERÍA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN (217B20000-466-13)**
**Objetivo:** Registrar todas las intervenciones de enfermería al usuario de forma integral, clara, veraz y oportuna.

**Distribución y destinatario:** El formato se genera en original para control de la Unidad Médica.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	JURISDICCIÓN:	Anotar el número y nombre completo de la Jurisdicción Sanitaria a la cual corresponde la unidad.
2	MUNICIPIO:	Anotar el nombre completo del Municipio a la cual corresponde la unidad.
3	LOCALIDAD:	Anotar el nombre de la localidad en la cual se ubica la unidad. Para áreas urbanas, registre el nombre de la colonia.
4	UNIDAD DE SALUD:	Anote el tipo y nombre de la unidad médica donde se da la atención.
5	NO. DE EXPEDIENTE/ AFILIACIÓN:	Anotar el número del expediente clínico asignado al usuario o en su caso su número de afiliación al seguro popular.
6	NOMBRE:	Anotar nombre y apellidos completos, del usuario iniciando por apellido paterno, materno y nombre (s).
7	GÉNERO:	Marcar con una X el cuadro correspondiente a M si es mujer y H si es hombre.
8	FECHA DE NACIMIENTO:	Anotar con números arábigos día, mes y año de la fecha de nacimiento. Utilizando dos números para el día, dos para el mes y cuatro para el año (ejemplo 02/05/2007).
9	EDAD:	Registre con números arábigos la edad cumplida del usuario. Para menores de un mes anote en días asignando a continuación la letra "D", para niños mayores de un mes, pero menores de un año anote los meses asignando la letra "M", para usuarios mayores de un año, los años consignando la letra "A" ejemplo 2D (2 días).
10	OCUPACIÓN:	Asentar la ocupación del usuario.
11	DOMICILIO ACTUAL:	Anotar domicilio del usuario calle, número exterior e interior, colonia, municipio o localidad y código postal.
12	TELÉFONO:	Registrar el teléfono fijo o celular que refiera el usuario. Incluirlada. En caso de no tener teléfono anotar un número donde se pueda localizar.
13	DISPOSICIÓN DE EXCRETAS:	Especificar si cuenta con excusado con drenaje o fosa séptica, letrina o excreta a las del suelo.
14	ABASTECIMIENTO DE AGUA:	Registrar las fuentes de obtención del agua. Ejemplo: potable, pozo, depósito, arroyo, etc.
15	NÚMERO DE CUARTOS:	Anotar el número de cuartos con los que cuenta la vivienda. Incluyendo cocina.
16	PISO:	Registrar si el piso es de cemento, tierra, madera u otros.
17	TECHO:	Registrar si el techo es de concreto, lámina o material de la región.
18	PAREDES:	Registrar si las paredes son de block, ladrillo, adobe, cañón, lámina o materia de la región.
19	EXPOSICIÓN DE HUMO DE LEÑA:	Anotar Si está / No expuesta al humo de leña, material inflamable, etc.

20	<b>DISPOSICIÓN BASURA:</b>	Registrar si se deposita la basura a cielo abierto, la queman, entierran o utilizan camión recolector.
21	<b>ANIMALES DOMÉSTICOS:</b>	Registrar el número y tipo de animales domésticos en su domicilio.
22	<b>FAUNA NOCIVA:</b>	Registrar el tipo de animales nocivos que se encuentran en la vivienda.
23	<b>OPCIONES DE RECREACIÓN:</b>	Registrar si el lugar cuenta con cines, parques, canchas deportivas u otros lugares de recreación.
24	<b>GRUPOS DE APOYO:</b>	Registrar si pertenece a un grupo de apoyo y especificar.
25	<b>NÚMERO DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA:</b>	Anotar el número de personas que habitan en la vivienda.
26	<b>DIABETES MELLITUS:</b>	Escribe el parentesco familiar de la persona que padece Diabetes mellitus.
27	<b>HIPERTENSIÓN ARTERIAL:</b>	Escribe el parentesco familiar de la persona que padece Hipertensión Arterial.
28	<b>ENFERMEDAD MENTAL:</b>	Escribe el parentesco familiar de la persona que padece alguna enfermedad mental.
29	<b>CÁNCER:</b>	Escribe el parentesco familiar de la persona que padece algún tipo de cáncer.
30	<b>ENFERMEDADES ENDÉMICAS DE RIESGO:</b>	Registrar el tipo de enfermedad, de acuerdo a la región y prevalencia.
31	<b>ESTADO CIVIL:</b>	Anotar si el usuario es soltero, casado, viudo, divorciado, unión libre.
32	<b>EJERCICIO:</b>	Registrar si el usuario realiza ejercicio, cuantas veces a la semana. Ejemplo: anotar 3x7 (3 días a la semana).
33	<b>RELIGIÓN:</b>	Anotar el tipo de creencias y prácticas considerada como espirituales o sagradas para la persona.
34	<b>GRUPO RH:</b>	Solicitar al usuario se realice este estudio de laboratorio y que lo presente el día de la consulta para anotar de manera correcta esta información.
35	<b>ALERGIAS:</b>	Registrar el tipo de sustancia (alimento, fármaco o sustancias del medio ambiente) ante la cual se altera el organismo de la persona.
36	<b>HIGIENE PERSONAL:</b>	Anotar la frecuencia de la higiene corporal: días/semana.
37	<b>CARTILLA NACIONAL DE SALUD:</b>	Registrar de acuerdo a grupo etéreo, y a la fecha de expedición: "SI" se la entregó en el momento de la valoración. "NO" no tiene cartilla y no se cuenta con material para entrega "P" la presenta en el momento de la atención
38	<b>FECHA:</b>	Registrar la fecha en que acude el usuario a la atención.

39	<b>PESO:</b>	Registrar en kilogramos el peso del usuario.
40	<b>TALLA:</b>	Registrar en metros y centímetros la talla del usuario.
41	<b>IMC:</b>	<p>Calcular el Índice de Masa Corporal de acuerdo a la siguiente fórmula :</p> $\frac{\text{Peso}}{\text{Talla al cuadrado}}$ <p>= (1.50 mts. X 1.50 mts) = 22.2 IMC</p> <p>Se clasifica de acuerdo a los siguientes resultados:</p> <p>IMC &lt; de 18.5 bajo peso          IMC de 18.5 A 24.9 normal          IMC &gt; de 25.0 a 29.9 sobrepeso          IMC &gt; de 30.0 a 34.9 obesidad grado I          IMC &gt; de 35 a 39.9 obesidad grado II          IMC &gt; de 40 o mas obesidad grado III</p>
42	<b>CIRCUNFERENCIA DE CINTURA:</b>	Registrar el resultado de la medición de la cintura en centímetros ejemplo 90 cms, 1.10 cms.
43	<b>PERÍMETRO CEFÁLICO:</b>	Registrar la medición obtenida de la circunferencia de la cabeza (pasar por los meaos auditivos externos y los bordes superiores de las órbitas) registrando en centímetros.
44	<b>PERÍMETRO ABDOMINAL:</b>	Registrar la medición obtenida del punto medio entre la última costilla y la parte superior de la cresta iliaca (cadera). Registrando en centímetros.
45	<b>PULSO:</b>	Registrar el número de veces que pasa la sangre por las arterias en un minuto (pulsaciones por minuto).
46	<b>RESPIRACIÓN:</b>	Anotar el número de veces en que se expanden los pulmones del usuario al inspirar y expirar por minuto.
47	<b>TENSIÓN ARTERIAL:</b>	Indicar las cifras sistólica y diastólica, mínima y máxima ejemplo: 120/80.
48	<b>TEMPERATURA:</b>	Anotar la temperatura corporal del usuario en grados centigrados.
49	<b>BAJO PESO:</b>	Marcar con una "X" a que grupo pertenece después de obtener el índice de masa corporal, con referencia en los valores de la tabla en el número 41 de este instructivo.
50	<b>PESO NORMAL:</b>	Marcar con una "X" a que grupo pertenece después de obtener el índice de masa corporal con referencia en los valores de la tabla en el número 41 de este instructivo.
51	<b>SOBREPESO:</b>	Marcar con una "X" a que grupo pertenece después de obtener el índice de masa corporal con referencia en los valores de la tabla en el número 41 de este instructivo.
52	<b>OBESIDAD GRADO I:</b>	Marcar con una "X" a que grupo pertenece después de obtener el índice de masa corporal con referencia en los valores de la tabla en el número 41 de este instructivo.

53	<b>OBESIDAD GRADO II:</b>	Marcar con una "X" a que grupo pertenece después de obtener el índice de masa corporal con referencia en los valores de la tabla en el número 41 de este instructivo.
54	<b>OBESIDAD GRADO III:</b>	Marcar con una "X" a que grupo pertenece después de obtener el índice de masa corporal con referencia en los valores de la tabla en el número 41 de este instructivo.
55	<b>DESPARASITACIÓN:</b>	Administrar vía Oral albendazol dos veces al año en semanas nacionales de salud, registrando la dosis administrada con una "X".
56	<b>VITAMINA "A" RECIÉN NACIDO:</b>	Registrar con una "X" la aplicación de vitamina "A" a recién nacidos 1 gota.
57	<b>VITAMINA "A" LACTANTES:</b>	Registrar con una "X" la aplicación de vitamina "A" 6 a 11 meses 2 gotas.
58	<b>VITAMINA "A" NIÑOS:</b>	Registrar con una "X" la aplicación de vitamina "A" 1 a 4 años 4 gotas.
59	<b>ÁCIDO FÓLICO:</b>	Registrar la dotación entregada.
60	<b>VIDA SUERO ORAL:</b>	Registrar dotación entregada de forma permanente y en semanas nacionales de salud.
61	<b>HIERRO:</b>	Registrar con una "X" la aplicación de Hierro: En los niños de 6 meses a 4 años de edad cuando por datos clínicos o por laboratorio se diagnostique anemia se administrarán por vía oral, 2 ml del suplemento una vez al día, durante seis meses. En los niños de 5 a 9 años de edad, únicamente cuando por clínica o por laboratorio se diagnostique anemia; la dosis será de 2 ml del suplemento al día por vía oral, durante seis meses. Adolescentes de 10 a 19 años de edad, únicamente cuando por clínica o por laboratorio se diagnostique anemia; la dosis será de una tableta vía oral diaria durante tres meses. Tabletas para adolescentes, mujeres embarazadas, caja con 30 (Clave de Medicamentos del Sector Salud 2710).
62	<b>VACUNACIÓN:</b>	Identificar las vacunas correspondientes de acuerdo a la edad y registrando la fecha de administración con números arábigos dos números para el día, dos para mes y dos para el año (Ejemplo: 15/03/10).
63	<b>INGESTA DE MEDICAMENTOS:</b>	Anotar tipo y dosis de medicamentos que actualmente ingiera.
64	<b>PROMOCIÓN DE LA SALUD:</b>	Anotar una "X" dentro de la columna de la izquierda el tema otorgado al usuario.
65	<b>COLESTEROL:</b>	Anotar las cifras obtenidas en el dispositivo. Normal 150-200mg/dl Bajo riesgo 200mg/dl Riesgo intermedio 200-300 mg/dl Alto riesgo >300mg/dl
66	<b>GLUCOSA EN ORINA:</b>	Anotar las cifras obtenidas. <20mg/dl (0.97%) >20mg/dl (0.97%) >100mg/dl (0.97%)

		-130-139/85-89 mgAg normal alta Arriba de 139/89 mgAg sospechoso
67	<b>DIABETES MELLITUS:</b>	Anotar las cifras obtenidas del glucómetro. Ayuno 8 hrs      60-99 Normal + 100 sospechoso Sin ayuno      70-139 Normal + 140 sospechoso
68	<b>TRIGLICÉRIDOS:</b>	Anotar las obtenidas del dispositivo. Normal      - 150 mg/dl Limítrofe alto      150-199mg/dl Alta      200- 449mg/dl Muy alto      + 500 mg/dl
69	<b>DETECCIÓN CÁNCER CÉRVICOUTERINO:</b>	Registrar la fecha de la última citología realizada y en cuanto lleguen los resultados registrar con una "X" si es normal, o especificar el resultado si es sospechoso
70	<b>DETECCIÓN CÁNCER DE MAMARIO:</b>	Registrar la fecha la última: 1-exploración mamaria y 2 = mastografía y si es normal o sospechoso se anota una "X".
71	<b>DETECCIÓN DE VIRUS DE PAPILOMA HUMANO:</b>	Registrar la fecha de la última toma de líquido y en cuanto lleguen los resultados registrar con una "X" si es normal, o especificar el resultado si es sospechoso.
72	<b>DETECCIÓN DE AGUDELA VISUAL:</b>	Registrar la fecha de valoración, y marcar con una "X" si se encuentra dentro de los parámetros normales o si es sospechoso.
73	<b>DETECCIÓN DE TUBERCULOSIS:</b>	Registrar una "X" si la baciloscopia es como resultado negativo, sospechoso ó es un caso.
74	<b>DETECCIÓN DE TUBOS METABÓLICO:</b>	Registrar la fecha de la detección, número de tubo y el resultado en cuanto se obtengan.
75	<b>DÍAS DE VIDA SEXUAL ACTIVA:</b>	Registrar la edad de la usuario cuando inició su actividad sexual.
76	<b>CICLO MENSTRUAL:</b>	Registrar duración y frecuencia del ciclo menstrual de la usuaria (ejemplo: 5X28 = 5 días cada 28).
77	<b>MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR ACTUAL:</b>	Registrar el tipo de método de planificación familiar y el tiempo de uso. Ejemplo: DIU 6 meses.
78	<b>MEMORIA:</b>	Registrar la edad de la primera menstruación.
79	<b>DOLOR DE OVARIOS:</b>	Anotar si presenta o no dolor durante su período menstrual.
80	<b>PRÁCTICAS DE RIESGO:</b>	Registrar si existen factores de riesgo que se relacionen en la vida de la usuaria como relaciones sexuales con múltiples parejas o con parejas del mismo sexo, ITS, VIH, Hepatitis C, perforaciones (piercing) o tatuajes en diferentes partes del cuerpo.
81	<b>GESTAS:</b>	Indicar el número de embarazos que ha tenido a la fecha. Es preciso tomar en cuenta el actual.

82	<b>PARAS /FECHA ULTIMO DE PARTO:</b>	Registrar el total de partos y la fecha del último parto, anotando con números arábigos (ejemplo: 4 partos 15-07-2012).
83	<b>CESÁREA/FECHA ÚLTIMA CESÁREA:</b>	Registrar el total de cesáreas que se le han realizado y especificar la fecha del último (ejemplo: 2 cesáreas /19-02-2012).
84	<b>ABORTO/FECHA ÚLTIMO DE ABORTO:</b>	Registrar el número de interrupciones de embarazo con los que ha cursado, independientemente de la variedad y especificar la fecha de este último, colocando dos dígitos para el día, dos para el mes y dos para el año. (Ejemplo: 1 aborto/ 25-11-10).
85	<b>FECHA ÚLTIMA DE MENSTRUACIÓN:</b>	Registrar la fecha cuando se presentó la última menstruación.
86	<b>SIGNOS DE ALARMA EN LA EMBARAZADA:</b>	Registrar el número que corresponda si presenta datos de alarma que se detectan en la atención y poner en riesgo la salud de la madre y el producto. Dolor abdominal Fiebre Acúfenos Fosfenos Cefalea Edema de cara, manos y pies Convulsiones o ataques Vómitos incontrolables Salida de líquido amniótico Presencia de sangrado vaginal Contracciones uterinas antes del término del embarazo Ausencia de movimiento fetal después del 5º mes
87	<b>SIGNOS DE ALARMA DURANTE EL PUERPERIO:</b>	Sangrado vaginal abundante o permanente Sangrado o salida de líquidos (loquios) con mal olor Náuseas o vómito Dolor abdominal Fiebre Dolor en el pecho o en alguna de las piernas Palidez de la piel Grietas o enrojecimiento y dolor en los senos
88	<b>DETECCIÓN DE SÍFILIS:</b>	Anotar la fecha y el resultado de detección de sífilis.
89	<b>DETECCIÓN DE VIH:</b>	Anotar la fecha y el resultado de detección de VIH.
90	<b>CLIMATERIO Y MENOPAUSIA:</b>	Registrar si la usuaria se encuentra en esta etapa post reproductiva y si ha recibido atención o tratamiento, escribir la fecha en la que presentó amenorrea.
91	<b>INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA DEL HOMBRE:</b>	Registrar la edad del usuario cuando inició su actividad sexual.
92	<b>PRÁCTICAS DE RIESGO:</b>	Registrar si existen factores de riesgo que condicionen la salud del usuario como relaciones sexuales con múltiples parejas o con parejas del mismo sexo, ITS, VIH, Hepatitis C, perforaciones (percings) o tatuajes en diferentes partes del cuerpo.
93	<b>DETECCIÓN DE CÁNCER DE PRÓSTATA:</b>	Anotar la fecha con números arábigos, ejemplo (15-05-2012) y el resultado obtenido.

94	<b>DISFUNCIÓN ERÉCTIL:</b>	Registrar si o no existe incapacidad total o parcial para lograr una erección. En caso de que aplique mencionar el origen del problema.
95	<b>MÉTODO ACTUAL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR:</b>	Registrar el tipo de método y el tiempo de uso.
<b>Proceso de Enfermería</b>		
En el siguiente apartado realizar mediante el formato Plan de Cuidados de Enfermería (PAE) el registro correspondiente a cada rubro.		
96	<b>PROBLEMA:</b>	Escribir el problema de salud detectado al momento de la valoración.
97	<b>ETIOLOGÍA /ORIGEN:</b>	Detectar que ocasiona el problema y registrarlo.
98	<b>SIGNOS Y SÍNTOMAS:</b>	Signos: Registrar las manifestaciones objetivas; Síntomas: registrar aquellos datos que sólo puede sentir el usuario al momento de la exploración y que influyan en algún cambio en su salud.
99	<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</b>	Este se estructura identificando el problema y complementando con la frase "relacionado con", agregando la etiología con la frase "manifestado por", adicionando los signos y síntomas; así estructuramos el diagnóstico de Enfermería.  Ejemplo: diarrea relacionado con hábitos higiénicos deficientes manifestado por dolor y evacuaciones.  Ejemplo: Déficit de conocimientos relacionados con mala interpretación de la información, manifestado por deficiencia en el seguimiento de las indicaciones.
100	<b>OBJETIVO:</b>	Se inicia con un verbo en infinitivo y se plasmará la intención al paciente, marcando, en que tiempo, donde, a quien.  Ejemplo: mejorar el estado de hidratación del paciente en un período de 2 horas en la unidad de salud.
101	<b>INTERVENCIONES:</b>	Registrar los cuidados y acciones aplicadas, basados en el criterio y el conocimiento clínico que realiza un profesional de enfermería para mejorar los resultados de la persona, familia o comunidad.
102	<b>EVALUACIÓN:</b>	Anotar los signos, síntomas, de una revaloración sobre el problema encontrado, que reflejen un cambio favorable o desfavorable del usuario de acuerdo a la ejecución de intervenciones plasmadas.
103	<b>FECHA:</b>	Anotar con números arábigos día, mes y año de la aplicación del proceso enfermero. Utilizando dos números para el día, dos para el mes y cuatro para el año (ejemplo 14/12/2010).
104	<b>ENF. RESPONSABLE/NOMBRE COMPLETO:</b>	Escribir el nombre completo y firma del profesional de enfermería responsable de la atención.
105	<b>CÉDULA PROFESIONAL:</b>	Cédula Profesional o Número de Trabajador.



**INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:**

Registro Clínico de Enfermería

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

**Distribución y Destinatario:** El formato se genera en original, lo controla el área de enfermería y se integra en el Expediente Clínico Familiar del usuario.

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

29	VOMITO:	Anotar el número de veces que el usuario vomita y las características del mismo.
30	SUCCIÓN:	Indicar la cantidad de líquidos que salieron por la sonda nasogástrica en mililitros.
31	SELLO DE AGUA:	Escribir la cantidad en ml. occ. de sangre y líquidos que egresan por sonda insertada a pulmón.
32	ILEOSTOMIA O COLOSTOMIA:	Anotar el número de veces y características de las heces.
33	CANALIZACIONES:	Asestar la cantidad y características de material que drenen por penrose.
34	NOMBRE DEL REACTIVO:	Registrar la medición de los reactivos (labstix, billlabstix).
35	HECES:	Anotar el reactivo en heces.
36	ORINA:	Asestar el reactivo en orina.
37	SANGRE:	Registrar el reactivo destrostix de la sangre.
38	BALANCE PARCIAL TURNO MATUTINO:	Anotar la sumatoria de todas las columnas en el turno matutino.
39	BALANCE PARCIAL TURNO VESPERTINO:	Asestar la sumatoria de todas las columnas en el turno vespertino.
40	BALANCE PARCIAL TURNO NOCTURNO:	Anotar la sumatoria de todas las columnas en el turno nocturno.
41	BALANCE TOTAL POR DIA:	Registrar la cantidad total en ml. de ingresos (+) y egresos (-) de líquidos.
42	INGRESOS:	Indicar el total de ingresos.
43	EGRESOS:	Anotar el total de egresos.
44	BALANCE:	Anotar el balance del día de los tres últimos reactivos.
45	DIETA INDICADA: DESAYUNO COMIDA CENA	Registrar el tipo de dieta indicada en las notas médicas para el usuario.
<b>TERAPEUTICA INDICADA</b>		
<b>MEDICAMENTOS</b>		
46	NOMBRE:	Escribir el nombre del medicamento.
47	DÓSIS:	Indicar la dosis establecida para el usuario.
48	VÍA DE ADMINISTRACIÓN:	Anotar la vía de administración, ya sea vía oral, iv vía intravenosa, sc subcutáneo, etc.
49	HORARIO:	Indicar la hora exacta en que le corresponda tomar el medicamento al usuario.
50	SOLUCIONES PARENTERALES:	Anotar el nombre de la solución parenteral que se aplica al usuario.
51	HORA: INICIO TÉRMINO	Registrar la hora de inicio y de término en que aplica la solución parenteral.
<b>OBSERVACIONES</b>		
52	TURNO MATUTINO:	Registrar brevemente incidencias relevantes que indiquen algún cambio importante en el tratamiento del usuario en el turno matutino.
53	TURNO VESPERTINO:	Registrar brevemente incidencias relevantes que indiquen algún cambio importante en el tratamiento del usuario en el turno vespertino.
54	TURNO NOCTURNO:	Registrar brevemente incidencias relevantes que indiquen algún cambio importante en el tratamiento del usuario en el turno nocturno.
55	ENFERMERA TURNO MATUTINO:	Anotar claramente el nombre y apellidos de la enfermera responsable del turno matutino.
56	ENFERMERA TURNO VESPERTINO:	Anotar claramente el nombre y apellidos de la enfermera responsable del turno vespertino.
57	ENFERMERA TURNO NOCTURNO:	Anotar claramente el nombre y apellidos de la enfermera responsable del turno nocturno.

**Hoja de TRIAGE Obstétrico**

(FOLIO)

2. UNIDAD MÉDICA	3. FECHA	4. HORA
5. NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, PATERNO, MATERNO Y NOMBRES)		6. EDAD

SEÑALE CON UNA "X" EL MOTIVO DE LA CONSULTA.

EN CASO DE PRESENTAR UNA OPCIÓN SEÑALADA EN ROJO DEL 1 AL 8 "REQUIERE ATENCIÓN INMEDIATA" Y REALICE DETERMINACIÓN DE PROTEINURIA.

	VERDE	ROJO
1. SIGNOS VITALES / 7		
TA	110/70 - 120/80	MÁS DE 140 - MÁS DE 90 O MENOS DE 60
FC	60 - 100 POR MINUTO	MÁS DE 100 POR MINUTO
FR	18 - 24 POR MINUTO	MENOS DE 18 O MÁS DE 24 POR MINUTO
TEMPERATURA	MENOS DE 38°C	MÁS DE 38°C
2. ESTADO DE CONCIENCIA (Somnolencia, Estupor y Coma) / 8	NORMAL	ALTERADO
3. HEMORRAGIA TRANSVAGINAL / 9	AUSENTE	PRESENTE
4. CRISIS CONVULSIVAS / 10	AUSENTE	PRESENTE
5. SINTOMAS VASOESPASMÓDICOS (Cefalea, acúfenos, fosfenos, vértigo, edema) / 11	AUSENTES	PRESENTES
6. DOLOR EN CUADRANTE SUPERIOR DERECHO O EPIGASTRIO / 12	AUSENTE	PRESENTE
7. SALIDA DE LIQUIDO AMNIOTICO / 13	AUSENTE	PRESENTE
8. ACTIVIDAD UTERINA (trabajo de parto) / 14	AUSENTE	PRESENTE
9. MOVIMIENTOS FETALES / 15	PRESENTES	AUSENTES
10. EDAD GESTACIONAL MAS TRABAJO DE PARTO / 16	MENOS DE 36 SEMANAS SIN TRABAJO DE PARTO	MENOS DE 36 SEMANAS MAS TRABAJO DE PARTO

17/ REALIZO

NOMBRE Y FIRMA

<b>INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:</b>		
Hoja de Triage Obstétrico		
<b>Objetivo:</b> Proporcionar al médico y/o enfermera un documento que le permita clasificar los signos de alarma de la evolución del embarazo de la usuaria.		
<b>Distribución y destinatario:</b> El formato se genera en original y se ingresa al Expediente Clínico del usuario.		
No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	<b>FOLIO:</b>	Anotar el número consecutivo que le corresponda.
2	<b>UNIDAD MÉDICA:</b>	Anotar el nombre de la Unidad Médica.
3	<b>FECHA:</b>	Anotar el día, mes y año en que se requisita el formato.
4	<b>HORA:</b>	Anotar la hora de atención al usuario.
5	<b>NOMBRE DEL USUARIO (APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE (S))</b>	Anotar el nombre completo del usuario, iniciando por el apellido paterno, materno y nombre (s).
6	<b>EDAD:</b>	Anotar los años cumplidos del usuario.
7	<b>SIGNOS VITALES:</b>	Marcar con una "X" la opción correspondiente, de acuerdo a los valores encontrados al momento de la valoración.
8	<b>ESTADO DE CONCIENCIA (Somnolencia, Estupor y Coma):</b>	Marcar con una "X" la opción normal si la usuaria se encuentra consciente, alterado si se encuentra con somnolencia, estupor o coma al momento de la valoración.
9	<b>MEMBRANA TRANSVAGINAL:</b>	Marcar con una "X" la opción correspondiente al momento de la valoración, puede ser ausente o presente.
10	<b>CRISIS CONVULSIVAS:</b>	Marcar con una "X" la opción correspondiente al momento de la valoración, puede ser ausente o presente.
11	<b>SÍNTOMA DE VAGOSPASMOS (Dolor, espasmos, fosfenos, vértigo, edema):</b>	Marcar con una "X" la opción ausente si la usuaria refiere dolor no intenso, fosfenos, vértigo y/o edema, y presente si alguno de ellos son referidos por la usuaria al momento de la valoración.
12	<b>DOLOR EN CUADRANTE SUPERIOR DERECHO O IZQUIERDO:</b>	Marcar con una "X" la opción ausente si la usuaria refiere o no dolor en cuadrante superior derecho o izquierdo, y presente si el usuario refiere dolor.
13	<b>EFUSIÓN DE LÍQUIDO AMNIÓTICO:</b>	Marcar con una "X" la opción correspondiente al momento de la valoración puede ser ausente o presente.
14	<b>EFUSIÓN DE SANGRE (prejuicio de parto):</b>	Marcar con una "X" la opción ausente si el flujo vaginal es normal y presente si son referidos al momento de la valoración.
15	<b>MOVIMIENTOS FETALES:</b>	Marcar con una "X" la opción correspondiente al momento de la valoración, puede ser ausentes o presentes.
16	<b>EDAD GESTACIONAL MÁS TRABAJO DE PARTO:</b>	Marcar con una "X" la opción correspondiente al momento de la valoración, puede ser menos de 36 semanas de gestación sin trabajo de parto o menos de 36 semanas de gestación más trabajo de parto.
17	<b>ELABORACIÓN:</b>	Anotar el nombre completo, firma y cargo del responsable de su elaboración.

Hoja de Identificación del Recién Nacido

1. NOMBRES DE LA MADRE (APellidos, Nombres, Apellidos Maternos, Nombres)		2. NOMBRE DE EL PADRE (O LA MADRE)
--	--	------------------------------------

3. DIRECCIÓN DONDE SE ENCUENTRA EL NACIMIENTO (CALLE, NÚMERO DE CASA)

4. REGIÓN DEL NACIMIENTO	5. DISTRITO	6. MUNICIPIO	7. CANTÓN	8. PARROQUIA (LUGAR DEL NACIMIENTO DEL RECIÉN NACIDO)	9. SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO
--------------------------	-------------	--------------	-----------	---	---

10. ESTADO DE LA MADRE <input type="checkbox"/> SUFICIENTE <input type="checkbox"/> SUFICIENTE EXCEPTO POR SUJETA	11. PALANQUES FÍSICOS PARTICULARES DEL RECIÉN NACIDO
--	--

12. TOMATOOMETRÍA

12.1. PESO	12.2. ESTADIA	12.3. CIRCUNFERENCIA CEFÁLICA	12.4. CIRCUNFERENCIA TORÁCICA	12.5. CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL	12.6. LONGITUD
------------	---------------	-------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	----------------

13. ABOGADO		14. SILVERMAN LANGRISH		
13.1. NOMBRE	13.2. CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN	14.1. NOMBRE	14.2. CÉDULA	14.3. SEXO

15. OBSERVACIONES

16. MARCA DE LA MANO IZQUIERDA (DATOS COMPLETOS DE LA MADRE) <input type="checkbox"/> IMPRESIONES <input type="checkbox"/> INCORRECTAS	17. MARCA DE LA MANO DERECHA (DATOS COMPLETOS DE LA MADRE) <input type="checkbox"/> IMPRESIONES <input type="checkbox"/> INCORRECTAS
---	---

18. HUELLA DEL PIE IZQUIERDO DEL RECIÉN NACIDO:	19. HUELLA DEL DEDO PULGAR DE LA MANO DERECHA DE LA MADRE:	20. HUELLA DEL PIE DERECHO DEL RECIÉN NACIDO:
---	--	---

IMPRESIONES DE LA MANO DEL RECIÉN NACIDO

01783000149407

<b>INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:</b>		
Hoja de Identificación del Recién Nacido		
<b>Objetivo:</b> Proporcionar al médico y/o enfermera un documento para el registro de identificación del recién nacido.		
<b>Distribución y destinatario:</b> El documento se genera en original y se ingresa al Expediente Clínico del usuario.		
No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	NOMBRE DE LA MADRE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE (S))	Anotar el nombre completo de la madre del recién nacido.
2	NÚMERO DE EXPEDIENTE DE LA MADRE:	Anotar el número del expediente clínico asignado a la madre.
3	DOMICILIO (CALLE, NÚMERO, LOCALIDAD Y MUNICIPIO DONDE VIVE)	Anotar el nombre de la calle, número, localidad y municipio de residencia de la madre del recién nacido.
4	DÍA	Anotar con número arábigo el día del nacimiento del recién nacido.
5	MES	Anotar el mes de nacimiento del recién nacido.
6	AÑO	Anotar con número arábigo (cuatro dígitos) el año de nacimiento del recién nacido.
7	HORA Y MINUTOS DEL NACIMIENTO DEL RECIÉN NACIDO	Anotar con número arábigo la hora y minutos del nacimiento del recién nacido.
8	GÉNERO MASCULINO FEMENINO	Marcar con una "X" el género del recién nacido.
9	TIPO DE NACIMIENTO: EUTÓCICO DISTÓCICO (ESPECIFICAR CAUSA)	Marcar con una "X" el tipo de nacimiento del recién nacido eutócico o distócico (para el nacimiento distócico especificar la causa).
10	HALLAZGOS FÍSICOS PARTICULARES DEL RECIÉN NACIDO	Registrar los hallazgos físicos detectados en el recién nacido.
<b>SOMATOMETRÍA</b>		
11	PESO:	Registrar en kilogramos y gramos el peso del recién nacido.
12	TALLA:	Registrar en centímetros la talla del recién nacido.
13	PERÍMETRO CEFÁLICO	Registrar en centímetros el perímetro cefálico del recién nacido.
14	PERÍMETRO TORÁCICO:	Registrar en centímetros el perímetro torácico del recién nacido.
15	PERÍMETRO ABDOMINAL:	Registrar en centímetros el perímetro abdominal del recién nacido.
16	PIE:	Registrar en centímetros la medición de la planta del recién nacido.
<b>APGAR</b>		
17	AL MINUTO:	Registrar el apgar al minuto de nacido.
18	A LOS CINCO MINUTOS:	Registrar el apgar a los cinco minutos de nacido.
<b>SILVERMAN / ANDERSEN</b>		
19	CERO:	Registrar la evaluación de la escala de Silverman en el recién nacido.
20	UNO:	
21	DOS:	
22	DIAGNÓSTICO:	Registrar el diagnóstico que presenta el recién nacido.
23	BRAZALETE DE LA MADRE (VERIFICAR DATOS COMPLETOS DE LA MADRE) CORRECTOS INCORRECTOS	Marcar con una "X" si es correcta o incorrecta la información.
24	BRAZALETE DEL RECIÉN NACIDO (VERIFICAR	Marcar con una "X" si es correcta o incorrecta la información.

	DATOS COMPLETOS DE LA MADRE) CORRECTOS INCORRECTOS	
25	HUELLA DEL PIE IZQUIERDO DEL RECIÉN NACIDO:	Entintar el pie izquierdo del recién nacido y colocar la huella en esta columna.
26	HUELLA DEL DEDO PULGAR DE LA MADRE:	Entintar el dedo pulgar de la madre del recién nacido y colocar la huella en esta columna.
27	HUELLA DEL PIE DERECHO DEL RECIÉN NACIDO:	Entintar el pie derecho del recién nacido y colocar la huella en esta columna.
28	NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO RESPONSABLE:	Anotar nombre completo y firma del médico responsable del llenado del formato.

### ANEXO 1

#### VALORACIÓN DE LA TEMPERATURA

##### Generalidades

La temperatura del ser humano generalmente es constante a pesar de las variaciones de la temperatura del ambiente. Normalmente aumenta o disminuye en el transcurso del día, oscila entre 36.2°C por la mañana y sube hasta 37.2°C en la tarde.

La temperatura corporal representa la diferencia entre la cantidad de calor producido por el cuerpo y la cantidad de calor perdido al ambiente externo (termorregulación); este equilibrio funciona si hay producción excesiva de calor superando el límite normal. La piel tiene un papel fundamental para que se pierda calor por los fenómenos físicos de evaporación, radiación, conducción y convección.

##### Alteración de la temperatura

**Pirexia:** Se conoce como hipotermia o en términos generales fiebre o estado febril; es la excesiva elevación de la temperatura corporal por encima del valor normal (37°C), asociada con una respuesta inflamatoria. Ante la inflamación, los pirógenos (sustancias químicas) hacen que los centros de control termostáticos del hipotálamo produzcan fiebre. Es un mecanismo de defensa contra la invasión de bacterias y virus. Durante la fiebre existe un aumento de la respiración y del gasto cardíaco lo que aumenta el metabolismo celular.

**Hiperpirexia:** Es una fiebre muy alta superior a 41°C. el mecanismo de pérdida de calor es incapaz de mantenerse al ritmo de la producción de calor; lo que produce el aumento excesivo de la temperatura.

**Hipotermia:** Es la incapacidad de mantener la temperatura normal del cuerpo, se considera hipotermia la temperatura menor de 36°C.

##### Objetivos de la medición de la temperatura.

1. Determinar si el valor de la temperatura central se encuentra en límites normales.
2. Controlar a los usuarios con alto riesgo de modificaciones en la temperatura.

##### Equipo necesario

Una charola de mayo conteniendo un recipiente con termómetros orales, limpios y secos, bolígrafo, reloj y expediente clínico.

##### Tipos de Termómetros

El termómetro que mas se utiliza es el digital; (de membrana timpánica).

Termómetros desechables (de un solo uso), son tiras delgadas de plástico con un sensor de temperatura en uno de sus extremos. El sensor está formado por puntos que contienen sustancias químicas que se disuelven y cambian de color a diferentes temperaturas, después de tres minutos de ser colocado. Puede ser utilizado para tomar la temperatura oral o axilar.

Parches o cintas sensibles, las cuales pueden ser colocadas en la frente o en el abdomen, son utilizadas especialmente en los niños.

Termómetro electrónico, que consiste en una unidad de batería con conexiones y un sensor en forma de lápiz, el cual es irrompible, mide la temperatura en 20 o 60 segundos según el modelo, puede medir la temperatura oral o axilar; emite una señal cuando se ha tomado el dato.

##### Intervenciones de Enfermería en casos de alteración de la temperatura

El conocimiento sobre la fisiología de la temperatura permite intervenir de manera segura en la atención del usuario o paciente.

En caso de hipertermia en pacientes deberá:

1. Orientar al usuario sobre las medidas inmediatas a tomar para controlar la temperatura.
2. Controlar los signos vitales del usuario y las variaciones de su condición, mientras está en la institución.
3. Orientar sobre los cuidados que tendrá en el hogar.
4. De acuerdo a la conducción del paciente y a la severidad de la fiebre, gestionar su consulta en el menor tiempo posible.



## ANEXO 2

### VALORACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL

#### Generalidades

La Presión Arterial es la fuerza que ejerce la sangre bombeada a presión del corazón sobre las paredes de una arteria.

Ambas presiones sistólicas y diastólicas se miden en milímetros de mercurio a través de un esfigmomanómetro, por ejemplo se consideran valores normales en un adulto una presión de: 120/80 mm Hg, significando que la presión sistólica es de 120 mm de Hg y la diastólica de 80 mm de Hg.

#### Factores que modifican la presión arterial

**Edad:** La presión arterial aumenta con la edad de manera que alcanza un máximo en la pubertad ahí tiende a descender ligeramente. En personas mayores, la elasticidad de las arterias son más rígidas y menos sensibles a la presión de la sangre, ello da lugar a la elevación de la presión sistólica.

**Ejercicio:** La actividad física aumenta el gasto cardiaco y la tensión arterial, por ello es necesario descansar de 20-30 minutos antes de realizar la medición.

**Estrés:** La estimulación del sistema nervioso simpático aumenta el gasto cardiaco y provoca una vasoconstricción arteriolar. Sin embargo un dolor es capaz de reducir la tensión arterial y causar un cuadro de shock, a través de la inhibición del centro vasomotor que da lugar a una vasodilatación.

**Raza:** Los varones de raza negra mayores de 35 años presentan una tensión arterial mayor que los varones de raza blanca de la misma edad.

**Obesidad:** La presión arterial es más elevada en algunas personas obesas o con sobrepeso que en las personas de peso normal.

**Sexo:** La mujeres suelen presentar una tensión arterial mayor que los varones de la misma edad, después de la pubertad, puede ser que esta diferencia sea consecuencia de variaciones hormonales. Después de la menopausia la tensión arterial suele elevarse.

**Medicamentos:** Algunos medicamentos son capaces de elevar o disminuir la tensión arterial.

**Modificaciones diurnas:** La tensión arterial suele presentar su valor mínimo por la mañana, cuando el ritmo metabólico basal es mínimo, después se eleva a lo largo del día y alcanza su valor máximo a última hora de la tarde.

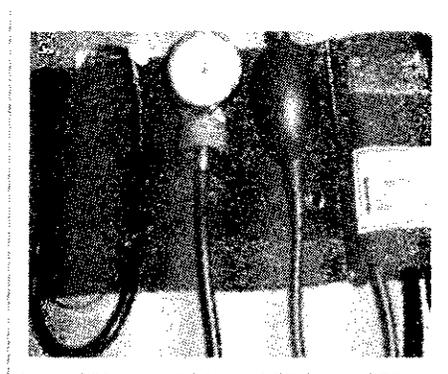
**Proceso patológico:** Cualquier enfermedad que afecta el gasto cardiaco, la viscosidad de la sangre, la distensión de las arterias, afectan directamente la tensión arterial.

Principales trastornos que modifican la presión arterial

TRANSTORNO	EFEECTO	CAUSA
Fiebre	incremento	Aumenta el ritmo metabólico
Estrés	Incremento	Aumenta el gasto cardiaco
Arteriosclerosis	Incremento	Reduce la distensión arterial
Obesidad	Incremento	Aumenta la resistencia periférica
Exposición al frío	Incremento	Produce vasoconstricción, y por tanto aumenta la resistencia vascular periférica
Hemorragia	Descenso	Descenso del volumen de sangre
Hematocrito bajo	Descenso	Descenso de la viscosidad de la sangre
Calor exterior	Descenso	Aumenta la vasodilatación y por tanto, reduce la resistencia vascular periférica

Equipo necesario

- Una charola de mayo conteniendo el esfigmomanómetro, puede utilizarse esfigmomanómetro anerode con brazaletes de las siguientes medidas:
  - Adulto: 12 cm de ancho x 23-24 de largo para brazos normales
  - 15 cm de ancho x 31 ó 15x39 para personas obesas
  - 18 cm de ancho x 36 a 50 cm a personas muy obesas ó para tomar TA en piernas.



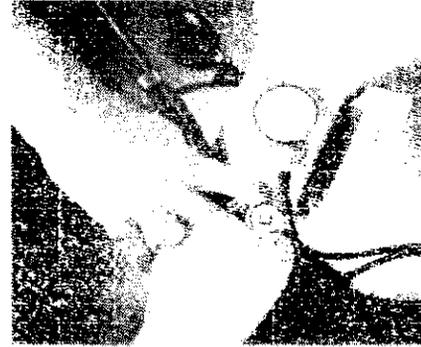
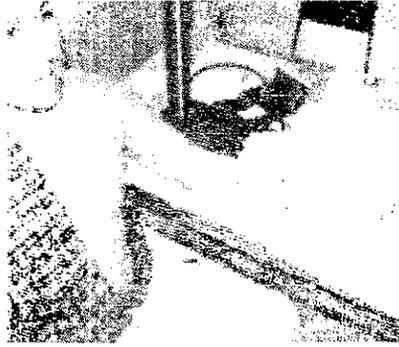
Estetoscopio

Para efectos de diagnóstico y tratamiento, se usará la siguiente clasificación clínica

- **Presión arterial óptima:** <120/80 mm de Hg
- **Presión arterial normal:** 120-129/80 - 84 mm de Hg
- **Presión arterial normal alta:** 130-139/ 85-89 mm de Hg

**Hipertensión arterial:**

- **Etapas 1:** 140-159/ 90-99 mm de Hg
- **Etapas 2:** 160-179/ 100-109 mm de Hg
- **Etapas 3:** >180/ >110 mm de Hg



**ANEXO 3**

**VALORACIÓN DEL PULSO**

Generalidades

Cuando una onda de pulso alcanza una arteria, puede notarse palpando ligeramente la arteria contra el hueso o el musculo que hay debajo de ella.

La onda del pulso representa el gasto cardiaco y la distensión en las arterias (capacidad de contraerse o expandirse). La frecuencia del pulso se regula por medio del sistema nervioso autónomo.

Factores que modifican la frecuencia del pulso

Edad: A medida que avanza la edad, el pulso disminuye.

Sexo: Después de la pubertad el promedio de las pulsaciones del hombre es más bajo que el de la mujer.

Ejercicio: La frecuencia del pulso aumenta normalmente con la actividad física.

Fiebre: Aumenta en respuesta a la presión arterial menor que se conduce como consecuencia de la vaso dilatación periférica que acompaña a la elevación de la temperatura corporal y como consecuencia el incremento del ritmo metabólico.

Hemorragia: La pérdida de sangre del sistema vascular aumenta la frecuencia del pulso.

Estrés: La estimulación nerviosa simpática incrementa la actividad del corazón.

Cambios de posición: Cuando una persona adopta una posición sentada o de pie la sangre generalmente se estanca, en vasos dependientes del sistema venoso.

Medicamentos: Algunos los disminuyen como los digitálicos y otros lo aceleran como la adrenalina.

Equipo necesario

1. Reloj con segundero
2. Bolígrafo

Sitios más frecuentes para la medición del pulso

SITIO
RADIAL
TEMPORAL
CAROTIDEO
APICAL
BRAQUIAL
FEMORAL
POPLITEO
TIBIAL POSTERIOR Y PEDIO

Frecuencias normales del pulso por línea de vida.

ETAPAS DE DESARROLLO	FRECUENCIA POR MINUTO
Antes del nacimiento	140-150
Al momento del nacimiento	130-140
Primer año de vida	115-130
Infancia	80-115
Edad adulta	72-80
Ancianidad	60-70

Alteración del ritmo cardiaco

<p><b>Taquicardia</b></p>	<p>Frecuencia cardiaca arriba de 100 latidos por minuto</p>
<p><b>Bradicardia</b></p>	<p>Frecuencia cardiaca menor de 60 latidos por minuto</p>

**ANEXO 3**

**VALORACIÓN DE LA RESPIRACIÓN**

Generalidades

La respiración es el signo vital más fácil de medir, aunque a menudo de manera desordenada; la medición precisa requiere de observación y palpación del movimiento de la pared torácica

Frecuencias normales de la Respiración en diferentes etapas de desarrollo

EDAD	FRECUENCIA
Recién Nacido	30-60
Lactante	30-50
Niño Pequeño (2 años)	25-32
Niño	20-30
Adolescente y Adulto	16-20
Ancianos	12-18

Factores que Alteran la Respiración

El ejercicio, la digestión, el estrés emocional, algunos medicamentos, calor, frío, estimulantes pueden alterar el número de veces que una persona respira por minuto. También influye el dolor agudo, la ansiedad, fumar, la posición del cuerpo, la anemia

Alteraciones en la Respiración

**Respiración Estertorosa:** el usuario hace ruidos anormales como ronquidos al respirar.

**Respiración Abdominal:** Cuando el usuario utiliza sobre todos los músculos abdominales para respirar.

**Respiración Superficial:** Se observa que el paciente casi no mueve el tórax.

**Respiración Irregular:** Cambia la profundidad de la respiración, no es constante la inspiración y expiración.

**Bradipnea:** Respiración anormalmente lenta.

**Taquipnea o Polipnea:** Respiración anormalmente rápida.

**Respiración de CheyneStoke:** El ciclo comienza con respiraciones lentas y superficiales que incrementan gradualmente su profundidad y ritmo y que es seguido por un período de apnea. El período de apnea puede durar de 5 a 30 segundos, luego el ciclo se repite cada 45 segundos a 3 minutos.

Equipo necesario

1. Reloj con segundero
2. Bolígrafo
3. Hoja de Registro



**VALIDACIÓN**

**Mtro. César Nomar Gómez Monge**  
Secretario de Salud  
(Rúbrica).

**Dra. Elizabeth Dávila Chávez**  
Directora General del ISEM  
(Rúbrica).

**Dr. José Pedro Montoya Moreno**  
Coordinador de Salud  
(Rúbrica).

**Mtro. Fadul Vázquez Villarreal**  
Coordinador de Administración y Finanzas  
(Rúbrica).

**Lic. Jorge Elliot Rodríguez**  
Jefe de la Unidad de Modernización Administrativa  
(Rúbrica).

**Mtra. Beatriz García López**  
Responsable de la Unidad de Enfermería  
(Rúbrica).

**GTA.-**

© Guía Técnico Administrativa.

**Guía Técnico Administrativa de Enfermería para la toma de signos vitales.**

**Secretaría de Salud**

*Instituto de Salud del Estado de México*

*Responsable de su elaboración:*

*Mtra. Beatriz García López*

*Lic. Virginia Campos Muñoz*

*Colaboradores:*

*E.G. Blanca Flor Telpalo*

*E.E. Mónica Flores Benitez*

*L.E. Martha Díaz Ávila*

*L.E.O. Ma. Trinidad Nápoles González*

*E.G. Elizabeth Díaz Jaramillo*

*Responsable de su integración:*

*Lic. Claudia Terán Cordero*

*L.Com. Zelma Liz Kuhn Orozco*

*Toluca, México*  
*Noviembre 2013.*