



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA DIVISIÓN DE CIRUGÍA
PEDIÁTRICA**

DICIEMBRE, 2021





Responsable del Área	Cargo	Firma
Dr. Héctor Manuel Prado Calleros	Director de Enseñanza e Investigación	
Dr. Erick Alejandro Rodríguez Ordóñez	Director de Integración y Desarrollo Institucional	
Dr. Juan Pablo Ramírez Hinojosa	Subdirector de Epidemiología e Infectología	
Dr. Agustín Vélez Pérez	Subdirector de Gestión de Calidad	
Dra. Arlene Orta Guerrero	Subdirectora de Servicios Ambulatorios	
Mtra. Wendy Melina Suasto Gómez	Subdirectora de Enfermería	
Dr. Víctor Manuel Esquivel Rodríguez	Subdirector de Anestesia y Terapias	

Elabora	Revisa	Autoriza
Dr. Rodolfo Ángel Landa García Jefe de División de Cirugía Pediátrica	Dra. Lorena Hernández Delgado Subdirectora de Pediatría	Dra. Irma Jiménez Escobar Directora Médica

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Preconsulta		Hoja: 1 de 33

1. PROCEDIMIENTO DE PRECONSULTA

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Preconsulta		Hoja: 2 de 33

1. PROPÓSITO

Establecer las actividades de todo el personal de salud involucrado en la atención del usuario en la preconsulta; para garantizar una atención más ágil y una selección adecuada de usuarios en la especialidad que les corresponda; y de esta manera ofrecer un servicio médico de calidad.

2. ALCANCE

2.1. A nivel interno aplica a las Subdirecciones Médicas brindar la atención médica a los usuarios, Subdirección de Servicios Ambulatorios que se encarga de la coordinación de todo el personal asignado para la atención médica y administrativa de la consulta externa, Subdirección de Enfermería encargada de ofrecer la atención asistencial a los usuarios y Subdirección de Gestión de Calidad evalúa que la atención médica y administrativa se realice con calidad y seguridad.

2.2. A nivel externo aplica al usuario que solicita atención médica en la consulta externa.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través de la Jefatura de la División de Consulta externa, Referencia y Contrarreferencia es la responsable de coordinar a todas las áreas médicas y administrativas para la atención de los usuarios en la consulta externa.

3.2. Las Subdirecciones Médicas están formadas por la Subdirección de Cirugía, Subdirección de Pediatría, Subdirección de Urgencias y Medicina y Subdirección de Anestesia y Terapias.

3.3. La Subdirección de Pediatría a través de sus Divisiones y Departamentos son responsables de dar atención a todo paciente que cuente de 0 a 15 años, 11 meses y 30 días de edad y no deberá ser derechohabiente de otra institución del sector salud.



3.4. Las Subdirecciones Médicas son responsables del control y organización de sus citas de Preconsulta, consultas de primera vez y consultas subsecuentes.

3.5. La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica es la responsable de la atención y cuidados de enfermería del usuario en la consulta externa.

3.6. Las Subdirecciones Médicas a través de las diferentes Jefaturas de División y de Departamento, al realizar una Preconsulta y decidir que no corresponde a su servicio o no amerita la atención, son responsables de realizar la interconsulta al servicio que corresponda o la Contrarreferencia a la Institución solicitante.

3.7. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través de las Jefatura de División de Consulta Externa, Referencia y Contrarreferencia es responsable de enviar a los usuarios a realizar el registro de la atención médica (recibo de gratuidad) o pago de la Preconsulta, en caso de tener derechohabencia, en todas las ocasiones que el usuario reciba esta atención.

3.8. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través de la División de Consulta Externa, Referencia y Contrarreferencia es responsable de aceptar únicamente a los usuarios que cumplan los siguientes requisitos:

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Preconsulta		Hoja: 3 de 33

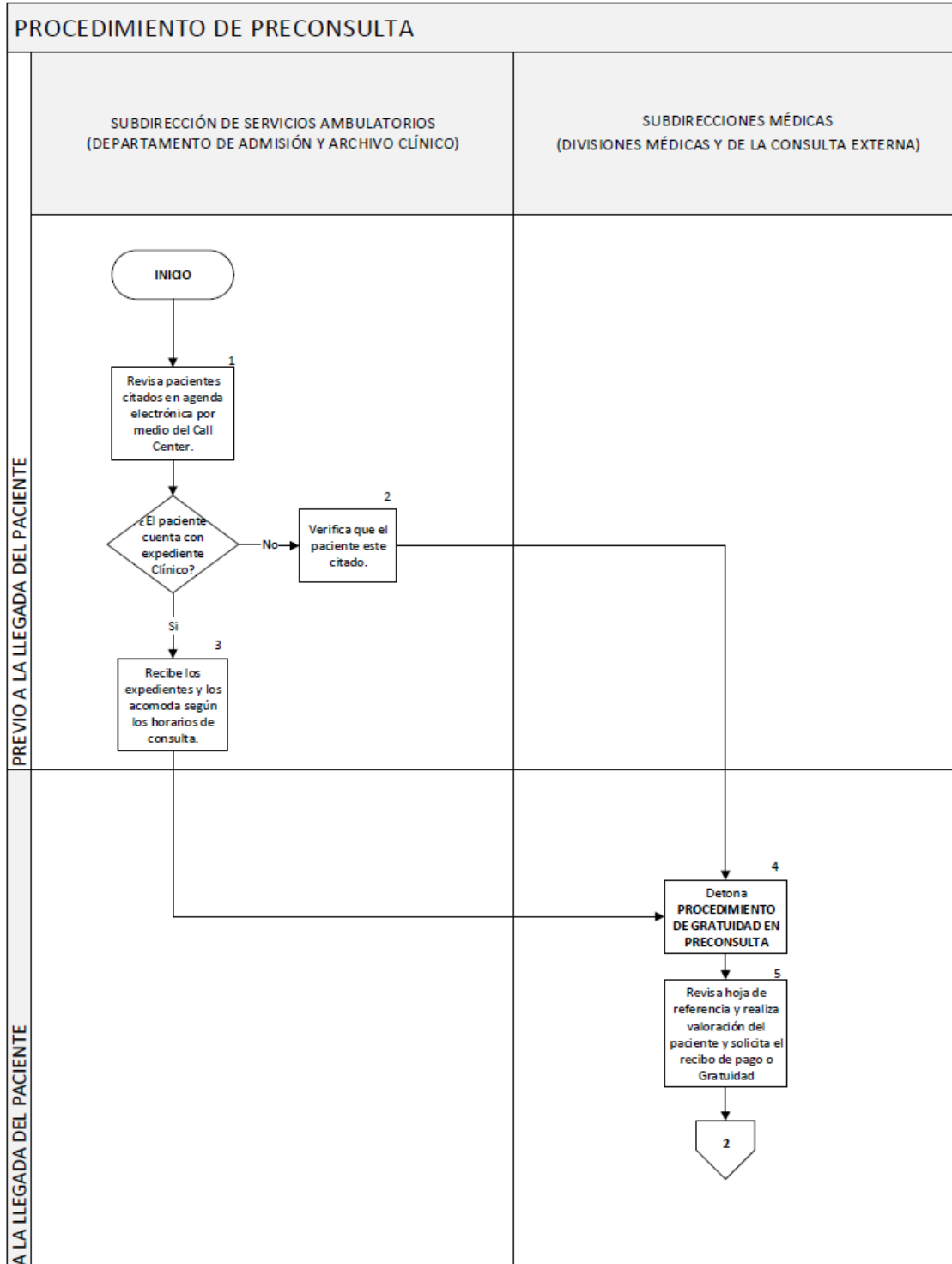
- 3.8.1. Hoja de Referencia de Centro de Salud u otra Institución del Sector Salud;
- 3.8.2. Pase de Interconsulta de otros servicios de la consulta externa del Hospital General Dr. Manuel Gea González
- 3.8.3. Hoja de atención de consulta de urgencias donde se indique envío a preconsulta;
- 3.8.4. Nota de Valoración Médica de la División de Dermatología, División de Cirugía Plástica y Reconstructiva y Servicio de Planificación familiar
- 3.8.5. Hoja de Referencia de las Instituciones con las que el Hospital cuenta con un convenio de atención médica.
- 3.8.6. Recibo de pago de preconsulta o recibo de gratuidad, el usuario no podrá recibir la Preconsulta en caso de no contar con estos documentos.
- 3.9. La Dirección Médica define como servicios de apoyo, o interconsultantes, a las siguientes especialidades: Estomatología, Ortodoncia, Psiquiatría, Paidopsiquiatría, Psicología, Audiología, Nutrición Clínica, Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos, Rehabilitación, Foniatría, Endocrinología, Cardiología, Neurología, Reumatología, Cirugía Vascul ar, Cirugía de Tórax, Cirugía de Cuello, Neurocirugía y Cirugía Oncológica.
- 3.10. Las Subdirecciones Médicas son responsables de que los servicios de apoyo solamente realicen Preconsultas y consultas subsecuentes, ya que las consultas de primera vez las realiza la División a la que pertenece o la preconsulta general
- 3.11. La Subdirección de Servicios Ambulatorios es responsable de autorizar atenciones médicas de usuarios distintos en este procedimiento.
- 3.12. Las Subdirecciones Médicas, en caso de contingencia, son responsables de autorizar atenciones médicas de usuarios distintos en este procedimiento.
- 3.13. La Dirección Médica a través de la División de Dermatología Dr. Luciano Domínguez Soto, División de Cirugía Plástica y Reconstructiva y servicio de Planificación familiar son responsables de valorar a pacientes que lleguen a su servicio y en caso de ameritar atención por parte de su servicio realizaran una Nota de valoración médica con la cual enviaran al paciente para trámites médico-administrativos en la División de Enlace y Gestión de Atención Médica Interinstitucional (DEGAMI).
- 3.14. Las Subdirecciones Médicas, a través de sus Divisiones, en caso de requerir, son responsables de autorizar y solicitar los estudios de laboratorio y gabinete necesarios previa valoración de preconsulta.
- 3.15. Las Subdirecciones Médicas, en los casos en que los pacientes presenten patologías complejas dentro del campo de las especialidades, son responsables de realizar el llenado de la Hoja de Referencia y Contrarreferencia a una institución de segundo o tercer nivel de atención, según sea el caso.
- 3.16. Las Subdirecciones Médicas, una vez que hayan solucionado el motivo de atención del paciente, son responsables de realizar la Contrarreferencia mediante el llenado de la Hoja de Referencia y Contrarreferencia para seguimiento médico en la unidad que corresponda.
- 3.17. La Dirección General a través del Departamento de Relaciones Públicas es responsable de informar y orientar al público sobre Cita Médica Telefónica de las especialidades de Preconsulta General (Medicina Interna, Neurología, Reumatología, Endocrinología y Cardiología), Ortopedia, Urología, Oftalmología, Otorrinolaringología y Pediatría.

3 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o anexo
PREVIO A LA LLEGADA DEL PACIENTE			
Subdirectora de Servicios Ambulatorios (Jefe de Departamento de Admisión y Archivo Clínico)	1	Revisa pacientes citados en agenda electrónica por medio del Call Center	Expediente clínico
	2	¿El paciente cuenta con expediente Clínico? No: Verifica que el paciente este citado, continua actividad 4	
	3	Si: Recibe los expedientes y los acomoda según los horarios de consulta	
AL LLEGAR EL PACIENTE			
Subdirectores y Subdirectoras Médicas (Jefes y Jefas de Divisiones Médicas y Jefe de la Consulta Externa)	4	Detona PROCEDIMIENTO DE GRATUIDAD EN PRECONSULTA	Hoja de Atención Médica de Preconsulta Nota médica Hoja de Interconsulta Hoja de Referencia y Contrarreferencia Hoja de Estudios de Laboratorio Hoja de Estudios de Gabinete
	5	Revisa hojas de Referencia y Realiza valoración del paciente y solicita el recibo de pago o Gratuidad	
	6	¿El paciente pertenece a la especialidad? No: Determina si la patología del paciente, puede atenderse en otra especialidad del hospital	
	7	¿Existe la especialidad en el Hospital? No: Realiza Hoja de REFERENCIA y CONTRARREFERENCIA. Termina procedimiento Si: Realiza PROCEDIMIENTO DE INTERCONSULTA y termina procedimiento	
	8	Si: Continúa con la atención médica. ¿Requiere de estudios para determinar el diagnóstico de la especialidad?	
	9	Si: Elabora solicitud de estudios e indica al paciente a sacar cita, termina procedimiento.	
	9	No: Continúa atención médica	

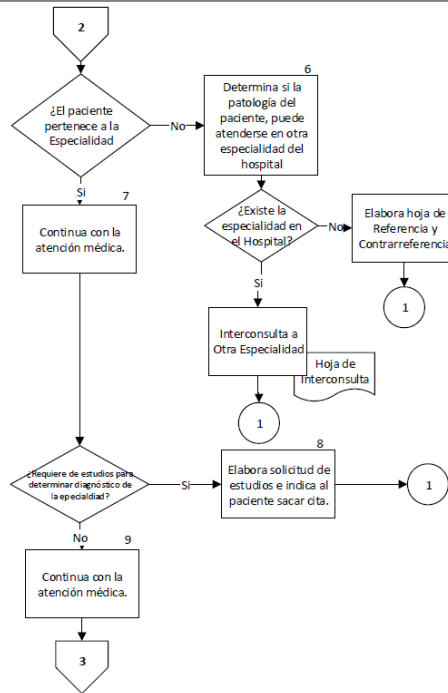
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o anexo
	10	¿Cumple con los criterios médicos para pertenecer al hospital?	
	11	No: Realiza REFERENCIA o CONTRARREFERENCIA, termina el procedimiento	
	12	Si: Entrega hoja de apertura de expediente y lo envía al área de Informes, si tiene carnet le indica pasar al módulo de la especialidad para su siguiente cita.	
	13	Solicita Estudios de laboratorio y gabinete para su cita de primera vez, de ser necesario.	
	14	Le indica pasar al área de Informes para orientación de trámites.	
		Detona PROCEDIMIENTO DE APERTURA DE EXPEDIENTE Y ASIGNACIÓN DE NIVEL SOCIOECONÓMICO TERMINA PROCEDIMIENTO	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



PROCEDIMIENTO DE PRECONSULTA

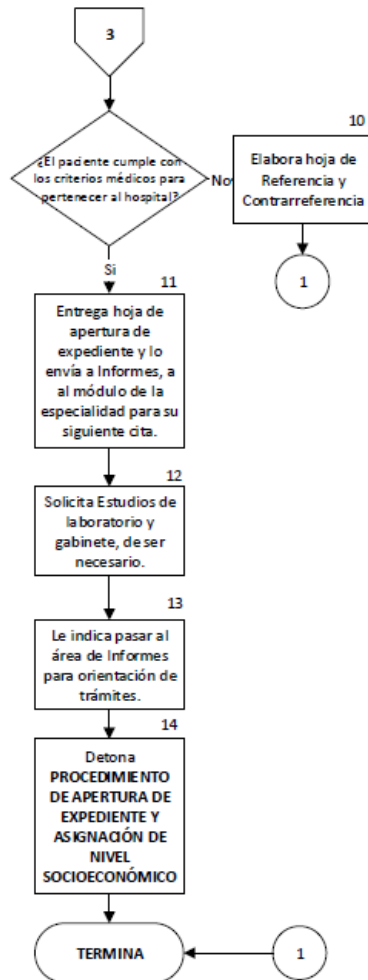
SUBDIRECCIONES MÉDICAS
(DIVISIONES MÉDICAS Y DE LA CONSULTA EXTERNA)





Fase

PROCEDIMIENTO DE PRECONSULTA

SUBDIRECCIONES MÉDICAS
(DIVISIONES MÉDICAS Y DE LA CONSULTA EXTERNA)



 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Preconsulta		Hoja: 9 de 33

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Específico	No aplica
6.2 Guía Técnica para la Actualización y Elaboración de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	No aplica
6.3 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Oficios	3 años	Subdirección de Planeación	No. de oficio
7.2 Hoja de Referencia y Contrarreferencia	5 años	Departamento de Admisión y Archivo Clínico	N/A
7.3 Hoja de Interconsulta	5 años	Departamento de Admisión y Archivo Clínico	06-01-0041/AM54

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Call Center: Centro de Atención telefónica, que tiene como función principal atender las llamadas para agendar citas médicas a los usuarios que requieren preconsulta de alguna especialidad de este hospital.

8.2 Hoja de Interconsulta: documento utilizado para canalizar al usuario a otra especialidad dentro del hospital, con el fin de que reciba atención médica integral.

8.3 Hoja de Referencia y Contrarreferencia: documento utilizado para canalizar al usuario de una unidad operativa a otra de mayor capacidad resolutive, con el fin de que reciba atención médica integral.

8.4 Paciente distinto o vulnerable: son pacientes que por su condición física o por lo complicado de sus enfermedades, que en ocasiones se tornan complejas por el entorno socioeconómico, se vuelven "pacientes frágiles" que merecen una atención especial por parte del médico y del equipo de salud.

8.5 Pre-Consulta: Valoración clínico-administrativa que se realiza a usuarios nuevos de este hospital, donde se otorga consulta médica, se revisan estudios de laboratorio y gabinete, hoja de referencia, y se decide si pertenece a la especialidad consultada.

8.6 SIGHO: Sistema Integral de Gestión Hospitalaria: es un sistema que gestiona la información del paciente.


	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Preconsulta		Hoja: 10 de 33

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	9/Diciembre/2021	<ul style="list-style-type: none"> • Actualiza políticas • Modifica Diagrama y descripción del procedimiento • Agrega anexos

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.2 Nota de evolución
- 10.3 Solicitud de Interconsulta
- 10.4 Hoja de Referencia y Contrarreferencia
- 10.5 Solicitud de estudio endoscópico
- 10.6 Solicitud de Estudio citológico
- 10.7 Solicitud de Laboratorio
- 10.8 Solicitud de Gabinete
- 10.9 Receta medica
- 10.10 Hoja de Apertura de Expediente
- 10.11 Hoja de Atención de Preconsulta
- 10.12 Carnet
- 10.13 Solicitud de Electrocardiograma
- 10.14 Registro de adolescentes de consulta y hospitalización
- 10.15 Escala de Violencia e Índice de severidad
- 10.16 Programa Embarazo adolescente
- 10.17 Inventario de Ansiedad de Beck

NOTA DE INTERCONSULTA	HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"	
SERVICIO: _____		
NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____		
SEXO: _____ N.º EXP. _____ SIGNOS VITALES: T.A. _____ TEMP. _____ F.C. _____ F.R. _____		
TALLA _____ PESO _____ FECHA Y HORA EN QUE SE OTORGA EL SERVICIO: _____		
MOTIVO DE LA ATENCIÓN:		
RESUMEN DEL INTERROGATORIO, EXPLORACIÓN FÍSICA Y ESTADO MENTAL, EN SU CASO:		
RESULTADOS RELEVANTES DE LOS ESTUDIOS DE LOS SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO QUE HAYAN SIDO SOLICITADOS PREVIAMENTE:		
DIAGNÓSTICOS O PROBLEMAS CLÍNICOS:		
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:		
PLAN DE ESTUDIO:		
SUGERENCIAS DIAGNÓSTICAS Y DE TRATAMIENTO:		
TRATAMIENTO E INDICACIONES MÉDICAS:		
PRONÓSTICO:		

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD QUE ELABORÓ LA NOTA: _____

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Preconsulta		Hoja: 14 de 33

10.3 HOJA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA



Hospital General Dr. Manuel Gea González
 Calzada de Tlalpan No. 4800, Col. Sección XVI, Alcaldía Tlalpan, Ciudad de México C.P. 14080
 Sistema de Referencia y Contrareferencia
HOJA DE REFERENCIA



FECHA _____	No. DE EXPEDIENTE _____
NOMBRE PACIENTE _____	
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
NOMBRE (S) _____	
SEXO M () F ()	FECHA DE NACIMIENTO _____
	DÍA / MES / AÑO
EDAD _____	
DOMICILIO _____	
CALLE Y NÚMERO	COLONIA
DELEGACIÓN / MUNICIPIO _____	
ESTADO _____	
NOMBRE DE FAMILIAR / RESPONSABLE _____	
PARENTESCO _____	
UNIDAD MÉDICA A LA QUE SE REFIERE _____	
DOMICILIO _____	
SERVICIO AL QUE ENVÍA _____	
FECHA DE CAPTACIÓN _____	
INTERCONSULTA () TRATAMIENTO () ESTUDIO DE GABINETE () ESTUDIO DE LABORATORIO ()	
ESPECIFIQUE ESTUDIO _____	
MOTIVO DE ENVÍO:	
TENSIÓN ARTERIAL _____ mm. Hg Frecuencia: CARDIACA _____ por min. RESPIRATORIA _____ por min	
TEMPERATURA _____ °C PESO _____ Kg. TALLA _____ cm.	
RESUMEN CLÍNICO:	

TERAPÉUTICA EMPLEADA:	

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:	

08-01-0030

_____ MÉDICO TRATANTE NOMBRE COMPLETO FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL	_____ JEFE DEL DEPARTAMENTO NOMBRE COMPLETO FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL	_____ DIRECTOR MÉDICO NOMBRE COMPLETO FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
---	---	---

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Preconsulta		Hoja: 15 de 33



Hospital General Dr. Manuel Gea González
 Calzada de Tlalpan No. 4800, Col. Sección XVI, Alcaldía Tlalpan, Ciudad de México C.P. 14080
 Sistema de Referencia y Contrareferencia
HOJA DE CONTRAREFERENCIA

FECHA _____	No. DE EXPEDIENTE _____
NOMBRE DEL PACIENTE _____	
SERVICIO QUE ATENDIÓ _____	
UNIDAD A LA QUE SE ENVÍA _____	
MANEJO DEL PACIENTE:	
TENSIÓN ARTERIAL _____ mm. Hg FRECUENCIA: CARDIACA _____ por min RESPIRATORIA _____ por min	
TEMPERATURA _____ °C PESO _____ Kg. TALLA _____ cm	
PADECIMIENTO ACTUAL	

TERAPÉUTICA EMPLEADA:	

ESTUDIOS CLÍNICOS (ANEXAR):	

DIAGNÓSTICO DE INGRESO/REFERENCIA:	

DIAGNÓSTICO DE INGRESO/CONTRAREFERENCIA:	

RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE:	

 MÉDICO TRATANTE
 NOMBRE COMPLETO
 FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL



 MÉDICO TRATANTE
 NOMBRE COMPLETO
 FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL

10.4 SOLICITUD DE ESTUDIO ENDOSCOPICO

		Hospital General Dr. Manuel Gea González Departamento de Endoscopia Gastrointestinal SOLICITUD DE ESTUDIO ENDOSCÓPICO	
Fecha de solicitud: ____ - ____ - ____ Hora: ____ : ____ hrs.		Fecha de estudio: ____ - ____ - ____ Hora: ____ : ____ hrs.	
NOMBRE DEL PACIENTE: _____ CE: <input type="checkbox"/> HOSP: <input type="checkbox"/>		URGENTE: SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/> SEXO: M: <input type="checkbox"/> F: <input type="checkbox"/> REGISTRO: _____ AISLADO: SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>	
FECHA DE NACIMIENTO: ____ - ____ - ____ EDAD: _____ SERVICIO: _____ CAMA: _____			
TIPO DE ESTUDIO: <input type="checkbox"/> PANENDOSCOPIA <input type="checkbox"/> COLONOSCOPIA <input type="checkbox"/> RECTO-SIGMOIDOSCOPIA <input type="checkbox"/> COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA <input type="checkbox"/> ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO <input type="checkbox"/> PRUEBA DE ALIENTO (HELICOBACTER PYLORI).		FISIOLOGÍA DIGESTIVA: <input type="checkbox"/> pHMETRÍA DE 24 HORAS <input type="checkbox"/> MANOMETRÍA ESOFÁGICA <input type="checkbox"/> IMPEDANCIA <input type="checkbox"/> MANOMETRÍA ANAL <input type="checkbox"/> OTRO: _____	
Motivo de Solicitud: _____ Diagnóstico Clínico: _____ Antecedentes de Importancia: _____ Cuadro Clínico: _____ _____ Laboratorios: _____ Estudios de Imagen: _____ Terapia Antibiótica: SI: _____ NO: <input type="checkbox"/> Terapia Anticoagulante: SI: _____ NO: <input type="checkbox"/> Alergias: SI: _____ NO: <input type="checkbox"/> Resultados Endoscópicos Previos (Fecha): _____			
REQUIERE VALORACIÓN CARDIOVASCULAR: SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>			
TIPO DE ANESTÉSIA: <input type="checkbox"/> Local. <input type="checkbox"/> Sedación Intravenosa <input type="checkbox"/> Sedación Nebulizada <input type="checkbox"/> Anestesia General AUTORIZACIÓN _____			
_____ NOMBRE FIRMA DEL MÉDICO RESPONSABLE		_____ NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO ADSCRITO	
(REGISTRO DE CAJA)			
ENDOSCOPIA			

06-01-0044

Licencia Sanitaria 1014004673

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Preconsulta		Hoja: 17 de 33

10.5 SOLICITUD DE ESTUDIOS CITOLÓGICOS



Hospital General Dr. Manuel Gea González
 CALZADA DE TLALPÁN 4800, COL. SECCIÓN XVI C.P. 14080, ALCALDÍA TLALPÁN, CDMX, TEL. 4000-3000
SOLICITUD DE ESTUDIOS CITOLÓGICOS

FECHA _____
NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
SEXO _____ EDAD _____ ESTUDIO ENVIADO _____ REG. _____
CAMA _____ PISO _____ SERVICIO _____
NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CED. PROF. _____ <small>(CATEGORÍA Y FIRMA)</small>
DATOS CLÍNICOS _____

DIAGNÓSTICO PRESUNCIONAL _____

OBSERVACIONES _____

ENTRADA _____ REGISTRO CITOLOGÍA _____

10.6 SOLICITUD DE LABORATORIO


 HOSPITAL GENERAL
 "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"


 LABORATORIO CLÍNICO
 SOLICITUD DE ESTUDIOS



NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____
 No. DE REGISTRO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: F: ____ M: ____
 NOMBRE DEL MÉDICO: _____
 SERVICIO SOLICITANTE: _____ TURNO: M ____ V ____ N ____
 DIAGNÓSTICO: _____ C. EXTERNA: _____ HOSPITALIZACIÓN: _____ URGENCIAS: _____ CAMA: _____

NO UTILIZAR PAPEL CARBÓN EN LA ELABORACIÓN DE ESTA SOLICITUD. GRACIAS.		
HEMATOLOGÍA		
<input type="checkbox"/>	1565	BIOMETRÍA HEMÁTICA
<input type="checkbox"/>	1604	RECUENTO DE RETICULOCITOS
<input type="checkbox"/>	1593	ESTUDIO DE PLASMODIUM
<input type="checkbox"/>	1635	VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR
<input type="checkbox"/>	1535	EOSINOFILOS EN MOCO NASAL
<input type="checkbox"/>	1763	PROCALCITONINA
HEMOSTASIA		
<input type="checkbox"/>	1607	TIEMPO DE PROTROMBINA
<input type="checkbox"/>	1609	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL
<input type="checkbox"/>	1608	TIEMPO DE TROMBINA
<input type="checkbox"/>	1516	ANTITROMBINA III
<input type="checkbox"/>	1584	FIBRINOGENO
<input type="checkbox"/>	1532	DÍMERO D
<input type="checkbox"/>	1682	PROTEÍNA S
<input type="checkbox"/>	1681	PROTEÍNA C CLOT
<input type="checkbox"/>	1660	ANTICUAGULANTE LÚPICO TAMIZAJE
<input type="checkbox"/>	1661	ANTICUAGULANTE LÚPICO CONFIRMATORIO
<input type="checkbox"/>	1677	FACTOR DE VON WILLEBRAND
<input type="checkbox"/>	1670	CUANTIFICACIÓN DE FACTOR VII
<input type="checkbox"/>	1671	CUANTIFICACIÓN DE FACTOR VIII
BIOQUÍMICA		
<input type="checkbox"/>	1588	GLUCOSA
<input type="checkbox"/>	1600	BUN
<input type="checkbox"/>	1572	CREATININA
<input type="checkbox"/>	1636	ÁCIDO ÚRICO
<input type="checkbox"/>	1605	SODIO
<input type="checkbox"/>	1648	POTASIO
<input type="checkbox"/>	1570	CLORURO
<input type="checkbox"/>	1568	CALCIO
<input type="checkbox"/>	1586	FÓSFORO
<input type="checkbox"/>	1599	MAGNESIO
<input type="checkbox"/>	1571	COLESTEROL TOTAL
<input type="checkbox"/>	1524	COLESTEROL HDL
<input type="checkbox"/>	1630	TRIGLICERIDOS
<input type="checkbox"/>	1517	APOLIPOPROTEÍNA A
<input type="checkbox"/>	1518	APOLIPOPROTEÍNA B
<input type="checkbox"/>	1594	HEMOGLOBINA GLICOSILADA
<input type="checkbox"/>	1545	GLUCOSA POSPRANDIAL
<input type="checkbox"/>	1701	CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 2 HORAS
<input type="checkbox"/>	1603	CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 3 HORAS
<input type="checkbox"/>	1646	CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 5 HORAS
<input type="checkbox"/>	1703	TAMIZ METABÓLICO
<input type="checkbox"/>	1550	INSULINA
<input type="checkbox"/>	1525	CREATININA EN ORINA
<input type="checkbox"/>	1526	CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1529	DEPURACIÓN DE CREATININA ORINA 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1760	CISTATINA C
<input type="checkbox"/>	1500	ÁCIDO ÚRICO EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1519	BUN EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1534	ELECTROLITOS EN ORINA 24 HORAS (Na, K, Cl)
<input type="checkbox"/>	1731	CALCIO EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1543	FÓSFORO EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1730	MAGNESIO EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1505	AMILASA EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1502	ALBÚMINA EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1616	MICROALBÚMINA EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1563	BILIRRUBINA TOTAL
<input type="checkbox"/>	1564	BILIRRUBINA DIRECTA
<input type="checkbox"/>	1602	PROTEÍNAS TOTALES
<input type="checkbox"/>	1503	ALBÚMINA
<input type="checkbox"/>	1553	ALT
<input type="checkbox"/>	1554	AST
<input type="checkbox"/>	1544	GGT
<input type="checkbox"/>	1585	FOSFATASA ALCALINA
<input type="checkbox"/>	1576	LDH
<input type="checkbox"/>	1552	AMILASA
<input type="checkbox"/>	1615	LIPASA
<input type="checkbox"/>	1659	AMONIO
<input type="checkbox"/>	1573	CK
<input type="checkbox"/>	1574	CK MB
<input type="checkbox"/>	1617	MIOGLOBINA
<input type="checkbox"/>	1631	TROPONINA
<input type="checkbox"/>	1522	CINÉTICA DE HIERRO
<input type="checkbox"/>	1541	FERRITINA
<input type="checkbox"/>	1611	TRANSFERRINA
<input type="checkbox"/>	1590	HAPTOGLOBINA
<input type="checkbox"/>	1542	FOLATOS
<input type="checkbox"/>	1634	VITAMINA B12
<input type="checkbox"/>	1643	PREALBÚMINA
<input type="checkbox"/>	1581	EXAMEN GENERAL DE ORINA
<input type="checkbox"/>	1765	PEPTIDO NATRIURÉTICO TIPO B (BNP)
<input type="checkbox"/>	1601	PROTEÍNA C REACTIVA

ZONA PARA EL SELLO DE PAGADO
 FAVOR DE NO OBSTRUIR PETICION DE
 ESTUDIOS. GRACIAS

10.7 SOLICITUD DE GABINETE

	HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"		FECHA DE NACIMIENTO										
	SOLICITUD DE ESTUDIOS RADIOLOGÍA E IMAGEN		NÚMERO DE EXPEDIENTE										
IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			EDAD										
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">APELLIDO PATERNO</td> <td style="width: 33%;">MATERNO</td> <td style="width: 33%;">NOMBRE (S)</td> </tr> </table>			APELLIDO PATERNO	MATERNO	NOMBRE (S)	No. DE CAMA							
APELLIDO PATERNO	MATERNO	NOMBRE (S)											
AREA <input type="radio"/> C. E. <input type="radio"/> HOSP. <input type="radio"/> URG. <input type="radio"/> EXTERNO		SERVICIO	SEXO MASC. <input type="radio"/> FEM. <input type="radio"/>										
ESTUDIO SOLICITADO (MARCAR CLAVE AL REVERSO)			URGENTE SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>										
DATOS CLÍNICOS E IMPRESIÓN DIAGNOSTICA													
(Empty space for clinical data and diagnostic impression)													
<small>*EN CASO DE QUE EL ESTUDIO SOLICITADO SEA TOMOGRAFIA CONTRASTE ENDOVENOSO, ANOTAR EL VALOR DE CREATININA (VIGENCIA DEL ESTUDIO, DOS MESES)</small>													
FECHA Y HORA DE SOLICITUD		MÉDICO SOLICITANTE NOMBRE Y FIRMA	MÉDICO JEFE DEL SERVICIO NOMBRE Y FIRMA										
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">DIA</td> <td style="width: 33%;">MES</td> <td style="width: 33%;">AÑO</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO				<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>HORA:</td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>	HORA:		<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td> </td> </tr> </table>		<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td> </td> </tr> </table>	
DIA	MES	AÑO											
HORA:													
OBSERVACIONES POR RADIOLOGÍA E IMAGEN													
(Empty space for radiology observations)													
INDICACIONES AL PACIENTE													
(Empty space for patient instructions)													

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Preconsulta		Hoja: 20 de 33

10.8 RECETA MÉDICA



HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

RECETA MÉDICA

FOLIO: _____

CALZADA DE TLALPAN 4800, COL. SECCIÓN XVI C.P. 14080, CDMX TEL. 4000-3000

Rp. NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

FECHA



NOMBRE COMPLETO DEL DR. (A): _____

CEDULA PROFESIONAL _____

FIRMA: _____

ME-02-2005 LIC. SANIT. 1014004673

10.9 HOJA DE APERTURA DE EXPEDIENTE



Hospital General Dr. Manuel Gea González
**SOLICITUD DE APERTURA DE EXPEDIENTE
 Y/O REPOSICIÓN DE CARNET**

Fecha: _____
dd/mm/aaaa

Apertura de Expediente Reposición de Carnet Registro previo: _____

I.- FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____ Sexo _____ Edad _____
Apellido paterno, apellido materno y nombre(s) Masculino o Femenino años meses días

Fecha de Nacimiento _____ Especialidad _____
dd/mm/aaaa Especialidad que apertura expediente

DIAGNÓSTICO(S)


1.- _____ 2.- _____ <p style="text-align: center;"><small>Médico que solicita apertura</small></p>	3.- _____ 4.- _____ <p style="text-align: center;"><small>Autoización</small></p>
--	---

Nombre completo / Cédula Profesional / Firma

II.- Requisitos para Apertura de Expediente

- | | |
|---|--|
| 1.- <input type="checkbox"/> Hoja de Referencia de Centro de Salud, Hospital Regional, Hospital General o Instituto Nacional de Salud
No de aceptarán recetas de médicos particulares o de instituciones que no pertenezcan al sector salud | 5.- <input type="checkbox"/> Pago por Concepto de Apertura de Expediente
Pacientes Menores de Edad |
| 2.- <input type="checkbox"/> Copia de Identificación Oficial VIGENTE con Fotografía
Credencial del INE
Pasaporte
Cartilla Servicio Militar
Cédula Profesional
INAPAM | <input type="checkbox"/> Copia de Acta de Nacimiento o Constancia de nacimiento
<input type="checkbox"/> Copia de Identificación Oficial VIGENTE de Padre, Madre o Tutor
Credencial del INE
Pasaporte
Cartilla Servicio Militar
Cédula Profesional |
| 3.- <input type="checkbox"/> Copia de comprobante de Domicilio*
Teléfono
Agua
Predial
Cable
Comisión Federal de Electricidad
Constancia delegacional o municipal
Estado de cuenta Bancario | <input type="checkbox"/> Copia de comprobante de Domicilio*
Teléfono
Agua
Predial
Cable
Comisión Federal de Electricidad
Constancia delegacional o municipal
Estado de cuenta Bancario |
| 4.- <input type="checkbox"/> Copia comprobante Único de Registro de Población (CURP)
En caso de no contar con registro, deberá entregar copia de la constancia de no registro. | <input type="checkbox"/> Copia de la CURP del menor
En caso de no contar con registro, deberá entregar copia de la constancia de no registro. |

10.10 HOJA DE ATENCIÓN MÉDICA DE PRECONSULTA



Hospital General Dr. Manuel Gea González
División de Consulta Externa
Hoja de Atención Médica - Preconsulta

Fecha:

Ficha de Identificación

Nombre: Hora:
 Edad: Sexo: Fecha Nac.:
Femenino / Masculino Edad en años
 Procedencia: Destino:
Institución o Servicio de Origen Servicio al que se refiere

Motivo de consulta

Interrogatorio

Signos Vitales

Presión Arterial	Frec. Cardíaca	Frec. Resp.	Temperatura	Peso	Talla
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<small>mmHg</small>	<small>lat/min</small>	<small>exp/min</small>	<small>°C</small>	<small>kg</small>	<small>cm</small>

Exploración Física


Diagnósticos

1.- _____	4.- _____
2.- _____	5.- _____
3.- _____	6.- _____

Plan

Dra. Cerda Valente M. Paola
CP4423555 / CE5928418

Sello institucional



Hospital General Dr. Manuel Gea González
 División de Consulta Externa
 Hoja de Atención Médica - Preconsulta

Fecha:

Ficha de Identificación

Nombre: Hora:

Edad: Sexo: Fecha Nac.:

Procedencia: Destino:

Motivo de consulta

Interrogatorio

Signos Vitales

Presión Arterial	Frec. Cardíaca	Frec. Resp.	Temperatura	Peso	Talla
<input type="text" value="mmHg"/>	<input type="text" value="latidos"/>	<input type="text" value="respiración"/>	<input type="text" value="°C"/>	<input type="text" value="kg"/>	<input type="text" value="cm"/>

Exploración Física

Diagnósticos

1.- _____	4.- _____
2.- _____	5.- _____
3.- _____	6.- _____

Plan

 Dra. Cerda Valente M. Paola
 CP4423555 / CE5928418


Sello institucional

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Preconsulta		Hoja: 24 de 33

10.11 CARNET

DERECHOS GENERALES DE LOS PACIENTES

- Recibir Atención Médica Adecuada.
- Recibir Trato Digno y Respetuoso.
- Recibir Información Suficiente, Clara, Oportuna y Veraz.
- Decidir Liberalmente Sobre su Atención.
- Otorgar o no su Consentimiento Validamente Informado.
- Ser tratado con Confidencialidad.
- Contar con Facilidades para Obtener una Segunda Opinión.
- Recibir Atención Médica en Caso de Urgencia.
- Contar con un Expediente Clínico.
- Ser Atendido Cuando se Inconforme por la Atención Médica Recibida.



HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
CARNET DE CITAS

NOMBRE: _____

REGISTRO: _____

CLASIFICACIÓN: _____

06-01-0107

10.14 CLAVES DE HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGÍA





Hospital General "Dr. Manuel Gea González"
 SUBDIRECCIÓN DE CIRUGÍA
 DIVISIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA
 CLAVES DE HOSPITALIZACIÓN


Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Fecha: _____ Número de registro: _____ Edad: _____
 Sexo: _____ Servicio Solicitante: _____
 Diagnóstico: _____
 Procedimiento Quirúrgico: _____

CLAVE	SERVICIO	DÍAS DE ESTANCIA	DONADORES
<input type="checkbox"/>	900 Biopsia de Órganos Pélvicos	0	0
<input type="checkbox"/>	902 Operación Cesárea	4	2
<input type="checkbox"/>	903 Cirugía Menor (Marsupialización, fibroadenomas, cono cervical, aspiración manual endouterina, resección de quistes, y otros procedimientos de complejidad similar)	0	0
<input type="checkbox"/>	905 Histerectomía Laparoscópica	3	2
<input type="checkbox"/>	907 Histerectomía Total por Vía Abdominal	3	2
<input type="checkbox"/>	908 Histerectomía Total por Vía Vaginal	3	2
<input type="checkbox"/>	704 Laparoscopia Diagnóstica/terapéutica	4	2
<input type="checkbox"/>	912 Laparotomía Exploradora	3	2
<input type="checkbox"/>	914 Legrado uterino Instrumentado	2	2
<input type="checkbox"/>	918 Mastectomía Simple Unilateral por Gigantismo	3	2
<input type="checkbox"/>	919 Miomectomía	3	2
<input type="checkbox"/>	920 Ooforectomía	3	2
<input type="checkbox"/>	921 Atención de Parto	2	2
<input type="checkbox"/>	923 Plastia Tubaria	3	2
<input type="checkbox"/>	927 Histeroscopia quirúrgica (corta estancia)	0	0
<input type="checkbox"/>	928 Histeroscopia en consultorio (diagnóstica, biopsia, terapéutica)	0	0
<input type="checkbox"/>	929 Histerectomía Obstétrica	5	2
<input type="checkbox"/>	930 Urodinámia	0	0
<input type="checkbox"/>	931 Electroestimulación	0	0
<input type="checkbox"/>	932 Sacrocolpopexia	2	2
<input type="checkbox"/>	933 Colocación de Cintas para incontinencia	0	0
<input type="checkbox"/>	711 Cirugía Robótica	5	2
<input type="checkbox"/>	150 Hospitalización Cuota Diaria		
<input type="checkbox"/>	208 Otros tratamientos de Terapia Intensiva (Cuota Diaria)		


Nombre y Firma del Médico Responsable: _____

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		Hoja: 27 de 33
	Procedimiento de Preconsulta		

10.15 FICHA DE IDENTIFICACIÓN DE PRECONSULTA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



Subdirección de Ginecología y Obstetricia
Hospital General "Dr. Manuel Gea González"



PRECONSULTA

Fecha

Día	Mes	Año	

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____

Edad: _____ Ocupación: _____

Lugar de Origen: _____

Lugar de Residencia: _____

Referida por:

Médico Privado: Centro de Salud:

Hospital Público: Especificar: _____



Hospital Privado: Especificar: _____

Solicitud Personal:

PADECIMIENTO ACTUAL

HALLAZGOS EN LA EXPLORACIÓN FÍSICA

06-01-0260 ΔH-192

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Preconsulta		Hoja: 28 de 33

Resultados de Estudios de Laboratorio y Gabinete Relevantes para el Padecimiento Actual (con los que acudió la paciente) :

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

1.- _____

2.- _____

3.- _____

4.- _____

5.- _____

TRATAMIENTO

ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE SOLICITADOS

PLAN:

SE AUTORIZA PARA HISTORIA CLÍNICA SI NO

Seguimiento en Centro de Salud

COMENTARIOS O INDICACIONES PARA SU SEGUIMIENTO EN EL CENTRO DE SALUD

_____ Elaboró

_____ Supervisó

10.16 REPORTE DE CITOLOGÍA CERVICAL

SECRETARÍA DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA SALUD
PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER CÉRVIDO UTERINO
HOSPITAL GENERAL
DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ
SISTEMA DE INFORMACIÓN
SOLICITUD Y REPORTE DE RESULTADOS DE CITOLOGÍA CERVICAL

Prevención y Control del
Cáncer Cérvico Uterino

ROLIC

I. IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD ANTES DE LLENAR, FAVOR DE LEER EL INSTRUCTIVO (ELABORAR ORIGINAL Y COPIA)

1. Institución: 4. Municipio:
 2. Entidad / Delegación: 5. Unidad Médica:
 3. Jurisdicción:

II. IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE

CLAVE DE LA PACIENTE:

6. Nombre: Apellido Paterno: Apellido Materno:
 7. Fecha de nacimiento: CURP:
 8. Entidad de nacimiento: 9. Sexo:
 10. Domicilio: Calle y Número: Colonia: Localidad/Municipio/Delegación:
 11. Dos Domicilio: Calle y Número: Colonia: Localidad/Municipio/Delegación:

III. ANTECEDENTES

12. Chequeo: 1. Písmo en la vida 2. Písmo en la vida de 3 años 3. Subsecuente

13. Situación ginecológica: 1. Písmo o postpísmo 2. Postmenopausa 3. Sin menstruación 4. DCU 5. Histerectomía 6. Tratamiento hormonal 7. Retirado en edad 8. Tratamiento hormonal previo 9. Ninguno

15.1 Inicio de vida sexual: 1. Sí 2. No Sexo:
 15.2 Antecedentes de vacunación VPH: 1. Sí 2. No Sexo:
 1.1. Única 2. Dos 3. Tres 4. Cuatro

16. Fecha de la última regla: 15. A la exploración se observa:
 1. Color que presenta sero: 2. Cervicite 3. No se observa nada
 4. Color normal 5. Leucorrea 6. Sangrado anormal

18. Usando con el que tomó la muestra: 17. Responsable de la toma citológica:
 1. Písmo de Ayre modificada 2. Citobrush 3. Hielo 4. Otro (especificar):

19. Fecha de toma de la muestra: 18. Positivo de riesgo: 1. Sí 2. No 3. No se sabe
 1. Inicio de menstruación anterior de los 13 años 2. Tatuajes 3. Antecedentes de infecciones de transmisión sexual 4. Ninguno

20. ¿Cuanto con la Comisión Nacional de Salud de la Mujer? 1. Sí 2. No
 21. ¿Muestra repetida? 1. Sí 2. No 21.1 Número citológico anterior:

IV. RESULTADO DE CITOLOGÍA CERVICAL

22. Fecha de interpretación: 23. Número citológico:
 24. Laboratorio: 25. Características de la muestra: 1. Adecuada 2. Inadecuada

26. Diagnóstico Citológico: 11. Células escamosas atípicas de significado incierto ASC
 1. Detrás de límite normal } Negativo a cáncer
 2. Células escamosas largas inferiores Tricomas }
 3. Células escamosas largas inferiores Cervicoides }
 4. Células escamosas largas inferiores Cervicoides }
 5. Células escamosas largas inferiores Adhucientes ap }
 6. Células escamosas largas inferiores Heces }
 7. Células escamosas largas Cervicite reactiva inflamación }
 8. Células escamosas largas Cervicite reactiva atípica }
 9. Células escamosas largas Cervicite reactiva Písmo }
 10. Células escamosas largas Cervicite reactiva DCU }
 12. Lección intraepitelial de bajo grado L1B0 VPH
 13. Lección intraepitelial de bajo grado L1B0 Citoplasma Leno (NIC1)
 14. Lección intraepitelial de bajo grado L1B0 Citoplasma Leno / NIC1 VPH
 15. Lección intraepitelial de alto grado L1A0 Citoplasma Moderado (NIC2)
 16. Lección intraepitelial de alto grado L1A0 Citoplasma Grave (NIC3)
 17. Lección intraepitelial de alto grado L1A0 Cáncer in situ (NIC4)
 18. Carcinoma de células escamosas Cáncer Invasor

27. Repetir estudio: 1. Sí 2. No

28. Método: 1. Adhesión, hemograma, información gín }
 2. Lavado de vagina }
 3. Prueba ginec }
 4. Muestra en Spot }
 5. Otro (especificar) }

29. R.P.C. del Citólogo: 20. Células Escamosas: 19. Células Escamosas atípicas de significado incierto ASC
 20. Células Escamosas atípicas de significado incierto ASC
 21. Adenocarcinoma in situ } Adenocarcinoma
 22. Adenocarcinoma Moderado }
 23. Adenocarcinoma Moderado/Invasor }

Nombre completo, sépt. prof. y firma:

30. ¿La muestra fue revisada por el patólogo? 1. Sí 2. No



30.1 Diagnóstico del Patólogo: 11. Células escamosas atípicas de significado incierto ASC
 1. Detrás de límite normal } Negativo a cáncer
 2. Células escamosas largas inferiores Tricomas }
 3. Células escamosas largas inferiores Cervicoides }
 4. Células escamosas largas inferiores Cervicoides }
 5. Células escamosas largas inferiores Adhucientes ap }
 6. Células escamosas largas inferiores Heces }
 7. Células escamosas largas Cervicite reactiva inflamación }
 8. Células escamosas largas Cervicite reactiva atípica }
 9. Células escamosas largas Cervicite reactiva Písmo }
 10. Células escamosas largas Cervicite reactiva DCU }
 12. Lección intraepitelial de bajo grado L1B0 VPH
 13. Lección intraepitelial de bajo grado L1B0 Citoplasma Leno (NIC1)
 14. Lección intraepitelial de bajo grado L1B0 Citoplasma Leno / NIC1 VPH
 15. Lección intraepitelial de alto grado L1A0 Citoplasma Moderado (NIC2)
 16. Lección intraepitelial de alto grado L1A0 Citoplasma Grave (NIC3)
 17. Lección intraepitelial de alto grado L1A0 Cáncer in situ (NIC4)
 18. Carcinoma de células escamosas Cáncer Invasor

21. R.P.C. del Patólogo: 20. Células Escamosas: 19. Células Escamosas atípicas de significado incierto ASC
 20. Células Escamosas atípicas de significado incierto ASC
 21. Adenocarcinoma in situ } Adenocarcinoma
 22. Adenocarcinoma Moderado }
 23. Adenocarcinoma Moderado/Invasor }

Nombre completo, sépt. prof. y firma:

32. Fecha de interpretación: 1. Sí 2. No 32.1 Resultado de interpretación: 1. Negativo 2. Positivo VPH bajo riesgo (E1, E2, E3, E4) 3. Positivo VPH alto riesgo (E5, E6, E7, E8, E9, E10)

06-01-0027 LICENCIA SANITARIA 101-406470

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Preconsulta		Hoja: 30 de 33

10.17 REGISTRO DE ADOLESCENTES DE CONSULTA Y HOSPITALIZACIÓN



HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
PROGRAMA DE EMBARAZO ADOLESCENTE
REGISTRO DE ADOLESCENTES DE CONSULTA Y HOSPITALIZACIÓN

Fecha _____ No. de Expediente _____

Nombre _____

Teléfono _____ Delegación _____

Diagnóstico Médico:

Antecedente de Diagnóstico Psiquiátrico;

Tipo de paciente 1.- Consulta externa 2.- Hospitalización 3.- Interconsulta

Causa de la consulta 1.- Atención perinatal SDG _____ 2.- Parto
3.- Cesárea 4.- Abortos _____ 5.- Óbito
6. Días de nacido _____
7.- Otro _____

Edad _____ Originaria _____

Estado civil
1. Soltera 2. Casada 3. Unión libre 4. Divorciada 5. Separada 6.- Viuda

Edad menarca _____ años

Inicio vida sexual _____ años Número de parejas sexuales _____

Edad primera unión _____ años Edad pareja _____

Ocupación de pareja actual _____ años Vive con _____

Ingreso económico proveniente _____

Grado escolar:

1. Primaria 2. Secundaria 3. Preparatoria 4. Universidad

Estudios no formales: _____

Trabajo actual: _____

Trabajo anterior: _____

Plan de estudio a o trabajo a mediano plazo:

Evaluación

Ansiedad _____

Depresión _____

Violencia intrafamiliar _____

10.18 ESCALA DE VIOLENCIA E ÍNDICE DE SEVERIDAD



Hospital General Dr. "Manuel Gea González"
División de Gineco-Obstetricia
Programa Embarazo Adolescente

Nombre: _____ Fecha: _____
 Edad: _____ Alcaldía: _____ Teléfono: _____ No. Registro _____
 Estado civil: _____ Escolaridad: _____ Ocupación: _____
 Atención psicológica: Consulta externa _____ Hospitalización _____ Cama _____
 Embarazo: _____ SDG _____ posparto _____ Gesta _____ Parto _____ Aborto _____ Óbito _____

Escala de violencia e índice de severidad

Instrucciones: Marque la opción que mejor se adecue a su situación actual.

¿Has experimentado violencia física, sexual, y/o Psicológica? Sí _____ No _____



¿Por quién?

Padre _____ Pareja _____ Amigo _____ Familiar _____ Otro _____ (especifique) _____

	Nunca	Alguna vez	Varias veces	Muchas veces
1. ¿Le ha exigido tener relaciones sexuales?	0	1	2	3
2. ¿Le ha quemado con cigarro u otra sustancia?	0	1	2	3
3. ¿Le ha pateado?	0	1	2	3
4. ¿Le ha amenazado con pistola o rifle?	0	1	2	3
5. ¿Le ha empujado intencionalmente?	0	1	2	3
6. ¿Le ha golpeado con el puño o la mano?	0	1	2	3
7. ¿Le ha disparado con una pistola o rifle?	0	1	2	3
8. ¿Le ha dicho que es poco atractiva o fea?	0	1	2	3
9. ¿Se ha puesto celoso o ha sospechado de sus amistades?	0	1	2	3
10. ¿Le ha amenazado con arma, con alguna navaja, cuchillo o machete?	0	1	2	3
11. ¿Le ha intentado ahorcar o asfixiar?	0	1	2	3
12. ¿Le ha rebajado o menospreciado?	0	1	2	3
13. ¿Le ha torcido el brazo?	0	1	2	3
14. ¿Ha usado la fuerza física para tener relaciones sexuales?	0	1	2	3
15. ¿Le ha insultado?	0	1	2	3
16. ¿Le ha agredido con navaja, cuchillo o machete?	0	1	2	3
17. ¿Le ha rebajado o menospreciado frente a otras personas?	0	1	2	3
18. ¿Le ha amenazado con irse con otras mujeres si no accede a tener relaciones sexuales?	0	1	2	3
19. ¿Le ha sacudido, zarandeado, jaloneado?	0	1	2	3

Puntaje total: ISVP _____ SVP _____ SVF _____ SVS _____

Nombre completo de quien evaluó, firma y cédula profesional: _____

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Preconsulta		Hoja: 32 de 33

10.19 PROGRAMA EMBARAZO ADOLESCENTE



Hospital General Dr. "Manuel Gea González"
División de Gineco-Obstetricia
Programa Embarazo Adolescente

Nombre: _____ Fecha: _____
 Edad: _____ Alcaldía: _____ Teléfono: _____ No. Registro _____
 Estado civil: _____ Escolaridad: _____ Ocupación: _____
 Atención psicológica: Consulta externa _____ Hospitalización _____ Cama _____
 Embarazo: _____ SDG _____ posparto _____ Gesta _____ Parto _____ Aborto _____ Óbito _____
 Días de nacido: _____

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas
 0. Tanto como siempre
 1. No tanto ahora
 2. Mucho menos
 3. No, no he podido
2. He mirado el futuro con placer
 0. Tanto como siempre
 1. Algo menos de lo que solía hacer
 2. Definitivamente menos
 3. No, nada
3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien
 3. Sí, la mayoría de las veces
 2. Sí, algunas veces
 1. No muy a menudo
 0. No, nunca
4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo
 1. No, para nada
 2. Casi nada
 3. Sí, a veces
 4. Sí, a menudo
5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno
 3. Sí, bastante
 2. Sí, a veces
 1. No, no mucho
 0. No, nada
6. Las cosas me oprimen o agobian
 3. Sí, la mayor parte de las veces
 2. Sí, a veces
 1. No, casi nunca
 0. No, nada
7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir
 3. Sí, la mayoría de las veces
 2. Sí, a veces
 1. No muy a menudo
 2. No nada
8. Me he sentido triste y desgraciada
 3. Sí, casi siempre
 2. Sí, bastante a menudo
 1. No muy a menudo
 0. No, nada
9. He sido tan infeliz que he estado llorando
 3. Sí, casi siempre
 2. Sí, bastante a menudo
 1. Sólo en ocasiones
 0. No, nunca
10. He pensado en hacerme daño a mí misma
 3. Sí, bastante a menudo
 2. A veces
 1. Casi nunca
 0. No, nunca

10.20 INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK





Hospital General Dr. "Manuel Gea González"
 División de Gineco-Obstetricia
 Programa Embarazo Adolescente

Nombre: _____ Fecha: _____
 Edad: _____ Alcaldía: _____ Teléfono: _____ No. Registro _____
 Estado civil: _____ Escolaridad: _____ Ocupación: _____
 Atención psicológica: Consulta externa _____ Hospitalización _____ Cama _____
 Embarazo: _____ SDG _____ posparto _____ Gesta _____ Parto _____ Aborto _____ Óbito _____
 Días de nacido: _____



INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

INSTRUCCIONES: Abajo se muestra una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lee cuidadosamente cada afirmación e indica cuanto te ha molestado cada síntoma durante la última semana incluyendo hoy, marcando con una X según la intensidad de la molestia.

SINTOMA	Poco o nada	Más o menos	Moderadamente	Severamente
1.- Entumecimiento, hormigueo	0	1	2	3
2.- Sentir oleadas de calor (bochorno)	0	1	2	3
3.- Debilitamiento de las piernas	0	1	2	3
4.- Dificultad para relajarse	0	1	2	3
5.- Miedo a que pase lo peor	0	1	2	3
6.- Sensación de mareo	0	1	2	3
7.- Opresión en el pecho y latidos acelerados	0	1	2	3
8.- Inseguridad	0	1	2	3
9.- Terror	0	1	2	3
10.- Nerviosismo	0	1	2	3
11.- Sensación de ahogo	0	1	2	3
12.- Manos temblorosas	0	1	2	3
13.- Cuerpo tembloroso	0	1	2	3
14.- Miedo a perder el control	0	1	2	3
15.- Dificultad	0	1	2	3
16.- Miedo a morir	0	1	2	3
17.- Asustado	0	1	2	3
18.- Indigestión y malestar estomacal	0	1	2	3
19.- Debilidad	0	1	2	3
20.- Ruborizarse, sonrojarse	0	1	2	3
21.- Sudoración (no debida al calor)	0	1	2	3
Totales				
			Total	

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	Subdirección de Pediatría		
	2. Procedimiento de Consulta de Primera vez		Hoja: 1 de 67

2. PROCEDIMIENTO DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	Subdirección de Pediatría		
	2. Procedimiento de Consulta de Primera vez		Hoja: 2 de 67

1. PROPÓSITO



Establecer las actividades de todo el personal de salud involucrado en la atención del usuario en la Consulta Externa; para garantizar una atención más ágil, ofreciendo un trato digno, calidad y seguridad en la atención del usuario

2. ALCANCE


- 2.1 A nivel interno aplica a las Subdirecciones Médicas brindar la atención médica a los usuarios, Subdirección de Servicios Ambulatorios que se encarga de la coordinación de todo el personal asignado para la atención médica y administrativa de la consulta externa, Subdirección de Enfermería encargada de ofrecer la atención asistencial a los usuarios y Subdirección de Gestión de Calidad evalúa que la atención médica y administrativa se realice con calidad y seguridad.
- 2.2. A nivel externo aplica al usuario que solicita atención en la consulta externa.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través de la Jefatura de la División de Consulta Externa es la responsable de coordinar a todas las áreas médicas y administrativas para la atención de los usuarios en la consulta externa.
- 3.2. Las Subdirecciones Médicas están conformadas por la Subdirección de Cirugía, la Subdirección de Pediatría, la Subdirección de Urgencias y Medicina y la Subdirección de Anestesia y Terapias.
- 3.3. La Subdirección de Pediatría a través de sus Divisiones y departamentos son responsables de dar atención a todo paciente que cuente de 0 a 15 años, 11 meses y 30 días de edad y no deberá ser derechohabiente de otra institución del sector salud.
- 3.4. Las Subdirecciones Médicas son responsables del control y organización de sus citas de Pre-consulta, consultas de primera vez y consultas subsecuentes.
- 3.5. La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica es la responsable de la atención y cuidados de enfermería del usuario en la consulta externa.
- 3.6. Las Subdirecciones Médicas a través de las Jefaturas de División son las responsables de dar a los usuarios, que se hayan atendido en el servicio de Urgencias, la referencia para su servicio de "Cita de Primera Vez".
- 3.7. Las Subdirecciones Médicas a través de las Jefaturas de División son responsables de la Apertura de Expedientes, en usuarios que son hospitalizados en su servicio, derivados de Urgencias. Por lo que al darse de Alta Hospitalaria continúan su seguimiento en consulta externa de manera subsecuente.
- 3.8. La Dirección Médica define como servicios de apoyo a las siguientes especialidades: Estomatología, Ortodoncia, Psiquiatría, Paidopsiquiatría, Psicología, Psicoterapia, Audiología, Nutrición Clínica, Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos, Rehabilitación y Foniatría.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	Subdirección de Pediatría		
	2. Procedimiento de Consulta de Primera vez		Hoja: 3 de 67

- 3.9. Las Subdirecciones Médicas son responsables de que los servicios de apoyo solamente realicen Pre-consultas y consultas subsecuentes, ya que las consultas de primera vez las realiza la División a la que pertenece.
- 3.10. Las Subdirecciones Médicas son responsables de que todo usuario que acuda a consulta subsecuente, ya cuente con expediente clínico completo según la NOM 004-SSA3-2012 y Carnet vigente.
- 3.11. Las Subdirecciones Médicas son responsables de realizar la nota médica según la NOM 004-SSA3-2012 en cada consulta subsecuente.
- 3.12. La Subdirección de Servicios Ambulatorio es responsable de autorizar atenciones médicas de pacientes distintos en este procedimiento.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	PROCEDIMIENTO
	Subdirección de Pediatría
	Procedimiento de Consulta de Primera Vez Hoja: 4 de 67

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de la Actividades	Documento o Anexo
SUBDIRECTORES Y SUBDIRECTORAS MÉDICAS (JEFES Y JEFAS DE DIVISIONES MÉDICAS Y JEFE DE LA CONSULTA EXTERNA)	1	Realiza PROCEDIMIENTO DE PRECONSULTA	
SUBDIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS (JEFE DE DEPARTAMENTO DE ADMISIÓN HOSPITALARIA Y ARCHIVO CLÍNICO)	2	Envía los expedientes existentes (solicitados) a las áreas correspondientes.	
SUBDIRECTORES Y SUBDIRECTORAS MÉDICAS (JEFES Y JEFAS DE DIVISIONES MÉDICAS Y JEFE DE LA CONSULTA EXTERNA)	3	Recibe los expedientes y los acomoda según los horarios de consulta	
DIRECTOR GENERAL (JEFA DE DEPARTAMENTO DE RELACIONES PÚBLICAS, ÁREA DE INFORMES)	4	Recibe a los pacientes y verifica que el paciente este citado	Recibo
	5	Solicita el recibo con el pago o registro de la atención ¿Cuenta con el recibo?	
	6	No: Envía al paciente a cajas para realice el pago o el registro de la atención, va a la actividad 7	
	7	Si: Envía al paciente al consultorio correspondiente	
SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA CLÍNICA (DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA)	8	Recibe a la paciente y solicita el recibo de pago	
	9	Realiza PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DE CONSULTA	

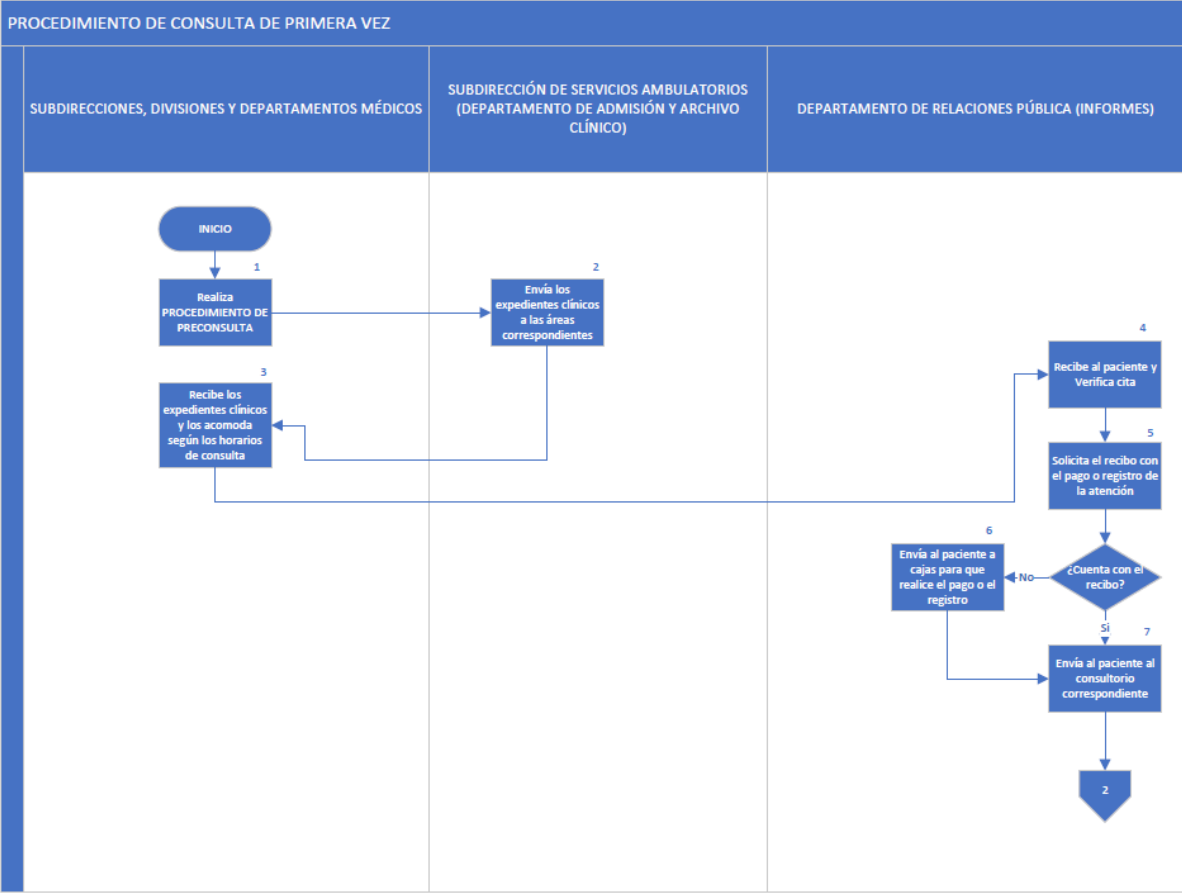


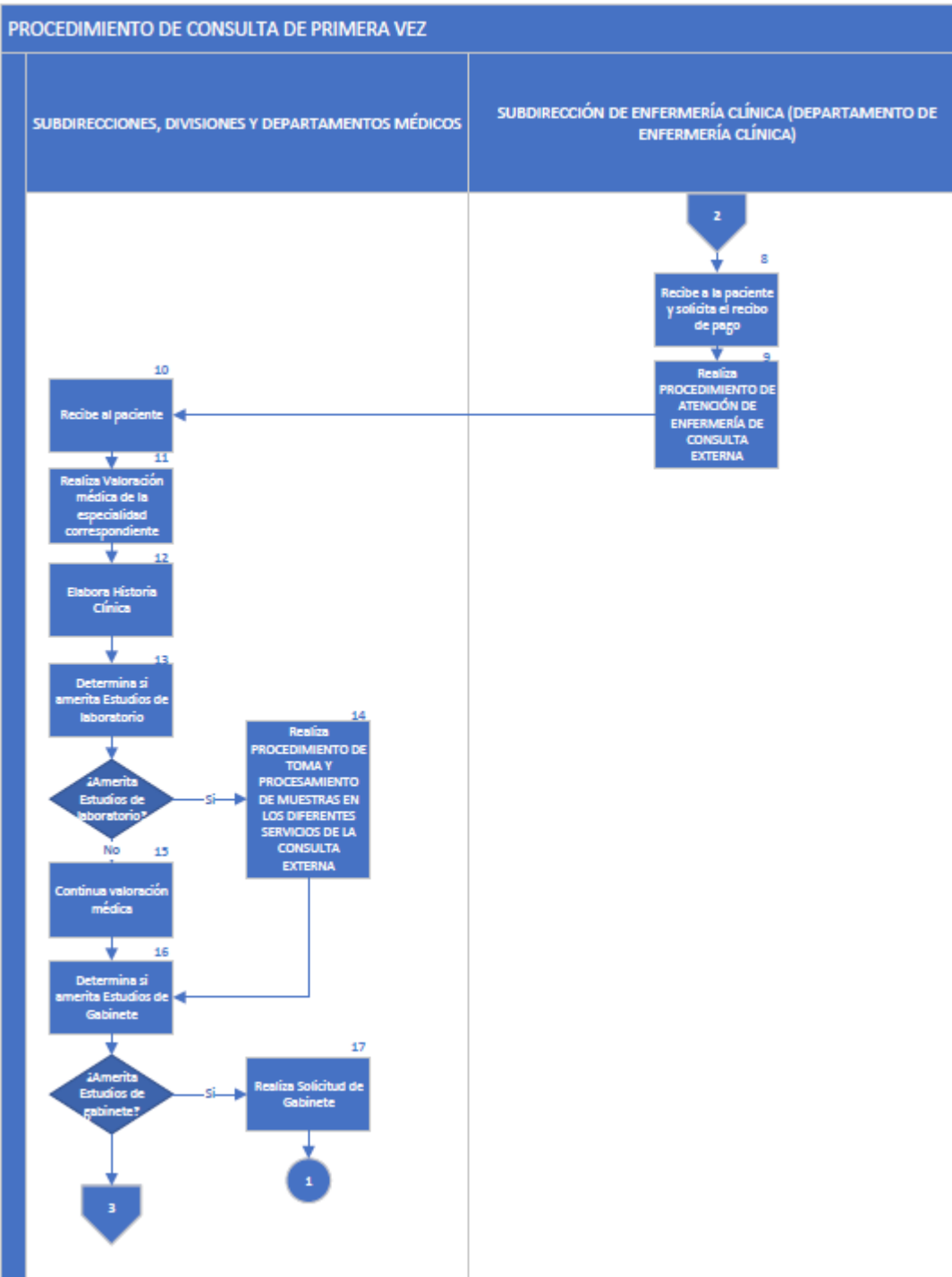
CLÍNICA)		EXTERNA	
SUBDIRECTORES Y SUBDIRECTORAS MÉDICAS (JEFES Y JEFAS DE DIVISIONES MÉDICAS Y JEFE DE LA CONSULTA EXTERNA)	10	Recibe al paciente	Historia Clínica
	11	Realiza Valoración de la Especialidad correspondiente	Hojas de Valoración o Nota Médica
	12	Elabora Historia Clínica	Estudios de Laboratorio
	13	Determina si amerita Estudios de Laboratorio ¿Amerita Estudios de Laboratorio?	Estudios de Gabinete
	14	Si: Realiza PROCEDIMIENTO DE TOMA Y PROCESAMIENTO DE MUESTRAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE LA CONSULTA EXTERNA, va a la actividad 16.	Hoja de Interconsulta Nota de Evolución
	15	No: Continúa Valoración Médica	Receta
	16	Determina si amerita Estudios de Gabinete ¿Amerita Estudios de Gabinete?	
	17	Si: Realiza Solicitud de Gabinete, va a la actividad 19.	
	18	No: Continúa Valoración Médica	
	19	Determina si es necesaria realizar alguna Interconsulta a otro servicio del Hospital ¿Amerita Interconsulta?	
	20	Si: Realiza PROCEDIMIENTO DE INTERCONSULTA, va a la actividad 22.	
	21	No: Continúa Valoración Médica	
	22	Determina si el paciente amerita algún procedimiento quirúrgico ¿Amerita un procedimiento quirúrgico?	
	23	Si: Realiza PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA, va a la actividad 25.	
	24	No: Continúa Valoración Médica	
	25	Realiza Nota de Evolución de la Atención	

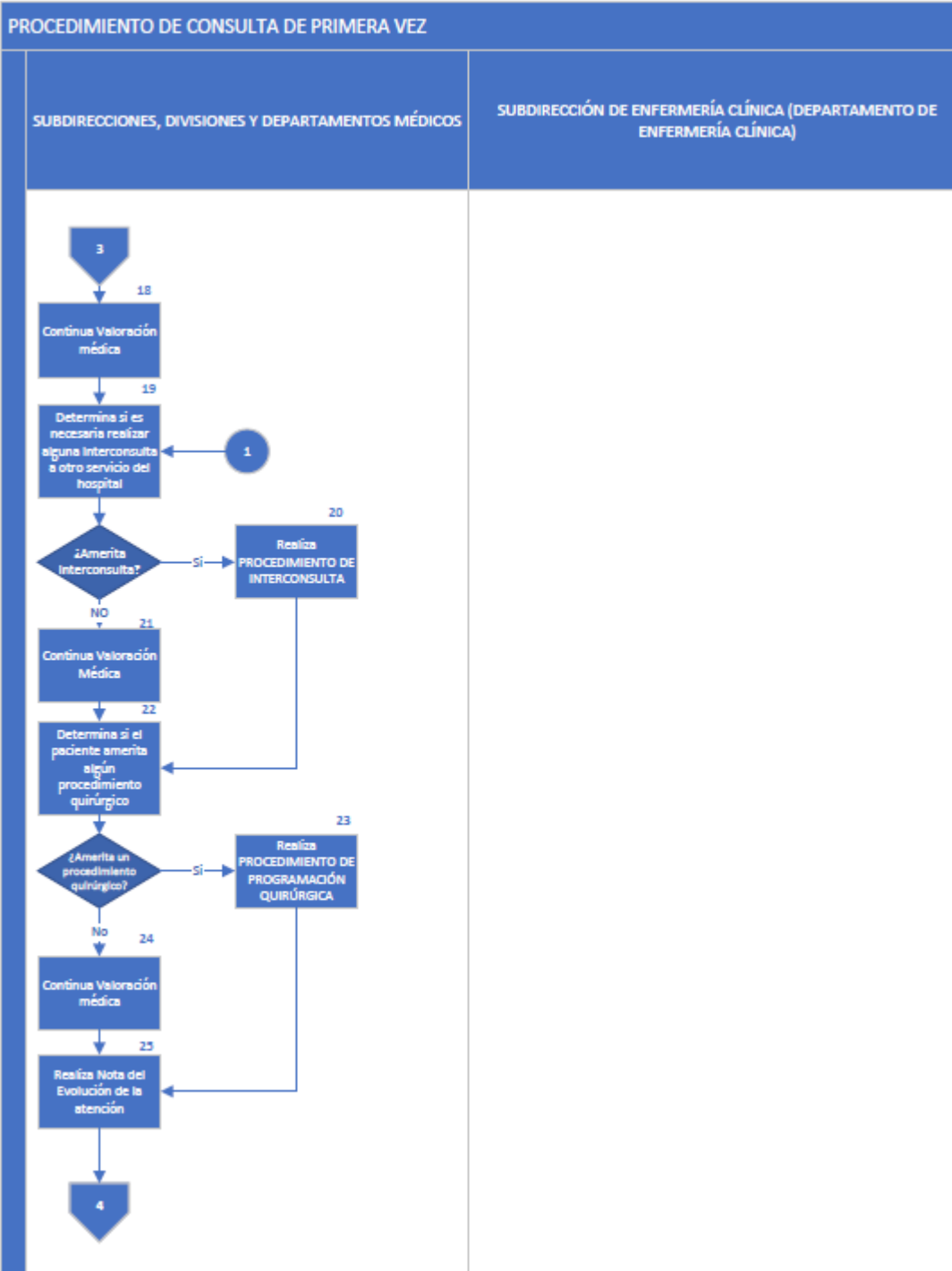


	26	Otorga tratamiento médico, en caso necesario.	
	27	Registra la consulta en la Plataforma Electrónica	
	28	Envía al paciente para asignación de cita subsecuente en el módulo correspondiente	
	29	Envía los expedientes al Departamento de Admisión Hospitalaria y Archivo Clínico	
Subdirector de Servicios Ambulatorios (Jefe de Departamento de Admisión Hospitalaria y Archivo Clínico)	30	Recibe los expedientes y coteja que estén completos	
	31	Solicita los expedientes faltantes, en caso de estar incompletos	
	32	Resguarda y organiza los expedientes	
		TERMINA	

5. DIAGRAMA DE FLUJO









PROCEDIMIENTO DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ

SUBDIRECCIONES, DIVISIONES Y DEPARTAMENTOS MÉDICOS

SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS (DEPARTAMENTO DE ADMISIÓN Y ARCHIVO CLÍNICO)



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	Subdirección de Pediatría		
	2. Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 11 de 67

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Específico	No aplica
6.2 Guía Técnica para la Actualización y Elaboración de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	No aplica
6.3 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012	No aplica

7. REGISTROS



Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Oficios	3 años	Subdirección de Planeación	No. de oficio
7.2 Expediente Clínico	6 años	Departamento de Admisión y Archivo Clínico	No. De Registro
7.3 Hoja de consulta de urgencias	6 años	Departamento de Admisión y Archivo Clínico	No. De Registro
7.4 Nota de alta de urgencias	6 años	Departamento de Admisión y Archivo Clínico	No. De Registro

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Consulta de Primera Vez: Valoración clínica inicial posterior a la preconsulta, donde se realiza la apertura del expediente clínico, es decir, se realiza la historia clínica, la valoración de la especialidad correspondiente y se solicitan estudios complementarios para el diagnóstico y tratamiento del usuario.

8.2 Consulta subsecuente: Seguimiento clínico posterior a la consulta de primera vez que realiza cada especialidad en este hospital.

8.3 Expediente clínico: al conjunto único de información y datos personales de un usuario, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento 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 de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del usuario, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	Subdirección de Pediatría		
	2. Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 12 de 67

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
03	08/12/2021	<ul style="list-style-type: none"> • Se realizan cambios en el diagrama y la descripción del procedimiento • Se agregan anexos

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Historia Clínica
- 10.2 Nota de evolución
- 10.3 Solicitud de Interconsulta
- 10.4 Hoja de Referencia y Contrarreferencia
- 10.5 Solicitud de estudio endoscópico
- 10.6 Solicitud de Estudio citológico
- 10.7 Solicitud de Laboratorio
- 10.8 Solicitud de Gabinete
- 10.9 Receta medica
- 10.10 Hoja de Programación y Registro individual de pacientes
- 10.11 Solicitud de Electrocardiograma
- 10.12 Reporte de Aplicación de Toxina botulínica
- 10.13 Solicitud de Aplicación de Toxina botulínica
- 10.14 Reporte de Microscopia Especular
- 10.15 Solicitud de Microscopia Especular
- 10.16 Reporte de Curva Horaria
- 10.17 Solicitud de Curva Horaria
- 10.18 Reporte de Estudio Fluorangiográfico
- 10.19 Solicitud de Estudio Fluorangiográfico
- 10.20 Reporte de Aplicación de Antiangiogénico
- 10.21 Solicitud de Aplicación de Antiangiogénico
- 10.22 Solicitud de campos visuales
- 10.23 Reporte de campos visuales
- 10.24 Solicitud de laser
- 10.25 Reporte de OCT de retina
- 10.26 Reporte de OCT de Glaucoma
- 10.27 Solicitud de OCT de Glaucoma
- 10.28 Reporte de Ultrasonido
- 10.29 Solicitud de Ultrasonido
- 10.30 Reporte de Topografía corneal
- 10.31 Solicitud de Topografía corneal
- 10.32 Hoja de Evaluación Cardiovascular
- 10.33 Registro de Adolescentes de consulta y hospitalización
- 10.34 Escala de violencia e Índice de severidad
- 10.35 Programa Embarazo adolescente
- 10.36 Inventario de Ansiedad de Beck
- 10.37 Reporte de Citología Cervical

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	Subdirección de Pediatría		
	2. Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 13 de 67

- 10.38 Carta de Consentimiento Informado Para Recibir Tratamiento Para el Dolor y/o Paliación de Síntomas con Opioides
- 10.39 Carta de Consentimiento Informado Para Ingreso recibir Sedación Paliativa
- 10.40 Carta de Consentimiento Informado Para recibir tratamiento Paliativo

10.1 HISTORIA CLÍNICA



Hospital General Dr. Manuel Gea González

FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA

Especialidad _____ Fecha: _____ Hora: _____

FIGHA DE IDENTIFICACION

Nombre _____ Expediente _____
 Edad _____ Sexo _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Lugar de Nacimiento _____ Lugar de Residencia _____ Ocupación: _____
 Estado Civil _____ Escolaridad _____ Religión _____
 Grupo y Rh _____ Interrogatorio Directo Indirecto Informante _____

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

Vivienda

Tipo de vivienda: Rural Urbana Material de Construcción: Perdurables No perdurables
 Servicios de Urbanización: _____
 Habitaciones: _____ Habitantes: _____ Zoonosis: _____
 Tabaquismo Índice Tabáquico Alcoholismo Años Tomando Frecuencia de Ingesta
 Si No _____ Si No _____
 Otros: _____
Otras excomorlas o datos de relevancia

Hábitos Higiénico Dietéticos

Alimentación: Adecuada Si No Higiene: Adecuada Si No

Perinatales (pacientes pediátricos)

Parto Cesárea Complicaciones: _____ APGAR: _____
 Peso al Nacer: _____ Talla al Nacer: _____ Seno Materno: Si No Tiempo: _____
 Ablactación: _____ Alimentación Actual: _____

Desarrollo Psicomotor (pacientes pediátricos)

Sonrisa Social Fija la mirada Sostén Cefálico Se sienta con ayuda Gatea Se para Camina
 Balbucea Monosílabos Bisílabos Habla Escolaridad: _____
 Deportes: _____

Esquema de Inmunización

BCG Pentavalente 1a. Pentavalente 2a. Pentavalente 3a. DPT refuerzo Hepatitis B 1a. Hepatitis B 2a.
 Hepatitis B 3a. Paperas, Rubéola, Sarampión 1a. Paperas, Rubéola, Sarampión 2a. Rotavirus 1a. Rotavirus 2a.
 Neumococo 1a. Neumococo 2a. Neumococo 3a.
 Papiloma _____ Tétanos _____ Influenza _____ AH1N1 _____
dd/mm/aaaa dd/mm/aaaa dd/mm/aaaa dd/mm/aaaa

Otros: _____

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

NOMBRE: _____ FECHA: _____
EDAD: _____ SEXO: _____ OCUPACIÓN: _____ TELÉFONO: _____
DOMICILIO: _____

INTERROGATORIO: PACIENTE FAMILIAR OTRO

MOTIVO DE CONSULTA: _____

PADECIMIENTO ACTUAL: _____

HEREDO FAMILIARES:*Sistémicos:*

D.M.: _____

HAS: _____

CA: _____

OTROS: _____

Oftalmológicos:

RETINOPATIA: _____

GLAUCOMA: _____

CATARATA: _____

OTROS: _____

ANTECEDENTES PERSONALES:*Sistémicos:*

D.M.: _____ EVOLUCIÓN: _____ UG: _____

CONTROL: _____

CÁNCER: _____

TRANSFUNCIONALES: _____

ALÉRGICOS: _____

QUIRÚRGICOS: _____

MEDICAMENTOS SISTÉMICOS: _____

HAS: _____ EVOLUCIÓN: _____

CONTROL: _____

CARDIOPATÍA: _____

ENF. ENDOCRINA: _____

ENF. NEUROLÓGICA: _____

AR: _____

INFECCIOSOS: _____

OTROS: _____

*Oftalmológicos: ojo**Tiempo Evolución*

CATARATA: _____

GLAUCOMA: _____

RETINOPATIA: _____

ESTRABISMO: _____

TRUMA: _____

OTROS: _____

LÁSER: _____

*Procedimientos**Fecha**CIRUGÍAS: Procedimientos Fecha**Último examen oftalmológico**Medicamentos oftalmológicos*



Hospital General Dr. Manuel Gea González
HISTORIA CLÍNICA PERINATAL SIMPLIFICADA

FECHA Y HORA DE ELABORACIÓN: _____

APELLIDOS Y NOMBRE				FECHA DE NACIMIENTO				No. HISTORIA CLÍNICA									
DOMICILIO				EDAD Años		ALFABETA		ESTUDIOS		AÑOS APROBADOS		ESTADO CIVIL				FUMA	
LOCALIDAD				Menor de 15 Mayor de 35		SI NO		Ning. Med. Prim. Sup.		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12		Casado Unión Libre Sol. Otro				NO SI Cuántos	
ANTECEDENTES		PERSONALES		NO SI		OBSTETRICOS		ABORTOS		VAGINALES		NAC. MIVOS		VIVEN MUJEREN		ALGUN RN PESO	
FAMILIARES		TBC		NO SI		Analizar el número de		PARTOS		CESAREAS		NAC. MUESTOS		Muñeren después de 30 m		MENOS DE 2500 g	
Diabetes		Diabetes		NO SI		GESTAS		Ninguna o más de 5 partos		Fecha de último parto o aborto		mes año		NACIMIENTO CON MAYOR PESO		g	
TAC pulmonar		Hiperensión crónica		NO SI		CUIDAS PUM		ANTITETANICA PREVA		ACTUAL		GRUPO		HOSPITALIZACION EMBARAZO		TRASLADO	
Cáncer		Cirugía pélvica-uterina		NO SI		NO SI		SI NO		1° 2° R		Rh + -		NO SI		Día Mes Año	
Gemelas		Intelectual		NO SI		SI		SI NO		MES GESTA		Otras		NO SI		NO SI	
Otras		Otras		NO SI		SI		SI NO		MES GESTA		Otras		NO SI		NO SI	
EMBARAZO ACTUAL		Día Mes Año		DUDAS PUM		ANTITETANICA PREVA		ACTUAL		GRUPO		HOSPITALIZACION EMBARAZO		TRASLADO		Día Mes Año	
Peso anterior Embarazo		Talla (cm)		NO SI		SI NO		SI NO		Rh + -		NO SI		NO SI		Día Mes Año	
Kg		1		NO SI		SI NO		SI NO		Rh + -		NO SI		NO SI		Día Mes Año	
EX. CLINICO NORMAL		EX. MAMAS NORMAL		EX. ODONTOL. NORMAL		PELVIS NORMAL		FRANCO CLAUU CLASE I		EXPL. VAGINAL NORMAL		E.G.O. NORMAL		VORL		Hb mes	
SI NO		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO		- +		Hb mes	
CONSULTA No.		1		2		3		4		5		6		7		8	
FECHA																	
SEMANAS DE AMENORRREA																	
PESO (kg)																	
TENSION ARTERIAL Mx. / Mm. (Mm Hg)																	
ALT. UTER / PRESENT. Pub. fondo / Cal. Pelv. Tr.																	
FCF (be / min) / MOV. FETAL																	
GANANCA DE PESO NORMAL SI / NO																	
ALURA UTERINA NORMAL SI / NO																	
PARTO / ABORTO		EDAD GESTA		TAMPO FETAL ACORDE		INICIO		MEMBRANAS		Fecha ruptura		Cef. Pelv. Tran.		PATOLOGIA EMBARAZO		PARTO PUERPERO	
CONTROL PRENATAL MEDIA UNIDAD SI NO		Semanas Menor 37 y Máx. 42		SI NO		Exp. Ind.		Int. Rot.		Día Mes Año		Cef. Pelv. Tran.		Embarazo Múltiple		Desproporción cef. pelv.	
TERMINACION		Exp. Cex. Forc. Otras		Hora Mes Día Mes Año		NIVEL DE ATENCION		3° 2° 1° Domic. Otro		Atendido Médico Enf. Part. Asist. Partera Trad. Otro		Cef. Pelv. Tran.		Hiperensión previa		Hemorragia ter. intr.	
EPISTOTOMA		NO SI Desgajoso NO SI		ALUMIS ESP		MUERTE FETAL		PARTO		NEONATO		Cef. Pelv. Tran.		Pre-eclampsia		Hemorragia 2° intr.	
NO SI		SI NO		SI NO		NO SI Emb. Parto		NO SI		NO SI		Cef. Pelv. Tran.		Eclampsia		Hemorragia 3er. intr.	
RECIEN NACIDO		F SEXO M		APGAR 1 5 minutos		PESO AL NACER		EDAD POR EX. FISICO		PESOS EG. Adec. Peq. Gr.		DEFISICO INMEDIATO		Cardiopatía		Anemia crónica	
TALLA PER. CEP.		EX-FISICO PRE-ALTA		EX-NEUROL.		PATOLOGICAS		M. Hial. S. Asp.		Otras SDR. Apnea Hemorragia		Hipert. Infec. Neurol.		Diabetes		Ruptura prematura membr.	
RN CON LA MADRE		EGRESO RN		EDAD ALTA / TRASLADO		EDAD AL FALL. ECER		AUMENTO		Pecho Mado. Adif.		HS. O DIAS POST PARTO O ABORTO		Infección urinaria		Infección puerperal	
SI NO		SI NO Tneado Con pat. Fallece		Día Mes Año Hx		Día Mes Año Hx		Pecho Mado. Adif.		HS. O DIAS POST PARTO O ABORTO		12 Hrs. 24 Hrs. 7° Dic.		Otras infecciones		Hemorragia puerperal	
OBSERVACIONES:		SI NO		Día Mes Año Hx		Día Mes Año Hx		Pecho Mado. Adif.		HS. O DIAS POST PARTO O ABORTO		TEMPERATURA		Penicilina		Otro	
		SI NO		Día Mes Año Hx		Día Mes Año Hx		Pecho Mado. Adif.		HS. O DIAS POST PARTO O ABORTO		PULSID (be / min)		Anestesia o parto prematuro		Ninguna	
		SI NO		Día Mes Año Hx		Día Mes Año Hx		Pecho Mado. Adif.		HS. O DIAS POST PARTO O ABORTO		TENSION ARTERIAL Mx. Min. (Mm Hg)		Espina Materna Muerte Materna w/ Método de PP		Ninguno	
		SI NO		Día Mes Año Hx		Día Mes Año Hx		Pecho Mado. Adif.		HS. O DIAS POST PARTO O ABORTO		INVOL. UTERINA		Seno Tneado Con. Pat.		Líquido de Traamp. Rlmo. Otro	
		SI NO		Día Mes Año Hx		Día Mes Año Hx		Pecho Mado. Adif.		HS. O DIAS POST PARTO O ABORTO		CARACTERISTICAS DE LOGUROS		Embarazo Parto		Candón de Traamp. Rlmo. Otro	

DIVISIÓN DE NUTRIOLOGÍA CLÍNICA		HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZALEZ"					
HISTORIA CLÍNICA NUTRICIA							
NOMBRE:			EDAD:	FECHA:	HORA:		
GÉNERO:		Nº. EXPEDIENTE:		FECHA DE NACIMIENTO.:			
ESCOLARIDAD:		OCUPACIÓN:			ESTADO CIVIL:		
MOTIVO DE CONSULTA:							
SINTOMAS GASTROINTESTINALES: ESTREÑIMIENTO ___ DIARREA ___ REFLUJO ___ GASTRITIS							
OTROS: _____							
APEGO A DIETAS ANTERIORES:							
Barreras de apego: _____							
SINTOMAS GENERALES:							
EXPLORACIÓN FÍSICA:							
ALCOHOLISMO :		TABAQUISMO:		Actividad física:			
CAMBIOS DE PESO:				Causa de cambio:			
CAMBIOS DE APETITO:							
CLINICOS:		T.A.:	SIGNOS:				
AMB: DM _____		HEA _____		OS _____			
CA _____		DLP _____		OTRO _____			
DX MÉDICOS Y DURACIÓN:							
CIRUGÍAS:							
MEDICAMENTOS/SUPLEMENTOS:							
BIOQUÍMICOS:							
FIDUA:							
ANTROPOMÉTRICOS							
TALLA:		PI:	SPi:	PH:	SPiE:	PESO META:	
PESO							
IMC							
CINTURA							
CADERA							
GANANCIA DE PESO							
Peso perdido y							
%Peso perdido							
Otros (especiales)							
IMC pre gestacional							
EMBARAZO (SDG)							
Ganancia mínima							
Ganancia máxima							
P/E							
T/E							
P/E		Peso en percentil 50				P/E:	T/E:
COMPOSICIÓN CORPORAL		%MASA GRASA		Agua corporal total		Grasa visceral	

HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
HISTORIA CLÍNICA PLANIFICACIÓN FAMILIAR



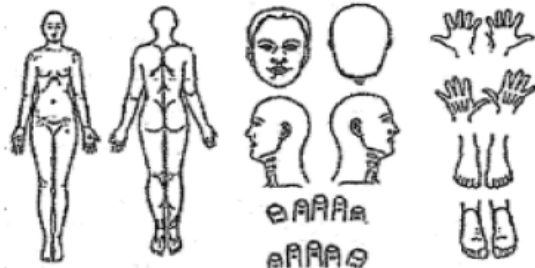
Fecha: dd/mm/aaa
Hora:



FICHA DE IDENTIFICACIÓN							
Nombre completo de la paciente:		Fecha de nacimiento:		Número de expediente clínico:			
Grupo y Rh:	Edad:	Sexo:	Ocupación:	Religión:			
Lugar de nacimiento:		Lugar de residencia:		Estado civil		Escolaridad:	
Interrogatorio directo:		Indirecto:		Informante:			
ANTECEDENTES HEREOFAMILIARES							
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>	Enf. Reumatológicas	<input type="checkbox"/>		
Asma bronquial	<input type="checkbox"/>	EVC	<input type="checkbox"/>	Enf. Endocrínicas	<input type="checkbox"/>		
Cáncer	<input type="checkbox"/>	Alergias	<input type="checkbox"/>	Enf. Cardiovasculares	<input type="checkbox"/>		
Lipidemia	<input type="checkbox"/>	Obesidad	<input type="checkbox"/>	Malf. Congénitas	<input type="checkbox"/>		
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	Enf. Neurológicas	<input type="checkbox"/>		
Glauco	<input type="checkbox"/>	Cataratas	<input type="checkbox"/>	Enf. Psiquiátricas	<input type="checkbox"/>		
Retinopatía	<input type="checkbox"/>	Epo	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>		
Especifique:							
NOTA: Marque con una "X" los datos positivos solo de tratarse de familiares en línea directa (abuelos, padres, tíos y hermanos) y describalos							
ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS							
Vivienda							
Tipo de vivienda:		Mat. Construcción:					
Servicios de Urbanización:		Ceroes de:					
No. Habitaciones:	No. de Habitantes:	Zoonosis:					
Tabaquismo:	Años fumando:	Indice de tabaquismo:	Alcoholismo:	Años tomando:	Frecuencia:		
Otros:							
Cantidad y Calidad de los alimentos:							
Higiene personal:							
ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS							
Menarca:	Telara:	Pubarca:	Ritmo	Dismenorrea:	Dispareunia:		
Citología oervical (resultado y fecha):							
IVSA:	No. Parejas:	Gestas:	Partos:	Abortos:	Cecáreas:	FUM:	Estoplos:
Edad	Número de hijos:					Mottvos:	
Complicaciones de los embarzos o el puerperio:							
Cirugía ginecológica:				Cervicovaginitis de repetición:			
Enfermedades de transmisión sexual:							
HISTORIA ANTICONCEPTIVA							
Método usado	Fecha de inicio	Fecha de suspensión	Complicaciones	Beneficios			
DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER DE MAMA U CERVICOUTERINO							
Autoexploración	Especifique:						
SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							
Mastografía							
SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							
Papanicolaou							
SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							
Exploración física.							
Tensión arterial:	Frecuencia cardíaca:	Peso:	Talla:	IMC:			
Mamas normales:		Signos de embarazo:		Abdomen normal:			
Úteros y anexos:		cervicovaginitis:					
Varios:		Otros:					
Riesgo reproductivo: Bajo <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/>							
Método anticonceptivo adoptado:							
Método deseado:				Método otorgado:			
En caso de DIU o mirena, histerometría:				oms.			
Observaciones:							
Nombre completo del (a) Dr. (a):				Número de expediente en caso de OTB:			
Firma y oédula profesional							



HOSPITAL GENERAL
 DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ
 DIVISIÓN DE DERMATOLOGÍA
 HISTORIA CLÍNICA DERMATOLÓGICA


Ficha de identificación			Fecha y hora de elaboración:		
Nombre completo de la persona:			Fecha de nacimiento:		Edad:
Sexo:	Estado civil:	Escolaridad:	Ocupación:		
Grupo étnico:		Religión:	Domicilio:		
Alcaldía:		Lugar de Origen:	Número telefónico:		
Número de expediente clínico:		Grupo y Rh:	CURP:		
Interrogatorio Directo	Indirecto	Informante:			
Topografía:					
Morfología:					
Restos de piel y anexos:					
Padecimiento actual (Inicio, Sintomatología, Naturaleza, Curso, Evolución (cronológica), Estado Actual y Tratamiento):					
Tratamiento o remedios previos:					
Antecedentes heredofamiliares:					
Antecedentes personales no patológicos:					





	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	Subdirección de Pediatría		
	2. Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 20 de 67

Antecedentes personales patológicos:								
Antecedentes Gineco-obstétricos:								
Antecedentes andrológicos:								
Interrogatorio por aparatos y sistema:								
Cabeza y órganos de los sentidos.								
Cardiorrespiratorio.								
Digestivo.								
Urinario.								
Genitales Masculinos o Femeninos.								
Musculo esquelético y reumatoide.								
Sistema nervioso								
Vascular periférico.								
Hematológico.								
Exploración Física								
Signos Vitales								
Presión Arterial	Oxigenación	Frecuencia Cardíaca	Frecuencia Respiratoria	Temperatura	Peso	Talla	Índice Masa Corporal	Glucometría capilar
mmHg	%	Latidos por minuto	Respiraciones por minuto	Grados Centígrados	Kilogramos	Metros		
Inspección General (Habitús exterior. Cabeza, cuello Tórax, Abdomen, Extremidades, Exploración neurológica)								
Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros:								
Diagnóstico (s):								
Pronóstico:								
Plan y tratamiento(medicamento, vía dosis, periodicidad y duración)								
Nombre completo. Cédula profesional y firma del médico quién elabora la nota					Nombre completo. Cédula profesional y firma del médico que supervisó			

10.2 NOTA DE EVOLUCIÓN

NOTA DE EVOLUCIÓN	HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ	
SERVICIO: _____		
NOMBRE COMPLETO DEL (LA) PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____		
SEXO: _____ No. EXP.: _____ SIGNOS VITALES: T.A. _____ F.C. _____ F.R. _____		
TEMP.: _____ PESO: _____ TALLA: _____ FECHA Y HORA DE ELABORACIÓN: _____		
EVOLUCIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL CUADRO CLÍNICO (EN SU CASO INCLUIR ABUSO O DEPENDENCIA DEL TABACO, DEL ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS) RESULTADOS RELEVANTES DE LOS ESTUDIOS DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO, DIAGNÓSTICOS O PROBLEMAS CLÍNICOS PENDIENTES Y PRONÓSTICO; TRATAMIENTO E INDICACIONES MÉDICAS (EN CASO DE MEDICAMENTOS SEÑALAR COMO MÍNIMO DOSIS, VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y PERIODICIDAD)		
NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO QUE ELABORÓ LA NOTA:		
NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO RESPONSABLE:		

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	Subdirección de Pediatría		
	2. Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 22 de 67

10.3 SOLICITUD DE INTERCONSULTA

HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
 SOLICITUD DE INTERCONSULTA





FECHA DE SOLICITUD: _____ HORA DE SOLICITUD: _____ No. EXP.: _____ NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ SEXO: _____ CAMA: _____ SERVICIO SOLICITANTE: _____ INTERCONSULTA AL SERVICIO DE: _____ MOTIVO: _____ _____ _____ _____ _____ _____ <div style="text-align: center;"> _____ PROFESIONAL DE LA SALUD NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL </div>

LICENCIA SANITARIA 1014004673

**RECUERDE LLEVAR ESTE FORMATO AL
 REALIZAR LA INTERCONSULTA, YA QUE
 DEBE SER ANEXADO AL EXPEDIENTE**



**NOTA: DEBE PRESENTAR ESTE FORMATO EL DÍA DE SU CONSULTA PARA PODER BRINDARLE
 UNA MEJOR ATENCIÓN, YA QUE CONTIENE INFORMACIÓN MÉDICA IMPORTANTE.**

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	Subdirección de Pediatría		
	2. Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 23 de 67

NOTA DE INTERCONSULTA	HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
SERVICIO: _____	
NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____	
SEXO: _____ N.º EXP. _____ SIGNOS VITALES: T.A. _____ TEMP. _____ F.C. _____ F.R. _____	
TALLA _____ PESO _____ FECHA Y HORA EN QUE SE OTORGA EL SERVICIO: _____	
MOTIVO DE LA ATENCIÓN:	
RESUMEN DEL INTERROGATORIO, EXPLORACIÓN FÍSICA Y ESTADO MENTAL, EN SU CASO:	
RESULTADOS RELEVANTES DE LOS ESTUDIOS DE LOS SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO QUE HAYAN SIDO SOLICITADOS PREVIAMENTE:	
DIAGNÓSTICOS O PROBLEMAS CLÍNICOS:	
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:	
PLAN DE ESTUDIO:	
SUGERENCIAS DIAGNÓSTICAS Y DE TRATAMIENTO:	
TRATAMIENTO E INDICACIONES MÉDICAS:	
PRONÓSTICO:	

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD QUE ELABORÓ LA NOTA: _____

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	Subdirección de Pediatría		
	2. Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 24 de 67

10.4 HOJA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA



Hospital General Dr. Manuel Gea González
 Calzada de Tlalpan No. 4800, Col. Sección XVI, Alcaldía Tlalpan, Ciudad de México C.P. 14080
 Sistema de Referencia y Contrareferencia
HOJA DE REFERENCIA

FECHA _____	No. DE EXPEDIENTE _____
NOMBRE PACIENTE _____	
APELIDO PATERNO	APELIDO MATERNO
NOMBRE (S)	
SEXO M () F ()	FECHA DE NACIMIENTO _____
	DÍA / MES / AÑO
EDAD _____	
DOMICILIO _____	
CALLE Y NÚMERO	COLONIA
DELEGACIÓN / MUNICIPIO _____	ESTADO _____
NOMBRE DE FAMILIAR / RESPONSABLE _____	PARENTESCO _____
UNIDAD MÉDICA A LA QUE SE REFIERE _____	
DOMICILIO _____	
SERVICIO AL QUE ENVÍA _____	FECHA DE CAPTACIÓN _____
INTERCONSULTA () TRATAMIENTO () ESTUDIO DE GABINETE () ESTUDIO DE LABORATORIO ()	
ESPECIFIQUE ESTUDIO _____	
MOTIVO DE ENVÍO:	
TENSIÓN ARTERIAL _____ mm. Hg	FRECUENCIA: CARDIACA _____ por min. RESPIRATORIA _____ por min
TEMPERATURA _____ °C	PESO _____ Kg. TALLA _____ cm.
RESUMEN CLÍNICO:	

TERAPÉUTICA EMPLEADA:	

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:	

06-01-0030

 MÉDICO TRATANTE
 NOMBRE COMPLETO
 FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL

 JEFE DEL DEPARTAMENTO
 NOMBRE COMPLETO
 FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL

 DIRECTOR MÉDICO
 NOMBRE COMPLETO
 FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL



Hospital General Dr. Manuel Gea González
Calzada de Tlalpan No. 4800, Col. Sección XV, Alcaldía Tlalpan, Ciudad de México C.P. 14080
Sistema de Referencia y Contrareferencia
HOJA DE CONTRAREFERENCIA

FECHA _____ No. DE EXPEDIENTE _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____

SERVICIO QUE ATENDIÓ _____

UNIDAD A LA QUE SE ENVÍA _____

MANEJO DEL PACIENTE:

TENSIÓN ARTERIAL _____ mm. Hg FRECUENCIA: CARDIACA _____ por min RESPIRATORIA _____ por min
 TEMPERATURA _____ °C PESO _____ Kg. TALLA _____ cm

PADECIMIENTO ACTUAL

TERAPÉUTICA EMPLEADA:

ESTUDIOS CLÍNICOS (ANEXAR):



DIAGNÓSTICO DE INGRESO/REFERENCIA:

DIAGNÓSTICO DE INGRESO/CONTRAREFERENCIA:


RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE:

MÉDICO TRATANTE
NOMBRE COMPLETO
FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL

MÉDICO TRATANTE
NOMBRE COMPLETO
FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	Subdirección de Pediatría		
	2. Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 26 de 67

10.5 SOLICITUD DE ESTUDIO ENDOSCOPICO

		Hospital General Dr. Manuel Gea González Departamento de Endoscopia Gastrointestinal SOLICITUD DE ESTUDIO ENDOSCÓPICO	
Fecha de solicitud: ____ - ____ - ____ Hora: ____ : ____ hrs.		Fecha de estudio: ____ - ____ - ____ Hora: ____ : ____ hrs.	
NOMBRE DEL PACIENTE: _____ CE: <input type="checkbox"/> HOSP: <input type="checkbox"/>		URGENTE: SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/> SEXO: M: <input type="checkbox"/> F: <input type="checkbox"/> REGISTRO: _____ AISLADO: SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>	
FECHA DE NACIMIENTO: ____ - ____ - ____ EDAD: _____		SERVICIO: _____ CAMA: _____	
TIPO DE ESTUDIO: <input type="checkbox"/> PANENDOSCOPIA <input type="checkbox"/> COLONOSCOPIA <input type="checkbox"/> RECTO-SIGMOIDOSCOPIA <input type="checkbox"/> COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA <input type="checkbox"/> ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO <input type="checkbox"/> PRUEBA DE ALIENTO (HELICOBACTER PYLORI).		FISIOLÓGIA DIGESTIVA: <input type="checkbox"/> pHMETRIA DE 24 HORAS <input type="checkbox"/> MANOMETRIA ESOFÁGICA <input type="checkbox"/> IMPEDANCIA <input type="checkbox"/> MANOMETRIA ANAL <input type="checkbox"/> OTRO: _____	
Motivo de Solicitud: _____			
Diagnóstico Clínico: _____			
Antecedentes de Importancia: _____			
Cuadro Clínico: _____			
Laboratorios: _____			
Estudios de Imagen: _____			
Terapia Antibiótica: SI: _____ NO: <input type="checkbox"/>			
Terapia Anticoagulante: SI: _____ NO: <input type="checkbox"/> Alergias: SI: _____ NO: <input type="checkbox"/>			
Resultados Endoscópicos Previos (Fecha): _____			
REQUIERE VALORACIÓN CARDIOVASCULAR: SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>			
TIPO DE ANESTESIA: <input type="checkbox"/> Local. <input type="checkbox"/> Sedación Intravenosa <input type="checkbox"/> Sedación Nebulizada <input type="checkbox"/> Anestesia General AUTORIZACIÓN _____			
_____ NOMBRE FIRMA DEL MÉDICO RESPONSABLE		_____ NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO ADSCRITO	
(REGISTRO DE CAJA)			
ENDOSCOPIA			

06-01-0044

Licencia Sanitaria 1014004673

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	Subdirección de Pediatría		
	2. Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 27 de 67

10.6 SOLICITUD DE ESTUDIOS CITOLÓGICOS



Hospital General Dr. Manuel Gea González
 CALZADA DE TIALPAN 4800, COL. SECCIÓN XVI C.P. 14080, ALCALDÍA TIALPAN, CDMX, TEL. 4000-3000
SOLICITUD DE ESTUDIOS CITOLÓGICOS

FECHA _____	
NOMBRE: _____	FECHA DE NACIMIENTO: _____
SEXO _____ EDAD _____ ESTUDIO ENVIADO _____	REG. _____
CAMA _____ PISO _____ SERVICIO _____	
NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CED. PROF. _____ <small>DEL MEDICO SOLICITANTE</small> <small>(CATEGORÍA Y FIRMA)</small>	
DATOS CLÍNICOS _____ _____ _____	
DIAGNÓSTICO PRESUNCIONAL _____ _____	
OBSERVACIONES _____ _____	
ENTRADA _____	REGISTRO CITOLÓGIA _____

10.7 SOLICITUD DE LABORATORIO



**HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"**


**LABORATORIO CLÍNICO
SOLICITUD DE ESTUDIOS**



NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____
 No. DE REGISTRO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: F: ___ M: ___
 NOMBRE DEL MÉDICO: _____
 SERVICIO SOLICITANTE: _____ TURNO: M ___ V ___ N ___
 DIAGNÓSTICO: _____ C. EXTERNA: _____ HOSPITALIZACIÓN: _____ URGENCIAS: _____ CAMA: _____

NO UTILIZAR PAPEL CARBÓN EN LA ELABORACIÓN DE ESTA SOLICITUD. GRACIAS.	
HEMATOLOGÍA	
<input type="checkbox"/> 1565 BIOMETRÍA HEMÁTICA	<input type="checkbox"/> 1529 DEPURACIÓN DE CREATININA ORINA 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1604 RECUENTO DE RETICULOCITOS	<input type="checkbox"/> 1760 CISTATINA C
<input type="checkbox"/> 1593 ESTUDIO DE PLASMODIUM	<input type="checkbox"/> 1500 ÁCIDO ÚRICO EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1635 VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR	<input type="checkbox"/> 1519 BUN EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1535 EOSINOFILOS EN MOCO NASAL	<input type="checkbox"/> 1534 ELECTROLITOS EN ORINA 24 HORAS (Na, K, Cl)
<input type="checkbox"/> 1763 PROCALCITONINA	<input type="checkbox"/> 1731 CALCIO EN ORINA DE 24 HORAS
HEMOSTASIA	
<input type="checkbox"/> 1607 TIEMPO DE PROTROMBINA	<input type="checkbox"/> 1543 FÓSFORO EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1609 TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL	<input type="checkbox"/> 1730 MAGNESIO EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1608 TIEMPO DE TROMBINA	<input type="checkbox"/> 1505 AMILASA EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1516 ANTITROMBINA III	<input type="checkbox"/> 1502 ALBÚMINA EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1584 FIBRINÓGENO	<input type="checkbox"/> 1616 MICROALBÚMINA EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1532 DÍMERO D	<input type="checkbox"/> 1563 BILIRRUBINA TOTAL
<input type="checkbox"/> 1682 PROTEÍNA S	<input type="checkbox"/> 1564 BILIRRUBINA DIRECTA
<input type="checkbox"/> 1681 PROTEÍNA C CLOT	<input type="checkbox"/> 1602 PROTEÍNAS TOTALES
<input type="checkbox"/> 1660 ANTICUAGULANTE LÚPICO TAMIZAJE	<input type="checkbox"/> 1503 ALBÚMINA
<input type="checkbox"/> 1661 ANTICUAGULANTE LÚPICO CONFIRMATORIO	<input type="checkbox"/> 1553 ALT
<input type="checkbox"/> 1677 FACTOR DE VON WILLEBRAND	<input type="checkbox"/> 1554 AST
<input type="checkbox"/> 1670 CUANTIFICACIÓN DE FACTOR VII	<input type="checkbox"/> 1544 GGT
<input type="checkbox"/> 1671 CUANTIFICACIÓN DE FACTOR VIII	<input type="checkbox"/> 1585 FOSFATASA ALCALINA
BIOQUÍMICA	
<input type="checkbox"/> 1588 GLUCOSA	<input type="checkbox"/> 1576 LDH
<input type="checkbox"/> 1600 BUN	<input type="checkbox"/> 1552 AMILASA
<input type="checkbox"/> 1572 CREATININA	<input type="checkbox"/> 1615 LIPASA
<input type="checkbox"/> 1636 ÁCIDO ÚRICO	<input type="checkbox"/> 1659 AMONIO
<input type="checkbox"/> 1605 SODIO	<input type="checkbox"/> 1573 CK
<input type="checkbox"/> 1648 POTASIO	<input type="checkbox"/> 1574 CK MB
<input type="checkbox"/> 1570 CLORURO	<input type="checkbox"/> 1617 MIOGLOBINA
<input type="checkbox"/> 1568 CALCIO	<input type="checkbox"/> 1631 TROPONINA
<input type="checkbox"/> 1586 FÓSFORO	<input type="checkbox"/> 1522 CINÉTICA DE HIERRO
<input type="checkbox"/> 1599 MAGNESIO	<input type="checkbox"/> 1541 FERRITINA
<input type="checkbox"/> 1571 COLESTEROL TOTAL	<input type="checkbox"/> 1611 TRANSFERRINA
<input type="checkbox"/> 1524 COLESTEROL HDL	<input type="checkbox"/> 1590 HAPTOGLOBINA
<input type="checkbox"/> 1630 TRIGLICERIDOS	<input type="checkbox"/> 1542 FOLATOS
<input type="checkbox"/> 1517 APOLIPOPROTEÍNA A	<input type="checkbox"/> 1634 VITAMINA B12
<input type="checkbox"/> 1518 APOLIPOPROTEÍNA B	<input type="checkbox"/> 1643 PREALBÚMINA
<input type="checkbox"/> 1594 HEMOGLOBINA GLICOSILADA	<input type="checkbox"/> 1581 EXAMEN GENERAL DE ORINA
<input type="checkbox"/> 1545 GLUCOSA POSPRANDIAL	<input type="checkbox"/> 1765 PÉPTIDO NATRIURÉTICO TIPO B (BNP)
<input type="checkbox"/> 1701 CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 2 HORAS	<input type="checkbox"/> 1601 PROTEÍNA C REACTIVA
<input type="checkbox"/> 1603 CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 3 HORAS	
<input type="checkbox"/> 1646 CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 5 HORAS	
<input type="checkbox"/> 1703 TAMIZ METABÓLICO	
<input type="checkbox"/> 1550 INSULINA	
<input type="checkbox"/> 1525 CREATININA EN ORINA	
<input type="checkbox"/> 1526 CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS	

ZONA PARA EL SELLO DE PAGADO
FAVOR DE NO OBSTRUIR PETICION DE ESTUDIOS. GRACIAS

10.8 SOLICITUD DE GABINETE

	HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ" SOLICITUD DE ESTUDIOS RADIOLOGÍA E IMAGEN	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">FECHA DE NACIMIENTO</td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="text-align: center;">NÚMERO DE EXPEDIENTE</td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">EDAD</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No. DE CAMA</td> </tr> </table>	FECHA DE NACIMIENTO		NÚMERO DE EXPEDIENTE		EDAD	No. DE CAMA									
FECHA DE NACIMIENTO																	
NÚMERO DE EXPEDIENTE																	
EDAD	No. DE CAMA																
IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 33%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 33%; height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">APELLIDO PATERNO</td> <td style="text-align: center;">MATERNO</td> <td style="text-align: center;">NOMBRE (S)</td> </tr> </table>						APELLIDO PATERNO	MATERNO	NOMBRE (S)									
APELLIDO PATERNO	MATERNO	NOMBRE (S)															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> AREA <input type="radio"/> C. E. <input type="radio"/> HOSP. <input type="radio"/> URG. <input type="radio"/> EXTERNO </td> <td style="width: 25%; text-align: center;"> SERVICIO <div style="height: 20px;"> </div> </td> <td style="width: 25%; text-align: center;"> SEXO MASC. <input type="radio"/> FEM. <input type="radio"/> </td> </tr> </table>			AREA <input type="radio"/> C. E. <input type="radio"/> HOSP. <input type="radio"/> URG. <input type="radio"/> EXTERNO	SERVICIO <div style="height: 20px;"> </div>	SEXO MASC. <input type="radio"/> FEM. <input type="radio"/>												
AREA <input type="radio"/> C. E. <input type="radio"/> HOSP. <input type="radio"/> URG. <input type="radio"/> EXTERNO	SERVICIO <div style="height: 20px;"> </div>	SEXO MASC. <input type="radio"/> FEM. <input type="radio"/>															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%; text-align: center;"> ESTUDIO SOLICITADO (MARCAR CLAVE AL REVERSO) <div style="height: 20px;"> </div> </td> <td style="width: 30%; text-align: center;"> URGENTE SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> </td> </tr> </table>			ESTUDIO SOLICITADO (MARCAR CLAVE AL REVERSO) <div style="height: 20px;"> </div>	URGENTE SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>													
ESTUDIO SOLICITADO (MARCAR CLAVE AL REVERSO) <div style="height: 20px;"> </div>	URGENTE SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>																
DATOS CLÍNICOS E IMPRESIÓN DIAGNOSTICA																	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <!-- Empty space for clinical data --> </div>																	
*EN CASO DE QUE EL ESTUDIO SOLICITADO SEA TOMOGRAFÍA CONTRASTE ENDOVENOSO, ANOTAR EL VALOR DE CREATININA (VIGENCIA DEL ESTUDIO, DOS MESES)																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;"> FECHA Y HORA DE SOLICITUD </td> <td style="width: 33%; text-align: center;"> MÉDICO SOLICITANTE </td> <td style="width: 33%; text-align: center;"> MÉDICO JEFE DEL SERVICIO </td> </tr> <tr> <td> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">DIA</td> <td style="width: 33%;">MES</td> <td style="width: 33%;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td style="height: 20px;"> </td> <td style="height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="3">HORA:</td> </tr> </table> </td> <td> <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"> </div> </td> <td> <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"> </div> </td> </tr> </table>			FECHA Y HORA DE SOLICITUD	MÉDICO SOLICITANTE	MÉDICO JEFE DEL SERVICIO	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">DIA</td> <td style="width: 33%;">MES</td> <td style="width: 33%;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td style="height: 20px;"> </td> <td style="height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="3">HORA:</td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO				HORA:			<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"> </div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"> </div>
FECHA Y HORA DE SOLICITUD	MÉDICO SOLICITANTE	MÉDICO JEFE DEL SERVICIO															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">DIA</td> <td style="width: 33%;">MES</td> <td style="width: 33%;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td style="height: 20px;"> </td> <td style="height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="3">HORA:</td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO				HORA:			<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"> </div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"> </div>						
DIA	MES	AÑO															
HORA:																	
OBSERVACIONES POR RADIOLOGÍA E IMAGEN																	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <!-- Empty space for observations --> </div>																	
INDICACIONES AL PACIENTE																	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <!-- Empty space for instructions --> </div>																	

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	Subdirección de Pediatría		
	2. Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 30 de 67

10.9 RECETA MÉDICA



HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

RECETA MÉDICA

FOLIO: _____

CALZADA DE TLALPAN 4800, COL. SECCIÓN XVI C.P. 14080, CDMX TEL. 4000-3000

Rp. NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____



FECHA



NOMBRE COMPLETO DEL DR. (A): _____

CEDULA PROFESIONAL _____ FIRMA: _____

DE-02-0055 LIC. SANIT. 1014004073

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	Subdirección de Pediatría		
	2. Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 31 de 67

10.10 HOJA DE PROGRAMACIÓN Y REGISTRO INDIVIDUAL DE PACIENTES





Hospital General
Dr. Manuel Gea González
SOLICITUD, REGISTRO DE OPERACIONES Y
NOTA POSTOPERATORIA

Nombre del Paciente:		Registro:	
Fecha de Nacimiento:		Peso:	
Edad:	Sexo: masculino () femenino ()	Cama:	
Servicio:	Clínica:	Tiempo quirúrgico estimado:	
Fecha de Solicitud:	día mes año	Hora Solicitud:	
Fecha de Programación:	día mes año	Recibe Solicitud:	
Fecha de la Cirugía:	día mes año	Hora de Recepción:	
Electiva () Urgencia () EMERGENCIA () Ambulatoria (si) (no)			
Durante la Operación se requiere:			
Instrumental:		Colaboración de los servicios de:	
Nombre y firma de quien recibe la solicitud:		Riesgo Quirúrgico: I. II. III. IV. Anestesia: General () Local () Regional ()	
Médico Solicitante		Médico Jefe de la División	
Firma		Firma	
Nombre	Cédula Profesional	Nombre	Cédula Profesional
Diagnóstico Preoperatorio:		Diagnóstico Postoperatorio:	
1.-		1.-	
2.-		2.-	
3.-		3.-	
4.-		4.-	
Operación Planeada:		Operación Realizada:	
1.-		1.-	
2.-		2.-	
3.-		3.-	
4.-		4.-	
Cirujano:		Estudio Histopatológico: (si) (no)	
1er. Ayudante:		Pieza:	
2º. Ayudante:		RayosX:	
3er. Ayudante:		Drenajes: (si) (no)	Tipo:
Instrumentista:		Diferimiento de Cirugía: (si) (no)	
Circulante:		Motivo debido a: Paciente () Institución ()	
Anestesiólogo:		Especifique:	
Calidad en Quirofano	Previo al Inicio	Previo al Término	Hora de inicio Cirugía: _____ Anestesia: _____
Pausa Quirúrgica	SI () NO ()	SI () NO ()	Hora de término Cirugía: _____ Anestesia: _____
Gasas	SI () NO ()	SI () NO ()	Sangrado (ml): _____ ml.
Compresas	SI () NO ()	SI () NO ()	Transfusiones: (SI) (NO) _____ ml.
Instrumental	SI () NO ()	SI () NO ()	Balance Hídrico: _____ ml.
Punzocortantes	SI () NO ()	SI () NO ()	

06-01-0028

LICENCIA SANITARIA 1014004673

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	Subdirección de Pediatría		
	2. Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 32 de 67





Hospital General
Dr. Manuel Gea González
**SOLICITUD, REGISTRO DE OPERACIONES Y
NOTA POSTOPERATORIA**

Nombre del Paciente:		Registro:	
Fecha de Nacimiento:		Peso:	
Edad:	Sexo: masculino () femenino ()	Cama:	
Signos Vitales:	Frecuencia Cardíaca: _____ por minuto	Tensión Arterial: _____ / _____ mmHg	
Peso: _____ Kgs.	Frecuencia Respiratoria: _____ por minuto	Temperatura: _____ °C	
Talla: _____ Kgs.	Saturación de Oxígeno: _____ %		
Fecha y hora de elaboración de la Nota Postoperatoria:			
Accidentes: (SI) (NO) Especifique:		Incidentes: (SI) (NO) Especifique:	
Descripción de la Técnica Quirúrgica:			
Hallazgos Transoperatorios:			
Estudios Transoperatorios y Resultados:			
Estado Postquirúrgico Inmediato: Estable () Inestable () Fallecido ()			
Comentarios:			
Plan Manejo y Tratamiento Postoperatorio Inmediato:			
Pronóstico: Bueno () Malo ()			
Comentarios:			
Elaborado por:		Responsable de la cirugía	
Firma		Firma	
Nombre	Cédula Profesional	Nombre	Cédula Profesional

06-01-0028

LICENCIA SANITARIA 1014004673



 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	Subdirección de Pediatría		
	2. Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 33 de 67

10.11 SOLICITUD DE ELECTROCARDIOGRAMA



Hospital General Dr. Manuel Gea González
 Subdirección de Servicios Ambulatorios
 Solicitud de Electrocardiograma

FECHA: _____	
Nombre del paciente: _____	
Edad: _____	Fecha de nacimiento: _____
Sexo: H _____ M _____	N° cama _____
N° de expediente: _____	Servicio: _____
Diagnóstico: _____	Aislado: _____
<input type="radio"/> 12 DERIVADAS	<input type="radio"/> PRECORDIALES DERECHAS
<input type="radio"/> TIRA DE RITMO DII	<input type="radio"/> MEDRANO
<input type="radio"/> DII DE UN MINUTO	<input type="radio"/> CÍRCULO COMPLETO
Prioridad:	Urgente Normal
	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
MEDICO SOLICITANTE	
_____ <small>NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CEDULA DEL MEDICO RESPONSABLE DEL AREA</small>	
<small>AW-200</small>	<small>Licencia sanitaria 1014004673</small>

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	Subdirección de Pediatría		
	2. Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 34 de 67

10.12 REPORTE DE APLICACIÓN DE TOXINA BOTULINICA



HOSPITAL GENERAL
 "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
 DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA

REPORTE DE APLICACIÓN DE TOXINA BOTULINICA

FECHA DE ELABORACIÓN: ___/___/___ HORA: _____

NOMBRE COMPLETO: _____ No. EXPEDIENTE: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ EDAD: _____ SEXO: _____
 SIGNOS VITALES: TENSIÓN ARTERIAL: ___/___/___ FRECUENCIA CARDÍACA: _____
 FRECUENCIA RESPIRATORIA: _____ TEMPERATURA: _____ PESO: _____
 TALLA: _____
 DIAGNÓSTICO OFTALMOLÓGICO: _____

<p>OJO DERECHO</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>OJO IZQUIERDO</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>UNIDADES UI: _____</p>
<p>COMENTARIO</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>



 NOMBRE COMPLETO Y CÉDULA PROFESIONAL
 QUE REALIZA LA INTERPRETACIÓN

Calzada de Tlalpan 4800, col Sección XVI, Delegación Tlalpan, C.P. 14080, México, D.F. Tel. 40033205

LICENCIA SANITARIA 1014004673

Calzada de Tlalpan 4800, col Sección XVI, Delegación Tlalpan, C.P. 14080, México, D.F. Tel. 40033205

LICENCIA SANITARIA 1014004673

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	Subdirección de Pediatría		
	2. Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 35 de 67

10.13 SOLICITUD DE APLICACIÓN DE TOXINA BOTULINICA



HOSPITAL GENERAL
 "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
 DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA

SOLICITUD DE APLICACIÓN DE TOXINA BOTULINICA



FECHA DE SOLICITUD: ____/____/____		HORA: _____	
NOMBRE COMPLETO: _____		NO. EXPEDIENTE: _____	
FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____	EDAD: _____	SEXO: _____	
SERVICIO SOLICITANTE: _____			
DIAGNOSTICO OFTALMOLOGICO: _____			
MOTIVO: _____			

 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
 DEL MÉDICO SOLICITANTE

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

Calzada de Talpan 4800, col Sección XVI, Delegación Talpan, C.P. 14080, México, D.F. Tel. 40033205

LICENCIA SANITARIA 1014004673

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	Subdirección de Pediatría		
	2. Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 36 de 67

10.14 REPORTE DE MICROSCOPIA ESPECULAR



HOSPITAL GENERAL
 "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
 DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA

REPORTE DE MICROSCOPIA ESPECULAR

FECHA DE ELABORACIÓN: ___/___/___ HORA: _____

NOMBRE COMPLETO: _____ No. EXPEDIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ EDAD: _____ SEXO: _____

SIGNOS VITALES: TENSIÓN ARTERIAL: ___/___/___ FRECUENCIA CARDIACA: _____

FRECUENCIA RESPIRATORIA: _____ TEMPERATURA: _____ PESO: _____

TALLA: _____



OJO DERECHO		OJO IZQUIERDO
	NÚMERO	
	DENSIDAD OCULAR CELAR	
	PROMEDIO CELULAR	
	DESVIACION ESTANDAR	
	COEFICIENTE DE VARIACIÓN	
	MÁXIMO	
	MÍNIMO	
	PORCENTAJE HEXAGONALIDAD	

COMENTARIO: _____

 NOMBRE COMPLETO, CÉDULA PROFESIONAL Y FIRMA
 DEL MÉDICO QUE REALIZA EL ESTUDIO

Calzada de Tlalpan 4800, col Sección XVI, Delegación Tlalpan, C.P. 14080, México, D.F. Tel. 40033205

LICENCIA SANITARIA 1014004673

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	Subdirección de Pediatría		
	2. Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 37 de 67

10.15 SOLICITUD DE MICROSCOPIA ESPECULAR



HOSPITAL GENERAL
 "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
 DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA

SOLICITUD DE MICROSCOPIA ESPECULAR

FECHA DE SOLICITUD: ___/___/___		HORA: _____
NOMBRE COMPLETO: _____	NO. EXPEDIENTE: _____	
FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___	EDAD: _____	SEXO: _____
SERVICIO SOLICITANTE: _____		
MOTIVO: _____		

 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
 DEL MÉDICO SOLICITANTE

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

Calzada de Tlalpan 4800, col Sección XV, Delegación Tlalpan, C.P. 14080, México, D.F. Tel. 40033205

LICENCIA SAN TARIA 1014004673

10.16 REPORTE DE CURVA HORARIA



HOSPITAL GENERAL
 "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
 DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA

REPORTE DE CURVA HORARIA

FECHA DE ELABORACIÓN: ___/___/___ HORA: _____

NOMBRE COMPLETO: _____ No. EXPEDIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ EDAD: _____ SEXO: _____



SIGNOS VITALES: TENSIÓN ARTERIAL: ___/___ FRECUENCIA CARDIACA: _____

FRECUENCIA RESPIRATORIA: _____ TEMPERATURA: _____ PESO: _____

TALLA: _____

HORA	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
16:00		
18:00		
20:00		
22:00		
24:00		
2:00		
4:00		
6:00		
8:00		
10:00		

COMENTARIO: _____

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	Subdirección de Pediatría		
	2. Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 39 de 67

10.17 SOLICITUD DE CURVA HORARIA



HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA



NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
DEL MÉDICO QUE REALIZA EL ESTUDIO

SOLICITUD DE CURVA HORARIA

FECHA DE SOLICITUD: ___/___/___		HORA: _____
NOMBRE COMPLETO: _____	NO. EXPEDIENTE: _____	
FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___	EDAD: _____	SEXO: _____
SERVICIO SOLICITANTE: _____		
MOTIVO: _____		

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
DEL MÉDICO SOLICITANTE

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	Subdirección de Pediatría		
	2. Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 40 de 67

10.18 REPORTE DE ESTUDIO FLUORANGIOGRÁFICO



HOSPITAL GENERAL
 "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
 DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA

REPORTE DE ESTUDIO FLUORANGIOGRÁFICO

FECHA DE ELABORACIÓN: ___/___/___ HORA: _____

NOMBRE COMPLETO: _____ No. EXPEDIENTE: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ EDAD: _____ SEXO: _____
 SIGNOS VITALES: TENSIÓN ARTERIAL: ___/___/___ FRECUENCIA CARDÍACA: _____
 FRECUENCIA RESPIRATORIA: _____ TEMPERATURA: _____ PESO: _____
 TALLA: _____

FOTOGRAFÍA DE FONDO DE OJO:

OJO DERECHO:



OJO IZQUIERDO:

FLUORANGIOGRAFIA:

OJO DERECHO:

OJO IZQUIERDO:

CÓMENTARIO:

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	Subdirección de Pediatría		
	2. Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 41 de 67

10.19 SOLICITUD DE FLUORANGIOGRAFÍA



HOSPITAL GENERAL
 "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
 DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
 QUE REALIZA LA INTERPRETACIÓN

SOLICITUD DE FLUORANGIOGRAFÍA

FECHA DE SOLICITUD: ___/___/___		HORA: _____
NOMBRE COMPLETO: _____	NO. EXPEDIENTE: _____	
FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___	EDAD: _____	SEXO: _____
SERVICIO SOLICITANTE: _____		
MOTIVO: _____		

 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
 DEL MÉDICO SOLICITANTE

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

Calzada de Tlalpan 4800, col. Sección XVI, Delegación Tlalpan, C.P. 14080, México, D.F. Tel. 40033205

LICENCIA SANITARIA 1014004673

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	Subdirección de Pediatría		
	2. Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 42 de 67

10.20 REPORTE DE APLICACIÓN DE ANTIANGIOTRÓFICO



HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA

REPORTE DE APLICACIÓN DE ANTIANGIOTRÓFICO

FECHA DE ELABORACIÓN: ____/____/____ HORA: ____

NOMBRE COMPLETO: _____ No. EXPEDIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ EDAD: _____ SEXO: _____



SIGNOS VITALES: TENSIÓN ARTERIAL: ____/____ FRECUENCIA CARDÍACA: _____

FRECUENCIA RESPIRATORIA: _____ TEMPERATURA: _____ PESO: _____

TALLA: _____

OJO DERECHO	<input type="checkbox"/>	OJO IZQUIERDO	<input type="checkbox"/>
DESCRIPCIÓN TÉCNICA			
<hr/>			
<hr/>			
<hr/>			
<hr/>			
<hr/>			
<hr/>			
<hr/>			
<hr/>			
<hr/>			
<hr/>			
INCIDENTES: _____			
ACCIDENTES: _____			
TRATAMIENTO: _____			
<hr/>			
<hr/>			
<hr/>			
<hr/>			

**NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
QUE REALIZA LA INTERPRETACIÓN**

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	Subdirección de Pediatría		
	2. Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 43 de 67

10.21 SOLICITUD DE APLICACIÓN DE ANTIANGIOGÉNICO





HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA

SOLICITUD DE APLICACIÓN DE ANTIANGIOGÉNICO

FECHA DE SOLICITUD: ___/___/___		HORA: _____
NOMBRE COMPLETO: _____	No. EXPEDIENTE: _____	
FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___	EDAD: _____	SEXO: _____
SERVICIO SOLICITANTE: _____	DIAGNÓSTICO: _____	
MOTIVO: _____		

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
DEL MÉDICO SOLICITANTE

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	Subdirección de Pediatría		
	2. Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 44 de 67

10.22 SOLICITUD DE CAMPOS VISUALES



HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA

SOLICITUD DE CAMPOS VISUALES



FECHA DE ELABORACIÓN ___/___/___ HORA: _____

NOMBRE COMPLETO: _____ No. EXPEDIENTE: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ EDAD: _____ SEXO: _____
 SIGNOS VITALES: TENSIÓN ARTERIAL: ___/___ FRECUENCIA CARDIACA: _____
 FRECUENCIA RESPIRATORIA: _____ TEMPERATURA: _____ PESO: _____
 TALLA: _____

SERVICIO SOLICITANTE: _____		
DIAGNÓSTICO: _____		
TRATAMIENTO OJO DERECHO: _____		
TRATAMIENTO OJO IZQUIERDO: _____		
	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
AGUDEZA VISUAL:	_____	_____
GONISCOPIA:	_____	_____
EXCAVACIÓN:	_____	_____
CORRECCIÓN REFRACTIVA:	_____	_____
PAQUIMETRÍA:	_____	_____
CAMPOS VISUALES PREVIOS:	_____	_____

 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CEDULA PROFESIONAL
 DEL MÉDICO SOLICITANTE

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	Subdirección de Pediatría		
	2. Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 45 de 67

10.23 REPORTE DE CAMPOS VISUALES



HOSPITAL GENERAL
 "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
 DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA.

REPORTE DE CAMPOS VISUALES

FECHA DE SOLICITUD: ___/___/___ HORA: _____

NOMBRE COMPLETO: _____ No. EXPEDIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ EDAD: _____ SEXO: _____

SIGNOS VITALES: TENSIÓN ARTERIAL: ___/___ FRECUENCIA CARDIACA: _____

FRECUENCIA RESPIRATORIA: _____ TEMPERATURA: _____ PESO: _____

TALLA: _____



	OJO IZQUIERDO	OJO DERECHO
ÍNDICES DE CONFIABILIDAD	_____	_____
ÍNDICE FOVEAL	_____	_____
PRUEBA DE HEMICAMPO PARA GLUCOMA	_____	_____
DESVIACIÓN DEL MODELO	_____	_____
COMENTARIO: _____		

 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
 QUE REALIZA LA INTERPRETACIÓN

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

Calzada de Tlalpan 4800, col Sección XVI, Delegación Tlalpan, C.P. 14080, México, D.F. Tel. 4003205

LICENCIA SANITARIA 1014004673

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	Subdirección de Pediatría		
	2. Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 46 de 67

10.24 SOLICITUD DE LASER



HOSPITAL GENERAL
 "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
 DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA

SOLICITUD DE LÁSER

FECHA DE SOLICITUD: ___/___/___ HORA: _____

NOMBRE COMPLETO: _____ No. EXPEDIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ EDAD: _____ SEXO: _____

SERVICIO SOLICITANTE: _____

MOTIVO:

 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
 DEL MÉDICO SOLICITANTE

REPORTE DE LASER

REPORTE DE LÁSER

FECHA DE ELABORACION: ___/___/___ HORA: _____

NOMBRE COMPLETO: _____ No. EXPEDIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ EDAD: _____ SEXO: _____

SIGNOS VITALES: TENSIÓN ARTERIAL: ___/___/___ FRECUENCIA CARDIACA: _____

FRECUENCIA RESPIRATORIA: _____ TEMPERATURA: _____ PESO: _____

TALLA: _____ NUMERO DE SESION: _____

PARAMETROS DE LASER

	Ojo izquierdo	Ojo izquierdo	OBSERVACIONES: _____ _____ _____
Disparos			
Podex			
Tiempo			
Spot			

Tratamiento: _____

Pronóstico: _____

Próxima cita: _____

 NOMBRE COMPLETO, CÉDULA PROFESIONAL Y FIRMA
 DEL MÉDICO QUE REALIZA EL ESTUDIO

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

Calzada de Tlalpan 4800, col Sección XVI, Delegación Tlalpan, C.P. 14080, México, D.F. Tel. 40033205

LICENCIA SANITARIA 1014004673

10.25 REPORTE DE OCT DE RETINA



**HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA**

REPORTE DE OCT DE RETINA

FECHA DE ELABORACIÓN: ___/___/___ HORA: _____

NOMBRE COMPLETO: _____ No. EXPEDIENTE: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ EDAD: _____ SEXO: _____
 SIGNOS VITALES: TENSIÓN ARTERIAL: ___/___ FRECUENCIA CARDÍACA: _____
 FRECUENCIA RESPIRATORIA: _____ TEMPERATURA: _____ PESO: _____
 TALLA: _____

	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
Grosor Foveal Prometido	Micras	Micras
Complejo EPR coroides	_____	_____
Retina Neurosensorial	_____	_____
Depresión Foveal	_____	_____
Interfase Vitreoretaneana	_____	_____



IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: _____

COMENTARIO: _____

**NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
 DEL MÉDICO SOLICITANTE**

Calzada de Tlalpan 4800, col Sección XVI, Delegación Tlalpan, C.P. 14080, México, D.F. Tel. 40033205

LICENCIA SANITARIA 1014004673

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	Subdirección de Pediatría		
	2. Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 48 de 67

10.26 REPORTE DE OCT DE GLAUCOMA



HOSPITAL GENERAL
 "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
 DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA

REPORTE DE OCT DE GLAUCOMA

FECHA DE ELABORACIÓN: ___/___/___ HORA: _____

NOMBRE COMPLETO: _____ No. EXPEDIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ EDAD: _____ SEXO: _____

SIGNOS VITALES: TENSIÓN ARTERIAL: ___/___ FRECUENCIA CARDIACA: _____



FRECUENCIA RESPIRATORIA: _____ TEMPERATURA: _____ PESO: _____

TALLA: _____

	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
GROSOR EN mm ² PROMEDIO DE CAPAS DE FIBRAS NERVIOSAS		
ÁREA DEL RADIO DEL DISCO ÓPTICO (EXCAVACIÓN)		
ÁREA DE DISCO ÓPTICO		

COMENTARIO

 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CEDULA PROFESIONAL
 QUE REALIZA LA INTERPRETACIÓN

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	Subdirección de Pediatría		
	2. Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 49 de 67

10.27 SOLICITUD DE OCT DE GLAUCOMA



HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA

SOLICITUD DE OCT DE GLAUCOMA

FECHA DE SOLICITUD: ___/___/___		HORA: _____
NOMBRE COMPLETO: _____		NO. EXPEDIENTE: _____
FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___	EDAD: _____	SEXO: _____
SERVICIO SOLICITANTE: _____		
MOTIVO: _____		

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
DEL MÉDICO SOLICITANTE

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

10.28 REPORTE DE ULTRASONIDO



HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
 DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA

REPORTE DE ULTRASONIDO

FECHA DE ELABORACIÓN: ___/___/___ HORA: _____

NOMBRE COMPLETO: _____ NO. DE EXPEDIENTE: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ EDAD: _____ SEXO: _____
 SIGNOS VITALES: TENSIÓN ARTERIAL: ___/___ FRECUENCIA CARDIACA: _____
 FRECUENCIA RESPIRATORIA: _____ TEMPERATURA: _____ PESO: _____
 TALLA: _____ DIAGNÓSTICO: _____

QUERATOMETRO



TOPOGRAFÍA

OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO								
Longitud Axial: _____	Longitud Axial: _____								
Queratometrías: _____	Queratometrías: _____								
LENTE FLACO	LENTE FLACO								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Poder LIO</td> <td style="width: 50%;">Rx. Esperado</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Poder LIO	Rx. Esperado			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Poder LIO</td> <td style="width: 50%;">Rx. Esperado</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Poder LIO	Rx. Esperado		
Poder LIO	Rx. Esperado								
Poder LIO	Rx. Esperado								
LENTE EXTRACAPSULAR	LENTE EXTRACAPSULAR								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Poder LIO</td> <td style="width: 50%;">Rx. Esperado</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Poder LIO	Rx. Esperado			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Poder LIO</td> <td style="width: 50%;">Rx. Esperado</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Poder LIO	Rx. Esperado		
Poder LIO	Rx. Esperado								
Poder LIO	Rx. Esperado								
LENTE CAMARA ANTERIOR	LENTE CAMARA ANTERIOR								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Poder LIO</td> <td style="width: 50%;">Rx. Esperado</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Poder LIO	Rx. Esperado			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Poder LIO</td> <td style="width: 50%;">Rx. Esperado</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Poder LIO	Rx. Esperado		
Poder LIO	Rx. Esperado								
Poder LIO	Rx. Esperado								
Anotación: _____	Anotación: _____								
LIO Solicitado OD: _____	LIO Solicitado OI: _____								
PAQUIMETRIA OD	PAQUIMETRIA OI								
_____	_____								

ULTRASONIDO

Ojo derecho: _____

 Ojo izquierdo: _____

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	Subdirección de Pediatría		
	2. Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 51 de 67

10.29 SOLICITUD DE ULTRASONIDO



HOSPITAL GENERAL
 "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
 DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA



NOMBRE COMPLETO, CÉDULA PROFESIONAL Y FIRMA
 DEL MÉDICO QUE REALIZA EL ESTUDIO

SOLICITUD DE ULTRASONIDO

FECHA DE SOLICITUD: ____/____/____		HORA: _____
NOMBRE COMPLETO: _____	NO. EXPEDIENTE: _____	
FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____	EDAD: _____	SEXO: _____
SERVICIO SOLICITANTE: _____		
MOTIVO: _____		

 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
 DEL MÉDICO SOLICITANTE

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	Subdirección de Pediatría		
	2. Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 52 de 67

10.30 REPORTE DE TOPOGRAFÍA CORNEAL



HOSPITAL GENERAL
 "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
 DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA

REPORTE DE TOPOGRAFÍA CORNEAL

FECHA DE ELABORACIÓN: ___/___/___ HORA: _____



NOMBRE COMPLETO: _____ No. EXPEDIENTE: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ EDAD: _____ SEXO: _____
 SIGNOS VITALES: TENSIÓN ARTERIAL: ___/___ FRECUENCIA CARDIACA: _____
 FRECUENCIA RESPIRATORIA: _____ TEMPERATURA: _____ PESO: _____
 TALLA: _____

OJO DERECHO
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
OJO IZQUIERDO
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
COMENTARIO
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
 QUE REALIZA LA INTERPRETACIÓN

Calle de Tlalpan 4850, col Insurg. XVI, Delegación Tlalpan, C.P. 14080, México, D.F. Tel. 40033205

LICENCIA SANITARIA 1014004673

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	Subdirección de Pediatría		
	2. Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 53 de 67

10.31 SOLICITUD DE TOPOGRAFÍA CORNEAL



HOSPITAL GENERAL
 "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
 DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA

SOLICITUD DE TOPOGRAFÍA CORNEAL

FECHA DE SOLICITUD: ___/___/___		HORA: _____
NOMBRE COMPLETO: _____		NO. EXPEDIENTE: _____
FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___	EDAD: _____	SEXO: _____
SERVICIO SOLICITANTE: _____		
MOTIVO: _____		

 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
 DEL MÉDICO SOLICITANTE


ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

10.32 HOJA DE EVALUACIÓN CARDIOVASCULAR

<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">CARDIOPATÍA ISQUEMICA</td> <td style="width: 10%;">SI ()</td> <td style="width: 10%;">NO ()</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>INSUFICIENCIA CARDIACA</td> <td>SI ()</td> <td>NO ()</td> <td></td> </tr> <tr> <td>HIPERTENSION ARTERIAL</td> <td>SI ()</td> <td>NO ()</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CARDIOPATIAS CONGENITAS</td> <td>SI ()</td> <td>NO ()</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NEUMOPATIAS</td> <td>SI ()</td> <td>NO ()</td> <td></td> </tr> </table> <p>EKG: _____</p> <p>Rx: _____</p> <p>LABORATORIO: _____</p> <p>CONCLUSIONES: _____</p> <p>PUEDER OPERARSE: SI () NO ()</p> <p>RIESGO TROMBOEMBOLICO: _____</p> <p>RIESGO GOLDMAN / DETSKY: _____</p> <p>RIESGO ASA: _____</p>	CARDIOPATÍA ISQUEMICA	SI ()	NO ()		INSUFICIENCIA CARDIACA	SI ()	NO ()		HIPERTENSION ARTERIAL	SI ()	NO ()		CARDIOPATIAS CONGENITAS	SI ()	NO ()		NEUMOPATIAS	SI ()	NO ()		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">RECOMENDACIONES</th> </tr> <tr> <td style="width: 50%;">PREOPERATORIAS: _____</td> <td style="width: 50%;">_____</td> </tr> <tr> <td>TRANSOPERATORIAS: _____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>POSTOPERATORIAS: _____</td> <td>_____</td> </tr> </table>	RECOMENDACIONES		PREOPERATORIAS: _____	_____	TRANSOPERATORIAS: _____	_____	POSTOPERATORIAS: _____	_____
CARDIOPATÍA ISQUEMICA	SI ()	NO ()																											
INSUFICIENCIA CARDIACA	SI ()	NO ()																											
HIPERTENSION ARTERIAL	SI ()	NO ()																											
CARDIOPATIAS CONGENITAS	SI ()	NO ()																											
NEUMOPATIAS	SI ()	NO ()																											
RECOMENDACIONES																													
PREOPERATORIAS: _____	_____																												
TRANSOPERATORIAS: _____	_____																												
POSTOPERATORIAS: _____	_____																												
ESCALA (ASA) AMERICAN SOCIETY ANESTHESIOLOGISTS																													
ASA I (I / V) SANO ASA II (II / V) ENFERMEDAD GRAL. LEVE ASA III (III / V) ENFERMEDAD GRAL. GRAVE ASA IV (IV / V) ENFERMEDAD GRAL. QUE PONE EN PELIGRO LA VIDA ASA V (V / V) PACIENTE MORIBUNDO																													
		GOLDMAN / DETSKY (RIESGO CARDIACO EN CIRUGIA NO CARDIACA)																											
RIESGO TROMBOEMBOLICO	G I	(ENTRE 0 Y 5 PUNTOS)																											
BAJO (ENTRE 1 Y 18 PUNTOS)	G II	(ENTRE 5 Y 12 PUNTOS)																											
MODERADO (19 Y 35 PUNTOS)	G III	(ENTRE 13 Y 22 PUNTOS)																											
ALTO (36 A 54 PUNTOS)	G IV	(ENTRE 23 Y 53 PUNTOS)																											
NOMBRE Y FIRMA MÉDICO SOLICITANTE		NOMBRE Y FIRMA MÉDICO QUE REALIZÓ EL ESTUDIO																											



06-01-0143

LICENCIA SANITARIA 1014004673

	Hospital General Dr. Manuel Gea González Departamento de Medicina Interna - Cardiología	
HOJA DE EVALUACIÓN CARDIOVASCULAR PREOPERATORIO DE RIESGO QUIRURGICO		
NOMBRE: _____	SEXO: _____	No. EXPEDIENTE: _____
EDAD: _____	No. CAMA: _____	
FECHA DE REALIZACIÓN: _____	SERVICIO SOLICITANTE: _____	
DIAGNÓSTICO: _____	CIRUGÍA PLANEADA: _____	
CIRUGÍA PROGRAMADA ()	CIRUGÍA URGENTE ()	
ENFERMEDAD CONCOMITANTE: SI () NO ()		
D.M. ()	INSF. RENAL ()	ENF. PSIQUIÁTRICA ()
HTAS. ()	INSF. HEPÁTICA ()	ALT. NEUROLOGICA ()
EPOC ()	INSF. VENOSA ()	OBESIDAD ()
INST. RESP. ()	INFEC. ABDOMINAL ()	DESNUTRICIÓN ()
I. C. C. ()	INFEC. NO ABDOMINAL ()	EDOS. INMUNOSUPRESIÓN ()
ALT. HEMATOLÓGICAS ()	ARRITMIAS ()	
OTRAS: _____		
VALORACIÓN DE RIESGO TROMBOEMBOLICO		
RIESGO: ALTO ()	MODERADO ()	BAJO ()
SEXO FEMENINO 1 ()	ARTERITIS 5 ()	
SOBREPESO 20% 1 ()	FLEBITIS 5 ()	
EDAD 50 AÑOS A MÁS 1 ()	INSUF. VENOSA 5 ()	
ENF. CARDIACA 1 ()	NEOPLASIA 5 ()	
ENF. PULMONAR 1 ()	CIRG. MAYOR 3 HRS. 5 ()	
D.M. 1 ()	CIRG. CAADERA 5 ()	
USO HORMONALES 1 ()	CIRG. FEMUR 5 ()	
REPOSO PROLONGADO 1 ()	CIRG. PRÓSTATA 5 ()	
CIRG. MENOR 2 HRS. 1 ()	(SUPRAPUBLICA) 5 ()	
CARDIOMEGALIA Y/O FIBRILACION AURICULAR 5 ()	CALIFICACION TOTAL ()	
VALORACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR (GOLDMAN/DETSKY)		
EDAD MAYOR A 70 A 5 ()	PAO2 < 80 mm. Hg. ó PACO2 > 50 mmHg 3 ()	3 ()
IM > 6 MESES 5 ()	K + < 3.0 mEq / L ó HCO3 > 30 mEq / l 3 ()	
IM < 6 MESES 10 ()	BUN > 50 mg / dl ó CREATININA > 3.0 mg / d 3 ()	
ÁGNOR CLASE III SC vc 10 ()	TOO ANORMAL O EVIDENCIA DE HEPATOPATIA CRÓNICA 3 ()	
ÁGNOR CLASE IV SC vc 20 ()	CIRUGIA URGENTE 4 ()	
GALOPE S3 O PLETORA YUGULAR 11 ()	INTRAPERITONEAL / NEUROCIURGIA 3 ()	
ÁGNOR INESTABLE 6 MESES 10 ()		
TEP < 1 SEMANA 10 ()		
TEP (ANTICOLESTEROL) 5 ()		
ESTENOSIS AÓRTICA 3 ()	CALIFICACION TOTAL ()	
EKG EN RITMO NO SINUSAL 7 ()		
EKG CON S LUPUS / mm. 7 ()		
RIESGO: GRADO I ()	GRADO II ()	GRADO III ()
	GRADO IV ()	
DATOS CARDIOVASCULARES: _____		
VALVULOPATIAS SI () NO ()		

06-01-0143

LICENCIA SANITARIA 1014004673

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	Subdirección de Pediatría		
	2. Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 55 de 67

10.33 REGISTRO DE ADOLESCENTES DE CONSULTA Y HOSPITALIZACIÓN



HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
PROGRAMA DE EMBARAZO ADOLESCENTE
REGISTRO DE ADOLESCENTES DE CONSULTA Y HOSPITALIZACIÓN

Fecha _____ No. de Expediente _____

Nombre _____

Teléfono _____ Delegación _____

Diagnóstico Médico:

Antecedente de Diagnóstico Psiquiátrico;

Tipo de paciente 1.- Consulta externa 2.- Hospitalización 3.- Interconsulta

Causa de la consulta 1.- Atención perinatal SDG _____ 2.- Parto
3.- Cesárea 4.- Abortos 5.- Óbito
6. Días de nacido _____
7.- Otro _____

Edad _____ Originaria _____

Estado civil
1. Soltera 2. Casada 3. Unión libre 4. Divorciada 5. Separada 6.- Viuda

Edad menarca _____ años

Inicio vida sexual _____ años Número de parejas sexuales _____

Edad primera unión _____ años Edad pareja _____

Ocupación de pareja actual _____ años Vive con _____

Ingreso económico proveniente _____

Grado escolar:
1. Primaria 2. Secundaria 3. Preparatoria 4. Universidad
Estudios no formales: _____

Trabajo actual: _____

Trabajo anterior: _____

Plan de estudio a o trabajo a mediano plazo:

Evaluación

Ansiedad _____

Depresión _____

Violencia intrafamiliar _____

10.34 ESCALA DE VIOLENCIA E ÍNDICE DE SEVERIDAD



Hospital General Dr. "Manuel Gea González"
División de Gineco-Obstetricia
Programa Embarazo Adolescente

Nombre: _____ Fecha: _____
 Edad: _____ Alcaldía: _____ Teléfono: _____ No. Registro _____
 Estado civil: _____ Escolaridad: _____ Ocupación: _____
 Atención psicológica: Consulta externa _____ Hospitalización _____ Cama _____
 Embarazo: _____ SDG _____ posparto _____ Gesta _____ Parto _____ Aborto _____ Óbito _____

Escala de violencia e índice de severidad

Instrucciones: Marque la opción que mejor se adecue a su situación actual.

¿Has experimentado violencia física, sexual, y/o Psicológica? Sí _____ No _____



¿Por quién?

Padre _____ Pareja _____ Amigo _____ Familiar _____ Otro _____ (especifique) _____

	Nunca	Alguna vez	Varias veces	Muchas veces
1. ¿Le ha exigido tener relaciones sexuales?	0	1	2	3
2. ¿Le ha quemado con cigarro u otra sustancia?	0	1	2	3
3. ¿Le ha pateado?	0	1	2	3
4. ¿Le ha amenazado con pistola o rifle?	0	1	2	3
5. ¿Le ha empujado intencionalmente?	0	1	2	3
6. ¿Le ha golpeado con el puño o la mano?	0	1	2	3
7. ¿Le ha disparado con una pistola o rifle?	0	1	2	3
8. ¿Le ha dicho que es poco atractiva o fea?	0	1	2	3
9. ¿Se ha puesto celoso o ha sospechado de sus amistades?	0	1	2	3
10. ¿Le ha amenazado con arma, con alguna navaja, cuchillo o machete?	0	1	2	3
11. ¿Le ha intentado ahorcar o asfixiar?	0	1	2	3
12. ¿Le ha rebajado o menospreciado?	0	1	2	3
13. ¿Le ha torcido el brazo?	0	1	2	3
14. ¿Ha usado la fuerza física para tener relaciones sexuales?	0	1	2	3
15. ¿Le ha insultado?	0	1	2	3
16. ¿Le ha agredido con navaja, cuchillo o machete?	0	1	2	3
17. ¿Le ha rebajado o menospreciado frente a otras personas?	0	1	2	3
18. ¿Le ha amenazado con irse con otras mujeres si no accede a tener relaciones sexuales?	0	1	2	3
19. ¿Le ha sacudido, zarandeado, jaloneado?	0	1	2	3

Puntaje total: ISVP _____ SVP _____ SVF _____ SVS _____

Nombre completo de quien evaluó, firma y cédula profesional: _____

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	Subdirección de Pediatría		
	2. Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 57 de 67



10.35 PROGRAMA EMBARAZO ADOLESCENTE



Hospital General Dr. "Manuel Gea González"
División de Gineco-Obstetricia
Programa Embarazo Adolescente

Nombre: _____ Fecha: _____
 Edad: _____ Alcaldía: _____ Teléfono: _____ No. Registro _____
 Estado civil: _____ Escolaridad: _____ Ocupación: _____
 Atención psicológica: Consulta externa _____ Hospitalización _____ Cama _____
 Embarazo: _____ SDG _____ posparto _____ Gesta _____ Parto _____ Aborto _____ Óbito _____
 Días de nacido: _____

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas
 0. Tanto como siempre
 1. No tanto ahora
 2. Mucho menos
 3. No, no he podido
2. He mirado el futuro con placer
 0. Tanto como siempre
 1. Algo menos de lo que solía hacer
 2. Definitivamente menos
 3. No, nada
3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien
 3. Sí, la mayoría de las veces
 2. Sí, algunas veces
 1. No muy a menudo
 0. No, nunca
4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo
 1. No, para nada
 2. Casi nada
 3. Sí, a veces
 4. Sí, a menudo
5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno
 3. Sí, bastante
 2. Sí, a veces
 1. No, no mucho
 0. No, nada
6. Las cosas me oprimen o agobian
 3. Sí, la mayor parte de las veces
 2. Sí, a veces
 1. No, casi nunca
 0. No, nada
7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir
 3. Sí, la mayoría de las veces
 2. Sí, a veces
 1. No muy a menudo
 2. No nada
8. Me he sentido triste y desgraciada
 3. Sí, casi siempre
 2. Sí, bastante a menudo
 1. No muy a menudo
 0. No, nada
9. He sido tan infeliz que he estado llorando
 3. Sí, casi siempre
 2. Sí, bastante a menudo
 1. Sólo en ocasiones
 0. No, nunca
10. He pensado en hacerme daño a mí misma
 3. Sí, bastante a menudo
 2. A veces
 1. Casi nunca
 0. No, nunca

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	Subdirección de Pediatría		
	2. Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 58 de 67

10.36 INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK



Hospital General Dr. "Manuel Gea González"
 División de Gineco-Obstetricia
 Programa Embarazo Adolescente

Nombre: _____ Fecha: _____
 Edad: _____ Alcaldía: _____ Teléfono: _____ No. Registro _____
 Estado civil: _____ Escolaridad: _____ Ocupación: _____
 Atención psicológica: Consulta externa _____ Hospitalización _____ Cama _____
 Embarazo: _____ SDG _____ posparto _____ Gesta _____ Parto _____ Aborto _____ Óbito _____
 Días de nacido: _____

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

INSTRUCCIONES: Abajo se muestra una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lee cuidadosamente cada afirmación e indica cuanto te ha molestado cada síntoma durante la última semana incluyendo hoy, marcando con una X según la intensidad de la molestia.

SINTOMA	Poco o nada	Más o menos	Moderadamente	Severamente
1.- Entumecimiento, hormigueo	0	1	2	3
2.- Sentir oleadas de calor (bochorno)	0	1	2	3
3.- Debilitamiento de las piernas	0	1	2	3
4.- Dificultad para relajarse	0	1	2	3
5.- Miedo a que pase lo peor	0	1	2	3
6.- Sensación de mareo	0	1	2	3
7.- Opresión en el pecho y latidos acelerados	0	1	2	3
8.- Inseguridad	0	1	2	3
9.- Terror	0	1	2	3
10.- Nerviosismo	0	1	2	3
11.- Sensación de ahogo	0	1	2	3
12.- Manos temblorosas	0	1	2	3
13.- Cuerpo tembloroso	0	1	2	3
14.- Miedo a perder el control	0	1	2	3
15.- Dificultad	0	1	2	3
16.- Miedo a morir	0	1	2	3
17.- Asustado	0	1	2	3
18.- Indigestión y malestar estomacal	0	1	2	3
19.- Debilidad	0	1	2	3
20.- Ruborizarse, sonrojarse	0	1	2	3
21.- Sudoración (no debida al calor)	0	1	2	3
Totales				
			Total	

10.37 REPORTE DE CITOLOGÍA CERVICAL

SECRETARÍA DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA SALUD
PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO
HOSPITAL GENERAL
DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ
SISTEMA DE INFORMACIÓN
SOLICITUD Y REPORTE DE RESULTADOS DE CITOLOGÍA CERVICAL

Prevención y Control del
Cáncer Cérvico Uterino

ROL: _____

I. IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD ANTES DE LLENAR, FAVOR DE LEER EL INSTRUCTIVO (ELABORAR ORIGINAL Y COPIA)

1. Institución: _____ 4. Municipio: _____
 2. Entidad / Delegación: _____ 5. Unidad Médica: _____
 3. Jurisdicción: _____

II. IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE

CLAVE DE LA PACIENTE: _____

6. Nombre: _____
 7. Fecha de nacimiento: _____ C.U.P.: _____
 8. Entidad de nacimiento: _____ 9. Sexo: _____
 10. Domicilio: _____
 11. Dirección: _____

III. ANTECEDENTES

12. Citología: 1. Primera vez en la vida 2. Primera vez después de 3 años 3. Subsecuente

13. Situación ginecológica: 1. Posparto o postaborto 2. Postmenopausa 3. Uso de hormonas 4. DCU 5. Infertilidad 6. Tratamiento sintomático 7. Retraso en edad 8. Tratamiento sintomático previo 9. Ninguno

15. Inicio de vida sexual: 1. Si 2. No Sexo: _____
 16. Antecedentes de vacunación VPH: 1. Si 2. No Sexo: _____
 1. Una 2. Dos 3. Tres 4. Cuatro

14. Fecha de la última regla: _____
 15. A la exploración se observa:
 1. Color anormalmente blanco 2. Color rojo 3. Razon del color 4. Cervizle 5. Leucorrea 6. Sangrado anormal 7. No se observa nada

18. Usado/a con el que tomó la muestra:
 1. Papanicolaou 2. Citobrush 3. Hielo 4. Otro (especificar): _____

17. Responsables de la toma citológica: _____

19. Fecha de toma de la muestra: _____
 20. ¿Centro con la Carta Nacional de Salud de la Mujer? 1. Si 2. No
 21. ¿Muestra repetida? 1. Si 2. No 21.1 Número citológico anterior: _____

IV. RESULTADO DE CITOLOGÍA CERVICAL

22. Fecha de interpretación: _____ 23. Número citológico: _____
 24. Laboratorio: _____ 25. Características de la muestra: 1. Abundante 2. Insuficiente

26. Diagnóstico Citológico:

1. Detrás de límite normal
 2. Células escamosas benignas (Inclusión Tricomas)
 3. Células escamosas benignas (Inclusión Cervicoides)
 4. Células escamosas benignas (Inclusión Cervicoides)
 5. Células escamosas benignas (Inclusión Adhucivas ap)
 6. Células escamosas benignas (Inclusión Heces)
 7. Células escamosas benignas (Cervizle reacción inflamación)
 8. Células escamosas benignas (Cervizle reacción atípica)
 9. Células escamosas benignas (Cervizle reacción Parakeratosis)
 10. Células escamosas benignas (Cervizle reacción DCU)

27. Repetir estudio: 1. Si 2. No

28. Método: 1. Adhesión, hemograma, información y/o lavado en sala del TPA, del laboratorio 2. Muestra real Spike 3. Lavado vivo 4. Prób. grado 5. Otro (especificar): _____

29. R.P.C. del Citólogo: _____
 Nombre completo, séd. prof. y firm: _____

30. ¿La muestra fue revisada por el patólogo? 1. Si 2. No



30.1 Diagnóstico del Patólogo:

1. Detrás de límite normal
 2. Células escamosas benignas (Inclusión Tricomas)
 3. Células escamosas benignas (Inclusión Cervicoides)
 4. Células escamosas benignas (Inclusión Cervicoides)
 5. Células escamosas benignas (Inclusión Adhucivas ap)
 6. Células escamosas benignas (Inclusión Heces)
 7. Células escamosas benignas (Cervizle reacción inflamación)
 8. Células escamosas benignas (Cervizle reacción atípica)
 9. Células escamosas benignas (Cervizle reacción Parakeratosis)
 10. Células escamosas benignas (Cervizle reacción DCU)

31. R.P.C. del Patólogo: _____
 Nombre completo, séd. prof. y firm: _____

32. Prueba de laboratorio: 1. Si 2. No 32.1 Resultado de laboratorio: 1. Negativo 2. Positivo VPH bajo riesgo (E7, E7, E7, E7, E7) 3. Positivo VPH alto riesgo (E7, E7, E7, E7, E7, E7, E7, E7, E7, E7)

LICENCIA SANITARIA: 1014084873

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	Subdirección de Pediatría		
	2. Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 60 de 67

10.38 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR TRATAMIENTO PARA EL DOLOR Y/O PALIACIÓN DE SÍNTOMAS CON OPIOIDES



Hospital General Dr. Manuel Gea González
Calzada de Tlalpan 4800, Tlalpan Centro I, Tlalpan, CDMX

Carta de Consentimiento Informado Para Recibir Tratamiento Para el Dolor y/o Paliación de Síntomas con Opioides.

División de Cuidados Paliativos y Clínica de Dolor.

La carta de consentimiento informado le proporciona información sobre el tratamiento que el médico le está proponiendo, los riesgos, beneficios, otras opciones y los objetivos de la terapia. Este documento debe ser firmado por el paciente o su representante legal después de haber leído y comprendido la información que contiene y una vez que usted haya podido hacer las preguntas que considere necesarias para aclarar sus dudas con respecto al manejo médico que se le está proponiendo.

Información sobre el tratamiento para el dolor y/o paliación con opioides

El dolor crónico es un síntoma frecuente a lo largo de muchas enfermedades y es una obligación y derecho humano el proporcionar tratamiento.

Cada persona experimenta el dolor de diferente manera y por esto el plan de tratamiento debe ajustarse para responder a las necesidades de cada paciente. Cuando usted tiene dolor intenso es frecuente que sea necesario combinar distintas medicinas (analgésicos) y/o utilizar un tipo de medicamento que se llama opioides.

De acuerdo a la información que nos ha proporcionado, usted tiene un dolor severo y es necesario que le prescribamos este tipo de medicamentos. Los opioides (también conocidos como narcóticos) son los analgésicos más frecuentes utilizados en el manejo del dolor moderado a severo debido a que son muy efectivos, puedes ajustarse a la dosis que usted necesita fácilmente y los beneficios que usted tendrá son mucho mayores que los riesgos. Los beneficios son: un mejor alivio del dolor ya que son medicamentos más potentes y otro beneficio será que son medicamentos muy seguros de usar y no afectan otros órganos durante el uso crónico.

Como todos los medicamentos, los opioides tienen varios efectos secundarios, que incluyen: Somnolencia, mareo, náusea, vómito, disminución de la frecuencia respiratoria, confusión, disminución de los reflejos, estreñimiento, náusea, retención urinaria, sedación, boca seca, sabor amargo, comezón, reacciones alérgicas. No debe utilizar maquinaria pesada, manejar o realizar actividades peligrosas si está utilizando opioides.



En el hombre el uso crónico de opioides ocasiona disminución en los niveles hormonales como testosterona y estradiol, lo que puede afectar el estado de ánimo, vigor, y el rendimiento físico y sexual, osteoporosis.

En las mujeres embarazadas el uso de opioides ocasiona dependencia física y/o malformaciones en él bebe, dependiendo del medicamento que usted utilice. Si está o planea embarazarse coméntelo a su médico.

Los opioides pueden producir dependencia física, tolerancia a la analgesia y adicción. La dependencia física es normal después del uso de opioides por más de 3 semanas; sin embargo, la dependencia física no es lo mismo que la adicción. Si usted tiene antecedentes de abuso en el consumo de drogas es importante que le informe al médico.

Si usted suspende bruscamente el uso de opioides puede presentar un síndrome de abstinencia, que se caracteriza por: escurrecimiento nasal, bostezos, dilatación de pupilas, piel erizada, cólicos abdominales, diarrea, irritabilidad, ansiedad, desesperación, dolor corporal y sensación similar a la gripe.

Existen diferentes tipos de opioides de acuerdo a la manera en la que actúan. En un primer grupo están por ejemplo, la morfina, hidromorfona codeína, tramadol, oxycodona, hidrocodona, metadona, levorfanol, fentanilo. La buprenorfina pertenece a otro grupo y a un tercer grupo incluye la pentazocina, butorfanol, dezocina y nalbuflina. Esta información es importante porque los pacientes que estén recibiendo opioides de primer grupo no deben recibir un opioide del tercer grupo, pues al hacerlo se pueden precipitar un síndrome de abstinencia y aumentar el dolor. De la misma manera si algún otro médico me indica otros medicamentos debo informar a mi médico tratante.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	Subdirección de Pediatría		
	2. Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 61 de 67



Es importante que no cambie o suspenda los medicamentos sin consultar al médico.

Recibir este tratamiento es voluntaria y en cualquier momento puede decidir no continuar con este sin que sus derechos como paciente del hospital se pierdan.

En caso de cualquier duda comunicarse con la a la clínica del dolor y cuidados paliativos que se la haya asignado o a los teléfonos 40003000 Ext 3206

CDMX a _____ de _____ de 201

Nombre _____ No de Expediente _____

He sido informado de que recibiré opioides para el tratamiento para el dolor y/o otros síntomas.

El medicamento que tomaré es: _____

La dosis que recibiré es de: _____

El médico me ha informado de los riesgos y beneficios del uso de este tipo de medicamentos, la posibilidad de causar dependencia física y dicción. Entiendo que es importante que no cambie o suspenda los medicamentos sin consultar al médico.

Deseo voluntariamente aceptar el tratamiento que se me propone.

Nombre/Firma del Paciente

Testigos



Nombre: _____ Firma _____
 Dirección: _____
 Teléfono: _____ Parentesco _____

Nombre: _____ Firma _____
 Dirección: _____
 Teléfono: _____ Parentesco _____

Nombre y firma del Médico: _____ Fecha _____

Si la persona no es competente para de decidir, es necesario el **CONSENTIMIENTO** de su representante legal (si este es el caso escriba el nombre, dirección, teléfono y parentesco del representante.)

Nombre: _____ Firma _____
 Dirección: _____
 Teléfono: _____ Parentesco _____

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	Subdirección de Pediatría		
	2. Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 62 de 67

10.39 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INGRESO RECIBIR SEDACIÓN PALIATIVA



Hospital General Dr. Manuel Gea González
Calzada de Tlalpan 4800, Tlalpan Centro I, Tlalpan, CDMX

Carta de Consentimiento Informado Para Ingreso recibir Sedación Paliativa.

División de Cuidados Paliativos y Clínica de Dolor.

La carta de consentimiento informado le proporciona información sobre el tratamiento que el médico le está proponiendo, los riesgos, beneficios, otras opciones de tratamiento y los objetivos de la terapia.

Este documento del Servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos debe ser firmado por el paciente o su representante legal y dos testigos después de haber leído y comprendido la información que contiene y una vez que usted haya podido hacer las preguntas que considere necesarias para aclarar sus dudas con respecto al manejo médico que se le está proponiendo.

Información sobre Sedación Paliativa.

Los cuidados paliativos son una forma de atención que se brinda para mejorar la calidad de vida de los pacientes de una enfermedad grave o en donde los tratamientos no han funcionado o no hay opción de recibirlos.

Los cuidados paliativos es prevenir y tratar los síntomas y el sufrimiento que la enfermedad le ocasiona, los efectos secundarios de los tratamiento y ayudar a resolver algunos psicológicos, sociales y espirituales que se presentan en los enfermos, y sus familias. El tratamiento es proporcionado por un equipo en el que participan médicos, psicólogos, enfermeras, trabajadoras sociales, nutriólogos, tanatólogos, etc.

Sedación Paliativa.



Se entiende por "sedación en el enfermo paliativo en fase terminal" a la administración intencionada de medicamentos (en las dosis y combinaciones) con el fin de reducir la consciencia superficial o profundamente, de forma transitoria o permanente con la intención de aliviar el sufrimiento físico y/o psicológico no alcanzable con otras medidas, con el consentimiento implícito, explícito o delegado del paciente.

La sedación terminal tiene como finalidad disminuir su nivel de consciencia y no acortar la vida del enfermo y evitar sufrimiento al final de la vida.

Esta puede ser ligera, profunda, continua o intermitente. Los medicamentos aplicados para realizarla son exclusivamente para reducir el estado de conciencia, sin acortar o prolongar la sobrevida por la enfermedad que padezco.

Existen indicaciones clínicas claras para la aplicación de sedación paliativa, éstas son:

- Cualquier síntoma refractario que no sea controlable a pesar de haber establecido los tratamientos específicos.
 - o Delirium hiperactivo refractario al tratamiento (agitación terminal extrema),
 - o Convulsiones (status epilepticus),
 - o Sofocación (falta de aire incontrolable con otros métodos, y obstrucción aguda e irreversible de las vías aéreas),
 - Sangrado masivo.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	Subdirección de Pediatría		
	2. Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 63 de 67



Se me ha informado claramente que la indicación específica en mi caso es la siguiente: _____

Firme este documento solo después de que usted y su familia consideren que está suficientemente informado de este manejo. Una copia de este documento permanecerá en el servicio y usted recibirá el documento original firmado.

Recibir este tratamiento es voluntaria y en cualquier momento puede decidir no continuar con este sin que sus derechos como paciente del hospital se pierdan.

En caso de cualquier duda comunicarse con la a la clínica del dolor y cuidados paliativos que se la haya asignado o a los teléfonos 40003000 Ext 3206

CDMX a de de 201

Nombre _____ No de Expediente _____
 Dirección _____
 Teléfono _____

Se me ha informado los objetivos de la sedación paliativa, el estado de mi enfermedad, los beneficios y riesgos que este tratamiento conlleva. Entiendo que este tipo de terapia está encaminada controlar los síntomas que mi enfermedad o tratamiento me están ocasionando y que recibiré tratamiento médico, apoyo psicológico, orientación nutricional y consejería. También se me ha explicado que mi familia forma parte importante de este esfuerzo. **Deseo voluntariamente aceptar el tratamiento que se me propone.**

Nombre/Firma _____

Testigos:



Nombre: _____ Firma _____
 Dirección: _____
 Teléfono: _____ Parentesco _____

Nombre: _____ Firma _____
 Dirección: _____
 Teléfono: _____ Parentesco _____

Persona que obtiene el consentimiento: Nombre, firma y fecha.

Si la persona no es competente para de decidir, es necesario el **CONSENTIMIENTO** de su representante legal (si este es el caso escriba el nombre, dirección, teléfono y parentesco del representante.)

Nombre: _____ Firma _____
 Dirección: _____
 Teléfono _____ Parentesco _____

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	Subdirección de Pediatría		
	2. Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 64 de 67

10.40 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR TRATAMIENTO PALIATIVO



Hospital General Dr. Manuel Gea González Calzada de
Tlalpan 4800, Tlalpan Centro I, Tlalpan, CDMX

Carta de Consentimiento Informado Para recibir tratamiento Paliativo.

División de Cuidados Paliativos y Clínica de Dolor.

De acuerdo con las disposiciones contenidas en la Normas Oficial Mexicanas: Agregar como fundamento legal el artículo 4° párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y el artículo 166 Bis 3, fracciones V y VI de la Ley General de Salud. De igual forma se recomienda verificar la aplicabilidad de las Normas Oficiales Mexicanas NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico y la NOM-011-SSA3-2014 sobre Criterios para la Atención de Enfermos en Situación Terminal a Través de Cuidados Paliativos. NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico, la NOM-016-SSA3-2012, que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada, se me ha informado que:



La carta de consentimiento informado le proporciona información sobre el tratamiento que el médico y equipo multidisciplinario le está proponiendo, los riesgos, beneficios, otras opciones de tratamiento, objetivos y filosofía de los Cuidados Paliativos.

Este documento del Servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos debe ser firmado por el paciente o su representante legal y dos testigos después de haber leído y comprendido la información que contiene y una vez que usted haya podido hacer las preguntas que considere necesarias para aclarar sus dudas con respecto a las intervenciones que se le está proponiendo.

Información sobre el Tratamiento Paliativo.

Los cuidados paliativos son una forma de atención que se brinda para mejorar la calidad de vida de los pacientes de una enfermedad grave o en donde los tratamientos no han funcionado o no hay opción de recibirlos. Los cuidados paliativos ayudan a prevenir y tratar los síntomas y el sufrimiento que la enfermedad le ocasiona, los efectos secundarios de tratamientos ya instaurados y además apoyan a resolver algunos psicológicos, sociales y espirituales que se presentan en los enfermos, y sus familias. El tratamiento es proporcionado por un equipo en el que participan médicos, psicólogos, enfermeras, trabajadoras sociales, nutriólogos, rehabilitadores, entre otros.

La mayor parte de los tratamientos que se proporciona no son invasivos, pero en ocasiones, de acuerdo a su evolución y a las necesidades que detectemos a lo largo de su enfermedad podríamos recomendar algún procedimiento que ayude a el alivio de los síntomas que ocasionan sufrimiento.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	Subdirección de Pediatría		
	2. Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 65 de 67



En estos casos su médico tratante y /o el equipo de Cuidados Paliativos le informará de los riesgos y beneficios de estos tratamientos, antes de realizarlos y le solicitará autorización para realizarlos.

Uno de los objetivos de los cuidados paliativos es tratar de mejorar la calidad de vida del enfermo, preservar la dignidad en todo momento durante la enfermedad y procurar la autonomía de decisiones informadas. Este se puede llevar a cabo en el Hospital o en el Domicilio bajo una capacitación previa y atención ambulatoria en la consulta externa. El médico tratante le informará cuales son las opciones posibles de acuerdo al curso de su enfermedad. En ambos casos contamos con una línea telefónica de apoyo donde el equipo multidisciplinario puede responder dudas o realizar asesorías.



Este tratamiento está orientado a mejorar algunos síntomas que muchos enfermos tienen a lo largo de la enfermedad como el dolor, náusea, vómito, la falta de aire, problemas del apetito, problemas urinarios, estreñimiento, la falta de sueño, la angustia y la tristeza y así mismo, el apoyo psicológico le ayudará a enfrentar la enfermedad y le dará recursos para aceptar los posibles desenlaces. A su familia y/o cuidadores del paciente este programa les puede ayudar a afrontar el proceso de la enfermedad o de ver a un ser querido enfermo y lo que esto le ocasiona, sin dejar de lado el recibir alguna opción curativa si es candidato(a).

Usted y sus cuidadores primarios (Los cuidadores primarios son aquellas personas que, pudiendo ser familiar o no del paciente incapacitado o enfermo, mantiene contacto humano más estrecho con ellos y realizan los cuidados) en todo momento tendrán la garantía de recibir respuesta por cualquier duda o aclaración como riesgo beneficios y todo lo relacionado con su atención en este Servicio. Tendrá la libertad de retirar mi consentimiento en cualquier momento, así como el compromiso de notificar esta decisión al personal que le está brindando la atención sin que por ello se creen prejuicios para continuar mi cuidado y tratamiento de parte del médico.

En caso de que presente algún malestar debido al medicamento, se me brindará la oportunidad de cambiar a y así poder recibir la mejor alternativa para el tratamiento de curativo o paliativo mi enfermedad.

Para facilitar la comunicación, en el caso de egreso a domicilio le pediremos nos apoye al llenado de un cuaderno de control de síntomas en este le pondremos por escrito el tratamiento para escribir en este el tratamiento que le estamos indicando, las recomendaciones dietéticas y nuestros nombres y teléfonos. En este cuaderno también le pediremos nos escriba los síntomas diariamente para de esta manera conocer si el tratamiento que le estamos dando está siendo efectivo o si requiere ser modificado.

Algunos de los medicamentos empleados para el alivio de síntomas son medicamentos controlados, esto es que requieren una receta especial para su prescripción. En este caso su médico le explicará que tratamiento le está dando, y que síntomas le aliviará.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	Subdirección de Pediatría		
	2. Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 66 de 67



Al someterse al tratamiento sintomático paliativo los beneficios son los que han planteado anteriormente y los riesgos serian el control inadecuado de síntomas en caso de tratarse de un sintoma refractario es decir un síntoma de difícil control. En ese caso le informaremos de otras alternativas de manejo.

En algunas ocasiones de acuerdo a la evolución de su enfermedad algunos procedimientos médicos ya no son beneficiosos o se pueden considerar desproporcionadas porque pueden ocasionar efectos adversos o sufrimiento cuando nos encontramos frente a una enfermedad muy avanzada. En este sentido su médico proporcionará a usted información y a sus familiares para que decida de manera libre e informada el no instaurar o interrumpir algún tratamiento. De ser así usted deberá llenar y firmar el anexo a este consentimiento sobre Adecuación de Esfuerzo Terapéutico.

Se me ha informado claramente que mi paciente cumple criterios para las siguientes enfermedades:

Firme este documento solo después de que usted y su familia consideren que está suficientemente informado de este manejo. Este documento permanecerá en su expediente clínico y se dará una copia al paciente o familiar responsable. En caso de cualquier duda comunicarse con la a la División de Cuidados Paliativos y Clínica del dolor a los teléfonos 40003000 Ext 8010 y 8017.

Recibir este tratamiento es voluntaria y en cualquier momento puede decidir no continuar con este sin que sus derechos como paciente del hospital se pierdan. (Aplica página 1 a 5 del presente documento)



CDMX a de del 20

Nombre del paciente



_____ Expediente _____

Dirección _____

_____ Teléfono _____

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	3. Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 1 de 48

3. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES DE CONSULTA SUBSECUENTE

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	3. Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 2 de 48

1. PROPÓSITO



Establecer las actividades del personal de salud involucrados en la atención del usuario en la consulta subsecuente; para garantizar una atención más ágil y ofrecer un servicio médico de calidad.

2. ALCANCE

- 2.1. A nivel interno aplica a las Subdirecciones Médicas brindar la atención médica a los usuarios, Subdirección de Servicios Ambulatorios que se encarga de la coordinación de todo el personal asignado para la atención médica y administrativa de la consulta externa, Subdirección de Enfermería encargada de ofrecer la atención asistencial a los usuarios y Subdirección de Gestión de Calidad evalúa que la atención médica y administrativa se realice con calidad y seguridad.
- 2.2. A nivel externo aplica al usuario que solicita atención médica en la consulta externa.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través de la Jefatura de la División de Consulta Externa es la responsable de coordinar a todas las áreas médicas y administrativas para la atención de los usuarios en la consulta externa.
- 3.2. Las Subdirecciones Médicas están formadas por la Subdirección de Cirugía, Subdirección de Pediatría, Subdirección de Urgencias y Medicina y Subdirección de Anestesia y Terapias.
- 3.3. La División de Áreas Críticas Pediátricas es responsable de dar atención a todo paciente que cuente de 0 a 15 años, 11 meses y 30 días de edad y no deberá ser derechohabiente de otra institución del sector salud.
- 3.4. Las Subdirecciones Médicas son responsables del control y organización de sus citas de Preconsulta, consultas de primera vez y consultas subsecuentes.
- 3.5. La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica es la responsable de la atención y cuidados de enfermería del usuario en la consulta externa.
- 3.6. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través de la División de la Consulta Externa es responsable de aceptar únicamente a los usuarios que cumplan los siguientes requisitos: Hoja de Referencia de Centro de Salud u otra Institución del sector Salud y recibo de pago de preconsulta, el usuario no podrá recibir la Preconsulta en caso de no contar con estos documentos.
- 3.7. La Dirección Médica define como servicios de apoyo a las siguientes especialidades: Estomatología, Ortodoncia, Psiquiatría, Paidopsiquiatría, Psicología, Psicoterapia, Audiología, Nutrición Clínica, Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos, Rehabilitación y Foniatría.
- 3.8. Las Subdirecciones Médicas son responsables de enviar a los usuarios a realizar el registro de la atención médica o pago de la consulta en todas las ocasiones que el usuario reciba esta atención.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	3. Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 3 de 48

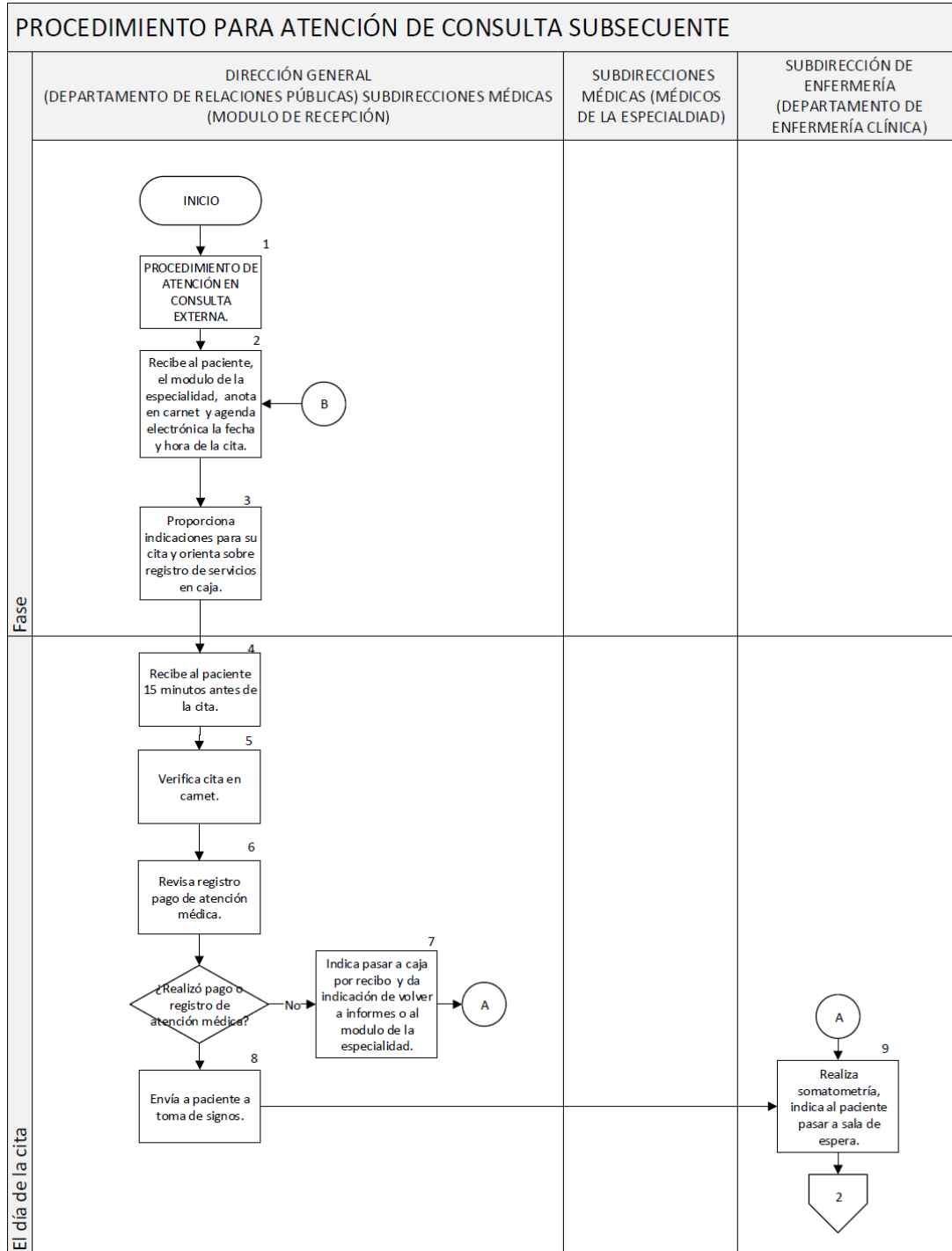
- 3.9. Las Subdirecciones Médicas son responsables de que los servicios de apoyo solamente realicen Preconsultas y consultas subsecuentes, ya que las consultas de primera vez las realiza la División a la que pertenece.
- 3.10. La Subdirección de Servicios Ambulatorios es responsable de autorizar atenciones médicas de usuarios distintos en este procedimiento.
- 3.11. La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Cuidados Paliativos y Clínica del Dolor, en los casos de pacientes que ameriten Medicina Paliativa, deben realizar reunión familiar con el paciente y familiar (es) responsable (s) para explicar los objetivos y filosofía de los cuidados Paliativos, así como el diagnóstico y pronóstico del paciente.
- 3.12. La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Cuidados Paliativos y Clínica del Dolor, es responsable de informar al paciente o familiar sobre los cuidados, atención al paciente, y/o sedación

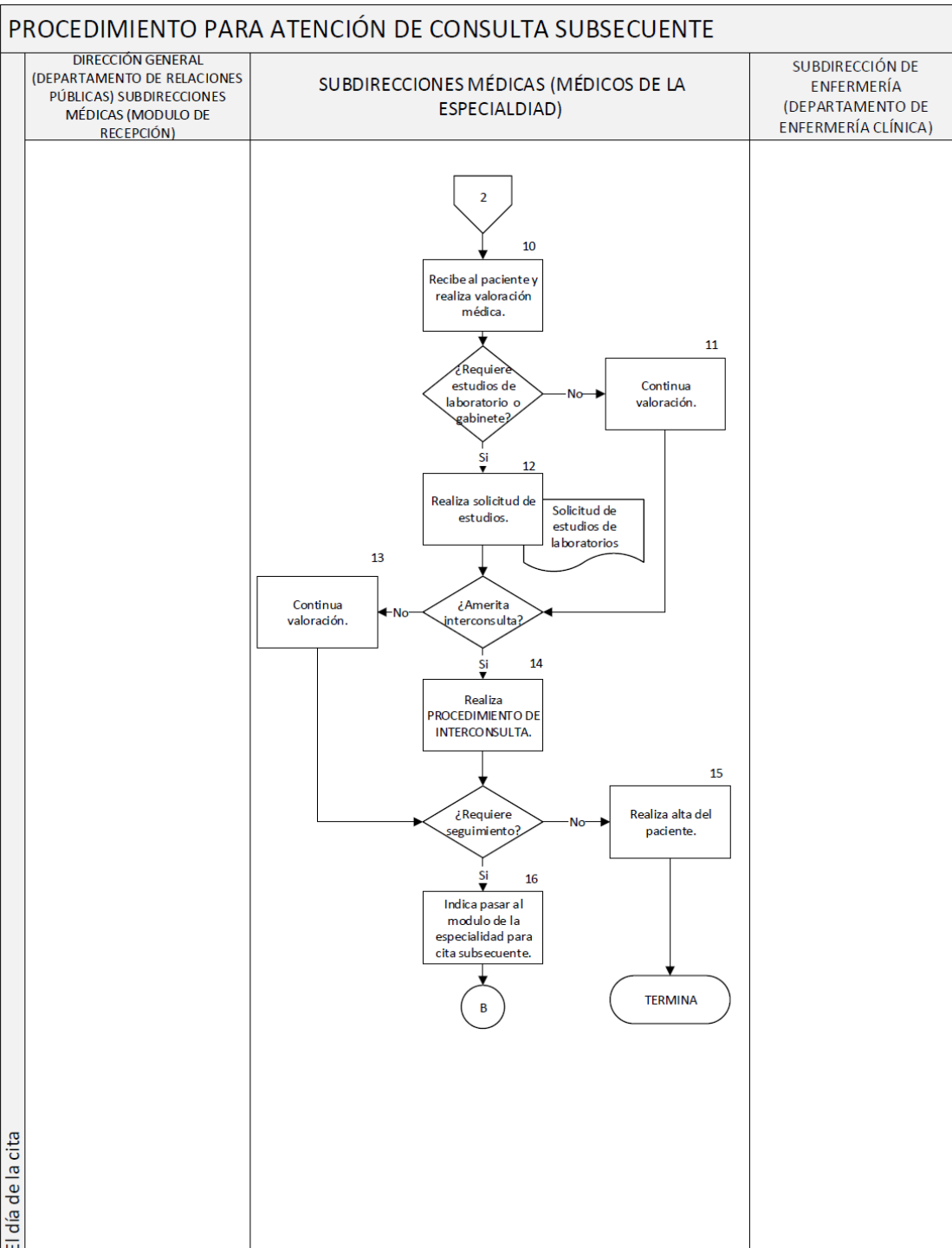
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO



Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o anexo
Director General (Jefa de Departamento de Relaciones Públicas) Subdirectores Médicos (Módulo de Recepción)	1	Recibe al paciente, inicia PORCEIDMIENTO DE ATENCIÓN DE CONSULTA EXTERNA.	Carnet
	2	Recibe al paciente la recepcionista de la especialidad, anota en carnet y en agenda electrónica la fecha y hora de la cita.	
	3	Proporciona indicaciones para su cita y orienta sobre el registro de la atención médica en cajas.	
	4	El día de la cita, recibe al paciente 15 minutos antes de la cita.	
	5	Verifica cita en carnet.	
	6	Revisa registro o pago de atención médica.	
	7	¿Realizó pago o registro de atención médica? No: Indica pasar a caja por recibo y da indicación de volver a informes o al módulo de la especialidad, continua actividad 9.	
	8	Si: Envía al paciente a toma de signos vitales.	
Subdirectora de Enfermería (Jefa de Departamento de Enfermería Clínica)	9	Recibe al paciente y realiza somatometría, indica al paciente pasar a la sala de espera.	
Subdirectores Médicos (Médicos de la Especialidad)	10	Recibe al paciente y realiza valoración del paciente ¿Requiere estudios de laboratorio o gabinete?	Solicitud de Estudios de Laboratorio, Solicitud de Estudios de Radiología Solicitud de
	11	No: Continúa valoración.	
	12	Si: Realiza solicitud de estudios. ¿Amerita revisión por otra especialidad?	
	13	No: Continúa valoración.	
	14	Si: Realiza PROCEDIMIENTO DE INTERCONSILTA.	

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o anexo
		¿Amerita seguimiento en la especialidad?	Interconsulta
	15	No: Realiza alta del paciente. Termina procedimiento.	
	16	Si: Indica pasar al módulo de la especialidad para cita subsecuente, elabora nota médica e integra al expediente, regresa a actividad 2.	Nota Médica
		TERMINA	

5. DIAGRAMA DE FLUJO





 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	3. Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 8 de 48

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Específico	No aplica
6.2 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, para el expediente clínico	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Oficios	3 años	Subdirección de Planeación	No. de oficio
7.2 Hoja de Interconsulta	5 años	Departamento de Admisión y Archivo Clínico	06-01-0041/AM54

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Consulta subsecuente: Seguimiento clínico posterior a la consulta de primera vez que realiza cada especialidad en este hospital.



8.2 Hoja de Interconsulta: documento utilizado para canalizar al usuario a otra especialidad dentro del hospital, con el fin de que reciba atención médica integral.

8.3 Hoja de Referencia y Contrarreferencia: documento utilizado para canalizar al usuario de una unidad operativa a otra de mayor capacidad resolutive, con el fin de que reciba atención médica integral.

8.4 Expediente clínico: al conjunto único de información y datos personales de un usuario, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento 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 de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del usuario, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.



9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
0	No aplica	No aplica

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	3. Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 9 de 48

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Nota de evolución
- 10.2 Solicitud de Interconsulta
- 10.3 Hoja de Referencia y Contrarreferencia
- 10.4 Solicitud de estudio endoscópico
- 10.5 Solicitud de Estudio citológico
- 10.6 Solicitud de Laboratorio
- 10.7 Solicitud de Gabinete
- 10.8 Receta medica
- 10.9 Hoja de Programación y Registro individual de pacientes
- 10.10 Solicitud de Electrocardiograma
- 10.11 Reporte de Aplicación de Toxina botulínica
- 10.12 Solicitud de Aplicación de Toxina botulínica
- 10.13 Reporte de Microcopia Especular
- 10.14 Solicitud de Microscopia Especular
- 10.15 Reporte de Curva Horaria
- 10.16 Solicitud de Curva Horaria
- 10.17 Reporte de Estudio Fluorangiográfico
- 10.18 Solicitud de Estudio Fluorangiográfico
- 10.19 Reporte de Aplicación de Antiangiogénico
- 10.20 Solicitud de Aplicación de Antiangiogénico
- 10.21 Solicitud de campos visuales
- 10.22 Reporte de campos visuales
- 10.23 Solicitud de laser
- 10.24 Reporte de OCT de retina
- 10.25 Reporte de OCT de Glaucoma
- 10.26 Solicitud de OCT de Glaucoma
- 10.27 Reporte de Ultrasonido
- 10.28 Solicitud de Ultrasonido
- 10.29 Reporte de Topografía corneal
- 10.30 Solicitud de Topografía corneal
- 10.31 Hoja de Evaluación Cardiovascular
- 10.32 Registro de adolescentes de consulta y hospitalización
- 10.33 Escala de violencia e Índice de severidad
- 10.34 Programa de Embarazo adolescente
- 10.35 Inventario de Ansiedad de Beck
- 10.36 Reporte de Citología cervical

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	3. Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		

HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
 SOLICITUD DE INTERCONSULTA



FECHA DE SOLICITUD: _____ HORA DE SOLICITUD: _____ No. EXP.: _____ NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ SEXO: _____ CAMA: _____ SERVICIO SOLICITANTE: _____ INTERCONSULTA AL SERVICIO DE: _____ MOTIVO: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ <p align="center"> _____ PROFESIONAL DE LA SALUD NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL </p>

LICENCIA SANITARIA 1014004673

**RECUERDE LLEVAR ESTE FORMATO AL
 REALIZAR LA INTERCONSULTA, YA QUE
 DEBE SER ANEXADO AL EXPEDIENTE**

**NOTA: DEBE PRESENTAR ESTE FORMATO EL DÍA DE SU CONSULTA PARA PODER BRINDARLE
 UNA MEJOR ATENCIÓN, YA QUE CONTIENE INFORMACIÓN MÉDICA IMPORTANTE.**

NOTA DE INTERCONSULTA	HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
SERVICIO: _____	
NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____	
SEXO: _____ N.º EXP. _____ SIGNOS VITALES: T.A. _____ TEMP. _____ F.C. _____ F.R. _____	
TALLA _____ PESO _____ FECHA Y HORA EN QUE SE OTORGA EL SERVICIO: _____	
MOTIVO DE LA ATENCIÓN:	
RESUMEN DEL INTERROGATORIO, EXPLORACIÓN FÍSICA Y ESTADO MENTAL, EN SU CASO:	
RESULTADOS RELEVANTES DE LOS ESTUDIOS DE LOS SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO QUE HAYAN SIDO SOLICITADOS PREVIAMENTE:	
DIAGNÓSTICOS O PROBLEMAS CLÍNICOS:	
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:	
PLAN DE ESTUDIO:	
SUGERENCIAS DIAGNÓSTICAS Y DE TRATAMIENTO:	
TRATAMIENTO E INDICACIONES MÉDICAS:	
PRONÓSTICO:	

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD QUE ELABORÓ LA NOTA: _____

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	3. Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 13 de 48

10.3 HOJA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA



Hospital General Dr. Manuel Gea González
 Calzada de Tlalpan No. 4800, Col. Sección XVI, Alcaldía Tlalpan, Ciudad de México C.P. 14080
 Sistema de Referencia y Contrareferencia
HOJA DE REFERENCIA

FECHA _____	No. DE EXPEDIENTE _____
NOMBRE PACIENTE _____	
APELLIDO PATERNO _____	APELLIDO MATERNO _____
NOMBRE (S) _____	
SEXO M () F ()	FECHA DE NACIMIENTO _____
	EDAD _____
	DÍA / MES / AÑO
DOMICILIO _____	
CALLE Y NÚMERO _____	COLONIA _____
DELEGACIÓN / MUNICIPIO _____	ESTADO _____
NOMBRE DE FAMILIAR / RESPONSABLE _____	PARENTESCO _____
UNIDAD MÉDICA A LA QUE SE REFIERE _____	
DOMICILIO _____	
SERVICIO AL QUE ENVÍA _____	FECHA DE CAPTACIÓN _____
INTERCONSULTA () TRATAMIENTO () ESTUDIO DE GABINETE () ESTUDIO DE LABORATORIO ()	
ESPECIFIQUE ESTUDIO _____	
MOTIVO DE ENVÍO:	
TENSIÓN ARTERIAL _____ mm. Hg	FRECUENCIA: CARDIACA _____ por min. RESPIRATORIA _____ por min
TEMPERATURA _____ °C	PESO _____ Kg. TALLA _____ cm.
RESUMEN CLÍNICO:	

TERAPÉUTICA EMPLEADA:	



IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:	

06-01-0030

 MÉDICO TRATANTE
 NOMBRE COMPLETO
 FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL

 JEFE DEL DEPARTAMENTO
 NOMBRE COMPLETO
 FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL

 DIRECTOR MÉDICO
 NOMBRE COMPLETO
 FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	3. Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 14 de 48



Hospital General Dr. Manuel Gea González
 Calzada de Tlalpan No. 4800, Col. Sección XV, Alcaldía Tlalpan, Ciudad de México C.P. 14080
 Sistema de Referencia y Contrareferencia
HOJA DE CONTRAREFERENCIA

FECHA _____	No. DE EXPEDIENTE _____
NOMBRE DEL PACIENTE _____	
SERVICIO QUE ATENDIÓ _____	
UNIDAD A LA QUE SE ENVÍA _____	
MANEJO DEL PACIENTE:	
TENSIÓN ARTERIAL _____ mm. Hg FRECUCENCIA: CARDIACA _____ por min RESPIRATORIA _____ por min	
TEMPERATURA _____ °C PESO _____ Kg. TALLA _____ cm	
PADECIMIENTO ACTUAL	

TERAPÉUTICA EMPLEADA:	

ESTUDIOS CLÍNICOS (ANEXAR):	

DIAGNÓSTICO DE INGRESO/REFERENCIA:	


DIAGNÓSTICO DE INGRESO/CONTRAREFERENCIA:	

RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE:	

 MÉDICO TRATANTE
 NOMBRE COMPLETO
 FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL



 MÉDICO TRATANTE
 NOMBRE COMPLETO
 FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL

10.4 SOLICITUD DE ESTUDIO ENDOSCOPICO

	Hospital General Dr. Manuel Gea González Departamento de Endoscopia Gastrointestinal SOLICITUD DE ESTUDIO ENDOSCÓPICO
Fecha de solicitud: ____ - ____ - ____ Hora: ____ : ____ hrs. Fecha de estudio: ____ - ____ - ____ Hora: ____ : ____ hrs.	
NOMBRE DEL PACIENTE: _____ CE: <input type="checkbox"/> HOSP: <input type="checkbox"/> URGENTE: SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/> SEXO: M: <input type="checkbox"/> F: <input type="checkbox"/> REGISTRO: _____ AISLADO: SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/> FECHA DE NACIMIENTO: ____ - ____ - ____ EDAD: _____ SERVICIO: _____ CAMA: _____	
TIPO DE ESTUDIO: <input type="checkbox"/> PANENDOSCOPIA <input type="checkbox"/> COLONOSCOPIA <input type="checkbox"/> RECTO-SIGMOIDOSCOPIA <input type="checkbox"/> COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA <input type="checkbox"/> ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO <input type="checkbox"/> PRUEBA DE ALIENTO (HELICOBACTER PYLORI).	FISIOLÓGIA DIGESTIVA: <input type="checkbox"/> pHMETRIA DE 24 HORAS <input type="checkbox"/> MANOMETRIA ESOFÁGICA <input type="checkbox"/> IMPEDANCIA <input type="checkbox"/> MANOMETRIA ANAL <input type="checkbox"/> OTRO: _____
Motivo de Solicitud: _____ Diagnóstico Clínico: _____ Antecedentes de Importancia: _____ Cuadro Clínico: _____ _____ Laboratorios: _____ Estudios de Imagen: _____ Terapia Antibiótica: SI: _____ NO: <input type="checkbox"/> Terapia Anticoagulante: SI: _____ NO: <input type="checkbox"/> Alergias: SI: _____ NO: <input type="checkbox"/> Resultados Endoscópicos Previos (Fecha): _____	
REQUIERE VALORACIÓN CARDIOVASCULAR: SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/> TIPO DE ANESTESIA: <input type="checkbox"/> Local. <input type="checkbox"/> Sedación Intravenosa <input type="checkbox"/> Sedación Nebulizada <input type="checkbox"/> Anestesia General AUTORIZACIÓN _____	
_____ NOMBRE FIRMA DEL MÉDICO RESPONSABLE	_____ NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO ADSCRITO
(REGISTRO DE CAJA)	
ENDOSCOPIA	

06-01-0044

Licencia Sanitaria 1014004673

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	3. Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 16 de 48

10.5 SOLICITUD DE ESTUDIOS CITOLÓGICOS



Hospital General Dr. Manuel Gea González
 CALZADA DE TIALPAN 4800, COL. SECCIÓN XVI C.P. 14080, ALCALDÍA TIALPAN, CDMX, TEL. 4000-3000
SOLICITUD DE ESTUDIOS CITOLÓGICOS

	FECHA _____
NOMBRE: _____	FECHA DE NACIMIENTO: _____
SEXO _____ EDAD _____ ESTUDIO ENVIADO _____	REG. _____
CAMA _____ PISO _____ SERVICIO _____	
NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CED. PROF. _____ <small>DEL MEDICO SOLICITANTE (CATEGORÍA Y FIRMA)</small>	
DATOS CLÍNICOS _____ _____ _____	
DIAGNÓSTICO PRESUNCIONAL _____ _____	
OBSERVACIONES _____ _____	
ENTRADA _____	REGISTRO CITOLOGÍA _____

10.6 SOLICITUD DE LABORATORIO


 HOSPITAL GENERAL
 "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"


 LABORATORIO CLÍNICO
 SOLICITUD DE ESTUDIOS



NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____
 No. DE REGISTRO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: F: ____ M: ____
 NOMBRE DEL MÉDICO: _____
 SERVICIO SOLICITANTE: _____ TURNO: M ____ V ____ N ____
 DIAGNÓSTICO: _____ C. EXTERNA: _____ HOSPITALIZACIÓN: _____ URGENCIAS: _____ CAMA: _____

NO UTILIZAR PAPEL CARBÓN EN LA ELABORACIÓN DE ESTA SOLICITUD. GRACIAS.		
HEMATOLOGÍA		
<input type="checkbox"/>	1565	BIOMETRÍA HEMÁTICA
<input type="checkbox"/>	1604	RECUENTO DE RETICULOCITOS
<input type="checkbox"/>	1593	ESTUDIO DE PLASMODIUM
<input type="checkbox"/>	1635	VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR
<input type="checkbox"/>	1535	EOSINOFILOS EN MOCO NASAL
<input type="checkbox"/>	1763	PROCALCITONINA
HEMOSTASIA		
<input type="checkbox"/>	1607	TIEMPO DE PROTROMBINA
<input type="checkbox"/>	1609	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL
<input type="checkbox"/>	1608	TIEMPO DE TROMBINA
<input type="checkbox"/>	1516	ANTITROMBINA III
<input type="checkbox"/>	1584	FIBRINOGENO
<input type="checkbox"/>	1532	DÍMERO D
<input type="checkbox"/>	1682	PROTEÍNA S
<input type="checkbox"/>	1681	PROTEÍNA C CLOT
<input type="checkbox"/>	1660	ANTICUAGULANTE LÚPICO TAMIZAJE
<input type="checkbox"/>	1661	ANTICUAGULANTE LÚPICO CONFIRMATORIO
<input type="checkbox"/>	1677	FACTOR DE VON WILLEBRAND
<input type="checkbox"/>	1670	CUANTIFICACIÓN DE FACTOR VII
<input type="checkbox"/>	1671	CUANTIFICACIÓN DE FACTOR VIII
BIOQUÍMICA		
<input type="checkbox"/>	1588	GLUCOSA
<input type="checkbox"/>	1600	BUN
<input type="checkbox"/>	1572	CREATININA
<input type="checkbox"/>	1636	ÁCIDO ÚRICO
<input type="checkbox"/>	1605	SODIO
<input type="checkbox"/>	1648	POTASIO
<input type="checkbox"/>	1570	CLORURO
<input type="checkbox"/>	1568	CALCIO
<input type="checkbox"/>	1586	FÓSFORO
<input type="checkbox"/>	1599	MAGNESIO
<input type="checkbox"/>	1571	COLESTEROL TOTAL
<input type="checkbox"/>	1524	COLESTEROL HDL
<input type="checkbox"/>	1630	TRIGLICERIDOS
<input type="checkbox"/>	1517	APOLIPOPROTEÍNA A
<input type="checkbox"/>	1518	APOLIPOPROTEÍNA B
<input type="checkbox"/>	1594	HEMOGLOBINA GLICOSILADA
<input type="checkbox"/>	1545	GLUCOSA POSPRANDIAL
<input type="checkbox"/>	1701	CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 2 HORAS
<input type="checkbox"/>	1603	CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 3 HORAS
<input type="checkbox"/>	1646	CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 5 HORAS
<input type="checkbox"/>	1703	TAMIZ METABÓLICO
<input type="checkbox"/>	1550	INSULINA
<input type="checkbox"/>	1525	CREATININA EN ORINA
<input type="checkbox"/>	1526	CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1529	DEPURACIÓN DE CREATININA ORINA 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1760	CISTATINA C
<input type="checkbox"/>	1500	ÁCIDO ÚRICO EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1519	BUN EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1534	ELECTROLITOS EN ORINA 24 HORAS (Na, K, Cl)
<input type="checkbox"/>	1731	CALCIO EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1543	FÓSFORO EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1730	MAGNESIO EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1505	AMILASA EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1502	ALBÚMINA EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1616	MICROALBÚMINA EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1563	BILIRRUBINA TOTAL
<input type="checkbox"/>	1564	BILIRRUBINA DIRECTA
<input type="checkbox"/>	1602	PROTEÍNAS TOTALES
<input type="checkbox"/>	1503	ALBÚMINA
<input type="checkbox"/>	1553	ALT
<input type="checkbox"/>	1554	AST
<input type="checkbox"/>	1544	GGT
<input type="checkbox"/>	1585	FOSFATASA ALCALINA
<input type="checkbox"/>	1576	LDH
<input type="checkbox"/>	1552	AMILASA
<input type="checkbox"/>	1615	LIPASA
<input type="checkbox"/>	1659	AMONIO
<input type="checkbox"/>	1573	CK
<input type="checkbox"/>	1574	CK MB
<input type="checkbox"/>	1617	MIOGLOBINA
<input type="checkbox"/>	1631	TROPONINA
<input type="checkbox"/>	1522	CINÉTICA DE HIERRO
<input type="checkbox"/>	1541	FERRITINA
<input type="checkbox"/>	1611	TRANSFERRINA
<input type="checkbox"/>	1590	HAPTOGLOBINA
<input type="checkbox"/>	1542	FOLATOS
<input type="checkbox"/>	1634	VITAMINA B12
<input type="checkbox"/>	1643	PREALBÚMINA
<input type="checkbox"/>	1581	EXAMEN GENERAL DE ORINA
<input type="checkbox"/>	1765	PEPTIDO NATRIURÉTICO TIPO B (BNP)
<input type="checkbox"/>	1601	PROTEÍNA C REACTIVA

ZONA PARA EL SELLO DE PAGADO
 FAVOR DE NO OBSTRUIR PETICION DE
 ESTUDIOS. GRACIAS

10.7 SOLICITUD DE GABINETE

	HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ" SOLICITUD DE ESTUDIOS RADIOLOGÍA E IMAGEN	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">FECHA DE NACIMIENTO</td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="text-align: center;">NÚMERO DE EXPEDIENTE</td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">EDAD</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No. DE CAMA</td> </tr> </table>	FECHA DE NACIMIENTO		NÚMERO DE EXPEDIENTE		EDAD	No. DE CAMA												
FECHA DE NACIMIENTO																				
NÚMERO DE EXPEDIENTE																				
EDAD	No. DE CAMA																			
IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 33%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 33%; height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">APELLIDO PATERNO</td> <td style="text-align: center;">MATERNO</td> <td style="text-align: center;">NOMBRE (S)</td> </tr> </table>						APELLIDO PATERNO	MATERNO	NOMBRE (S)												
APELLIDO PATERNO	MATERNO	NOMBRE (S)																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> AREA <input type="radio"/> C. E. <input type="radio"/> HOSP. <input type="radio"/> URG. <input type="radio"/> EXTERNO </td> <td style="width: 20%; text-align: center;"> SERVICIO <div style="height: 20px;"> </div> </td> <td style="width: 30%; text-align: center;"> SEXO MASC. <input type="radio"/> FEM. <input type="radio"/> </td> </tr> </table>			AREA <input type="radio"/> C. E. <input type="radio"/> HOSP. <input type="radio"/> URG. <input type="radio"/> EXTERNO	SERVICIO <div style="height: 20px;"> </div>	SEXO MASC. <input type="radio"/> FEM. <input type="radio"/>															
AREA <input type="radio"/> C. E. <input type="radio"/> HOSP. <input type="radio"/> URG. <input type="radio"/> EXTERNO	SERVICIO <div style="height: 20px;"> </div>	SEXO MASC. <input type="radio"/> FEM. <input type="radio"/>																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%; text-align: center;"> ESTUDIO SOLICITADO (MARCAR CLAVE AL REVERSO) <div style="height: 20px;"> </div> </td> <td style="width: 30%; text-align: center;"> URGENTE SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> </td> </tr> </table>			ESTUDIO SOLICITADO (MARCAR CLAVE AL REVERSO) <div style="height: 20px;"> </div>	URGENTE SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>																
ESTUDIO SOLICITADO (MARCAR CLAVE AL REVERSO) <div style="height: 20px;"> </div>	URGENTE SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>																			
DATOS CLÍNICOS E IMPRESIÓN DIAGNOSTICA																				
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <!-- Empty space for clinical data --> </div>																				
*EN CASO DE QUE EL ESTUDIO SOLICITADO SEA TOMOGRAFIA CONTRASTE ENDOVENOSO, ANOTAR EL VALOR DE CREATININA (VIGENCIA DEL ESTUDIO, DOS MESES)																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center;"> FECHA Y HORA DE SOLICITUD </td> <td style="width: 30%; text-align: center;"> MÉDICO SOLICITANTE </td> <td style="width: 40%; text-align: center;"> MÉDICO JEFE DEL SERVICIO </td> </tr> <tr> <td> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">DIA</td> <td style="width: 33%;">MES</td> <td style="width: 33%;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td style="height: 20px;"> </td> <td style="height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="3">HORA:</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="height: 20px;"> </td> </tr> </table> </td> <td> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"> </div> </td> <td> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"> </div> </td> </tr> </table>			FECHA Y HORA DE SOLICITUD	MÉDICO SOLICITANTE	MÉDICO JEFE DEL SERVICIO	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">DIA</td> <td style="width: 33%;">MES</td> <td style="width: 33%;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td style="height: 20px;"> </td> <td style="height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="3">HORA:</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="height: 20px;"> </td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO				HORA:						<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"> </div>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"> </div>
FECHA Y HORA DE SOLICITUD	MÉDICO SOLICITANTE	MÉDICO JEFE DEL SERVICIO																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">DIA</td> <td style="width: 33%;">MES</td> <td style="width: 33%;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td style="height: 20px;"> </td> <td style="height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="3">HORA:</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="height: 20px;"> </td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO				HORA:						<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"> </div>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"> </div>						
DIA	MES	AÑO																		
HORA:																				
OBSERVACIONES POR RADIOLOGÍA E IMAGEN																				
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <!-- Empty space for observations --> </div>																				
INDICACIONES AL PACIENTE																				
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <!-- Empty space for instructions --> </div>																				

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	3. Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 19 de 48

10.8 RECETA MÉDICA



HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

RECETA MÉDICA

FOLIO: _____

CALZADA DE TLALPAN 4800, COL. SECCIÓN XVI C.P. 14080, CDMX TEL. 4000-3000

Rp. NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____



NOMBRE COMPLETO DEL DR. (A): _____

CEDULA PROFESIONAL _____ FIRMA: _____

DE-02-0055 LIC. SANIT. 1014004073

10.9 HOJA DE PROGRAMACIÓN Y REGISTRO INDIVIDUAL DE PACIENTES





Hospital General
 Dr. Manuel Gea González
 SOLICITUD, REGISTRO DE OPERACIONES Y
 NOTA POSTOPERATORIA

Nombre del Paciente:		Registro:	
Fecha de Nacimiento:		Peso:	
Edad:	Sexo: masculino () femenino ()	Cama:	
Servicio:	Clínica:	Tiempo quirúrgico estimado:	
Fecha de Solicitud:	día mes año	Hora Solicitud:	
Fecha de Programación:	día mes año	Recibe Solicitud:	
Fecha de la Cirugía:	día mes año	Hora de Recepción:	
Electiva () Urgencia () EMERGENCIA () Ambulatoria (si) (no)			
Durante la Operación se requiere:			
Instrumental:		Colaboración de los servicios de:	
Nombre y firma de quien recibe la solicitud:		Riesgo Quirúrgico: I. II. III. IV. Anestesia: General () Local () Regional ()	
Médico Solicitante		Médico Jefe de la División	
Firma		Firma	
Nombre	Cédula Profesional	Nombre	Cédula Profesional
Diagnóstico Preoperatorio:		Diagnóstico Postoperatorio:	
1.-		1.-	
2.-		2.-	
3.-		3.-	
4.-		4.-	
Operación Planeada:		Operación Realizada:	
1.-		1.-	
2.-		2.-	
3.-		3.-	
4.-		4.-	
Cirujano:		Estudio Histopatológico: (si) (no)	
1er. Ayudante:		Pieza:	
2º. Ayudante:		RayosX:	
3er. Ayudante:		Drenajes: (si) (no)	Tipo:
Instrumentista:		Diferimiento de Cirugía: (si) (no)	
Circulante:		Motivo debido a: Paciente () Institución ()	
Anestesiólogo:		Especifique:	
Calidad en Quirofano	Previo al Inicio	Previo al Término	Hora de inicio Cirugía: _____ Anestesia: _____
Pausa Quirúrgica	SI () NO ()	SI () NO ()	Hora de término Cirugía: _____ Anestesia: _____
Gasas	SI () NO ()	SI () NO ()	Sangrado (ml): _____ ml.
Compresas	SI () NO ()	SI () NO ()	Transfusiones: (SI) (NO) _____ ml.
Instrumental	SI () NO ()	SI () NO ()	Balance Hídrico: _____ ml.
Punzocortantes	SI () NO ()	SI () NO ()	

06-01-0028

LICENCIA SANITARIA 1014004673

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	3. Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 21 de 48



Hospital General
Dr. Manuel Gea González
SOLICITUD, REGISTRO DE OPERACIONES Y
NOTA POSTOPERATORIA

Nombre del Paciente:		Registro:	
Fecha de Nacimiento:		Peso:	
Edad:	Sexo: masculino () femenino ()	Cama:	
Signos Vitales:	Frecuencia Cardíaca: _____ por minuto	Tensión Arterial: _____ / _____ mmHg	
Peso: _____ Kgs.	Frecuencia Respiratoria: _____ por minuto	Temperatura: _____ °C	
Talla: _____ Kgs.	Saturación de Oxígeno: _____ %		
Fecha y hora de elaboración de la Nota Postoperatoria:			
Accidentes: (SI) (NO) Especifique:		Incidentes: (SI) (NO) Especifique:	
Descripción de la Técnica Quirúrgica:			
Hallazgos Transoperatorios:			
Estudios Transoperatorios y Resultados:			
Estado Postquirúrgico Inmediato: Estable () Inestable () Fallecido ()			
Comentarios:			
Plan Manejo y Tratamiento Postoperatorio Inmediato:			
Pronóstico: Bueno () Malo ()			
Comentarios:			
Elaborado por:		Responsable de la cirugía	
Firma		Firma	
Nombre	Cédula Profesional	Nombre	Cédula Profesional

06-01-0028

LICENCIA SANITARIA 1014004673

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	3. Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 23 de 48

10.11 REPORTE DE APLICACIÓN DE TOXINA BOTULINICA



HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA

REPORTE DE APLICACIÓN DE TOXINA BOTULINICA

FECHA DE ELABORACIÓN: ___/___/___ HORA: _____

NOMBRE COMPLETO: _____ No. EXPEDIENTE: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ EDAD: _____ SEXO: _____
 SIGNOS VITALES: TENSIÓN ARTERIAL: ___/___/___ FRECUENCIA CARDÍACA: _____
 FRECUENCIA RESPIRATORIA: _____ TEMPERATURA: _____ PESO: _____
 TALLA: _____
 DIAGNÓSTICO OFTALMOLÓGICO: _____

<p>OJO DERECHO</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>OJO IZQUIERDO</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>UNIDADES UI: _____</p> <p>COMENTARIO</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>



 NOMBRE COMPLETO Y CÉDULA PROFESIONAL
 QUE REALIZA LA INTERPRETACIÓN

Calzada de Tlalpan 4800, col Sección XVI, Delegación Tlalpan, C.P. 14080, México, D.F. Tel. 40033205

LICENCIA SANITARIA 1014004673

Calzada de Tlalpan 4800, col Sección XVI, Delegación Tlalpan, C.P. 14080, México, D.F. Tel. 40033205

LICENCIA SANITARIA 1014004673

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	3. Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 24 de 48

10.12 SOLICITUD DE APLICACIÓN DE TOXINA BOTULINICA



HOSPITAL GENERAL
 "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
 DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA

SOLICITUD DE APLICACIÓN DE TOXINA BOTULINICA

FECHA DE SOLICITUD: ____/____/____		HORA: _____	
NOMBRE COMPLETO: _____		NO. EXPEDIENTE: _____	
FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____	EDAD: _____	SEXO: _____	
SERVICIO SOLICITANTE: _____			
DIAGNOSTICO OFTALMOLOGICO: _____			
MOTIVO: _____			

 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
 DEL MÉDICO SOLICITANTE

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

Calzada de Talpan 4800, col Sección XVI, Delegación Talpan, C.P. 14080, México, D.F. Tel. 40033205

LICENCIA SANITARIA 1014004673

10.13 REPORTE DE MICROSCOPIA ESPECULAR



HOSPITAL GENERAL
 "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
 DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA

REPORTE DE MICROSCOPIA ESPECULAR

FECHA DE ELABORACIÓN: ___/___/___ HORA: _____

NOMBRE COMPLETO: _____ No. EXPEDIENTE: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ EDAD: _____ SEXO: _____
 SIGNOS VITALES: TENSIÓN ARTERIAL: ___/___/___ FRECUENCIA CARDIACA: _____
 FRECUENCIA RESPIRATORIA: _____ TEMPERATURA: _____ PESO: _____
 TALLA: _____



OJO DERECHO		OJO IZQUIERDO
	NÚMERO	
	DENSIDAD OCULAR CELAR	
	PROMEDIO CELULAR	
	DESVIACION ESTANDAR	
	COEFICIENTE DE VARIACIÓN	
	MÁXIMO	
	MÍNIMO	
	PORCENTAJE HEXAGONALIDAD	

COMENTARIO: _____

 NOMBRE COMPLETO, CÉDULA PROFESIONAL Y FIRMA
 DEL MÉDICO QUE REALIZA EL ESTUDIO

Calzada de Tlalpan 4800, col Sección XVI, Delegación Tlalpan, C.P. 14080, México, D.F. Tel. 40033205

LICENCIA SANITARIA 1014004673

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	3. Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 26 de 48

10.14 SOLICITUD DE MICROSCOPIA ESPECULAR



HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA

SOLICITUD DE MICROSCOPIA ESPECULAR

FECHA DE SOLICITUD: ___/___/___		HORA: _____
NOMBRE COMPLETO: _____	NO. EXPEDIENTE: _____	
FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___	EDAD: _____	SEXO: _____
SERVICIO SOLICITANTE: _____		
MOTIVO: _____		

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
DEL MÉDICO SOLICITANTE

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

Calzada de Tlalpan 4800, col Sección XV, Delegación Tlalpan, C.P. 14080, México, D.F. Tel. 40033205

LICENCIA SAN TARIA 1014004673

10.15 REPORTE DE CURVA HORARIA



HOSPITAL GENERAL
 "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
 DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA

REPORTE DE CURVA HORARIA

FECHA DE ELABORACIÓN: ___/___/___ HORA: _____

NOMBRE COMPLETO: _____ No. EXPEDIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ EDAD: _____ SEXO: _____



SIGNOS VITALES: TENSIÓN ARTERIAL: ___/___ FRECUENCIA CARDIACA: _____

FRECUENCIA RESPIRATORIA: _____ TEMPERATURA: _____ PESO: _____

TALLA: _____

HORA	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
16:00		
18:00		
20:00		
22:00		
24:00		
2:00		
4:00		
6:00		
8:00		
10:00		

COMENTARIO: _____

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	3. Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		

10.16 SOLICITUD DE CURVA HORARIA



HOSPITAL GENERAL
 "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
 DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA



NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
 DEL MÉDICO QUE REALIZA EL ESTUDIO

SOLICITUD DE CURVA HORARIA

FECHA DE SOLICITUD: ___/___/___		HORA: _____
NOMBRE COMPLETO: _____		NO. EXPEDIENTE: _____
FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___	EDAD: _____	SEXO: _____
SERVICIO SOLICITANTE: _____		
MOTIVO: _____		

 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
 DEL MÉDICO SOLICITANTE

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	3. Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 29 de 48

10.17 REPORTE DE ESTUDIO FLUORANGIOGRÁFICO



HOSPITAL GENERAL
 "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
 DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA

REPORTE DE ESTUDIO FLUORANGIOGRÁFICO

FECHA DE ELABORACIÓN: ___/___/___ HORA: _____

NOMBRE COMPLETO: _____ No. EXPEDIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ EDAD: _____ SEXO: _____

SIGNOS VITALES: TENSIÓN ARTERIAL: ___/___/___ FRECUENCIA CARDÍACA: _____

FRECUENCIA RESPIRATORIA: _____ TEMPERATURA: _____ PESO: _____

TALLA: _____

FOTOGRAFÍA DE FONDO DE OJO:

OJO DERECHO:



OJO IZQUIERDO:

FLUORANGIOGRAFIA:

OJO DERECHO:

OJO IZQUIERDO:

CÓMENTARIO:

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	3. Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 30 de 48

10.18 SOLICITUD DE FLUORANGIOGRAFÍA



HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
QUE REALIZA LA INTERPRETACIÓN

SOLICITUD DE FLUORANGIOGRAFÍA



FECHA DE SOLICITUD: ___/___/___		HORA: _____
NOMBRE COMPLETO: _____	NO. EXPEDIENTE: _____	
FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___	EDAD: _____	SEXO: _____
SERVICIO SOLICITANTE: _____		
MOTIVO: _____		

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
DEL MÉDICO SOLICITANTE

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

Calzada de Tlalpan 4800, col. Sección XVI, Delegación Tlalpan, C.P. 14080, México, D.F. Tel. 40033205

LICENCIA SANITARIA 1014004673

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	3. Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 32 de 48

10.20 SOLICITUD DE APLICACIÓN DE ANTIANGIOGÉNICO



HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA

SOLICITUD DE APLICACIÓN DE ANTIANGIOGÉNICO

FECHA DE SOLICITUD: ___/___/___		HORA: ___:___
NOMBRE COMPLETO: _____	No. EXPEDIENTE: _____	
FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___	EDAD: _____	SEXO: _____
SERVICIO SOLICITANTE: _____	DIAGNÓSTICO: _____	
MOTIVO: _____		

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
DEL MÉDICO SOLICITANTE

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

10.21 SOLICITUD DE CAMPOS VISUALES



HOSPITAL GENERAL
 "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
 DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA

SOLICITUD DE CAMPOS VISUALES

FECHA DE ELABORACIÓN ____/____/____ HORA: _____

NOMBRE COMPLETO: _____ No. EXPEDIENTE: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ EDAD: _____ SEXO: _____
 SIGNOS VITALES: TENSIÓN ARTERIAL: ____/____ FRECUENCIA CARDIACA: _____
 FRECUENCIA RESPIRATORIA: _____ TEMPERATURA: _____ PESO: _____
 TALLA: _____

SERVICIO SOLICITANTE: _____		
DIAGNÓSTICO: _____		
TRATAMIENTO OJO DERECHO: _____		
TRATAMIENTO OJO IZQUIERDO: _____		
	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
AGUDEZA VISUAL:	_____	_____
GONIOSCOPIA:	_____	_____
EXCAVACIÓN:	_____	_____
CORRECCIÓN REFRACTIVA:	_____	_____
PAQUIMETRÍA:	_____	_____
CAMPOS VISUALES PREVIOS:	_____	_____

 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CEDULA PROFESIONAL
 DEL MÉDICO SOLICITANTE

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

10.22 REPORTE DE CAMPOS VISUALES



HOSPITAL GENERAL
 "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
 DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA.

REPORTE DE CAMPOS VISUALES

FECHA DE SOLICITUD: ___/___/___ HORA: _____

NOMBRE COMPLETO: _____ No. EXPEDIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ EDAD: _____ SEXO: _____

SIGNOS VITALES: TENSIÓN ARTERIAL: ___/___ FRECUENCIA CARDIACA: _____

FRECUENCIA RESPIRATORIA: _____ TEMPERATURA: _____ PESO: _____

TALLA: _____

	OJO IZQUIERDO	OJO DERECHO
ÍNDICES DE CONFIABILIDAD	_____	_____
ÍNDICE FOVEAL	_____	_____
PRUEBA DE HEMICAMPO PARA GLUCOMA	_____	_____
DESVIACIÓN DEL MODELO	_____	_____
COMENTARIO:	_____	

 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
 QUE REALIZA LA INTERPRETACIÓN

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

Calzada de Tlalpan 4800, col Sección XVI, Delegación Tlalpan, C.P. 14080, México, D.F. Tel. 4003205

LICENCIA SANITARIA 1014004673

10.23 SOLICITUD DE LASER



HOSPITAL GENERAL
 "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
 DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA

SOLICITUD DE LÁSER

FECHA DE SOLICITUD: ___/___/___ HORA: _____

NOMBRE COMPLETO: _____ No. EXPEDIENTE: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ EDAD: _____ SEXO: _____
 SERVICIO SOLICITANTE: _____

MOTIVO:

 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
 DEL MÉDICO SOLICITANTE

REPORTE DE LASER

REPORTE DE LÁSER

FECHA DE ELABORACION: ___/___/___ HORA: _____

NOMBRE COMPLETO: _____ No. EXPEDIENTE: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ EDAD: _____ SEXO: _____
 SIGNOS VITALES: TENSIÓN ARTERIAL: ___/___/___ FRECUENCIA CARDIACA: _____
 FRECUENCIA RESPIRATORIA: _____ TEMPERATURA: _____ PESO: _____
 TALLA: _____ NUMERO DE SESION: _____

PARAMETROS DE LASER

	Ojo izquierdo	Ojo izquierdo
Disparos		
Podex		
Tiempo		
Spot		

OBSERVACIONES: _____

Tratamiento: _____

Pronóstico: _____

Próxima cita: _____

 NOMBRE COMPLETO, CÉDULA PROFESIONAL Y FIRMA
 DEL MÉDICO QUE REALIZA EL ESTUDIO

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

Calzada de Tlalpan 4800, col Sección XVI, Delegación Tlalpan, C.P. 14080, México, D.F. Tel. 40033205

LICENCIA SANITARIA 1014004673

10.24 REPORTE DE OCT DE RETINA



**HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA**

REPORTE DE OCT DE RETINA

FECHA DE ELABORACIÓN: ___/___/___ HORA: _____

NOMBRE COMPLETO: _____ No. EXPEDIENTE: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ EDAD: _____ SEXO: _____
 SIGNOS VITALES: TENSIÓN ARTERIAL: ___/___ FRECUENCIA CARDÍACA: _____
 FRECUENCIA RESPIRATORIA: _____ TEMPERATURA: _____ PESO: _____
 TALLA: _____

	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
Grosor Foveal Prometido	Micras	Micras
Complejo EPR coroides	_____	_____
Retina Neurosensorial	_____	_____
Depresión Foveal	_____	_____
Interfase Vitreoretaneana	_____	_____
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: _____		
COMENTARIO: _____		

**NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
 DEL MÉDICO SOLICITANTE**

Calzada de Tlalpan 4800, col Sección XVI, Delegación Tlalpan, C.P. 14080, México, D.F. Tel. 40033205

LICENCIA SANITARIA 1014004673

10.25 REPORTE DE OCT DE GLAUCOMA



HOSPITAL GENERAL
 "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
 DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA

REPORTE DE OCT DE GLUCOMA

FECHA DE ELABORACIÓN: ___/___/___ HORA: _____

NOMBRE COMPLETO: _____ No. EXPEDIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ EDAD: _____ SEXO: _____

SIGNOS VITALES: TENSIÓN ARTERIAL: ___/___/___ FRECUENCIA CARDIACA: _____



FRECUENCIA RESPIRATORIA: _____ TEMPERATURA: _____ PESO: _____

TALLA: _____

	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
GROSOR EN mm ² PROMEDIO DE CAPAS DE FIBRAS NERVIOSAS		
ÁREA DEL RADIO DEL DISCO ÓPTICO (EXCAVACIÓN)		
ÁREA DE DISCO ÓPTICO		

COMENTARIO

 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CEDULA PROFESIONAL
 QUE REALIZA LA INTERPRETACIÓN

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	3. Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 38 de 48

10.26 SOLICITUD DE OCT DE GLAUCOMA



HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA

SOLICITUD DE OCT DE GLAUCOMA

FECHA DE SOLICITUD: ___/___/___		HORA: _____
NOMBRE COMPLETO: _____		NO. EXPEDIENTE: _____
FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___	EDAD: _____	SEXO: _____
SERVICIO SOLICITANTE: _____		
MOTIVO: _____		

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
DEL MÉDICO SOLICITANTE

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

10.27 REPORTE DE ULTRASONIDO



HOSPITAL GENERAL
 "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
 DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA

REPORTE DE ULTRASONIDO

FECHA DE ELABORACIÓN: ___/___/___ HORA: _____

NOMBRE COMPLETO: _____ NO. DE EXPEDIENTE: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ EDAD: _____ SEXO: _____
 SIGNOS VITALES: TENSIÓN ARTERIAL: ___/___ FRECUENCIA CARDIACA: _____
 FRECUENCIA RESPIRATORIA: _____ TEMPERATURA: _____ PESO: _____
 TALLA: _____ DIAGNÓSTICO: _____

QUERATOMETRO



TOPOGRAFÍA

OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
Longitud Axial: _____	Longitud Axial: _____
Queratometrías: _____	Queratometrías: _____
LENTE FLACO	
Poder LIO _____ Rx. Esperado _____	Poder LIO _____ Rx. Esperado _____
LENTE EXTRACAPSULAR	
Poder LIO _____ Rx. Esperado _____	Poder LIO _____ Rx. Esperado _____
LENTE CAMARA ANTERIOR	
Poder LIO _____ Rx. Esperado _____	Poder LIO _____ Rx. Esperado _____
Anotación: _____	Anotación: _____
LIO Solicitado OD: _____	LIO Solicitado OI: _____
PAQUIMETRIA OD	
PAQUIMETRIA OI	

ULTRASONIDO

Ojo derecho: _____

 Ojo izquierdo: _____

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	3. Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 40 de 48

10.28 SOLICITUD DE ULTRASONIDO



HOSPITAL GENERAL
 "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
 DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA



NOMBRE COMPLETO, CÉDULA PROFESIONAL Y FIRMA
 DEL MÉDICO QUE REALIZA EL ESTUDIO

SOLICITUD DE ULTRASONIDO

FECHA DE SOLICITUD: ____/____/____		HORA: _____
NOMBRE COMPLETO: _____	NO. EXPEDIENTE: _____	
FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____	EDAD: _____	SEXO: _____
SERVICIO SOLICITANTE: _____		
MOTIVO: _____		

 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
 DEL MÉDICO SOLICITANTE

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	3. Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 41 de 48

10.29 REPORTE DE TOPOGRAFÍA CORNEAL



HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA

REPORTE DE TOPOGRAFÍA CORNEAL

FECHA DE ELABORACIÓN: ___/___/___ HORA: _____



NOMBRE COMPLETO: _____ No. EXPEDIENTE: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ EDAD: _____ SEXO: _____
 SIGNOS VITALES: TENSIÓN ARTERIAL: ___/___ FRECUENCIA CARDIACA: _____
 FRECUENCIA RESPIRATORIA: _____ TEMPERATURA: _____ PESO: _____
 TALLA: _____

OJO DERECHO
OJO IZQUIERDO
COMENTARIO

 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
 QUE REALIZA LA INTERPRETACIÓN

Calle de Tlalpan 4850, col Insuñán XVI, Delegación Tlalpan, C.P. 14080, México, D.F. Tel. 40033205

LICENCIA SANITARIA 1014004673

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	3. Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 42 de 48

10.30 SOLICITUD DE TOPOGRAFÍA CORNEAL



HOSPITAL GENERAL
 "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
 DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA

SOLICITUD DE TOPOGRAFÍA CORNEAL

FECHA DE SOLICITUD: ___/___/___		HORA: _____
NOMBRE COMPLETO: _____		NO. EXPEDIENTE: _____
FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___	EDAD: _____	SEXO: _____
SERVICIO SOLICITANTE: _____		
MOTIVO: _____		

 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
 DEL MÉDICO SOLICITANTE


ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

10.31 HOJA DE EVALUACIÓN CARDIOVASCULAR

<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">CARDIOPATÍA ISQUÉMICA</td> <td style="width: 10%;">SI ()</td> <td style="width: 10%;">NO ()</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>INSUFICIENCIA CARDÍACA</td> <td>SI ()</td> <td>NO ()</td> <td></td> </tr> <tr> <td>HIPERTENSIÓN ARTERIAL</td> <td>SI ()</td> <td>NO ()</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CARDIOPATÍAS CONGENITAS</td> <td>SI ()</td> <td>NO ()</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NEUMOPATÍAS</td> <td>SI ()</td> <td>NO ()</td> <td></td> </tr> </table> <p>EKG: _____</p> <p>Rx: _____</p> <p>LABORATORIO: _____</p> <p>CONCLUSIONES:</p> <p>PUEDER OPERARSE: SI () NO ()</p> <p>RIESGO TROMBOEMBOLICO: _____</p> <p>RIESGO GOLDMAN / DETSKY: _____</p> <p>RIESGO ASA: _____</p>	CARDIOPATÍA ISQUÉMICA	SI ()	NO ()		INSUFICIENCIA CARDÍACA	SI ()	NO ()		HIPERTENSIÓN ARTERIAL	SI ()	NO ()		CARDIOPATÍAS CONGENITAS	SI ()	NO ()		NEUMOPATÍAS	SI ()	NO ()		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">RECOMENDACIONES</th> </tr> <tr> <td style="width: 50%;">PREOPERATORIAS: _____</td> <td style="width: 50%;">_____</td> </tr> <tr> <td>TRANSOPERATORIAS: _____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>POSTOPERATORIAS: _____</td> <td>_____</td> </tr> </table>	RECOMENDACIONES		PREOPERATORIAS: _____	_____	TRANSOPERATORIAS: _____	_____	POSTOPERATORIAS: _____	_____
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA	SI ()	NO ()																											
INSUFICIENCIA CARDÍACA	SI ()	NO ()																											
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	SI ()	NO ()																											
CARDIOPATÍAS CONGENITAS	SI ()	NO ()																											
NEUMOPATÍAS	SI ()	NO ()																											
RECOMENDACIONES																													
PREOPERATORIAS: _____	_____																												
TRANSOPERATORIAS: _____	_____																												
POSTOPERATORIAS: _____	_____																												
ESCALA (ASA) AMERICAN SOCIETY ANESTHESIOLOGISTS																													
ASA I (I / V) SANO ASA II (II / V) ENFERMEDAD GRAL. LEVE ASA III (III / V) ENFERMEDAD GRAL. GRAVE ASA IV (IV / V) ENFERMEDAD GRAL. QUE PONE EN PELIGRO LA VIDA ASA V (V / V) PACIENTE MORIBUNDO																													
		GOLDMAN / DETSKY (RIESGO CARDIACO EN CIRUGÍA NO CARSIACA)																											
RIESGO TROMBOEMBOLICO	G I	(ENTRE 0 Y 5 PUNTOS)																											
BAJO (ENTRE 1 Y 18 PUNTOS)	G II	(ENTRE 6 Y 12 PUNTOS)																											
MODERADO (19 Y 35 PUNTOS)	G III	(ENTRE 13 Y 22 PUNTOS)																											
ALTO (36 A 54 PUNTOS)	G IV	(ENTRE 23 Y 53 PUNTOS)																											
NOMBRE Y FIRMA MÉDICO SOLICITANTE		NOMBRE Y FIRMA MÉDICO QUE REALIZÓ EL ESTUDIO																											



06-01-0143

LICENCIA SANITARIA 1014004673

	Hospital General Dr. Manuel Gea González Departamento de Medicina Interna - Cardiología		
HOJA DE EVALUACIÓN CARDIOVASCULAR PREOPERATORIO DE RIESGO QUIRURGICO			
NOMBRE: _____	SEXO: _____	No. EXPEDIENTE: _____	No. GRAMA: _____
FECHA DE REALIZACIÓN: _____			
SERVICIO SOLICITANTE: _____			
DIAGNÓSTICO: _____			
CIRUGÍA PLANEADA: _____			
CIRUGÍA PROGRAMADA ()		CIRUGÍA URGENTE ()	
ENFERMEDAD CONCOMITANTE: SI () NO ()			
D.M. ()	INSF. RENAL. ()	ENF. PSIQUIÁTRICA ()	
HTAS. ()	INSF. HEPÁTICA ()	ALT. NEUROLÓGICA ()	
EPDC ()	INSF. VENOSA ()	OBESIDAD ()	
INST. RESP. ()	INFEC. ABDOMINAL ()	DESNUTRICIÓN ()	
I.C.C. ()	INFEC. NO ABDOMINAL ()	EDOS. INMUNOSUPRESIÓN ()	
ALT. HEMATOLÓGICAS ()	ARRITMIAS ()		
OTRAS: _____			
VALORACIÓN DE RIESGO TROMBOEMBOLICO			
RIESGO:	ALTO ()	MODERADO	BAJO ()
SEXO FEMENINO	1 ()	ARTERITIS	5 ()
SOBREPESO 20%	1 ()	FLEBITIS	5 ()
EDAD 50 AÑOS A MÁS	1 ()	INSUF. VENOSA	5 ()
ENF. CARDÍACA	1 ()	NEOPLASIA	5 ()
ENF. PULMONAR	1 ()	CIRG. MAYOR 3 HRS.	5 ()
D.M.	1 ()	CIRG. CAJERA	5 ()
USO HORMONALES	1 ()	CIRG. FEMUR	5 ()
REPOSO PROLONGADO	1 ()	CIRG. PRÓSTATA	5 ()
CIRG. MENOR 2 HRS.	1 ()	(SUPRAPUBLICA)	5 ()
CARDIOMEGALIA Y/O FIBRILACIÓN AURICULAR	5 ()	CALIFICACIÓN TOTAL	()
VALORACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR (GOLDMAN/DETSKY)			
EDAD MAYOR A 70 A	5 ()	PAO2 < 60 mm. Hg. o PACO2 > 50 mmHg	3 ()
IM > 6 MESES	5 ()	K + < 3.0 mEq / L o HCO3 > 30 mEq / l	3 ()
IM < 6 MESES	10 ()		
ÁGNOR CLASE III SC vc	10 ()	BUN > 50 mg / dl o CREATININA > 3.0 mg / d	3 ()
ÁGNOR CLASE IV SC vc	20 ()	TOG ANORMAL O EVIDENCIA DE	
YUGULAR GALOPE S3 O PLETORA	11 ()	HEPATOPATIA CRÓNICA	3 ()
ÁGNOR INESTABLE	10 ()	CIRUGIA URGENTE	4 ()
6 MESES	10 ()	INTRAPERITONEAL / NEUROCIURGIA	3 ()
TEP < 1 SEMANA	10 ()		
TEP (ANTECEDENTES)	5 ()	CALIFICACIÓN TOTAL	()
ESTENOSIS AÓRTICA	3 ()		
EKG EN RITMO NO SINUSAL	7 ()		
EKG CON 6 L.P.VS f.m.	7 ()		
RIESGO: GRADO I ()	GRADO II ()	GRADO III ()	GRADO IV ()
DATOS CARDIOVASCULARES:			
VALVULOPATIAS	SI ()	NO ()	

06-01-0143

LICENCIA SANITARIA 1014004673

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	3. Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 44 de 48

10.32 REGISTRO DE ADOLESCENTES DE CONSULTA Y HOSPITALIZACIÓN



HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
PROGRAMA DE EMBARAZO ADOLESCENTE
REGISTRO DE ADOLESCENTES DE CONSULTA Y HOSPITALIZACIÓN

Fecha _____ No. de Expediente _____

Nombre _____

Teléfono _____ Delegación _____

Diagnóstico Médico:

Antecedente de Diagnóstico Psiquiátrico;

Tipo de paciente 1.- Consulta externa 2.- Hospitalización 3.- Interconsulta

Causa de la consulta 1.- Atención perinatal SDG _____ 2.- Parto
3.- Cesárea 4.- Abortos _____ 5.- Óbito
6. Días de nacido _____
7.- Otro _____

Edad _____ Originaria _____

Estado civil
1. Soltera 2. Casada 3. Unión libre 4. Divorciada 5. Separada 6.- Viuda

Edad menarca _____ años

Inicio vida sexual _____ años Número de parejas sexuales _____

Edad primera unión _____ años Edad pareja _____

Ocupación de pareja actual _____ años Vive con _____

Ingreso económico proveniente _____

Grado escolar:

1. Primaria 2. Secundaria 3. Preparatoria 4. Universidad

Estudios no formales: _____

Trabajo actual: _____

Trabajo anterior: _____

Plan de estudio a o trabajo a mediano plazo:

Evaluación

Ansiedad _____

Depresión _____

Violencia intrafamiliar _____

10.33 ESCALA DE VIOLENCIA E ÍNDICE DE SEVERIDAD



Hospital General Dr. "Manuel Gea González"
División de Gineco-Obstetricia
Programa Embarazo Adolescente

Nombre: _____ Fecha: _____
 Edad: _____ Alcaldía: _____ Teléfono: _____ No. Registro _____
 Estado civil: _____ Escolaridad: _____ Ocupación: _____
 Atención psicológica: Consulta externa _____ Hospitalización _____ Cama _____
 Embarazo: _____ SDG _____ posparto _____ Gesta _____ Parto _____ Aborto _____ Óbito _____

Escala de violencia e índice de severidad

Instrucciones: Marque la opción que mejor se adecue a su situación actual.

¿Has experimentado violencia física, sexual, y/o Psicológica? Sí _____ No _____



¿Por quién?

Padre _____ Pareja _____ Amigo _____ Familiar _____ Otro _____ (especifique) _____

	Nunca	Alguna vez	Varias veces	Muchas veces
1. ¿Le ha exigido tener relaciones sexuales?	0	1	2	3
2. ¿Le ha quemado con cigarro u otra sustancia?	0	1	2	3
3. ¿Le ha pateado?	0	1	2	3
4. ¿Le ha amenazado con pistola o rifle?	0	1	2	3
5. ¿Le ha empujado intencionalmente?	0	1	2	3
6. ¿Le ha golpeado con el puño o la mano?	0	1	2	3
7. ¿Le ha disparado con una pistola o rifle?	0	1	2	3
8. ¿Le ha dicho que es poco atractiva o fea?	0	1	2	3
9. ¿Se ha puesto celoso o ha sospechado de sus amistades?	0	1	2	3
10. ¿Le ha amenazado con arma, con alguna navaja, cuchillo o machete?	0	1	2	3
11. ¿Le ha intentado ahorcar o asfixiar?	0	1	2	3
12. ¿Le ha rebajado o menospreciado?	0	1	2	3
13. ¿Le ha torcido el brazo?	0	1	2	3
14. ¿Ha usado la fuerza física para tener relaciones sexuales?	0	1	2	3
15. ¿Le ha insultado?	0	1	2	3
16. ¿Le ha agredido con navaja, cuchillo o machete?	0	1	2	3
17. ¿Le ha rebajado o menospreciado frente a otras personas?	0	1	2	3
18. ¿Le ha amenazado con irse con otras mujeres si no accede a tener relaciones sexuales?	0	1	2	3
19. ¿Le ha sacudido, zarandeado, jaloneado?	0	1	2	3

Puntaje total: ISVP _____ SVP _____ SVF _____ SVS _____

Nombre completo de quien evaluó, firma y cédula profesional: _____

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	3. Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 46 de 48



10.34 PROGRAMA EMBARAZO ADOLESCENTE



Hospital General Dr. "Manuel Gea González"
 División de Gineco-Obstetricia
 Programa Embarazo Adolescente

Nombre: _____ Fecha: _____
 Edad: _____ Alcaldía: _____ Teléfono: _____ No. Registro _____
 Estado civil: _____ Escolaridad: _____ Ocupación: _____
 Atención psicológica: Consulta externa _____ Hospitalización _____ Cama _____
 Embarazo: _____ SDG _____ posparto _____ Gesta _____ Parto _____ Aborto _____ Óbito _____
 Días de nacido: _____

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas
 0. Tanto como siempre
 1. No tanto ahora
 2. Mucho menos
 3. No, no he podido
2. He mirado el futuro con placer
 0. Tanto como siempre
 1. Algo menos de lo que solía hacer
 2. Definitivamente menos
 3. No, nada
3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien
 3. Sí, la mayoría de las veces
 2. Sí, algunas veces
 1. No muy a menudo
 0. No, nunca
4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo
 1. No, para nada
 2. Casi nada
 3. Sí, a veces
 4. Sí, a menudo
5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno
 3. Sí, bastante
 2. Sí, a veces
 1. No, no mucho
 0. No, nada
6. Las cosas me oprimen o agobian
 3. Sí, la mayor parte de las veces
 2. Sí, a veces
 1. No, casi nunca
 0. No, nada
7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir
 3. Sí, la mayoría de las veces
 2. Sí, a veces
 1. No muy a menudo
 2. No nada
8. Me he sentido triste y desgraciada
 3. Sí, casi siempre
 2. Sí, bastante a menudo
 1. No muy a menudo
 0. No, nada
9. He sido tan infeliz que he estado llorando
 3. Sí, casi siempre
 2. Sí, bastante a menudo
 1. Sólo en ocasiones
 0. No, nunca
10. He pensado en hacerme daño a mí misma
 3. Sí, bastante a menudo
 2. A veces
 1. Casi nunca
 0. No, nunca

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	3. Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 47 de 48

10.35 INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK



Hospital General Dr. "Manuel Gea González"
División de Gineco-Obstetricia
Programa Embarazo Adolescente

Nombre: _____ Fecha: _____
 Edad: _____ Alcaldía: _____ Teléfono: _____ No. Registro _____
 Estado civil: _____ Escolaridad: _____ Ocupación: _____
 Atención psicológica: Consulta externa _____ Hospitalización _____ Cama _____
 Embarazo: _____ SDG _____ posparto _____ Gesta _____ Parto _____ Aborto _____ Óbito _____
 Días de nacido: _____

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

INSTRUCCIONES: Abajo se muestra una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lee cuidadosamente cada afirmación e indica cuanto te ha molestado cada síntoma durante la última semana incluyendo hoy, marcando con una X según la intensidad de la molestia.

SINTOMA	Poco o nada	Más o menos	Moderadamente	Severamente
1.- Entumecimiento, hormigueo	0	1	2	3
2.- Sentir oleadas de calor (bochorno)	0	1	2	3
3.- Debilitamiento de las piernas	0	1	2	3
4.- Dificultad para relajarse	0	1	2	3
5.- Miedo a que pase lo peor	0	1	2	3
6.- Sensación de mareo	0	1	2	3
7.- Opresión en el pecho y latidos acelerados	0	1	2	3
8.- Inseguridad	0	1	2	3
9.- Terror	0	1	2	3
10.- Nerviosismo	0	1	2	3
11.- Sensación de ahogo	0	1	2	3
12.- Manos temblorosas	0	1	2	3
13.- Cuerpo tembloroso	0	1	2	3
14.- Miedo a perder el control	0	1	2	3
15.- Dificultad	0	1	2	3
16.- Miedo a morir	0	1	2	3
17.- Asustado	0	1	2	3
18.- Indigestión y malestar estomacal	0	1	2	3
19.- Debilidad	0	1	2	3
20.- Ruborizarse, sonrojarse	0	1	2	3
21.- Sudoración (no debida al calor)	0	1	2	3
Totales				
			Total	

10.16 REPORTE DE CITOLOGÍA CERVICAL

SECRETARÍA DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA SALUD
PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO
HOSPITAL GENERAL
DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ
SISTEMA DE INFORMACIÓN
SOLICITUD Y REPORTE DE RESULTADOS DE CITOLOGÍA CERVICAL

Prevención y Control del
Cáncer Cérvico Uterino

ROL: _____

I. IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD ANTES DE LLENAR, FAVOR DE LEER EL INSTRUCTIVO (ELABORAR ORIGINAL Y COPIA)

1. Institución: _____ 4. Municipio: _____
 2. Estatal / Delegación: _____ 5. Unidad Médica: _____
 3. Jurisdicción: _____

II. IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE

CLAVE DE LA PACIENTE: _____

6. Nombre: _____
 7. Fecha de nacimiento: _____ C.U.P.: _____
 8. Estado de nacimiento: _____ 9. Sexo: _____
 10. Domicilio: _____
 11. Dirección: _____

III. ANTECEDENTES

12. Citología: 1. Primera vez en la vida 2. Primera vez después de 3 años 3. Subsecuente

13. Situación ginecológica: 1. Posparto o postaborto 2. Posmenopausa 3. Uso de hormonas 4. DCU 5. Infertilidad 6. Tratamiento hormonal 7. Retraso en edad 8. Tratamiento endocrino previo 9. Ninguno

15. Inicio de vida sexual: 1. Si 2. No Sexo: _____
 15.2. Antecedentes de vacunación VPH: 1. Si 2. No Sexo: _____
 1. Una 2. Dos 3. Tres 4. Cuatro

16. Fecha de la última regla: _____
 18. Usando con qué tipo de método: 1. Repite de Ayre (médica) 2. Oclusión 3. Vaginal 4. Otro (especificar): _____

19. Fecha de toma de la muestra: _____
 20. ¿Centro con la Carta Nacional de Salud de la Mujer? 1. Si 2. No

21. ¿Muestra repetida? 1. Si 2. No 21.1. Número citológico anterior: _____

17. Responsables de la toma citológica: _____
 18. Factores de riesgo: 1. Inicio de relaciones sexuales antes de los 15 años 2. Mujeres parejas sexuales 3. Antecedentes de infecciones de transmisión sexual 4. Tabaquismo 5. Ninguno

IV. RESULTADO DE CITOLOGÍA CERVICAL

22. Fecha de interpretación: _____
 23. Laboratorio: _____
 24. Diagnóstico Citológico:

25. Número citológico: _____
 26. Características de la muestra: 1. Abundante 2. Inabundante

27. Repetir estudio: 1. Si 2. No

28. Método: 1. Adhesión, hemograma, información y/o lavado en sala del TPA, del estándar 2. Lavado in situ 3. Prób. grande 3. Muestra real Spike 4. Otro (especificar): _____

29. R.P.C. del Citólogo: _____
 Nombre completo, séd. prof. y firma: _____

30. ¿La muestra fue revisada por el patólogo? 1. Si 2. No

30.1. Diagnóstico del Patólogo:

31. R.P.C. del Patólogo: _____
 Nombre completo, séd. prof. y firma: _____

32. Fecha de liberación: 1. Si 2. No 32.1. Resultado de liberación: 1. Negativo 2. Positivo VPH bajo riesgo (E1, E2, E3, E4) 3. Positivo VPH alto riesgo (E5, E6, E7, E8, E9, E10)

Citología Inconclusa:



11. Citología escamosa atípica de significado incierto ASC
 12. Leucito intraepitelial de bajo grado L1B0 VPH
 13. Leucito intraepitelial de bajo grado L1B1 (Epitelio Leno) (NIC1)
 14. Leucito intraepitelial de bajo grado L1B2 (Epitelio Leno) (NIC2) VPH
 15. Leucito intraepitelial de alto grado L1A0 (Epitelio Moderado) (NIC2)
 16. Leucito intraepitelial de alto grado L1A1 (Epitelio Grave) (NIC2)
 17. Leucito intraepitelial de alto grado L1A2 (Cáncer in situ) (NIC2)
 18. Carcinoma de células escamosas Cáncer Invasor

Citología Estratificada:



19. Citología escamosa atípica de significado incierto ASC
 20. Citología glandular atípica de significado incierto AGC
 21. Adenocarcinoma in situ
 22. Adenocarcinoma Endocervical
 23. Adenocarcinoma Endocervical

Citología Estratificada:

19. Citología escamosa atípica de significado incierto ASC
 20. Citología glandular atípica de significado incierto AGC
 21. Adenocarcinoma in situ
 22. Adenocarcinoma Endocervical
 23. Adenocarcinoma Endocervical

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA		Hoja: 1 de 17

4. PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA		Hoja: 2 de 17

1. PROPÓSITO



Establecer las actividades de todo el personal de salud involucrado en la Programación de Procedimientos Quirúrgicos, para que sea más eficiente y resuelva las necesidades de todos los servicios quirúrgicos del hospital.

2. ALCANCE



- 2.1 A nivel interno aplica a la Subdirección de Cirugía responsable de la atención de los pacientes para un procedimiento quirúrgico, Subdirección de Urgencias y Medicina responsable de la valoración del paciente y Subdirección de Anestesia y Terapias responsable de la atención anestésica del paciente y de consolidar la información de la programación quirúrgica y en general a todo el personal involucrado en los procedimientos quirúrgicos.
- 2.2 A nivel externo aplica al paciente que amerite un procedimiento quirúrgico.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1. La Subdirección de Cirugía y la Subdirección de Pediatría a través de la División de Cirugía Pediátrica es la responsable de requisitar debidamente y firmar las Hojas de Programación y Registro Individual de Operaciones; para la Programación quirúrgica.
- 3.2. La Subdirección de Cirugía y la Subdirección de Pediatría a través de la División de Cirugía Pediátrica, deben entregar las Hojas de Programación y Registro Individual de Operaciones a más tardar 72 horas antes del procedimiento quirúrgico, en el caso de cirugía electiva; y en el caso de cirugía de urgencia o emergencia en las 6 horas previas al evento quirúrgico.
- 3.3. La Subdirección de Anestesia y Terapias es la responsable de entregar vía electrónica la Programación quirúrgica a la Dirección Médica, Subdirección de Cirugía, Subdirección de Enfermería, Departamento de Enfermería Clínica, Departamento de Trabajo Social y Servicio de Banco de Sangre. Y de manera impresa al Departamento de Admisión y Archivo Clínico.
- 3.4. La Subdirección de Cirugía a través de sus diferentes Divisiones Quirúrgicas y la Subdirección de Pediatría a través de la División de Cirugía Pediátrica, determinan las Cirugías de urgencias calificadas, así como las de emergencia, las cuales también son sujetas a programación, sin embargo, esta debe ser inmediata haciendo hincapié en los tiempos.
- 3.5. La Subdirección de Cirugía debe realizar la Programación Quirúrgica, de acuerdo a los días asignados a cada especialidad.
- 3.6. La Subdirección de Anestesia y Terapias es responsable de anotar en el Tablero de Quirófanos, la Programación Quirúrgica del siguiente día; en el caso de la cirugía electiva.
- 3.7. La Subdirección de Urgencias y Medicina a través de la División de Medicina Interna es la responsable de establecer los Criterios Médicos para la Valoración Cardiovascular Pre-operatoria que son: Paciente mayor de 60 años de edad, paciente con Co-morbilidades importantes como Cardiopatía Isquémica, Cáncer, Neumopatías Crónicas, Enfermedades crónico-degenerativas, entre otras.


 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA		Hoja: 3 de 17

- 3.8. La Subdirección de Urgencias y Medicina a través de la División de Medicina Interna es la responsable de establecer los Criterios Médicos para la Valoración Cardiológica por parte de un médico Cardiólogo que son: Pacientes con Enfermedades Cardiacas Descompensadas, pacientes post-operados de Cirugía Cardíaca, Arritmias severas que no responden a tratamientos convencionales y a solicitud de los servicios de Alto Riesgo Peri-operatorio, Anestesia, Medicina Interna o Grupos Quirúrgicos.
- 3.9. La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas y la Subdirección de Pediatría a través de la División de Cirugía Pediátrica deben indicar al paciente los horarios de 9:00 a 11:00 o de 11:00 a 14:00 para su Valoración Pre-Anestésica, en el segundo piso de la Torre de Especialidades junto al Modulo del Control de Oftalmología; en todos los casos de cirugía electiva. En las cirugías de Urgencia o Emergencia la valoración Pre-anestésica deberá ser realizada por el médico anesthesiólogo en turno, previo al paso del paciente a quirófano.
- 3.10. La Subdirección de Cirugía a través de las Divisiones Quirúrgicas y la Subdirección de Pediatría a través de la División de Cirugía Pediátrica deben realizar el llenado del Instructivo de Ingreso de Cirugía Ambulatoria, en pacientes de cirugía ambulatoria.
- 3.11. La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas y la Subdirección de Pediatría a través de la División de Cirugía Pediátrica, en el caso de Urgencias Ambulatorias realizarán la Hoja de Programación y Registro Individual de Operaciones, en el momento del Ingreso del paciente.
- 3.12. La Subdirección de Cirugía y la Subdirección de Pediatría a través de la División de Cirugía Pediátrica son responsables de asignar fecha de la intervención quirúrgica, cuando el paciente haya realizado el pago del procedimiento quirúrgico o el trámite administrativo.
- 3.13. La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas son responsables en cirugías programadas con pacientes sintomáticos de covid 19, de solicitar prueba rápida covid-19, así como TELE de tórax. de no contar con estos estudios, se deberá diferir la intervención quirúrgica.
- 3.14. La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas son responsables en cirugías programadas con pacientes asintomáticos, pero sospecha de covid 19, de solicitar prueba rápida covid-19, de no contar con este estudio, se deberá diferir la intervención quirúrgica.
- 3.15. La Subdirección de Cirugía a través de todas las Divisiones quirúrgicas y la Subdirección de Pediatría a través de la División de Cirugía Pediátrica son responsables de notificar a la División de Anestesiología, cuando tengan un paciente con necesidad quirúrgica inmediata.
- 3.16. La Subdirección de Cirugía a través de todas las Divisiones quirúrgicas son responsables en pacientes que requieran cirugía de urgencia, deben entregar la solicitud de cirugía bien requisitada y firmada por el médico responsable, incluyendo los datos del paciente, datos clínicos más importantes, así como resultados de laboratorio y gabinete dependiendo de sus patologías y diagnósticos, para realizar su valoración preanestésica. Además de notificar al servicio de enfermería que solicite suba al paciente al 6to piso.
- 3.17. La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas son responsables de solicitar como Estudios Preoperatorios en el área de Urgencias, los siguientes: Biometría Hemática Completa, Tiempos de Coagulación (Tp, TpT e INR). Glucosa, Urea, Creatinina,

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA		Hoja: 4 de 17

Potasio, Sodio, Cloro. Así como solo agregar los estudios dependiendo de la comorbilidad o patología del paciente.


- 3.18. La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas son responsables de solicitar como Estudios Preoperatorios básicos y los necesarios según la patología y/o comorbilidades del paciente en las cirugías programadas.
- 3.19. La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas son responsables de solicitar, en cirugías programadas y de urgencias para pacientes mayores de 50 años, TELE de tórax y electrocardiograma en reposo, para su programación.
- 3.20. La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas son responsables de solo realizar la "Toma de Piloto" en el área de Urgencias, cuando este confirmado el evento quirúrgico o el médico tratante decida transfusión de algún hemoderivado.
- 3.21. La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas son responsables de desechar las muestras de la "Toma de piloto" que no se utilicen posterior a las 24 horas.
- 3.22. La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas son responsables de desechar las muestras que no se lleguen a utilizar, por lo que no deberán de almacenar ninguna muestra en el área de Urgencias, hospitalización y consulta externa.
- 3.23. La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas son responsables de solo realizar la "Toma de Piloto", a los pacientes que lo requieran, ya sea por el tipo de procedimiento quirúrgico o por necesidades especiales del paciente.
- 3.24. La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable de revisar en la Valoración Preanestésica, si el expediente clínico cuenta con Hoja PRIO, Estudios de laboratorios vigentes, Consentimientos informados debidamente requisitados y firmados, solicitud de banco de sangre (los casos que así lo ameriten) y Valoraciones anestésicas completas, en caso de no contar con alguna documentación, no podrá ser incluido en la Programación quirúrgica.
- 3.25. La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología y el Departamento de Quirófanos son responsables de continuar con la cirugía programada siguiente o con la programación de intervenciones quirúrgicas de urgencias, en los casos de cancelación de cirugías programadas.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	PROCEDIMIENTO
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA
	PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA Hoja: 5 de 17

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

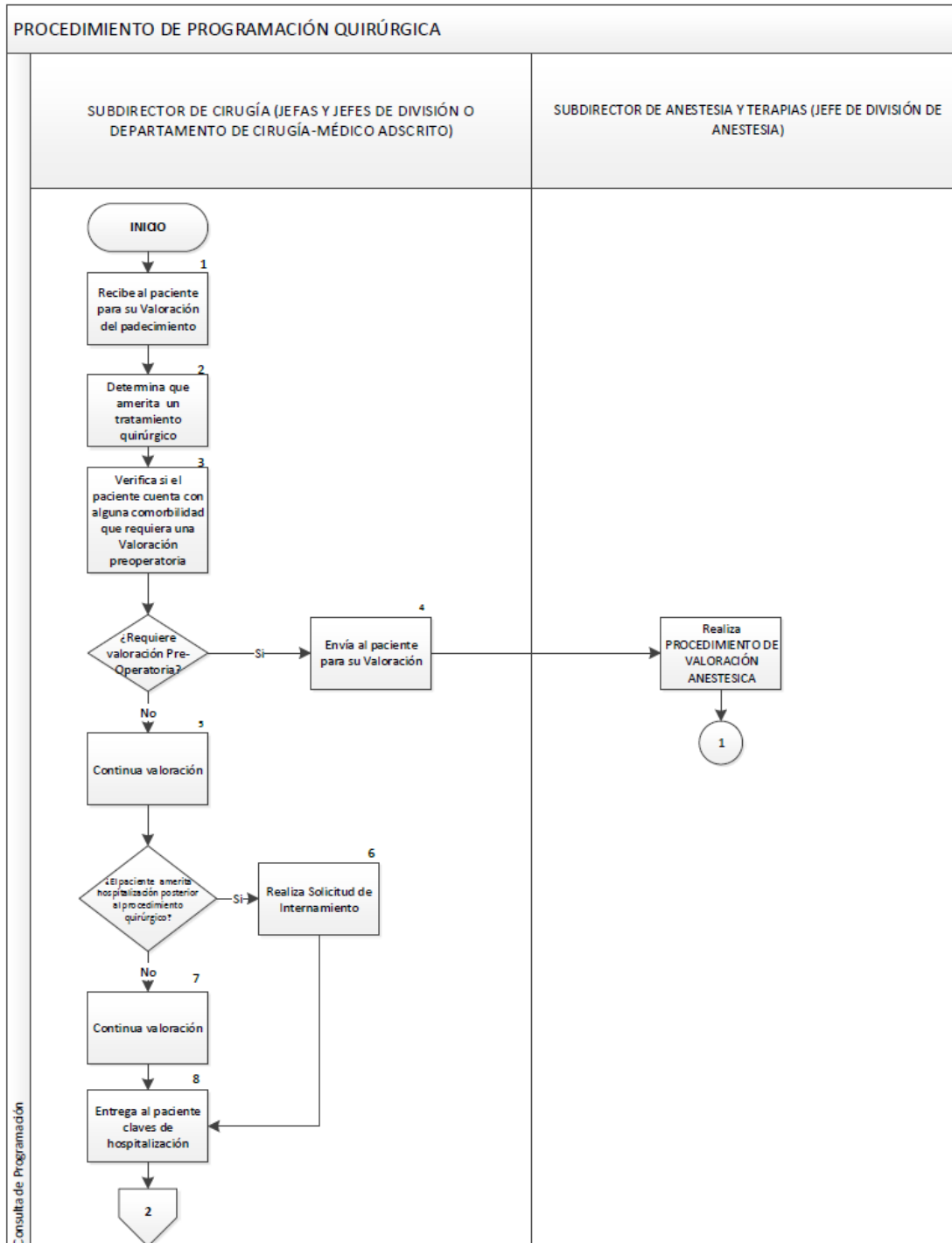
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirector de Cirugía (Jefes de División de cirugía) y Subdirectora de Pediatría (Jefe de División de Cirugía Pediátrica)	1	Recibe al paciente para su Valoración del padecimiento	Expediente Clínico Solicitud de Internamiento
	2	Determina que amerita un tratamiento quirúrgico	
	3	Verifica si el paciente cuenta con alguna comorbilidad que requiera Valoración Preoperatoria. ¿Requiere Valoración Pre-Operatoria?	
	4	Si: Envía al paciente para su valoración	
Subdirector de Anestesia y Terapias (División de Anestesia)		Realiza PROCEDIMIENTO DE VALORACIÓN ANESTÉSICA. Termina Procedimiento	
Subdirector de Cirugía (Jefes de División de cirugía) y Subdirectora de Pediatría (Jefe de División de Cirugía Pediátrica)	5	No: Continúa valoración ¿El paciente amerita hospitalización posterior al procedimiento quirúrgico?	
	6	Si: Realiza Solicitud de Internamiento, va actividad 8.	
	7	No: Continúa valoración	
	8	Entrega al paciente claves de hospitalización	
	9	Asigna fecha del Procedimiento quirúrgico y la anota en el carnet	
	10	Solicita al paciente que acude a realizar los trámites médico-administrativos, y le informa que deberá cumplirlos 48 horas antes de la fecha de su intervención quirúrgica.	
	11	Notifica al paciente que debe acudir a su cita de Valoración Preanestésica 48 horas antes de su intervención quirúrgica	
	12	Envía al paciente a programar su Valoración Preanestésica	
Subdirector de		Realiza PROCEDIMIENTO DE VALORACIÓN	

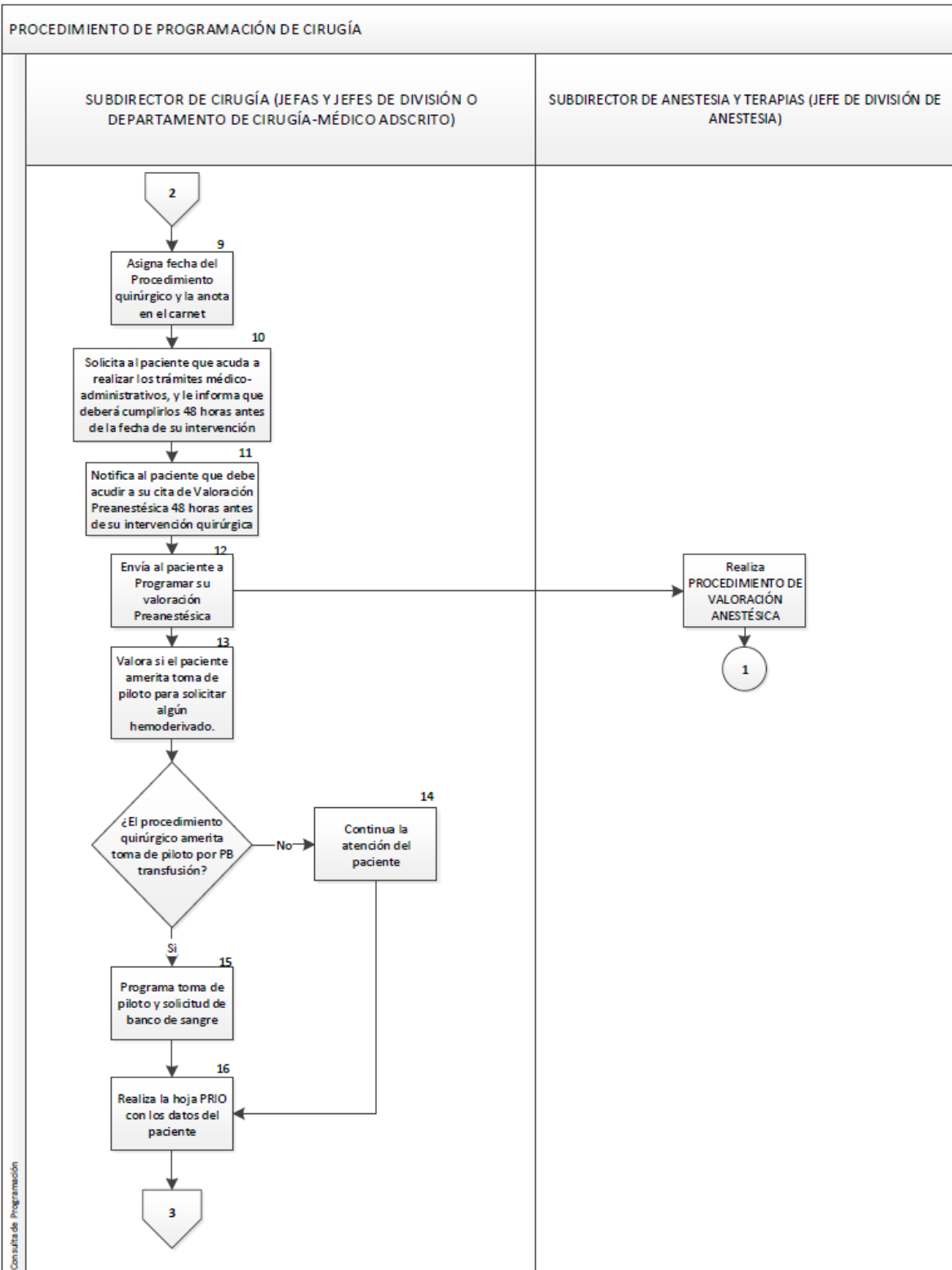
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Anestesia y Terapias (División de Anestesia)		ANESTESICA. Termina Procedimiento	
Subdirector de Cirugía (Jefes de División de cirugía) y Subdirectora de Pediatría (Jefe de División de Cirugía Pediátrica)	13	Valora si el paciente amerita toma de piloto para solicitar algún hemoderivado. ¿El procedimiento quirúrgico amerita toma de piloto para probable transfusión?	Hoja de Programación y Registro Individual de Operaciones
	14	No: Continúa la atención del paciente, continua a paso 16.	
	15	Si: Programa toma de piloto y solicitud de banco de sangre	
	16	Realiza la Hoja de Programación y Registro Individual de Operaciones con los datos de paciente	
	17	Consolida todas las Hoja de Programación y Registro Individual de Operaciones del servicio quirúrgico	
	18	Separa la Programación de Corta Estancia y Hospitalización	
	19	Programa con las Hoja de Programación y Registro Individual de Operaciones de todo el servicio las cirugías para la siguiente semana	
	20	Entrega las Hoja de Programación y Registro Individual de Operaciones	
Subdirector de Anestesia y Terapias (Jefe de División de Anestesia)	21	Recibe las Hoja de Programación y Registro Individual de Operaciones de Cirugía ambulatoria en segundo piso y de cirugía que amerita hospitalización en sexto piso	Programación de Cirugía
	22	Concentra la información de todas las Hoja de Programación y Registro Individual de Operaciones y de la Programación	
	23	Realiza la Programación de todos los Servicios Quirúrgicos dependiendo de la información de las Hoja de Programación y Registro Individual de Operaciones y la Programación por servicio.	

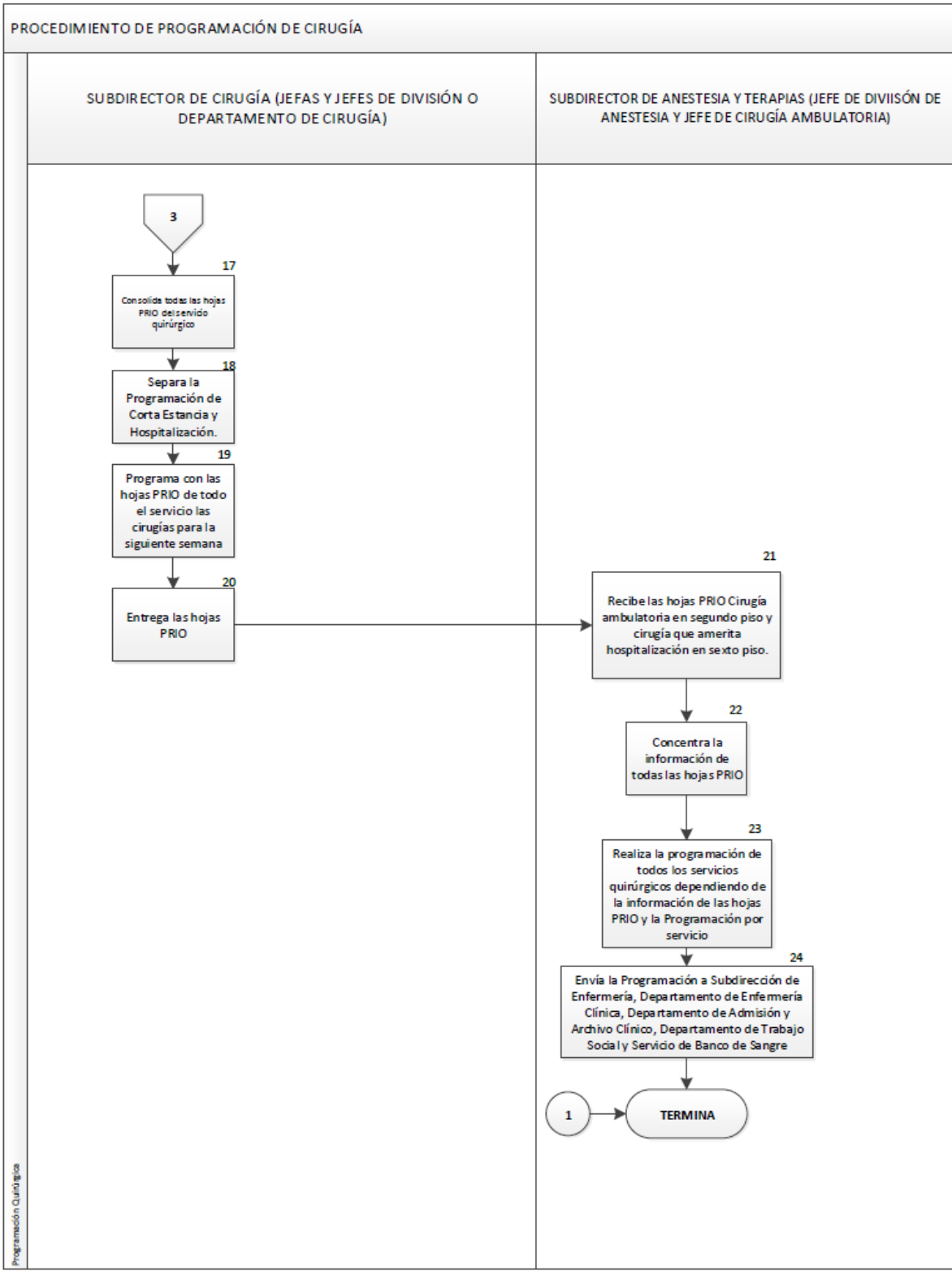
	PROCEDIMIENTO
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA
	PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA Hoja: 7 de 17



Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
	24	Envía la Programación a Subdirección de Enfermería, Departamento de Enfermería Clínica, Departamento de Admisión y Archivo Clínico, Departamento de Trabajo Social y Servicio de Banco de Sangre <p style="text-align: center;">TERMINA PROCEDIMIENTO</p>	

5. DIAGRAMA DE FLUJO







	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		Hoja: 11 de 17
	PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA		

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA



Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Funcional Especifico	No aplica
6.2 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaria de Salud	No aplica
6.3 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Consentimiento Informado:** documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o 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.
- 8.2 Expediente clínico:** al conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento 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 de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá 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.
- 8.3 Hoja PRIO:** Solicitud, Registro de Operaciones y Nota Postoperatoria.
- 8.4 Servicios de hospitalización:** Servicio que cuenta con camas censables para atender pacientes internos; proporcionar atención médica con el fin de realizar diagnósticos, aplicar tratamientos y cuidados continuos de enfermería.
- 8.5 Urgencia:** a todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiere atención inmediata.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		Hoja: 12 de 17
	PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA		



9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
02	13/junio/2018	<ul style="list-style-type: none"> • Se Actualiza formato • Se realiza reestructura de políticas y lineamientos • Se modifica el procedimiento y se cambia personal responsable • Se actualizan formatos y anexos.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 HOJA PRIO

10.2 HOJA DE RQUISICIÓN PARA EVENTOS DE URGENCIA

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA			Hoja: 13 de 17
	PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA			

10.1 HOJA PRIO





Hospital General
Dr. Manuel Gea González
SOLICITUD, REGISTRO DE OPERACIONES Y
NOTA POSTOPERATORIA

Nombre del Paciente:		Registro:	
Fecha de Nacimiento:		Peso:	
Edad:	Sexo: masculino () femenino ()	Cama:	
Servicio:	Clinica:	Tiempo quirúrgico estimado:	
Fecha de Solicitud:	da mes año	Hora Solicitud:	
Fecha de Programación:	da mes año	Recibe Solicitud:	
Fecha de la Cirugía:	da mes año	Hora de Recepción:	
Electiva () Urgencia () EMERGENCIA ()		Ambulatoria (si) (no)	
Durante la Operación se requiere:			
Instrumental:		Colaboración de los servicios de:	
Nombre y firma de quien recibe la solicitud:		Riesgo Quirúrgico: I. II. III. IV. Anestesia: General () Local () Regional ()	
Médico Solicitante		Médico Jefe de la División	
Firma		Firma	
Nombre	Cédula Profesional	Nombre	Cédula Profesional
Diagnóstico Preoperatorio:		Diagnóstico Postoperatorio:	
1.-		1.-	
2.-		2.-	
3.-		3.-	
4.-		4.-	
Operación Planeada:		Operación Realizada:	
1.-		1.-	
2.-		2.-	
3.-		3.-	
4.-		4.-	
Cirujano:		Estudio Histopatológico: (si) (no)	
1er. Ayudante:		Pieza:	
2º. Ayudante:		RayosX:	
3er. Ayudante:		Drenajes: (si) (no)	Tipo:
Instrumentista:		Diferimiento de Cirugía: (si) (no)	
Circulante:		Motivo debido a: Paciente () Institución ()	
Anestesiólogo:		Especifique:	
Calidad en Quirofano	Previo al Inicio	Previo al Término	
Pausa Quirúrgica	SI () NO ()	SI () NO ()	Hora de inicio Cirugía: _____ Anestesia: _____
Gasas	SI () NO ()	SI () NO ()	Hora de término Cirugía: _____ Anestesia: _____
Compresas	SI () NO ()	SI () NO ()	Sangrado (ml): _____ ml.
Instrumental	SI () NO ()	SI () NO ()	Transfusiones: (SI) (NO) _____ ml.
Punzocortantes	SI () NO ()	SI () NO ()	Balance Hídrico: _____ ml.

06-01-0028

LICENCIA SANITARIA 1014004673

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		Hoja: 14 de 17
	PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA		





Hospital General
Dr. Manuel Gea González
SOLICITUD, REGISTRO DE OPERACIONES Y
NOTA POSTOPERATORIA

Nombre del Paciente:		Registro:	
Fecha de Nacimiento:		Peso:	
Edad:	Sexo: masculino () femenino ()	Cama:	
Signos Vitales:	Frecuencia Cardíaca: _____ por minuto	Tensión Arterial: _____ / _____ mmHg	
Peso: _____ Kgs.	Frecuencia Respiratoria: _____ por minuto	Temperatura: _____ °C	
Talla: _____ Kgs.	Saturación de Oxígeno: _____ %		
Fecha y hora de elaboración de la Nota Postoperatoria:			
Accidentes: (SI) (NO) Especifique:		Incidentes: (SI) (NO) Especifique:	
Descripción de la Técnica Quirúrgica:			
Hallazgos Transoperatorios:			
Estudios Transoperatorios y Resultados:			
Estado Postquirúrgico Inmediato: Estable () Inestable () Fallecido ()			
Comentarios:			
Plan Manejo y Tratamiento Postoperatorio Inmediato:			
Pronóstico: Bueno () Malo ()			
Comentarios:			
Elaborado por:		Responsable de la cirugía	
Firma		Firma	
Nombre	Cédula Profesional	Nombre	Cédula Profesional

06-01-0028

LICENCIA SANITARIA 1014004673

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		Hoja: 15 de 17
	PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA		

10.2 HOJA DE REQUISICIÓN PARA EVENTOS DE URGENCIA



Hospital General Dr. Manuel Gea González
Subdirección de Cirugía
División de Gineco-Obstetricia

REQUISICIÓN DE INSUMOS PARA EVENTOS DE URGENCIA

Fecha: 25/11/2021 No. de requisición: _____
Nombre completo del paciente:
Fecha de nacimiento: _ Sexo: _ Edad:
No. De Registro:

Diagnóstico:
Procedimiento (médico, quirúrgico o clínico) a realizar:
Fecha de procedimiento:



Médico Tratante:	Firma
------------------	-------

Adscripción: MÉDICO ADSCRITO GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA Especialidad:
GINECOLOGÍA & OBSTETRICIA

Medicamentos, materiales de curación, equipos y/o insumos necesarios para la atención del evento de urgencia:

No. de partida	Clave	Descripción detallada	Unidad de medida	Cantidad solicitada
1		MONITOR SONY GRADO MEDICO		1
2		FUENTE DE LUZ XENON		1
3		ENDO-CÁMARA		1
4		GRABADOR QUEMADOR		1
5		BOMBA HAMOU		1
6		GENERADOR BIPOLAR		1
7		RESECTOSCOPIO PRINCESS 7MM		1
8		ÓPTICA PANOVIEW PRINCESS RICHARD WOLF		1
9		RESECTOSCOPIO RICHARD WOLF: -Camisa interna 22.5FR -Camisa externa 24.5FR -Camisa interna 21FR -Camisa externa 21FR -Elementos de trabajo -Oburador 21FR -Cable bipolar resector		1
10		INSTRUMENTAL: -Electrodo ASA corte 21FR		



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		Hoja: 16 de 17
	PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA		



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

gea
hospital

Hospital General Dr. Manuel Gea González
Subdirección de Cirugía
División de Gineco-Obstetricia

		-ASA corte 24FR -ASA Roller 21FR -Contenedor de ASAS -Cabeza image 1 HD -Fibra óptica -Adaptador resectoscopio aspiración de salida		
--	--	--	--	--

JUSTIFICACIÓN MÉDICA DE LA URGENCIA: (especificar los motivos por lo que se requiere la intervención inmediata y detallar las consecuencias en caso de no realizarse el procedimiento):
PACIENTE CON DIAGNOSTICO COMENTADO QUIEN REQUIERE RESOLUCION DE PADECIMIENTO PARA EVITAR PROGRESION DE LA ENFERMEDAD, HEMORRAGIA, CHOQUE HIPOVOLEMICO

JEFE DE DIVISIÓN	ENCARGADO DE LA SUBDIRECCIÓN DEL ÁREA
------------------	---------------------------------------

JUSTIFICACIÓN PARA LA ADQUISICIÓN URGENTE DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL DE CURACIÓN.

SE EMITE LA PRESENTE CON FUNDAMENTO EN LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 42 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO (LAASSP), ASÍ COMO A LO ESTABLECIDO EN LOS OFICIOS CCINSHAE-DGCHFR-1908-2020, DGPYP-1727-2020 Y CCINSHAE-DGCHFR-1923-2020, ASÍ COMO AL NUMERAL 21 DE LAS POLÍTICAS BASES Y LINEAMIENTOS EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL HOSPITAL.

LO ANTERIOR PARA LLEVAR A CABO EL PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACIÓN DIRECTA PARA LA ADQUISICIÓN DE LOS BIENES QUE SE DESCRIBEN EN LA REQUISICIÓN DE INSUMOS PARA EVENTOS DE URGENCIA.

I.- Descripción de los bienes objeto del procedimiento de contratación por el Área requirente para explicar el objeto y alcance de la adquisición:

Numero de Partidas	DESCRIPCIÓN	Clave clasificador del gasto
	CONFORME LA REQUISICIÓN DE INSUMOS PARA EVENTOS DE URGENCIA. CON NUMERO: _____ DE FECHA: _____	(25301; 25401)

II.- Plazos y condiciones de entrega de los bienes a adquirir. 24 horas máximo. Con penalización del 5% por cada día de atraso. Conforme a los artículos 46 de la LAASSP y 84 de su Reglamento.



III.- El resultado de la investigación de mercado que soporta el procedimiento de contratación con tres solicitudes de cotización enviadas a proveedores que puedan cumplir con las especificaciones y tiempos propuestos. (Esto será documentado en el expediente respectivo por el área contratante)

IV.- Procedimiento de contratación propuesto: Adjudicación directa por montos de actuación.

V.- El monto estimado de la de la adjudicación y forma de pago propuesta:

Calzada de Tlalpan 4800, Col. Sección XVI, Alcaldía de Tlalpan, C.P. 14080, Ciudad de México
Tel: (55) 4000 3000, ext. 0000 y 0000, www.gob.mx/salud/hospitalgea



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		Hoja: 17 de 17
	PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA		



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

gea
hospital

Hospital General Dr. Manuel Gea González
Subdirección de Cirugía
División de Gineco-Obstetricia

- \$ _____ (_____) con el IVA incluido
- La forma de pago será a los 20 días naturales máximo contados a partir de la entrega de la factura respectiva que contenga los bienes efectivamente recibidos y aceptados por el hospital, contando con la evidencia de entrega en el área requirente del servicio.

VI.- Los nombres y datos generales de los proveedores propuestos:

Proveedor 1: BOGOSERVICE Y ASOCIADOS SC. OSVALDO BOBADILLA GARCIA, cel. 5541301188, oficinas: 70381293, 71602890. Alejandra Vázquez García, cel. 5531255169

VII.- La acreditación del o los criterios a que se refiere el segundo párrafo del artículo 40 de la ley, en que se funda y motiva la selección del procedimiento de adjudicación directa que aseguran las mejores condiciones al Hospital General Dr. Manuel Gea González:

- Eficacia. - Se logra obtener la contratación de los bienes para la atención INMEDIATA del paciente evitando tener complicaciones fatales en su salud.
- Imparcialidad. - Se obtienen los bienes con el proveedor que cumple con la oportunidad requerida en el procedimiento de adjudicación directa ya que cuenta con los insumos y equipos requeridos por el área requirente.
- Transparencia. - Se considera el presente procedimiento por darse cumplimiento a la normatividad vigente en materia de adquisiciones, así como a las autorizaciones para ejercer los recursos necesarios respecto a medicamentos y materiales de curación mediante los oficios CCINSHAE-DGCHFR-1908-2020, DGPYP-1727-2020 y CCINSHAE-DGCHFR-1923-2020.

VIII.- Fundamentación legal del ejercicio de la opción:

El supuesto de adquisición mediante adjudicación directa se fundamenta en el monto total de los bienes a adquirir conforme a lo establecido en el artículo 42 de la LAASSP y a lo señalado en el numeral 21 de las políticas bases y lineamientos en materia de adquisiciones, arrendamientos y servicios del hospital (POBALINES) que a la letra dice:

"Los Titulares de las diversas áreas requirentes, usuarias y/o técnicas del Hospital (Jefes de Departamento, Jefes de División o Subdirectores de Área), elaborarán el escrito a que se refiere los artículos 40 párrafo segundo de la Ley de Adquisiciones y 71 de su Reglamento, y recabarán el visto bueno o autorización de los Directores de Área correspondientes, y los supuestos de excepción deberán acreditarse en los términos establecidos por la Ley de Adquisiciones y su Reglamento"

El área requirente precisa que se encuentra totalmente justificado el hecho inesperado e imprevisible descrito en la misma requisición de insumos para eventos de urgencia, que impide llevar a cabo la contratación a través de otro procedimiento en vista del diagnóstico emitido por el médico de la especialidad adscrito a este hospital, quien refiere que el padecimiento que pone en peligro la vida o un órgano vital o un miembro del paciente requiere de la intervención inmediata con un procedimiento médico para salvaguardar la salud de este, requiriendo los conceptos y cantidades estrictamente necesarios para atender la eventualidad.



IX. Lugar y fecha de expedición:

CIUDAD DE MÉXICO, A 25 DEL MES DE NOVIEMBRE DEL 2021



SOLICITA:	AUTORIZACIÓN DEL JEFE DEL SERVICIO
FIRMA	DR. FIRMA
Vo. Bo. ENCARGADO DE LA SUBDIRECCIÓN DEL ÁREA	RECIBE: SUBDIRECTOR DE RECURSOS MATERIALES _____
FIRMA	FIRMA

Calsada de Tlalpan 4800, Col. Sección XVI, Alcaldía de Tlalpan, C.P. 14080, Ciudad de México
Tel: (55) 4000 3000, ext. 0000 y 0000, www.gob.mx/salud/hospitalgea



 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de toma y procesamiento de muestras en los diferentes servicios de consulta		Hoja: 1 de 12

5. PROCEDIMIENTO DE TOMA Y PROCESAMIENTO DE MUESTRAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de toma y procesamiento de muestras en los diferentes servicios de consulta		Hoja: 2 de 12

1. PROPÓSITO


Establecer las actividades de todo el personal del Departamento de Laboratorio Clínico involucrado en la toma y procesamiento de muestras en todos los servicios de Consulta Externa del Hospital General Dr. Manuel Gea González, para la entrega de resultandos de manera eficiente y con calidad para apoyo diagnóstico y terapéutico del paciente.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno aplica a las Subdirecciones Médicas responsables de la atención médica del usuario y encargado de solicitar los estudios, Subdirección de Servicios Ambulatorios responsable del resguardo de los resultados de laboratorio en los expedientes clínicos, Subdirección de Gestión de Calidad evalúa que la atención médica y administrativa se realice con calidad y seguridad, Subdirección de Recursos Financieros responsable del cobro de los estudios de laboratorio y el Departamento de Laboratorio Clínico responsable del procesamiento y entrega de resultados de las muestras.
- 2.2. A nivel externo aplica al usuario que amerita realizarse algún estudio de laboratorio.


3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 Las Subdirecciones Médicas están conformadas por la Subdirección de Cirugía, Subdirección de Pediatría, Subdirección de Anestesia y Terapias y Subdirección de Urgencias y Medicina.
- 3.2 Las Subdirecciones Médicas son responsables de solicitar los estudios de laboratorio en la consulta externa, mediante la solicitud de laboratorio debidamente requisitada y firmada.
- 3.3 Las Subdirecciones Médicas son responsables de informar al paciente que deberá programar su cita en el Laboratorio Clínico de lunes a viernes en días hábiles en un horario de 9:30 a 14:00, así como las condiciones apropiadas en las que debe acudir a su cita, ya que en caso contrario de no cumplir las condiciones no se podrá realizar la toma de muestra.
- 3.4 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través del Departamento de Laboratorio Clínico es responsable de solo realizar la toma de muestra y procesar los estudios de laboratorio que ya cuenten con pago de cuota de recuperación o que cuenten con una exención de pago parcial o total autorizada.
- 3.5 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través del Departamento de Laboratorio Clínico es responsable de realizar la toma de muestra de los pacientes de lunes a viernes en días hábiles en un horario de 6:30 a 8:00 am, en caso de que el paciente no acude en este horario se reprogramara su cita.
- 3.6 Las Subdirecciones Médicas son responsables de solicitar a la Dirección Médica él envié de muestras a otras Instituciones de Salud, en caso de que el estudio no esté incluido en el Cuadro Básico de Estudios.
- 3.7 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través del Departamento de Laboratorio Clínico son responsables de instruir al paciente de la forma en como tomar las muestras en su domicilio, el uso del recipiente adecuado, así como, donde debe colocar las etiquetas con código de barras. En caso contrario no se recibirán las muestras.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	PROCEDIMIENTO
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA
	Procedimiento de toma y procesamiento de muestras en los diferentes servicios de consulta

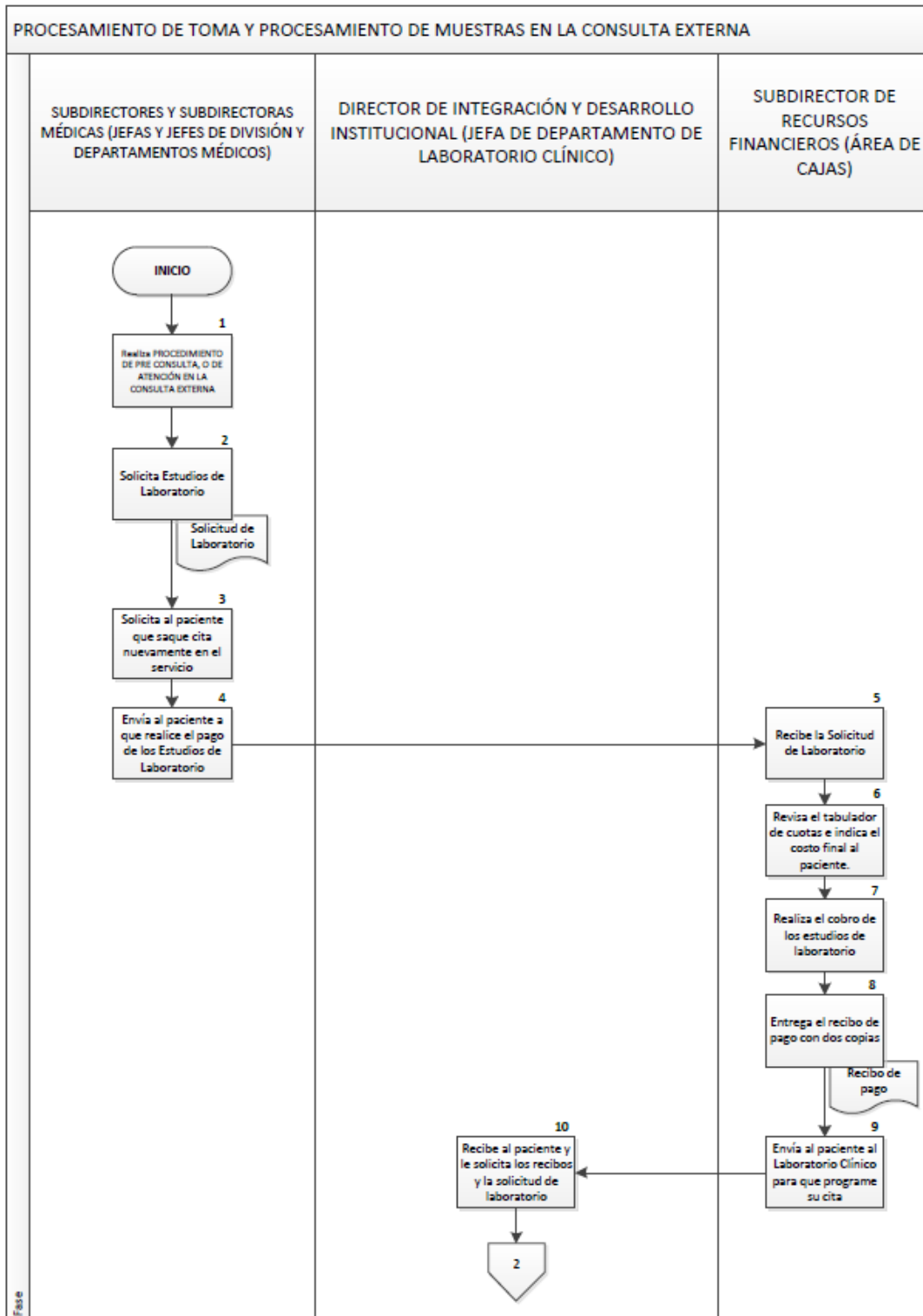
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirectores y Subdirectoras Médicas (Jefes y Jefas de División y Departamentos Médicos)	1	Realiza PROCEDIMIENTO DE PRE CONSULTA O PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE LA CONSULTA EXTERNA	Solicitud de Estudios de Laboratorio
	2	Solicita Estudios de Laboratorio	
	3	Solicita al paciente que saque cita nuevamente en el servicio	
	4	Envía al paciente a que realice el pago de los Estudios de Laboratorio	
Subdirector de Recursos Financieros (Área de Cajas)	5	Recibe la Solicitud de Laboratorio	Recibo de Pago
	6	Revisa el tabulador de cuotas e indica el costo final al paciente	
	7	Realiza el cobro de los estudios de laboratorio	
	8	Entrega el recibo de pago con dos copias	
	9	Envía al paciente al Laboratorio Clínico para que programe su cita.	
Director de Integración y Desarrollo Institucional (Jefa de Departamento de Laboratorio Clínico)	10	Recibe al paciente y le solicita los recibos y la solicitud de laboratorio	Hoja de Indicaciones del Laboratorio Clínico
	11	Registra al paciente en el Sistema, anotando sus datos generales y los estudios solicitados	Reporte de Resultados
	12	Asigna la cita dependiendo de su cita de seguimiento del servicio solicitante	
	13	Entrega al paciente la Hoja de Indicaciones del Laboratorio Clínico	
	14	Recibe al paciente el día de su toma de muestra	
	15	Verifica que el paciente se encuentre citado	
	16	Revisa las muestras que el paciente trae de su domicilio, en caso de que aplique	

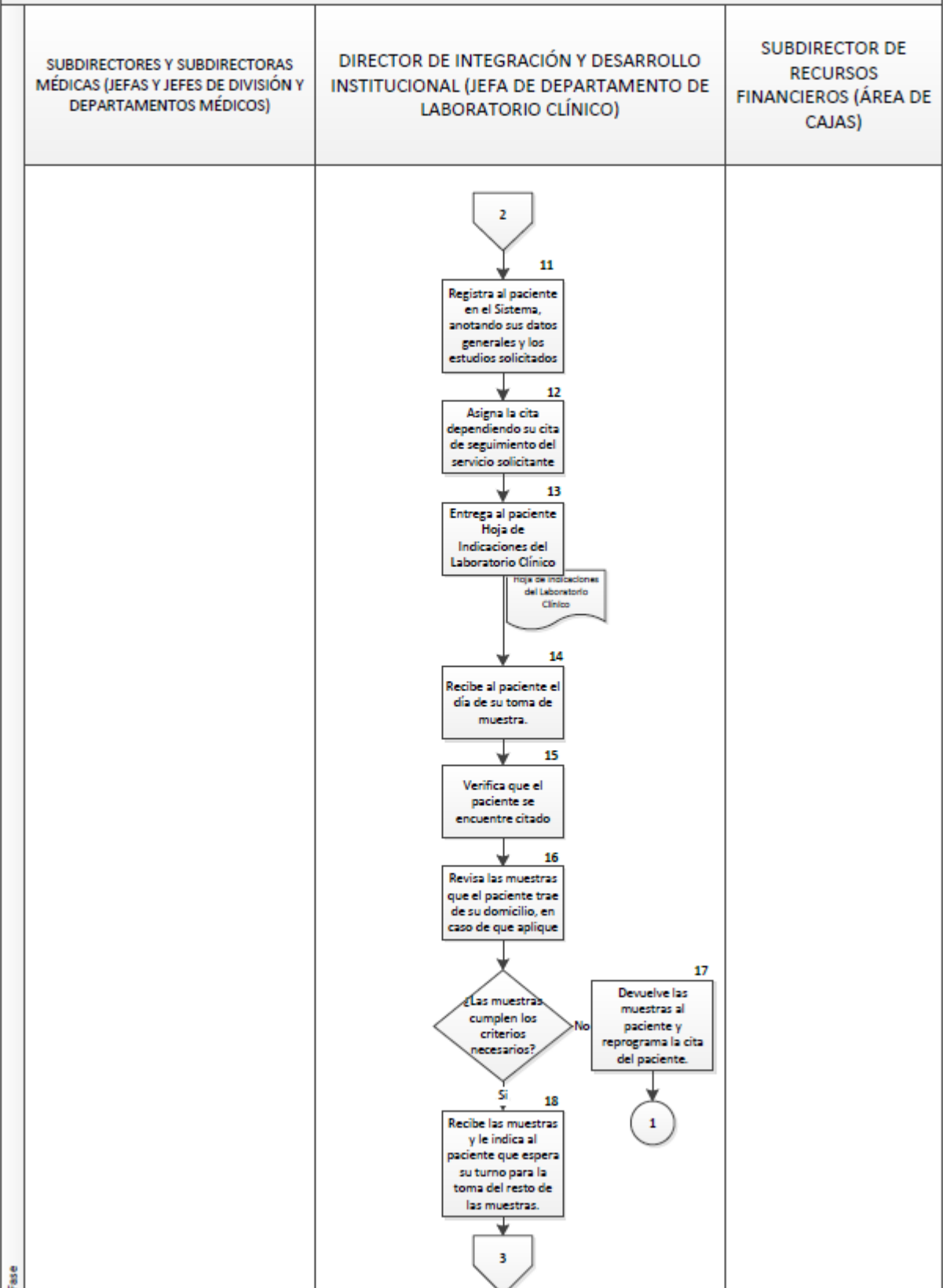
	PROCEDIMIENTO
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA
	Procedimiento de toma y procesamiento de muestras en los diferentes servicios de consulta

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director de Integración y Desarrollo Institucional (Jefa de Departamento de Laboratorio Clínico) Médicos)		¿Las muestras cumplen los criterios necesarios?	
	17	No: Devuelve las muestras al paciente y reprograma la cita del paciente, termina procedimiento	
	18	Si: Recibe las muestras y le indica al paciente que espere su turno para la toma del resto de las muestras.	
	19	Coloca las Etiquetas en los recipientes necesarios	
	20	Realiza la Toma de muestra	
	21	Verifica la Calidad de la Muestra	
		¿La muestra cumple todos los criterios?	
	22	No: Notifica al paciente para reprogramar su cita y tomar nuevamente la muestra, termina procedimiento	
	23	Si: Prepara la muestra	
	24	Procesa la muestra	
	25	Valida resultados	
	26	Realiza Reporte de Resultados junto valores de referencia	
	27	Carga el reporte final a la base de datos	
28	Entrega los resultados al paciente en la fecha establecida		
		TERMINA	

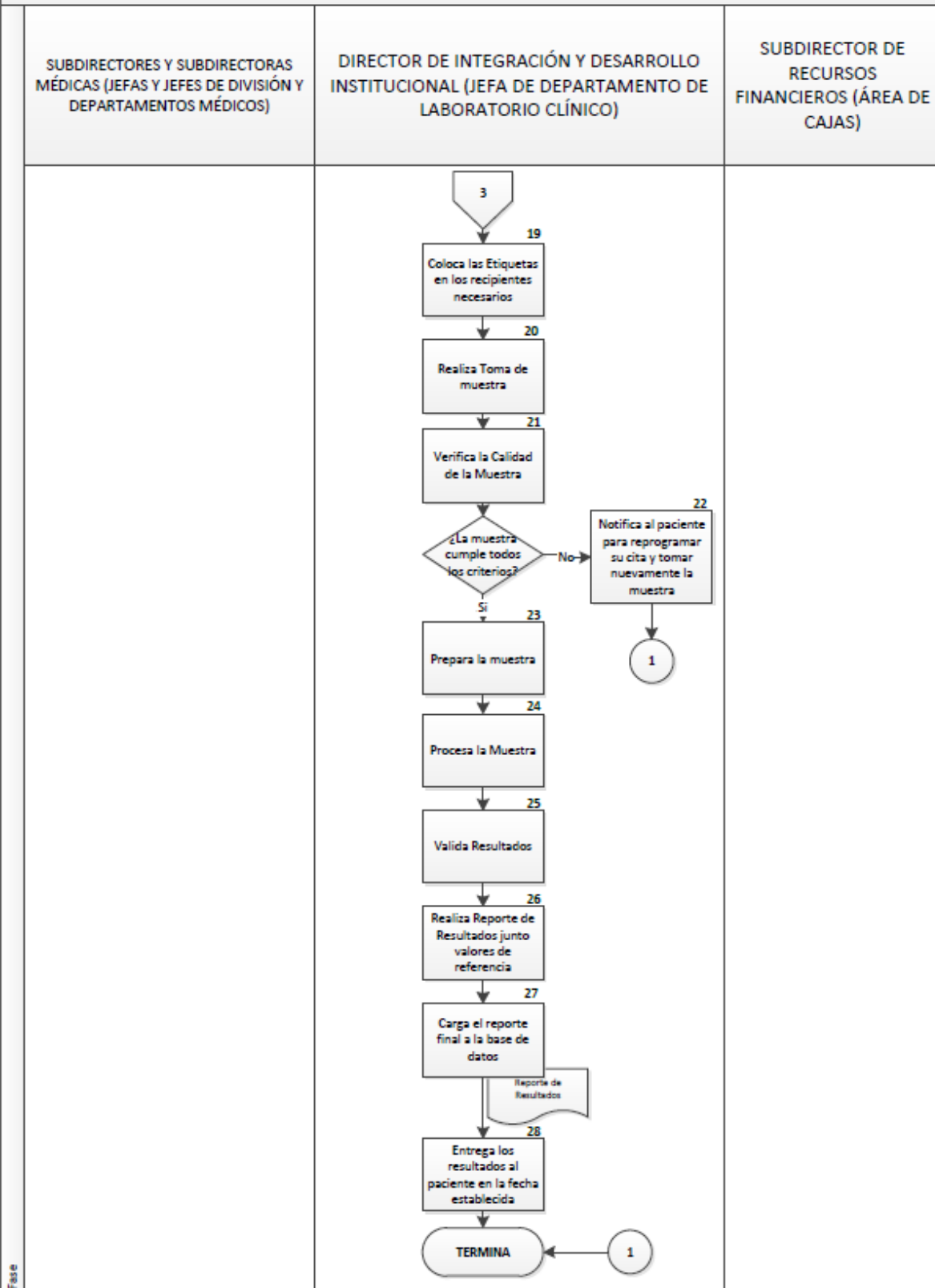
5. DIAGRAMA DE FLUJO





PROCESAMIENTO DE TOMA Y PROCESAMIENTO DE MUESTRAS EN LA CONSULTA EXTERNA



PROCESAMIENTO DE TOMA Y PROCESAMIENTO DE MUESTRAS EN LA CONSULTA EXTERNA



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de toma y procesamiento de muestras en los diferentes servicios de consulta		Hoja: 8 de 12

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Para la Organización y Funcionamiento de los Laboratorios Clínicos	NOM-007-SSA3-2011
6.2 Manual de Políticas Generales para el Funcionamiento de las Jefaturas de División y de Departamento	No aplica
6.3 Manual de Calidad del Departamento de Laboratorio Clínico del Hospital General "Dr. Manuel Gea González"	MC-JD-01
6.4 Cuadro Básico de Estudios de Urgencias del Departamento de Laboratorio Clínico del Hospital General "Dr. Manuel Gea González"	No aplica
6.5 Derechos de los Pacientes	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Solicitud de Estudios	6 meses	Departamento de Laboratorio Clínico	No aplica
7.2 Reporte de resultados de estudios	6 meses	Departamento de Laboratorio Clínico	No aplica
7.3 Informe estadístico	12 meses	Departamento de Laboratorio Clínico	No aplica



8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Calidad: Grado en que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.

8.2 Característica: Rasgo diferenciador

8.3 Código de barras: Es un código basado en la representación mediante un conjunto de líneas verticales de distinto grosor y espaciado que en su conjunto contienen una determinada información. De este modo, el código de barras permite reconocer rápidamente a un artículo en un punto de la cadena logística y así poder realizar inventario, o consultar sus características asociadas. En el laboratorio se usa para identificar a los pacientes y los estudios solicitados por el médico, para que estos últimos puedan ser reconocidos por los lectores de los analizadores.

8.4 Cuadro Básico de Estudios de Urgencias del Laboratorio Clínico: Conjunto de estudios que se procesan en el Laboratorio Clínico, durante las 24 horas, los 365 días del año.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de toma y procesamiento de muestras en los diferentes servicios de consulta		Hoja: 9 de 12

8.5 Estación de trabajo: En una red de computadoras, una estación de trabajo es una computadora que facilita a los usuarios el acceso a los servidores y periféricos de la red. A diferencia de una computadora aislada, tiene una tarjeta de red y está físicamente conectada por medio de cables u otros medios no guiados con los servidores.

8.6 Etiqueta: Marca, señal que se coloca en algo para su identificación

8.8 Paciente crítico: Es aquel que presenta cambios agudos en los parámetros fisiológicos y bioquímicos que lo colocan en riesgo de morir, pero que tiene evidentes posibilidades de recuperación

8.7 Valor de referencia: Es el valor más probable derivado de un conjunto de resultados obtenidos con el método de referencia.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	19/Septiembre/2018	<ul style="list-style-type: none"> • Se actualiza el formato • Se actualiza el propósito, alcance y políticas y lineamientos. • Se reestructura el procedimiento respaldado con el nuevo contrato de laboratorio.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Solicitud de Laboratorio

10.2 Hoja de Indicaciones del Laboratorio Clínico

10.3 Reporte de Resultados

10.1 SOLICITUD DE LABORATORIO





**HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
LABORATORIO CLÍNICO
SOLICITUD DE ESTUDIOS**

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____
 No. DE REGISTRO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: F: ___ M: ___
 NOMBRE DEL MÉDICO: _____
 SERVICIO SOLICITANTE: _____ TURNO: M ___ V ___ N ___
 DIAGNÓSTICO: _____ C. EXTERNA: _____ HOSPITALIZACIÓN: _____ URGENCIAS: _____ CAMA: _____

NO UTILIZAR PAPEL CARBÓN EN LA ELABORACIÓN DE ESTA SOLICITUD. GRACIAS.					
HEMATOLOGÍA					
<input type="checkbox"/>	1565	BIOMETRÍA HEMÁTICA	<input type="checkbox"/>	1529	DEPURACIÓN DE CREATININA ORINA 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1604	RECUENTO DE RETICULOCITOS	<input type="checkbox"/>	1760	CISTATINA C
<input type="checkbox"/>	1593	ESTUDIO DE PLASMODIUM	<input type="checkbox"/>	1500	ÁCIDO ÚRICO EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1635	VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR	<input type="checkbox"/>	1519	BUN EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1535	EOSINOFILOS EN MOCO NASAL	<input type="checkbox"/>	1534	ELECTROLITOS EN ORINA 24 HORAS (Na, K, Cl)
<input type="checkbox"/>	1763	PROCALCITONINA	<input type="checkbox"/>	1731	CALCIO EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	1543	FÓSFORO EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	1730	MAGNESIO EN ORINA DE 24 HORAS
HEMOSTASIA					
<input type="checkbox"/>	1607	TIEMPO DE PROTROMBINA	<input type="checkbox"/>	1505	AMILASA EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1609	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL	<input type="checkbox"/>	1502	ALBÚMINA EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1608	TIEMPO DE TROMBINA	<input type="checkbox"/>	1616	MICROALBÚMINA EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1516	ANTITROMBINA III	<input type="checkbox"/>	1563	BILIRRUBINA TOTAL
<input type="checkbox"/>	1584	FIBRINOGENO	<input type="checkbox"/>	1564	BILIRRUBINA DIRECTA
<input type="checkbox"/>	1532	DÍMERO D	<input type="checkbox"/>	1602	PROTEÍNAS TOTALES
<input type="checkbox"/>	1682	PROTEÍNA S	<input type="checkbox"/>	1503	ALBÚMINA
<input type="checkbox"/>	1681	PROTEÍNA C CLOT	<input type="checkbox"/>	1553	ALT
<input type="checkbox"/>	1660	ANTICUAGULANTE LÚPICO TAMIZAJE	<input type="checkbox"/>	1554	AST
<input type="checkbox"/>	1661	ANTICUAGULANTE LÚPICO CONFIRMATORIO	<input type="checkbox"/>	1544	GGT
<input type="checkbox"/>	1677	FACTOR DE VON WILLEBRAND	<input type="checkbox"/>	1585	FOSFATASA ALCALINA
<input type="checkbox"/>	1670	CUANTIFICACIÓN DE FACTOR VII	<input type="checkbox"/>	1576	LDH
<input type="checkbox"/>	1671	CUANTIFICACIÓN DE FACTOR VIII	<input type="checkbox"/>	1552	AMILASA
BIOQUÍMICA					
<input type="checkbox"/>	1588	GLUCOSA	<input type="checkbox"/>	1615	LIPASA
<input type="checkbox"/>	1600	BUN	<input type="checkbox"/>	1659	AMONIO
<input type="checkbox"/>	1572	CREATININA	<input type="checkbox"/>	1573	CK
<input type="checkbox"/>	1636	ÁCIDO ÚRICO	<input type="checkbox"/>	1574	CK MB
<input type="checkbox"/>	1605	SODIO	<input type="checkbox"/>	1617	MIOGLOBINA
<input type="checkbox"/>	1648	POTASIO	<input type="checkbox"/>	1631	TROPONINA
<input type="checkbox"/>	1570	CLORURO	<input type="checkbox"/>	1522	CINÉTICA DE HIERRO
<input type="checkbox"/>	1568	CALCIO	<input type="checkbox"/>	1541	FERRITINA
<input type="checkbox"/>	1586	FÓSFORO	<input type="checkbox"/>	1611	TRANSFERRINA
<input type="checkbox"/>	1599	MAGNESIO	<input type="checkbox"/>	1590	HAPToglobina
<input type="checkbox"/>	1571	COLESTEROL TOTAL	<input type="checkbox"/>	1542	FOLATOS
<input type="checkbox"/>	1524	COLESTEROL HDL	<input type="checkbox"/>	1634	VITAMINA B12
<input type="checkbox"/>	1630	TRIGLICERIDOS	<input type="checkbox"/>	1643	PREALBÚMINA
<input type="checkbox"/>	1517	APOLIPOPROTEÍNA A	<input type="checkbox"/>	1581	EXAMEN GENERAL DE ORINA
<input type="checkbox"/>	1518	APOLIPOPROTEÍNA B	<input type="checkbox"/>	1765	PEPTIDO NATRIURETICO TIPO B (BNP)
<input type="checkbox"/>	1594	HEMOGLOBINA GLICOSILADA	<input type="checkbox"/>	1601	PROTEÍNA C REACTIVA
<input type="checkbox"/>	1545	GLUCOSA POSPRANDIAL			
<input type="checkbox"/>	1701	CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 2 HORAS			
<input type="checkbox"/>	1603	CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 3 HORAS			
<input type="checkbox"/>	1646	CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 5 HORAS			
<input type="checkbox"/>	1703	TAMIZ METABÓLICO			
<input type="checkbox"/>	1550	INSULINA			
<input type="checkbox"/>	1525	CREATININA EN ORINA			
<input type="checkbox"/>	1526	CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS			

ZONA PARA EL SELLO DE PAGADO
FAVOR DE NO OBSTRUIR PETICION DE ESTUDIOS. GRACIAS

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de toma y procesamiento de muestras en los diferentes servicios de consulta		Hoja: 11 de 12

10.2 HOJA DE INDICACIONES DE LABORATORIO CLÍNICO



HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZALEZ"
 Calzada de Tlalpan 4800 Col. Sección XVI, C.P. 14080
 Tel: 40 00 30 00 ext. 3243 México D.F.
 Laboratorio de Análisis Clínicos



FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN DE MUESTRAS:

NOMBRE: FECHA DE NAC: 14/07/1960 SERVICIO: C.Urología No. DE REGISTRO: DIAGNOSTICO: MEDICO: FERNANDEZ	FECHA DE CITA: 24 de agosto de 2018 SEXO: F EDAD: años FOLIO: 24080065 RECIBO: B 393671 CAMA:
--	---

FAVOR DE PRESENTARSE DE 6:30am A 7:30 am

**** IMPORTANTE ****

**** LOS PACIENTES MENORES DE EDAD, DISCAPACITADOS O DE LA 3a EDAD, DEBEN PRESENTARSE CON UN FAMILIAR**

***** ESTA ES SU FICHA PARA RECOGER RESULTADOS *****

**** LOS PACIENTES RECOGERÁN SUS RESULTADOS, UN DÍA ANTES O EL MISMO DÍA DE SU CITA CON EL MÉDICO, EN EL AREA DE TOMA DE MUESTRAS, DE LA TORRE DE ESPECIALIDADES, DE LUNES A VIERNES DE 8:00 A 13:00 HRS.**

**** POR SEGURIDAD E HIGIENE LE SUPPLICAMOS NO TIRAR EL ALGODON AL PISO, FAVOR DE DEPOSITARLO EN UN BOTE DE BASURA**

Perfiles

BIOMETRIA HEMATICA, HEMOGLOBINA GLICOSILADA, EXAMEN GENERAL DE ORINA, SEDIMENTO URINARIO, UROCULTIVO

Pruebas

Glucosa, BUN, Urea (Calculada), Creatinina, Ácido urico

Indicaciones



Sin tomar alimentos por la mañana (Sin desayunar). Tener por lo menos 8 horas de ayuno.
Recolectar la primera orina de la mañana.

En caso de estar menstruando no recolectar muestra.

Sin tratamiento con antibiótico 8 días antes de la cita

Recien bañado

Seguir indicaciones del Laboratorio

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de toma y procesamiento de muestras en los diferentes servicios de consulta		Hoja: 12 de 12

10.3 REPORTE DE RESULTADOS



HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZALEZ"
 Calzada de Tlalpan 4800 Col. Sección XVI, C.P. 14080
 Tel: 40 00 30 00 ext. 3243 México D.F.
 Laboratorio de Análisis Clínicos





FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN DE MUESTRAS:		24-ago-2018	6:41:24
NOMBRE:		FECHA DE CITA:	24 de agosto de 2018
FECHA DE NAC:	08/01/1948	SEXO:	F
SERVICIO:	C.Neurología	EDAD:	años
No. DE REGISTRO:		FOLIO:	24080008
DIAGNOSTICO:	EPILEPSIA/DM/HTA	RECIBO:	B 383850
MEDICO:		CAMA:	



Copia de Laboratorio

ESTUDIO	HEMATOLOGÍA		
	RESULTADO	UNIDADES	INTERVALO DE REFERENCIA
<u>BIOMETRÍA HEMÁTICA</u>			
Leucocitos (WBC)	8.4	10 ³ /µL	4.0 - 12.0
Neutrófilos %	43.50	%	39.00 - 89.00
Linfocitos %	48.10	%	11.00 - 54.00
Monocitos %	7.30	%	1.00 - 14.00
Eosinófilos %	** 0.80	/100 G.B.	3.00 - 6.00
Basófilos %	** 0.30	%	1.00 - 2.00
Neutrófilos #	3.70	10 ³ /µL	1.80 - 7.70
Linfocitos #	** 4.10	10 ³ /µL	0.00 - 0.80
Monocitos #	0.60	10 ³ /µL	0.00 - 0.80
Eosinófilos #	** 0.10	10 ³ /µL	0.20 - 0.45
Basófilos #	** 0.00	10 ³ /µL	0.02 - 0.10
Eritrocitos	4.27	10 ⁶ /µL	4.10 - 5.30
Hemoglobina	13.70	g/dL	12.00 - 15.00
Hematocrito	** 40.90	%	42.00 - 48.00
Volumen Corpuscular Medio (MCV)	95.80	fL	83.00 - 100.00
Hemoglobina Corpuscular Media (MCH)	32.00	pg	27.70 - 34.00
Conc. de Hgb Corpuscular Media (MCHC)	33.40	g/dL	32.00 - 34.50
Ancho de Distrib. Eritroc.(RDW)	12.20	%	11.50 - 14.20
Plaquetas (PLT)	264.	10 ³ /µL	150. - 450.
Volumen Plaquetar Medio (MPV)	7.80	fL	7.40 - 10.40
<u>Fórmula Roja</u>			
Eritroblastos#	0.00	10 ³ /µL	
Eritroblastos%	0.00	%	
Resultados revisados y validados por:	Q.B.P. Tiburcio García Duran		24/08/18 7:25

ESTUDIO	BIOQUÍMICA		
	RESULTADO	UNIDADES	INTERVALO DE REFERENCIA
Glucosa	** 128	mg/dL	70 - 105
BUN	12.1	mg/dL	8.0 - 20.0
Urea (Calculada)	26	mg/dL	10 - 50
Creatinina	0.68	mg/dL	0.40 - 1.00
Ácido urico	** 2.4	mg/dL	2.6 - 8.0
Potasio	4.6	mEq/L	3.6 - 5.1
Colesterol	95	mg/dL	0 - 200
Colesterol de Alta Densidad HDL-C	40	mg/dL	35 - 85
Colesterol de Baja Densidad LDL	36	mg/dL	10 - 130
Triglicéridos	96	mg/dL	40 - 150
Bilirrubina Total	0.59	mg/dL	0.10 - 1.00
Bilirrubina Directa	0.13	mg/dL	0.10 - 0.25
Bilirrubina Indirecta	0.46	mg/dL	0.20 - 0.80
Albumina	3.76	g/dL	3.50 - 4.80
Alanino Amino Transferasa (ALT/TGP)	14	IU/L	7 - 35
Aspartato Amino Transferasa (AST/TGO)	21	IU/L	15 - 41
<u>HEMOGLOBINA GLICOSILADA</u>			

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de toma y procesamiento de muestras en los diferentes servicios de hospitalización		Hoja: 1 de 11

6. PROCEDIMIENTO DE TOMA Y PROCESAMIENTO DE MUESTRAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de toma y procesamiento de muestras en los diferentes servicios de hospitalización		Hoja: 2 de 11

1. PROPÓSITO

Definir las actividades de todo el personal de salud involucrado en la toma y procesamiento de muestras en todos los servicios de hospitalización, para agilizar la salida de resultandos y de esta manera ofrecer un servicio de calidad, fomentando la seguridad del paciente.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno aplica a las Subdirecciones Médicas responsables de la atención médica del usuario y encargado de solicitar los estudios, Subdirección de Servicios Ambulatorios responsable del resguardo de los resultados de laboratorio en los expedientes clínicos, Subdirección de Gestión de Calidad evalúa que la atención médica y administrativa se realice con calidad y seguridad y el Departamento de Laboratorio Clínico responsable del procesamiento de las muestras.

2.2 A nivel externo aplica al usuario que amerita realizarse algún estudio de laboratorio.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través del Departamento de Laboratorio Clínico es responsable del procesamiento de muestras y entrega de resultados de pacientes en un lapso no mayor a una hora.

3.2 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través del Departamento de Laboratorio Clínico es responsable del procesamiento de muestras y entrega de resultados en pacientes no críticos hospitalizados en un lapso no mayor a tres horas.

3.3 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través del Departamento de Laboratorio Clínico es responsable de atender solicitudes urgentes de estudios de laboratorio que se encuentren en el Cuadro Básico de Estudios de Urgencias, las 24 horas del día los 365 días del año en todos los servicios de Urgencias.



3.4 Las Subdirecciones Médicas son responsables de enviar solicitudes de estudios de laboratorio programadas antes de las 9:00 am, de lunes a viernes en días hábiles, de acuerdo al Cuadro Básico de Estudios establecido, estas solicitudes y etiquetas deberán ser colocadas en un lugar asignado en el servicio para que los flebotomistas las identifiquen.

3.5 Las Subdirecciones Médicas son responsables del llenado correcto y completo de las solicitudes de estudios de laboratorio como de las etiquetas de identificación, en caso contrario, la solicitud será rechazada y tendrá que ser corregida por el Médico responsable, además de que el flebotomista no tomara la muestra.


3.6 Las Subdirecciones Médicas son responsables de solicitar a la Dirección Médica el envío de muestras a otras Instituciones de Salud, en caso de que el estudio no esté incluido en el Cuadro Básico de Estudios.

3.7 Las Subdirecciones Médicas son responsables del cuidado y buen uso de los equipos de cómputo del Departamento de Laboratorio Clínico, en caso contrario, tendrán que reponer el equipo.

3.8 Las Subdirecciones Médicas son responsable de realizar las solicitudes de laboratorio en los formatos establecidos, en caso de que la estación de trabajo no esté disponible.


 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de toma y procesamiento de muestras en los diferentes servicios de hospitalización		Hoja: 3 de 11

- 3.9 Las Subdirecciones Médicas son responsables de realizar las etiquetas de identificación de muestras manualmente, en caso de que la estación de trabajo no esté disponible, las cuales deberán contener los siguientes datos: Nombre completo, fecha de nacimiento, número de cama y registro del paciente.
- 3.10 Las Subdirecciones Médicas son responsables de la toma de muestras necesarias de pacientes críticos, las cuales deben ser tomadas en los recipientes adecuados, previamente etiquetados y con las solicitudes debidamente requisitadas, en caso contrario, no se aceptarán en el Departamento de Laboratorio Clínico.
- 3.11 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través del Departamento de Laboratorio Clínico es responsable de registrar las solicitudes de laboratorio y de realizar las etiquetas con código de barras, cuando los médicos o flebotomistas entreguen los formatos manuales.
- 3.12 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través del Departamento de Laboratorio Clínico mediante su personal químico y técnico es responsable de verificar que las muestras cumplan las características necesarias de calidad para su procesamiento, en caso contrario se notificara al médico responsable.
- 3.13 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través del Departamento de Laboratorio Clínico es responsable de repetir el procesamiento de un estudio en caso de existir dudas en los resultados.
- 3.14 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través del Departamento de Laboratorio Clínico es responsable de entregar los resultados de laboratorio de manera impresa, en caso de los equipos de cómputo no estén disponibles.
- 3.15 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través del Departamento de Laboratorio Clínico es responsable de la elaboración del informe estadístico mensual y anual por: sección, especialidad médica y número de pacientes; según los criterios solicitados por la División de Bioestadística.

	PROCEDIMIENTO
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA
	Procedimiento de toma y procesamiento de muestras en los diferentes servicios de hospitalización

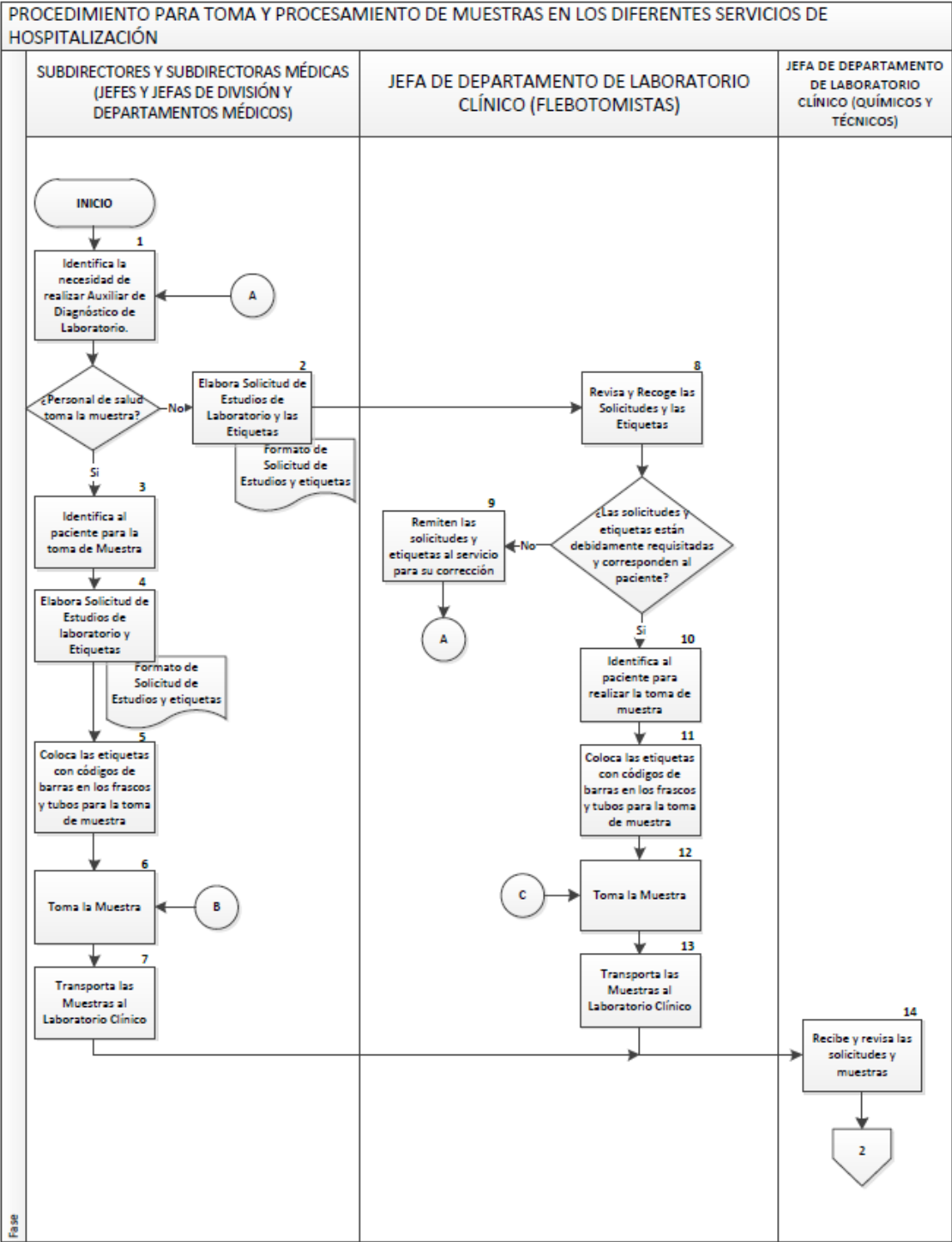
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirectores y Subdirectoras Médicas (Jefes y Jefas de División y Departamentos Médicos)	1	Identifica la necesidad de realiza un Auxiliar de Diagnóstico de Laboratorio ¿Personal de salud toma la muestra?	Solicitud de Laboratorio
	2	No: Elabora la Solicitud de Estudios de Laboratorio y las Etiquetas, ir a la actividad 8.	
	3	Si: Identifica al paciente para la toma de muestra	
	4	Elabora Solicitud de Estudios de laboratorio y etiquetas	
	5	Coloca las etiquetas con códigos de barras en los frascos y tubos para la toma de muestra	
	6	Toma la Muestra	
	7	Transporta las Muestras al Laboratorio Clínico	
Dirección de Integración y Desarrollo Institucional (Jefa de Departamento de Laboratorio Clínico (Flebotomistas))	8	Revisa y recoge las solicitudes y las etiquetas ¿Las solicitudes y etiquetas están debidamente requisitadas y corresponden al paciente?	
	9	No: Remite las solicitudes y etiquetas al servicio para su corrección, reinicia nuevamente el procedimiento (actividad 1).	
	10	Si: Identifica al paciente para realizar toma de muestra	
	11	Coloca las etiquetas con códigos de barras en los frascos y tubos para la toma de muestra	
	12	Toma la Muestra	
	13	Transporta las Muestras al laboratorio Clínico.	
Dirección de Integración y Desarrollo Institucional (Jefa de Departamento de Laboratorio Clínico (Químicos y Técnicos))	14	Recibe y Revisa las Solicitudes y Muestras ¿La solicitud cumple los criterios necesarios?	Reporte de Resultados
	15	No: Remite al área para su corrección, reinicia el procedimiento (actividad 1).	
	16	Si: Verifica la calidad de la muestra	

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	PROCEDIMIENTO
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA
	Procedimiento de toma y procesamiento de muestras en los diferentes servicios de hospitalización

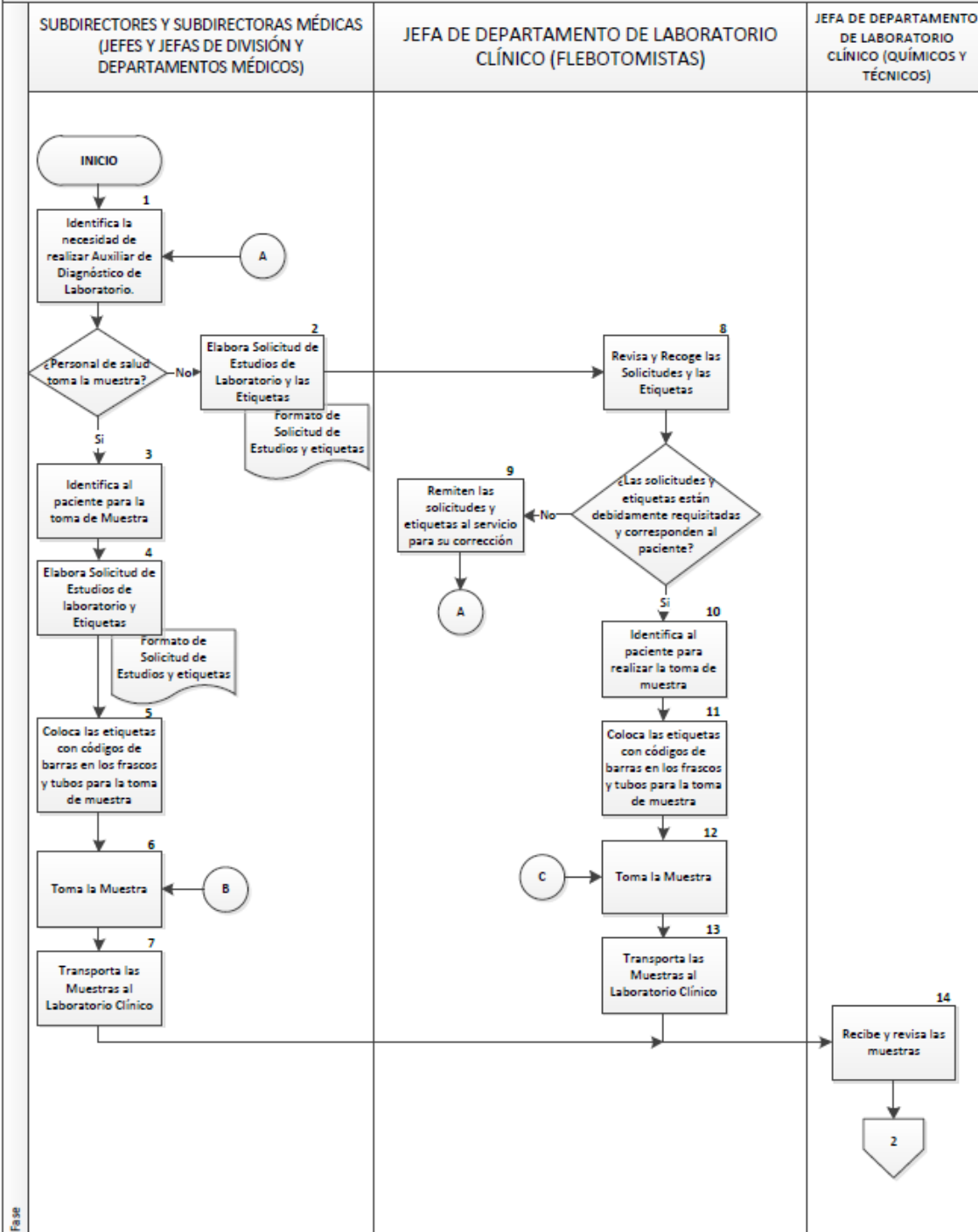
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
		¿La muestra cumple todos los criterios?	
	17	No: Remite al área para su corrección, ir a la actividad 6 o 12.	
	18	Si: Extrae la lista de trabajo de la basa de datos y la imprime	
	19	Prepara Muestras	
	20	Procesa Muestras	
	21	Valida Resultados	
	22	Realiza Reporte de Resultados junto valores de referencia	
	23	Carga el Reporte Final a la Base de Datos	
	24	Imprime y Firma el Reporte Original para su Resguardo	
Subdirectores y Subdirectoras Médicas (Jefes y Jefas de División y Departamentos Médicos)	25	Imprime los Resultados y anexa al Expediente Clínico TERMINA	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



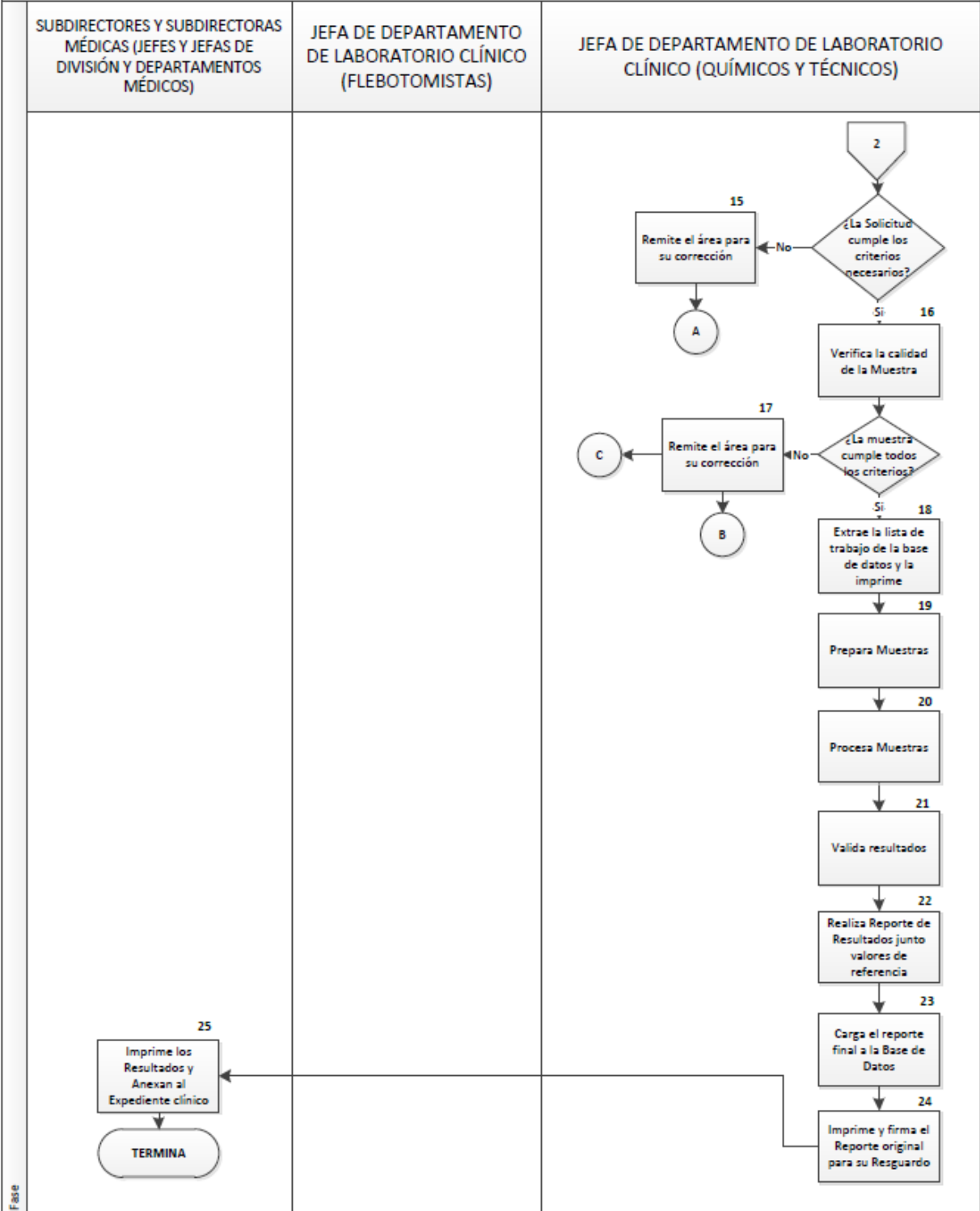
Fase

PROCEDIMIENTO PARA TOMA Y PROCESAMIENTO DE MUESTRAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN





Fase

PROCEDIMIENTO PARA TOMA Y PROCESAMIENTO DE MUESTRAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN



Fase

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de toma y procesamiento de muestras en los diferentes servicios de hospitalización		Hoja: 9 de 11

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Para la Organización y Funcionamiento de los Laboratorios Clínicos	NOM-007-SSA3-2011
6.2 Manual de Políticas Generales para el Funcionamiento de las Jefaturas de División y de Departamento	No aplica
6.3 Manual de Calidad del Departamento de Laboratorio Clínico del Hospital General "Dr. Manuel Gea González"	MC-JD-01
6.4 Cuadro Básico de Estudios de Urgencias del Departamento de Laboratorio Clínico del Hospital General "Dr. Manuel Gea González"	No aplica
6.5 Derechos de los Pacientes	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Solicitud de Estudios	6 meses	Departamento de Laboratorio Clínico	No aplica
7.2 Reporte de resultados de estudios	6 meses	Departamento de Laboratorio Clínico	No aplica
7.3 Informe estadístico	12 meses	Departamento de Laboratorio Clínico	No aplica



8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Calidad: Grado en que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.

8.2 Característica: Rasgo diferenciador

8.3 Código de barras: Es un código basado en la representación mediante un conjunto de líneas verticales de distinto grosor y espaciado que en su conjunto contienen una determinada información. De este modo, el código de barras permite reconocer rápidamente a un artículo en un punto de la cadena logística y así poder realizar inventario, o consultar sus características asociadas. En el laboratorio se usa para identificar a los pacientes y los estudios solicitados por el médico, para que estos últimos puedan ser reconocidos por los lectores de los analizadores.

8.4 Cuadro Básico de Estudios de Urgencias del Laboratorio Clínico: Conjunto de estudios que se procesan en el Laboratorio Clínico, durante las 24 horas, los 365 días del año.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de toma y procesamiento de muestras en los diferentes servicios de hospitalización		Hoja: 10 de 11

8.5 Estación de trabajo: En una red de computadoras, una estación de trabajo es una computadora que facilita a los usuarios el acceso a los servidores y periféricos de la red. A diferencia de una computadora aislada, tiene una tarjeta de red y está físicamente conectada por medio de cables u otros medios no guiados con los servidores.

8.6 Etiqueta: Marca: señal que se coloca en algo para su identificación

8.7 Valor de referencia: Es el valor más probable derivado de un conjunto de resultados obtenidos con el método de referencia.

8.8 Paciente crítico: Es aquel que presenta cambios agudos en los parámetros fisiológicos y bioquímicos que lo colocan en riesgo de morir, pero que tiene evidentes posibilidades de recuperación

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	19/Septiembre/2018	<ul style="list-style-type: none"> • Se actualiza el formato • Se fusionan los procedimientos 1, 2 y 3 del Manual de Procedimientos de laboratorio Clínico. • Se actualiza el propósito, alcance y políticas y lineamientos. • Se reestructura el procedimiento respaldado con el nuevo contrato de laboratorio.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Solicitud de Laboratorio

10.1 Solicitud de Laboratorio





HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
LABORATORIO CLÍNICO
SOLICITUD DE ESTUDIOS



NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____
 No. DE REGISTRO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: F: ____ M: ____
 NOMBRE DEL MÉDICO: _____
 SERVICIO SOLICITANTE: _____ TURNO: M ____ V ____ N ____
 DIAGNÓSTICO: _____ C. EXTERNA: _____ HOSPITALIZACIÓN: _____ URGENCIAS: _____ CAMA: _____

NO UTILIZAR PAPEL CARBÓN EN LA ELABORACIÓN DE ESTA SOLICITUD. GRACIAS.		
HEMATOLOGÍA		
<input type="checkbox"/>	1565	BIOMETRÍA HEMÁTICA
<input type="checkbox"/>	1604	RECuento DE RETICULOCITOS
<input type="checkbox"/>	1593	ESTUDIO DE PLASMODIUM
<input type="checkbox"/>	1635	VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR
<input type="checkbox"/>	1535	EOSINOFILOS EN MOCO NASAL
<input type="checkbox"/>	1763	PROCALCITONINA
HEMOSTASIA		
<input type="checkbox"/>	1607	TIEMPO DE PROTROMBINA
<input type="checkbox"/>	1609	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL
<input type="checkbox"/>	1608	TIEMPO DE TROMBINA
<input type="checkbox"/>	1516	ANTITROMBINA III
<input type="checkbox"/>	1584	FIBRINOGENO
<input type="checkbox"/>	1532	DÍMERO D
<input type="checkbox"/>	1682	PROTEÍNA S
<input type="checkbox"/>	1681	PROTEÍNA C CLOT
<input type="checkbox"/>	1660	ANTICUAGULANTE LÚPICO TAMIZAJE
<input type="checkbox"/>	1661	ANTICUAGULANTE LÚPICO CONFIRMATORIO
<input type="checkbox"/>	1677	FACTOR DE VON WILLEBRAND
<input type="checkbox"/>	1670	CUANTIFICACIÓN DE FACTOR VIII
<input type="checkbox"/>	1671	CUANTIFICACIÓN DE FACTOR VIII
BIOQUÍMICA		
<input type="checkbox"/>	1588	GLUCOSA
<input type="checkbox"/>	1600	BUN
<input type="checkbox"/>	1572	CREATININA
<input type="checkbox"/>	1636	ÁCIDO ÚRICO
<input type="checkbox"/>	1605	SODIO
<input type="checkbox"/>	1648	POTASIO
<input type="checkbox"/>	1570	CLORURO
<input type="checkbox"/>	1568	CALCIO
<input type="checkbox"/>	1586	FÓSFORO
<input type="checkbox"/>	1599	MAGNESIO
<input type="checkbox"/>	1571	COLESTEROL TOTAL
<input type="checkbox"/>	1524	COLESTEROL HDL
<input type="checkbox"/>	1630	TRIGLICERIDOS
<input type="checkbox"/>	1517	APOLIPOPROTEÍNA A
<input type="checkbox"/>	1518	APOLIPOPROTEÍNA B
<input type="checkbox"/>	1594	HEMOGLOBINA GLICOSILADA
<input type="checkbox"/>	1545	GLUCOSA POSPRANDIAL
<input type="checkbox"/>	1701	CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 2 HORAS
<input type="checkbox"/>	1603	CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 3 HORAS
<input type="checkbox"/>	1646	CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 5 HORAS
<input type="checkbox"/>	1703	TAMÍZ METABÓLICO
<input type="checkbox"/>	1550	INSULINA
<input type="checkbox"/>	1525	CREATININA EN ORINA
<input type="checkbox"/>	1526	CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1529	DEPURACIÓN DE CREATININA ORINA 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1760	CISTATINA C
<input type="checkbox"/>	1500	ÁCIDO ÚRICO EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1519	BUN EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1534	ELECTROLITOS EN ORINA 24 HORAS (Na, K, Cl)
<input type="checkbox"/>	1731	CALCIO EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1543	FÓSFORO EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1730	MAGNESIO EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1505	AMILASA EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1502	ALBUMINA EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1616	MICROALBUMINA EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1563	BILIRRUBINA TOTAL
<input type="checkbox"/>	1564	BILIRRUBINA DIRECTA
<input type="checkbox"/>	1602	PROTEÍNAS TOTALES
<input type="checkbox"/>	1503	ALBUMINA
<input type="checkbox"/>	1553	ALT
<input type="checkbox"/>	1554	AST
<input type="checkbox"/>	1544	GGT
<input type="checkbox"/>	1585	FOSFATASA ALCALINA
<input type="checkbox"/>	1576	LDH
<input type="checkbox"/>	1552	AMILASA
<input type="checkbox"/>	1615	LIPASA
<input type="checkbox"/>	1659	AMONIO
<input type="checkbox"/>	1573	CK
<input type="checkbox"/>	1574	CK MB
<input type="checkbox"/>	1617	MIOGLOBINA
<input type="checkbox"/>	1631	TROPONINA
<input type="checkbox"/>	1522	CINÉTICA DE HIERRO
<input type="checkbox"/>	1541	FERRITINA
<input type="checkbox"/>	1611	TRANSFERRINA
<input type="checkbox"/>	1590	HAPTOGLOBINA
<input type="checkbox"/>	1542	FOLATOS
<input type="checkbox"/>	1634	VITAMINA B12
<input type="checkbox"/>	1643	PREALBUMINA
<input type="checkbox"/>	1581	EXAMEN GENERAL DE ORINA
<input type="checkbox"/>	1765	PEPTIDO NATRIURÉTICO TIPO B (BNP)
<input type="checkbox"/>	1601	PROTEÍNA C REACTIVA

ZONA PARA EL SELLO DE PAGADO
 FAVOR DE NO OBSTRUIR PETICION DE
 ESTUDIOS. GRACIAS

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 1 de 100

7. PROCEDIMIENTO DE HOSPITALIZACIÓN

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 2 de 100

1. PROPÓSITO



Establecer los pasos y actividades para efectuar desde el ingreso a hospitalización y durante toda la estancia hospitalaria del paciente de Urgencias y hospitalizaciones programadas ofreciendo un servicio de calidad y cuidando la seguridad del paciente.

2. ALCANCE



- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección Médica, de quien dependen la 1) Subdirección de Urgencias y Medicina, responsable de decidir el ingreso del paciente al Servicio de Urgencias y posteriormente al Servicio de Medicina Interna para continuar protocolo de estudio y/o tratamiento, 2) Subdirección de Cirugía responsable de decidir el ingreso, la valoración y preparación de pacientes quirúrgicos programados y no programados, 3) Subdirección de Anestesia y Terapias responsable de decidir el ingreso hospitalario del paciente a áreas críticas, 4) Subdirección de Enfermería responsable de recibir al paciente en su cama y seguir las indicaciones médicas o la preparación del paciente antes de entrar a quirófano, de los cuidados de enfermería, de la solicitud de los expedientes y de la coordinación de los traslados durante su estancia hospitalaria. También es aplicable a la Dirección de Integración y Desarrollo Institucional, de quien dependen la 1) Subdirección de Servicios Auxiliares y de laboratorio (toma de muestras) y Rx quien se encarga de elaborar y/o proporcionar el expediente clínico y, 2) la Subdirección de Gestión de Calidad, responsable de evaluar la calidad y seguridad de la atención al paciente hospitalizado.
- 2.2 A nivel externo aplica a todo paciente que amerite hospitalización

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 El Departamento de Admisión y Archivo clínico es responsable de que el paciente cuente con número de registro y expediente clínico
- 3.2 Las Subdirecciones Médicas a través de sus Divisiones y Departamentos, son responsables de seguir el cumplimiento de este procedimiento para el internamiento de todo paciente que ingrese a hospitalización.
- 3.3 La Subdirección de Pediatría a través de sus Divisiones y departamentos son responsables de dar atención a todo paciente que cuente de 0 a 15 años, 11 meses y 30 días de edad y no deberá ser derechohabiente de otra institución del sector salud.
- 3.4 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica es responsable de la integración adecuada del expediente clínico de todo paciente internado, en coordinación estrecha con el personal médico.
- 3.5 El Departamento de Admisión y Archivo clínico es responsable del trámite de ingreso hospitalario del paciente del servicio de Urgencias.
- 3.6 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica es responsable de la vigilancia de la seguridad del paciente durante su estancia hospitalaria para evitar incidentes y/o accidentes y en su caso, reportará a la supervisora y documentará el incidente.


	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 3 de 100

- 3.7 Las Subdirecciones Médicas, a través de sus Divisiones y Departamentos, son responsables de realizar la historia clínica, el Ingreso hospitalario, consentimiento informado, notas de evolución, indicaciones médicas, solicitudes de laboratorio y gabinete, interconsultas, notas de Referencia para interconsultas o estudios realizados por Instituciones Externas, nota de alta a su egreso, llenado de hojas de estadística a su egreso, receta médica; las cuales deben ser debidamente requisitadas y firmadas por el médico adscrito o responsable.
- 3.8 Las Subdirecciones Médicas, a través de sus Divisiones y Departamentos, son responsables de solicitar Interconsulta cuando sea necesario y el servicio Interconsultante después de su valoración médica podrá decidir su cambio de servicio, manejo conjunto o seguimiento.
- 3.9 El Departamento de Trabajo Social es responsable de realizar el estudio socio económico, la elaboración del Carnet, el pase de 24 h (en caso de requerirlo), el contacto con familiares o tutores responsables cuando no es fácil localizarlos, al egreso si no existe familiar localizar un albergue temporal para el paciente y localizar al Ministerio público en casos Médico-legales.
- 3.10 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica es responsable de preparar al paciente programado para procedimiento quirúrgico y traslado seguro.
- 3.11 Las Subdirecciones Médicas, a través de sus Divisiones y Departamentos, son responsables de tramitar el traslado del paciente, ya sea dentro o fuera de la institución.
- 3.12 Las Subdirecciones Médicas a través de sus Divisiones y Departamentos, son responsables de realizar el trámite médico-administrativo del Alta Voluntaria con el formato autorizado por el Hospital en cuanto el paciente o familiar lo solicite.
- 3.13 Las Subdirecciones Médicas, a través de sus Divisiones y Departamentos y la Subdirección de Enfermería, a través del Departamento de Enfermería Clínica son responsables de realizar el reporte de cualquier Evento Adverso ocurrido durante la hospitalización a la Subdirección de Calidad a través del Departamento de Calidad de la atención médica.
- 3.14 Las Subdirecciones Médicas, a través de sus Divisiones y Departamentos son responsables de resolver cualquier queja que interponga el familiar o paciente ocurrida durante su estancia hospitalaria.
- 3.15 Las Subdirecciones Médicas, a través de sus Divisiones y Departamentos son responsables de realizar la notificación a la División de Epidemiología Clínica y Medicina Preventiva de cualquier enfermedad de notificación inmediata.
- 3.16 Las Subdirecciones Médicas, a través de sus Divisiones y Departamentos y la Subdirección de Enfermería, a través del Departamento de Enfermería Clínica son responsables de mantener las medidas de aislamiento en los pacientes infecto-contagiosos, incluidos los pacientes con infección por COVID.
- 3.17 Las Subdirecciones Médicas a través de sus Divisiones y Departamentos son responsables de solicitar componentes sanguíneos, mediante la Solicitud de componentes sanguíneos, así como el envío de la toma de piloto y firmar el consentimiento informado correspondiente.
- 3.18 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Cuidados Paliativos y Clínica del Dolor, en los casos de pacientes que ameriten Medicina Paliativa, deben realizar

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 4 de 100


reunión familiar con el paciente y familiar (es) responsable (s) para explicar los objetivos y filosofía de los cuidados Paliativos, así como el diagnóstico y pronóstico del paciente.

- 3.19 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Cuidados Paliativos y Clínica del Dolor, es responsable de informar al paciente o familiar sobre los cuidados, atención al paciente, y/o sedación paliativa otorgando consentimiento informado y recabando las firmas correspondientes.
- 3.20 Las Subdirecciones Médicas son responsables de reportar todo procedimiento diagnóstico, terapéutico o quirúrgico que se realice en Hospitalización en la plataforma electrónica correspondiente.
- 3.21 Las Subdirecciones Médicas a través de todas sus Jefaturas de División y Departamento, así como la Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica son responsables de asignar la cama al paciente, además de realizar todos los movimientos necesarios de cama, mientras el paciente se encuentre hospitalizado.


 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	PROCEDIMIENTO
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA
	Procedimiento de Hospitalización Hoja: 5 de 100

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
DEPARTAMENTO DE ADMISIÓN Y ARCHIVO CLÍNICO	1	Realiza PROCEDIMIENTO DE INGRESO A HOSPITALIZACIÓN POR URGENCIAS, PROCEDIMIENTO DE INGRESO PROGRAMADO O PROCEDIMIENTO DE INGRESO EN 48 HORAS.	Hoja de Ingreso Hospitalario
SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA (DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA CLÍNICA)	2	Recibe al paciente	Hoja de Enfermería
	3	Asigna cama y solicita Indicaciones médicas	
SUBDIRECCIONES MÉDICAS	4	Realiza Nota de Ingreso e Indicaciones médicas	Historia clínica Nota de Ingreso Hospitalario Hoja de Indicaciones Médicas
	5	Entrega Indicaciones médicas a enfermería	
SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA (DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA CLÍNICA)	6	Revisa Indicaciones Médicas y comienza PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO	Hoja de enfermería Hoja de traslado seguro
		¿El paciente está programado para cirugía?	
	7	Si: Prepara al paciente para cirugía y espera al Departamento de Quirófanos cuando solicite al paciente	
		Realiza PROCEDIMIENTO DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO, termina procedimiento.	
	8	No: Continúa atención del paciente y espera indicaciones médicas	
SUBDIRECCIONES MÉDICAS	9	Valora al paciente	Solicitud de estudios de laboratorio en sistema electrónico
	10	Determina necesidad de realizar estudios complementarios	
		¿Amerita estudios de laboratorio?	
	11	Si: Realiza PROCEDIMIENTO DE TOMA Y PROCESAMIENTO DE MUESTRAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN	
	12	No: Continúa valoración del paciente	

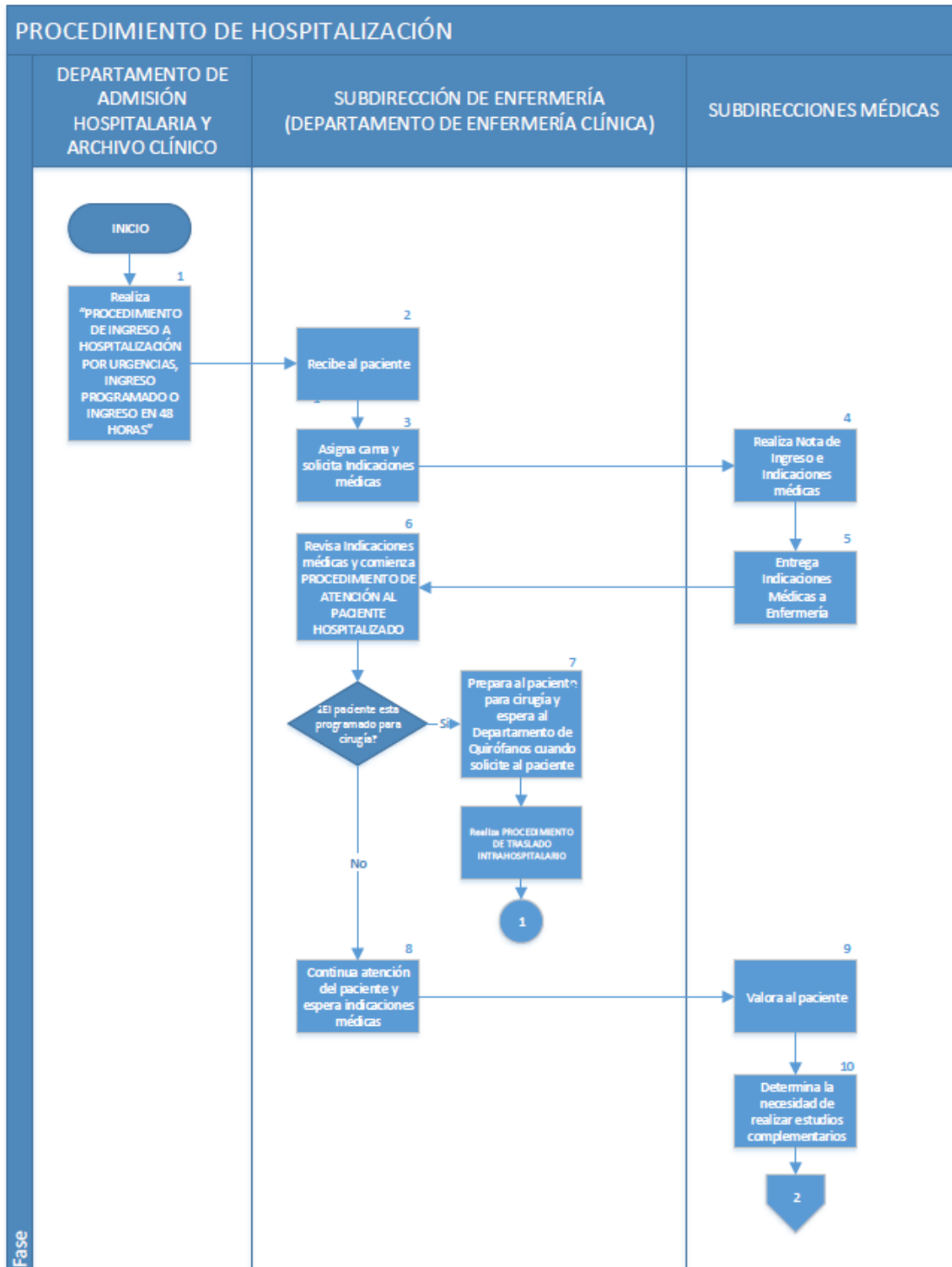
 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	PROCEDIMIENTO
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA
	Procedimiento de Hospitalización Hoja: 6 de 100

	13	Determina la necesidad de estudios de gabinete ¿Amerita estudios de gabinete?	Solicitud de estudio de gabinete (radiología e imagen, endoscopia)
	14	Si: Realiza Solicitud de Estudio de Gabinete	
	15	No: Continúa valoración del paciente ¿Amerita alguna Interconsulta a algún otro servicio?	
	16	Si: Realiza PROCEDIMIENTO DE INTERCONSULTA MÉDICA, va actividad 18	Solicitud de Interconsulta
	17	No: Continúa Valoración médica	
	18	Decide si el paciente requiere valoración por Nutrición ¿Amerita valoración por la División de Nutrición Clínica?	
	19	Si: Realiza PROCEDIMIENTO DE INTERCONSULTA	Solicitud de interconsulta
		Realiza PROCEDIMIENTO DE PARA LA ATENCIÓN NUTRICIONAL DEL PACIENTE HOSPITALIZADO, va actividad 18	
	20	No: Continúa valoración del paciente	
	21	Establece la necesidad de Rehabilitación en el paciente ¿Amerita valoración por la División de Rehabilitación?	
	22	Si: Realiza PROCEDIMIENTO DE INTERCONSULTA	Formato de Indicaciones médicas
		Realiza PROCEDIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN A PACIENTES HOSPITALIZADOS O PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS DEL SERVICIO DE FONIATRÍA, va actividad	

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	PROCEDIMIENTO
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA
	Procedimiento de Hospitalización Hoja: 7 de 100

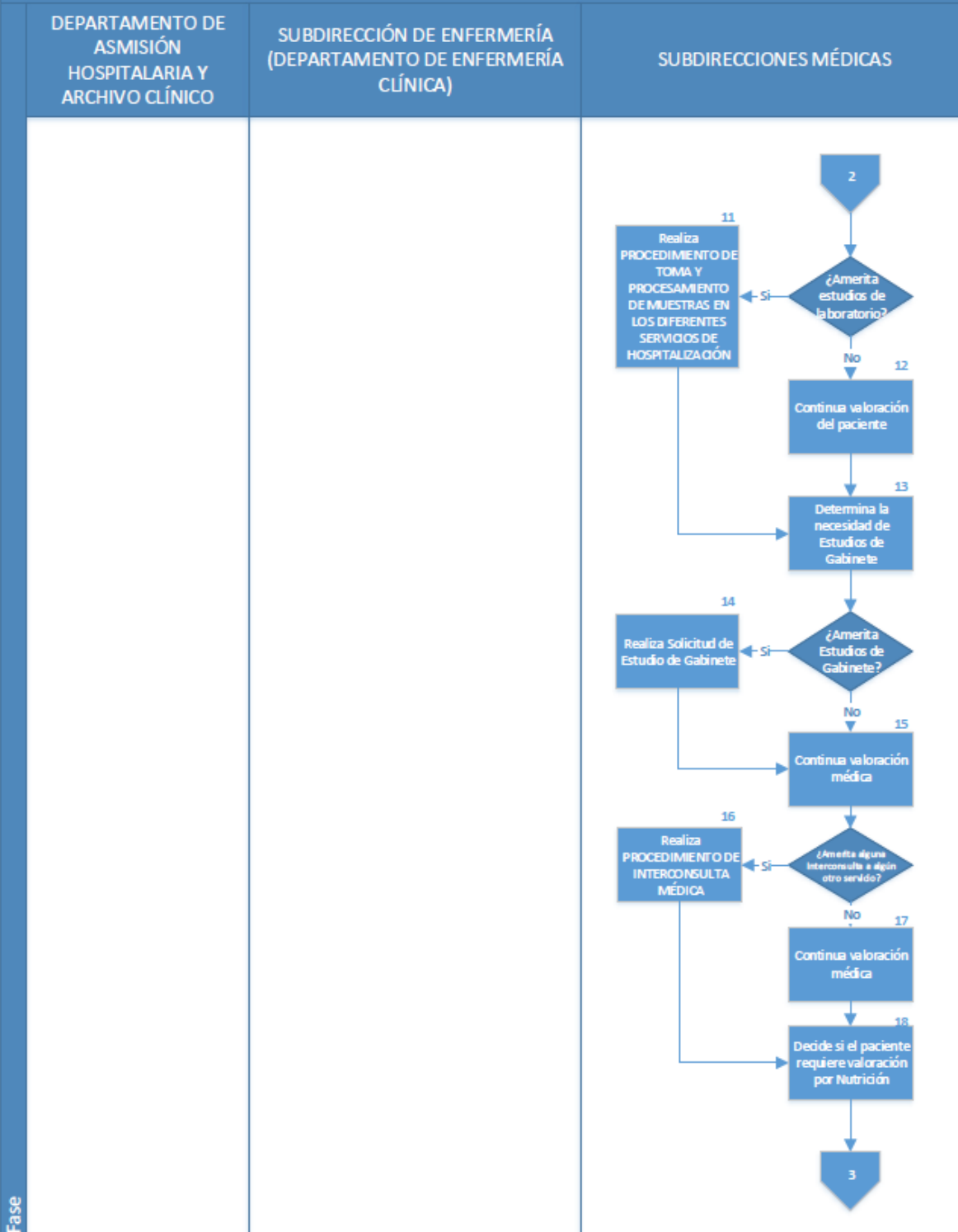
	21.	
	23	No: Continua atención del paciente
	24	Espera resultados de laboratorio y gabinete, en caso necesario
	25	Determina la necesidad de realizar un Estudio complementario o Interconsulta e Institución de apoyo
		¿Amerita Estudio Complementario o Interconsulta en Institución de apoyo?
	26	Si: Realiza PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA DE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO O INTERCONSULTA EN INSTITUCIONES DE APOYO
	27	No: Continua Atención
	28	Determina la necesidad de Transfusión de algún componente sanguíneo
	29	Elabora Solicitud de Componente sanguíneo, toma de piloto y firma de Consentimiento informado
	30	Determina necesidad de cambiar indicaciones médicas, en caso de ser necesario las modifica y las entrega a enfermería
	31	Realiza Notas de evolución
	32	Continúa atención hasta valorar Egreso hospitalario
	33	Realiza PROCEDIMIENTO DE PREALTA Y ALTA HOSPITALARIA
		TERMINA PROCEDIMIENTO
		Formato de Egreso Hospitalario
		Formato de clave de hospitalización

5. DIAGRAMA DE FLUJO



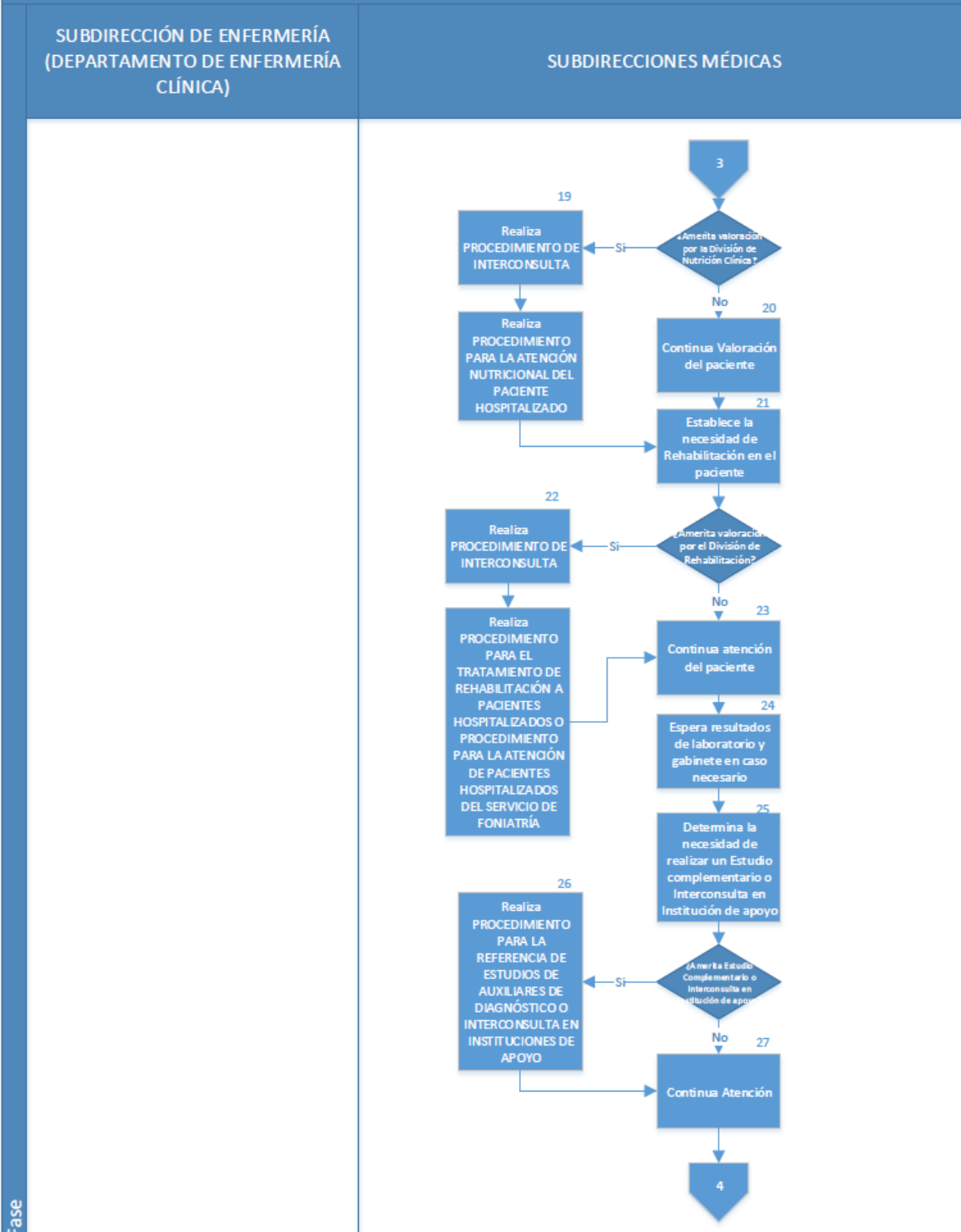


PROCEDIMIENTO DE HOSPITALIZACIÓN



Fase

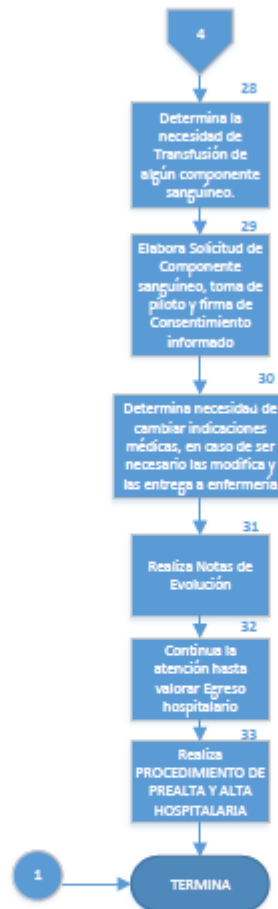
PROCEDIMIENTO DE HOSPITALIZACIÓN







PROCEDIMIENTO DE HOSPITALIZACIÓN

SUBDIRECCIONES MÉDICAS



 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 12 de 100

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA



Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Específico	No Aplica
6.2 Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico NOM 004-SSA3-2012	No Aplica
6.3 Estándares para Implementar el Modelo en Hospitales 2015	No Aplica
6.4 Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005 Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de Infecciones Nosocomiales	No Aplica
6.5 Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2013. Para la Prevención y Control de Tuberculosis	No Aplica
6.6 Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010 Para la prevención y el control de la Infección por virus de la inmunodeficiencia humana	No aplica
6.7 Guías de Práctica clínica Nacionales e internacionales de diversos padecimientos	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Expediente Clínico	5 años	Departamento de Admisión Hospitalaria y Archivo Clínico	No aplica
7.2 Base de Datos interna		División de Medicina Interna	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Carnet hospitalario:** documento utilizado para registro de citas del paciente en los diferentes Servicios, el cual tiene su número de registro hospitalario
- 8.2 Expediente clínico:** al conjunto único de información y datos personales de un usuario, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento 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 de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del usuario, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.
- 8.3 Hospitalización:** Ingreso del paciente a cama hospitalaria para llevar a cabo el diagnóstico y/o tratamiento farmacológico o quirúrgico supervisado por el personal de salud
- 8.4 Hoja de Interconsulta:** documento utilizado para canalizar al usuario a otra especialidad dentro del hospital, con el fin de que reciba atención médica integral.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 13 de 100

8.5 Hoja de Referencia y Contrarreferencia: documento utilizado para canalizar al usuario de una unidad operativa a otra de mayor capacidad resolutive, con el fin de que reciba atención médica integral.



8.6 Médico Tratante: Médico responsable de la atención del paciente durante su hospitalización.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO



Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
0	NO APLICA	• NO APLICA

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Hoja Frontal
- 10.2 Solicitud de Ingreso Hospitalario
- 10.3 Historia Clínica
- 10.4 Nota de evolución
- 10.5 Hojas de Enfermería
- 10.6 Solicitud de Interconsulta
- 10.7 Hoja de Referencia y Contrarreferencia
- 10.8 Solicitud de estudio endoscópico
- 10.9 Solicitud de Estudio citológico
- 10.10 Carta de Autorización de Hospitalización
- 10.11 Consentimiento Informado de Componentes Sanguíneos
- 10.12 Consentimiento Informado de Colonoscopia
- 10.13 Cédula de educación para el paciente y su familia
- 10.14 Hoja de hospitalización de bioestadística
- 10.15 Hoja de Identificación del paciente
- 10.16 Nota de Egreso hospitalario
- 10.17 Nota de Ingreso
- 10.18 Nota Preoperatoria
- 10.19 Solicitud de componentes sanguíneos
- 10.20 Hoja de conciliación de medicamentos
- 10.21 Solicitud de Laboratorio
- 10.22 Solicitud de Gabinete
- 10.23 Solicitud de Estudios de Patología
- 10.24 Receta medica
- 10.25 Consentimiento Informado para la aplicación de Anestesia y/o sedación
- 10.26 Consentimiento de Panendoscopia
- 10.27 Consentimiento de CPRE
- 10.28 Hoja de Programación y Registro individual de pacientes
- 10.29 Nota de Egreso Voluntario
- 10.30 Solicitud de Electrocardiograma
- 10.31 Nota Postoperatoria
- 10.32 Hoja Cumple adelante
- 10.33 Hoja de Traslado
- 10.34 Claves de Hospitalización de Ginecología
- 10.35 Reporte de Aplicación de Toxina botulínica

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 14 de 100

- 10.36 Solicitud de Aplicación de Toxina botulínica
- 10.37 Reporte de Microscopía Especular
- 10.38 Solicitud de Microscopía Especular
- 10.39 Reporte de Curva Horaria
- 10.40 Solicitud de Curva Horaria
- 10.41 Reporte de Estudio Fluorangiográfico
- 10.42 Solicitud de Estudio Fluorangiográfico
- 10.43 Reporte de Aplicación de Antiangiogénico
- 10.44 Solicitud de Aplicación de Antiangiogénico
- 10.45 Solicitud de campos visuales
- 10.46 Reporte de campos visuales
- 10.47 Solicitud de laser
- 10.48 Reporte de OCT de retina
- 10.49 Reporte de OCT de Glaucoma
- 10.50 Solicitud de OCT de Glaucoma
- 10.51 Reporte de Ultrasonido
- 10.52 Solicitud de Ultrasonido
- 10.53 Reporte de Topografía corneal
- 10.54 Solicitud de Topografía corneal
- 10.55 Tamizaje Nutricional de Ginecobstetricia
- 10.56 Tamizaje Nutricional de Pediatría
- 10.57 Consentimiento Informado de procedimientos quirúrgicos e invasivos
- 10.58 Tamiz Nutricional
- 10.59 Hoja de Valoración Nutricional
- 10.60 Carta y Autorización para realizar necropsia (autopsia)
- 10.61 Escala de Duelo Perinatal
- 10.62 Escala Hospitalaria de Ansiedad y depresión
- 10.63 Registro de adolescentes de consulta y Hospitalización
- 10.64 Hoja de Valoración Cardiovascular
- 10.65 Carta de Consentimiento informado para recibir tratamiento para dolor y/o paliación de síntomas con opioides
- 10.66 Carta de consentimiento informado para ingreso recibir sedación paliativa
- 10.67 Carta de Consentimiento Informado para recibir tratamiento paliativo
- 10.68 Consentimiento informado de Planificación familiar

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		Hoja: 15 de 100
	Procedimiento de Hospitalización		

10.1 HOJA FRONTAL

FRONTAL	HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
----------------	--

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

EDAD: _____ REGISTRO: _____ SEXO: _____ CAMA: _____

FECHA Y HORA DE ELABORACIÓN: _____

FECHA DE INGRESO	MOTIVO DE INGRESO	FECHA DE EGRESO	DIAGNÓSTICO(S)

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		Hoja: 16 de 100
	Procedimiento de Hospitalización		



10.2 SOLICITUD DE INGRESO HOSPITALARIO

HOSPITAL GENERAL
DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ



SOLICITUD DE INGRESO HOSPITALARIO

		No. REGISTRO	
NOMBRE COMPLETO DEL (LA) PACIENTE:			
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
NOMBRE (S)			
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	SEXO:	M () F ()
DIRECCIÓN DEL PACIENTE			
EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:			
TELÉFONO:			
DIAGNÓSTICO DE INGRESO:			
INGRESO POR:	URGENCIAS ()	CONSULTA EXTERNA ()	REFERIDO ()
TIPO DE INGRESO:	AMBULATORIO ()	HOSPITALIZACIÓN ()	
INGRESA A:			
ESPECIALIDAD			
FISO:		CAMA:	
NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO QUE ORDENA EL INGRESO:			
OBSERVACIONES:			
FECHA:		HORA:	

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 17 de 100

10.3 HISTORIA CLÍNICA



Hospital General Dr. Manuel Gea González
FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA

Especialidad _____ Fecha: _____ Hora: _____

cd/m/aaaa

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre _____ Expediente _____
 Edad _____ Sexo _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Lugar de Nacimiento _____ Lugar de Residencia _____ Ocupación: _____
 Estado Civil _____ Escolaridad _____ Religión _____
 Grupo y Rh _____ Interrogatorio Directo Indirecto Informante _____

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

Vivienda

Tipo de vivienda: Rural Urbana Material de Construcción: Perdurables No perdurables
 Servicios de Urbanización: _____
 Habitaciones: _____ Habitantes: _____ Zoonosis: _____
 Tabaquismo Índice Tabáquico Alcoholismo Años Tomando Frecuencia de Ingesta
 Si No _____ Si No _____
 Otros: _____
Otras enfermedades o datos de relevancia

Hábitos Higiénico Dietéticos

Alimentación: Adecuada Si No Higiene: Adecuada Si No

Perinatales (pacientes pediátricos)

Parto Cesárea Complicaciones: _____ APGAR: _____
 Peso al Nacer: _____ Talla al Nacer: _____ Seno Materno: Si No Tiempo: _____
 Ablactación: _____ Alimentación Actual: _____

Desarrollo Psicomotor (pacientes pediátricos)

Sonrisa Social Fija la mirada Sostén Cefálico Se sienta con ayuda Gatea Se para Camina
 Balbucea Monosílabos Bisílabos Habla Escolaridad: _____
 Deportes: _____

Esquema de Inmunización

BCG Pentavalente 1a. Pentavalente 2a. Pentavalente 3a. DPT refuerzo Hepatitis B 1a. Hepatitis B 2a.
 Hepatitis B 3a. Paperas, Rubéola, Sarampión 1a. Paperas, Rubéola, Sarampión 2a. Rotavirus 1a. Rotavirus 2a.
 Neumococo 1a. Neumococo 2a. Neumococo 3a.
 Papiloma _____ Tétanos _____ Influenza _____ AH1N1 _____
dd/mm/aaaa dd/mm/aa dd/mm/aaaa dd/mm/aaaa

Otros: _____

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS



NOMBRE: _____ FECHA: _____
EDAD: _____ SEXO: _____ OCUPACIÓN: _____ TELÉFONO: _____
DOMICILIO: _____

INTERROGATORIO: PACIENTE FAMILIAR OTRO

MOTIVO DE CONSULTA: _____

PADECIMIENTO ACTUAL: _____

HEREDO FAMILIARES:

Sistémicos:

D.M.: _____

HAS: _____

CA: _____

OTROS: _____

Oftalmológicos:

RETINOPATÍA: _____

GLAUCOMA: _____

CATARATA: _____

OTROS: _____

ANTECEDENTES PERSONALES:

Sistémicos:

D.M.: _____ EVOLUCIÓN: _____ UG: _____

CONTROL: _____

CÁNCER: _____

TRANSFUNCIONALES: _____

ALÉRGICOS: _____

QUIRÚRGICOS: _____

MEDICAMENTOS SISTÉMICOS: _____

HAS: _____ EVOLUCIÓN: _____

CONTROL: _____

CARDIOPATÍA: _____

ENF. ENDOCRINA: _____

ENF. NEUROLÓGICA: _____

AR: _____

INFECCIOSOS: _____

OTROS: _____

Oftalmológicos: ojo *Tiempo Evolución*

CATARATA: _____

GLAUCOMA: _____

RETINOPATÍA: _____

ESTRABISMO: _____

TRUMA: _____

OTROS: _____

LÁSER: _____

Procedimientos

Fecha

CIRUGÍAS: *Procedimientos* *Fecha*

Último examen oftalmológico

Medicamentos oftalmológicos



Hospital General Dr. Manuel Gea González
HISTORIA CLÍNICA PERINATAL SIMPLIFICADA

FECHA Y HORA DE ELABORACIÓN: _____

APELLIDOS Y NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO				No. HISTORIA CLÍNICA					
DOMICILIO		EDAD Años	ALFABETA	ESTUDIOS	AÑOS APROBADOS	ESTADO CIVIL		FUMA			
LOCALIDAD		Menor de 15 Mayor de 35	SI NO	Ning. Med. Prim. Sup.		Casado Unión Libre Sol. Otro		NO SI	Cuántos		
ANTECEDENTES		PERSONALES	N/O SI	OBSTETRICOS	ABORTOS	VAGINALES	NAC. VIVOS	VIVEN MUJEREN	ALGUN RN PESO		
FAMILIARES		TBC		Anotar el número de	PARTOS	CESARIAS	NAC. MUERTOS	1a. Sem MUJEREN	MINOS DE 2500g		
Diabetes		Diabetes		GESTAS				después 1a. Sem	NO SI		
TAC pulmonar		Hipertensión crónica		Ninguna o más de 5 partos					NACIMIENTO CON		
Cáncer		Cirugía pélvica-uterina							MAYOR PESO		
Gonorrrea		Inferilidad									
Otro		Otro									
EMBARAZO ACTUAL		EX. ODONTOL.	PELVIS	PREPANCLOAU	EXPL. VAGINAL	E.G.O.	VORL.	HOSPITALIZACIÓN			
Peso anterior Embarazo		NORMAL	NORMAL	CLASE I	NORMAL	NORMAL		EMBARAZO			
Talla (cm)		SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		TRASLADO			
Kg		SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		NO SI			
1		SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		NO SI			
DUDAS FUM		ANTITETANICA PREVA	ACTUAL	GRUPO	HOSPITALIZACIÓN	TRASLADO	Días Mes Años				
NO SI		SI NO	1° 2° 3°	Rh + -	NO SI	NO SI					
SI		SI NO	MES GESTA	NO SI	NO SI	NO SI					
CONSULTA No.		1		2		3		4		5	
FECHA		6		7		8		9		10	
SEMANAS DE AMENORRREA											
PESO (kg)											
TENSION ARTERIAL											
Máx. / Mín. (Mm Hg)											
ALT UTER / PRESENT.											
Pub. fondo / Col. Pelv. Tr.											
FC / (bat / min) / MOV FETAL											
GANANCIA DE PESO											
NORMAL SI / NO											
ALTURA UTERINA											
NORMAL SI / NO											
PARTO / ABORTO		EDAD GESTA	TAMÑO FETAL	INICIO	MEMBRANAS	Fecha ruptura	Cal.	PATOLOGIA EMBARAZO		PARTO PUERPERO	
CONTROL PRENATAL		Menor 37	ACORDE	Exp.	Int.			Embarazo Múltiple		Después parto n. cal. pelv.	
MEMA UNIDAD		42 y Más	SI NO	Ind.	Rot.			Hipertensión previa		Hemorragia 1er. trim.	
TERMINACION		Horas	Min.	Exp.	Int.			Preeclampsia		Hemorragia 2° trim.	
Esp. Ces. Part.		Días	Min.	Ind.	Rot.			Edema		Hemorragia 3er. trim.	
Otro		Mes	Min.					Cardiopatía		Anemia crónica	
EPISIOTOMIA		Alumb. esp.	MUERTE FETAL	NIVEL DE ATENCION		3° 2° 1°	Dom. Otro	Diabetes		Ruptura prematura membr.	
NO SI		SI NO	NO SI	Atendido		Medico Enf. Part. Ausd.	Parto Trasl. Otro	Infección urinaria		Infección puerperal	
Después		Placenta comp.	SI Parto	PARTO				Otras infecciones		Hemorragia puerperal	
NO SI		SI NO	SI Parto	NEONATO				Pericardio		Otro	
RECIEN NACIDO		PESO AL NACER	EDAD POR Ex. FISICO	PESQ.EG.		EX-FISICO	H.S. O DIAS POST PARTO O ABORTO		12 Hrs.	24 Hrs.	1° Dic.
F. SEXO		Menor 2500 g.	Menor de 37	Adec. Pq. Gr.		Normal Anomal	TEMPERATURA				
M. VIVO		SI NO	SI NO				PULSIO (bat / min)				
6 ó menor		SI NO	SI NO				TENSION ARTERIAL				
TALA		EX-NEUROL.	PATOLOGICAS				Máx. Mín. (Mm Hg)				
Normal Anomal		Normal Anomal Duda	M. Hal S. Asp. Hemorragia				INVOL. UTERINA				
Normal Anomal			Otras SOR Apnea Hemorragia				CARACTERISTICAS DE LOQUIOS				
PER. CEF.		EGRESO RN	EDAD ALTA / TRASLADO	EDAD AL FALL ECER		ALIMENTO		Egreso Materno		Muerde Materno	
SI NO		Sero Traslado Can. pat. Fallo	Días Horas	Días Horas		Pecho Mido Adf.		Sero Embarazo		Método de PP	
								Sero Embarazo		Ninguno	
								Traslado Parto Puerperio		Ligadura de Trompas	
								Con. Pat. Puerperio		D.L.U. Ritmo Otro	

OBSERVACIONES



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA
Procedimiento de Hospitalización



Rev. 0

Hoja: 20 de 100

DIVISIÓN DE NUTRIOLOGÍA CLÍNICA		HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZALEZ"				
HISTORIA CLÍNICA NUTRICIA						
NOMBRE:		EDAD:	FECHA:	HORA:		
GÉNERO:	No. EXPEDIENTE:	FECHA DE NACIMIENTO.:				
ESCOLARIDAD:	OCCUPACIÓN:	ESTADO CIVIL:				
MOTIVO DE CONSULTA:						
SINTOMAS GASTROINTESTINALES: ESTREÑIMIENTO ___ DIARREA ___ REFLUJO ___ GASTRITIS						
OTROS: _____						
APEGO A DIETAS ANTERIORES:						
Barreras de apego: _____						
SINTOMAS GENERALES:						
EXPLORACIÓN FÍSICA:						
ALCOHOLISMO :		TABAQUISMO:		Actividad física:		
CAMBIOS DE PESO:			Causa de cambio:			
CAMBIOS DE APETITO:						
CLINICOS:		T.A.:		SIGNOS:		
AMB: DM _____ HTA _____ OB _____		CA _____		DLP _____ OTRO _____		
DX MÉDICOS Y DURACIÓN:						
CIRUGÍAS:						
MEDICAMENTOS/SUPLEMENTOS:						
BIOQUÍMICOS:						
HDL: _____						
ANTROPOMÉTRICOS						
TALLA:	PI:	%PI:	PH:	%PIE:	PESO META:	
PESO						
IMC						
CINTURA						
CADERA						
GANANCIA DE PESO						
Peso perdido y						
%Peso perdido						
Otras (especiales)						
IMC pre gestacional						
EMBARAZO (SDG)						
Ganancia mínima						
Ganancia máxima						
P/E						
T/E						
P/T						
COMPOSICIÓN CORPORAL		%MASA GRASA	Agua corporal total		Grasa visceral	



Fecha: _____

Nombre completo: _____
Edad: _____ Estado civil: _____ Escolaridad: _____ Teléfono: _____

Antecedentes familiares:

Antecedentes Personales:

Tabaquismo _____ Edad de inicio _____ Cantidad _____ Otras drogas o alcohol _____
Hipertensión arterial _____ Diabetes mellitus _____ Tromboflebitis _____ Migraña _____

Otros: _____

Antecedentes ginecoobstétricos:

Menarca _____ Telarca _____ Pubarca _____ Ritmo menstrual _____ FUM _____

Dismenorrea _____ Citología cervical _____ (resultados y fecha) _____ DOCMA _____

IVSA _____ # Parejas _____ Dispareunia _____ G _____ P _____ A _____ C _____ Ectópico _____ Hijos vivos _____

Complicaciones de los embarazos o el puerperio _____

Cirugía ginecológica _____ Cervicovaginitis de repetición _____

Enfermedades de transmisión sexual _____

Historia anticonceptiva:

Método usado	Fecha inicio	Fecha suspensión	Complicaciones	Beneficios

Exploración física:

TA _____ FG _____ Peso _____ Talla _____ IMG _____

Mamas normales _____ Signos de embarazo _____ Abdomen normal _____

Útero y anexos _____ Cervicovaginitis _____

Várices _____ Otro _____

Riesgo reproductivo: Bajo _____ Alto _____

Método anticonceptivo adoptado:

Método deseado: _____ Método otorgado: _____

En caso de DIU, mirena, histerometría _____ cms.

Observaciones _____

Médico: _____ Expediente en caso de OTB _____



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA
Procedimiento de Hospitalización

gea
hospital

Rev. 0

Hoja: 25 de 100

NOTA DE INTERCONSULTA

HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

gea
hospital

SERVICIO: _____

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____

SEXO: _____ N. EXP. _____ SIGNOS VITALES: T.A. _____ TEMP. _____ F.C. _____ FR. _____

TALLA _____ PESO _____ FECHA Y HORA EN QUE SE OTORGA EL SERVICIO: _____

MOTIVO DE LA ATENCIÓN:

RESUMEN DEL INTERROGATORIO, EXPLORACIÓN FÍSICA Y ESTADO MENTAL, EN SU CASO:

RESULTADOS RELEVANTES DE LOS ESTUDIOS DE LOS SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO QUE HAYAN SIDO SOLICITADOS PREVIAMENTE:

DIAGNÓSTICOS O PROBLEMAS CLÍNICOS:

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

PLAN DE ESTUDIO:



SUGERENCIAS DIAGNÓSTICAS Y DE TRATAMIENTO:

TRATAMIENTO E INDICACIONES MÉDICAS:

PRONÓSTICO:

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD QUE ELABORÓ LA NOTA: _____

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 26 de 100

10.7 HOJA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA



Hospital General Dr. Manuel Gea González
 Calzada de Tlalpan No. 4800, Col. Sección XVI, Alcaldía Tlalpan, Ciudad de México C.P. 14080
 Sistema de Referencia y Contrareferencia
HOJA DE REFERENCIA

FECHA _____	No. DE EXPEDIENTE _____
NOMBRE PACIENTE _____	
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
NOMBRE (S)	
SEXO M () F ()	FECHA DE NACIMIENTO _____
	DÍA / MES / AÑO
EDAD _____	
DOMICILIO _____	
CALLE Y NÚMERO	COLONIA
DELEGACIÓN / MUNICIPIO _____	
ESTADO _____	
NOMBRE DE FAMILIAR / RESPONSABLE _____	
PARENTESCO _____	
UNIDAD MÉDICA A LA QUE SE REFIERE _____	
DOMICILIO _____	
SERVICIO AL QUE ENVÍA _____	
FECHA DE CAPTACIÓN _____	
INTERCONSULTA () TRATAMIENTO () ESTUDIO DE GABINETE () ESTUDIO DE LABORATORIO ()	
ESPECIFIQUE ESTUDIO _____	
MOTIVO DE ENVÍO:	
TENSIÓN ARTERIAL _____ mm. Hg	FRECUENCIA: CARDIACA _____ por min.
	RESPIRATORIA _____ por min
TEMPERATURA _____ °C	PESO _____ Kg.
	TALLA _____ cm.
RESUMEN CLÍNICO:	

TERAPÉUTICA EMPLEADA:	

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:	

06-01-0039

 MÉDICO TRATANTE
 NOMBRE COMPLETO
 FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL

 JEFE DEL DEPARTAMENTO
 NOMBRE COMPLETO
 FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL

 DIRECTOR MÉDICO
 NOMBRE COMPLETO
 FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA
Procedimiento de Hospitalización

gea
hospital

Rev. 0

Hoja: 27 de 100



Hospital General Dr. Manuel Gea González
Calzada de Tlalpan No. 4800, Col. Sección XVI, Alcaldía Tlalpan, Ciudad de México C.P. 14080
Sistema de Referencia y Contrareferencia
HOJA DE CONTRAREFERENCIA

FECHA _____	No. DE EXPEDIENTE _____
NOMBRE DEL PACIENTE _____	
SERVICIO QUE ATENDIÓ _____	
UNIDAD A LA QUE SE ENVÍA _____	
MANEJO DEL PACIENTE:	
TENSION ARTERIAL _____ mm. Hg FRECUENCIA: CARDIACA _____ por min RESPIRATORIA _____ por min	
TEMPERATURA _____ °C PESO _____ Kg. TALLA _____ cm	
PADECIMIENTO ACTUAL	

TERAPÉUTICA EMPLEADA:	

ESTUDIOS CLÍNICOS (ANEXAR):	



DIAGNÓSTICO DE INGRESO/REFERENCIA:	

DIAGNÓSTICO DE INGRESO/CONTRAREFERENCIA:	

RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE:	

MÉDICO TRATANTE
NOMBRE COMPLETO
FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL

MÉDICO TRATANTE
NOMBRE COMPLETO
FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL



 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 28 de 100

10.8 SOLICITUD DE ESTUDIO ENDOSCOPICO

		Hospital General Dr. Manuel Gea González Departamento de Endoscopia Gastrointestinal SOLICITUD DE ESTUDIO ENDOSCÓPICO	
Fecha de solicitud: ___-___-___ Hora: ___:___ hrs.		Fecha de estudio: ___-___-___ Hora: ___:___ hrs.	
NOMBRE DEL PACIENTE: _____		CE: <input type="checkbox"/> HOSP: <input type="checkbox"/>	
URGENTE: SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>		SEXO: M: <input type="checkbox"/> F: <input type="checkbox"/>	
REGISTRO: _____		AISLADO: SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>	
FECHA DE NACIMIENTO: ___-___-___		EDAD: _____	
SERVICIO: _____		CAMA: _____	
TIPO DE ESTUDIO: <input type="checkbox"/> PANENDOSCOPIA <input type="checkbox"/> COLONOSCOPIA <input type="checkbox"/> RECTO-SIGMOIDOSCOPIA <input type="checkbox"/> COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA <input type="checkbox"/> ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO <input type="checkbox"/> PRUEBA DE ALIENTO (HELICOBACTER PYLORI).		FISIOLOGÍA DIGESTIVA: <input type="checkbox"/> pHMETRIA DE 24 HORAS <input type="checkbox"/> MANOMETRIA ESOFÁGICA <input type="checkbox"/> IMPEDANCIA <input type="checkbox"/> MANOMETRIA ANAL <input type="checkbox"/> OTRO: _____	
Motivo de Solicitud: _____			
Diagnóstico Clínico: _____			
Antecedentes de Importancia: _____			
Cuadro Clínico: _____			
Laboratorios: _____			
Estudios de Imagen: _____			
Terapia Antibiótica: SI: _____		NO: <input type="checkbox"/>	
Terapia Anticoagulante: SI: _____		NO: <input type="checkbox"/>	
Alergias: SI: _____		NO: <input type="checkbox"/>	
Resultados Endoscópicos Previos (Fecha): _____			
REQUIERE VALORACIÓN CARDIOVASCULAR: SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>			
TIPO DE ANESTÉSIA:			
<input type="checkbox"/> Local. <input type="checkbox"/> Sedación Intravenosa <input type="checkbox"/> Sedación Nebulizada <input type="checkbox"/> Anestesia General AUTORIZACIÓN			
_____ NOMBRE FIRMA DEL MÉDICO RESPONSABLE		_____ NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO ADSCRITO	
(REGISTRO DE CAJA)			
ENDOSCOPIA			

06-01-0044

Licencia Sanitaria 1014004673



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 29 de 100

10.9 SOLICITUD DE ESTUDIOS CITOLÓGICOS



Hospital General Dr. Manuel Gea González
 CALZADA DE TIALPAN 4800, COL. SECCIÓN XVI C.P. 14080, ALCALDÍA TIALPAN, CDMX, TEL. 4000-3000
SOLICITUD DE ESTUDIOS CITOLÓGICOS

FECHA _____	
NOMBRE: _____	FECHA DE NACIMIENTO: _____
SEXO _____ EDAD _____ ESTUDIO ENVIADO _____	REG. _____
CAMA _____ PISO _____	SERVICIO _____
NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CED. PROF. _____ <small>(CATEGORÍA Y FIRMA)</small>	
DATOS CLÍNICOS _____ _____ _____	
DIAGNÓSTICO PRESUNCIONAL _____ _____	
OBSERVACIONES _____ _____	
ENTRADA _____	REGISTRO CITOLÓGIA _____

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 30 de 100

10.10 CARTA DE AUTORIZACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN



Hospital General Dr. Manuel Gea González
 CALZ. DE TLALPAN 4800 CDMX 14080 TEL. 4000 3000
CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA LA HOSPITALIZACIÓN DEL PACIENTE ADULTO

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, Capítulo IV, Artículos 80, 81, 82 y 83 y de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, incisos 10, 10.1, 10.1.2 y 10.1.3

Ciudad de México a

Hora:

**C. DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL
 "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
 PRESENTE.**

Datos del Ingreso:

Urg () C.E. () Ref ()

No. de Registro:

Servicio:

Cama:

Dx:

Con la finalidad de dar cumplimiento a lo establecido en los artículos 80, 81, 82 y 83 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, así como el inciso 10.1.2 de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, El (la) suscrito (a) bajo protesta de decir verdad, manifiesto llamarme:

C. Fecha de nacimiento: Sexo: Edad:

Con domicilio particular en la calle: Número:

Colonia: Alcaldía o Mpio.:

Estado: Código Postal: Teléfono:

En pleno uso de mis facultades mentales y toda vez que se me ha explicado amplia y claramente la naturaleza y el fin de este documento, autorizo al personal médico del Hospital General a su digno cargo, para que proceda a mi ingreso hospitalario, así como a efectuarme los estudios y las investigaciones que sean necesarias para el diagnóstico de mi enfermedad y previa información realizar los tratamientos médicos, quirúrgicos u otros que convengan para mi beneficio.

También se me ha explicado que en mi atención puede intervenir personal de Salud en formación, pero siempre bajo la vigilancia y supervisión del profesional de Salud adscrito al Hospital.

ATENTAMENTE



 Nombre completo y firma del paciente



En caso de no poder firmar
 huella digital del pulgar derecho del
 familiar o persona responsable

 Nombre completo y firma del testigo

 Nombre completo y firma del testigo

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 31 de 100



Hospital General Dr. Manuel Gea González
CALZ. DE TLALPAN 4800 CDMX 14080 TEL. 4000 3000

**CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA LA HOSPITALIZACIÓN DEL PACIENTE MENOR DE EDAD,
INCONSCIENTE, CON CAPACIDADES FÍSICAS Y/O MENTALES DIFERENTES**

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, Capítulo IV, Artículos 80, 81, 82 y 83 y de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, incisos 10, 10.1, 10.1.2 y 10.1.3

Ciudad de México a

Hora:

**C. DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
PRESENTE.**

Datos del Ingreso:

Urg () C.E. () Ref ()

No. de Registro:

Servicio:

Cama:

Dx:

Con la finalidad de dar cumplimiento a lo establecido en los artículos 80, 81, 82 y 83 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, así como el inciso 10.1.2 de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 El (la) suscrito (a) bajo protesta de decir verdad, manifiesto llamarme:

C.

Fecha de Nacimiento:

Con domicilio particular en la calle:

Número:

Colonia:

Alcaldía o Mpio.:

Estado:

Código Postal:

Teléfono:

En pleno uso de mis facultades mentales y toda vez que se me ha explicado amplia y claramente la naturaleza y el fin de este documento, autorizo al personal médico del Hospital General a su digno cargo, para que proceda al ingreso hospitalario de mi

Familiar de nombre

Sexo;

Edad;

y a efectuarle los estudios y las investigaciones que sean necesarias para el diagnóstico de su enfermedad y previa información, realizar los tratamientos médicos, quirúrgicos u otros que convengan para su beneficio.

También se me ha explicado que en mi atención puede intervenir personal de Salud en formación, pero siempre bajo la vigilancia y supervisión del profesional de Salud adscrito al Hospital.



Nombre completo y Firma del Familiar o Persona responsable



En caso de no poder firmar
huella digital del pulgar derecho del
familiar o persona responsable

Nombre completo y Firma del testigo

Nombre completo y Firma del testigo

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 32 de 100

10.11 CONSENTIMIENTO INFORMADO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS



Hospital General Dr. Manuel Gea González
**CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN PARA
TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS NECESARIOS**

Ciudad de México, a _____ de _____ del 20____

Por este conducto autorizo expresamente a este Hospital, así como al personal médico y paramédico que se encuentra atendiendo a el (la) paciente de nombre _____, para que se le practique **TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS NECESARIOS**. Encontrándome consciente y debidamente informado (a) de los riesgos y beneficios que implica el procedimiento solicitado; siendo entre los riesgos señalados los siguientes: hinchazón, infección local, fiebre, escalofrío, reacciones alérgicas, de incompatibilidad, enfermedades infecciosas. Así mismo que el beneficio del procedimiento es contribuir al tratamiento del paciente que requiere la transfusión.

Así mismo manifiesto expresamente que se me ha explicado y he entendido que:

- I) En el procedimiento se utiliza material estéril, nuevo y desechable.
- II) Entendiendo que las unidades transfundidas proceden de donadores sanos con estudios para hepatitis B, hepatitis C, VIH-SIDA, sífilis y brucella, además de las pruebas de compatibilidad.
- III) Entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no garantiza o asegura los resultados de este procedimiento.

Hago constar expresamente que hubo oportunidad de aclarar mis dudas relativas al evento transfusional, así como se me ha informado de los cuidados que se deberán tener durante y posterior a la realización del mismo. En igual forma se autoriza al personal de salud para que se lleve a cabo actos y procedimientos necesarios en caso de contingencia y urgencia derivada del acto autorizado.

Lo anterior lo autorizo en pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de:

PACIENTE () FAMILIAR () TUTOR () REPRESENTANTE LEGAL ()

Y con fundamento en lo dispuesto en los artículos 80, 82 y 83 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

Hora: _____



No. de Registro _____

Nombre y firma quien autoriza


Nombre y firma del Médico que informa

Nombre y Firma Testigo

Nombre y Firma Testigo

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 33 de 100

10.12 CONSENTIMIENTO INFORMADO DE COLONOSCOPIA

	Hospital General Dr. Manuel Gea González Departamento de Endoscopia Gastrointestinal CARTA DE AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO COLOSCOPIA
---	---

La colonoscopia es una exploración visual del intestino grueso o colon. Para realizarlo es necesario introducir por el ano y el recto una sonda flexible con el extremo óptico que permita ver las alteraciones en el interior. Si es necesario durante el estudio, el médico podrá decidir si se toman pequeñas muestras de tejido (biopsias) para su análisis. También es posible que se realice una extracción de pólipos (pequeños tumores) llamada polipectomía, haciendo un corte utilizando electricidad con un asa metálica.

El paciente debe preparar su intestino para que el médico pueda observarlo adecuadamente. Esta preparación se lleva a cabo utilizando laxantes (purgas) y/o enemas (lavados intestinales) con diferentes medicamentos escogidos especialmente para cada caso.

Las molestias que pueden sentirse con el estudio son: sensación de distensión (hinchazón/inflamación) del abdomen o vientre, dolor cólico o deseo de defecar. Todas estas molestias se presentan por la introducción del aparato y de aire para poder visualizar el interior del intestino, además de las maniobras que debe realizar el médico para avanzar la exploración. Es por esto que el estudio se realiza con sedación o anestesia, según el caso individual, para disminuir las molestias del paciente.

Los riesgos del procedimiento incluyen: perforación del intestino y hemorragia (especialmente si se extrae un pólipo). Otras complicaciones menos frecuentes son: desarrollo de alteraciones del ritmo del corazón, daño a otros órganos internos (como bazo o hígado) o desgarro del epiplón (tejido que sostiene los intestinos en su lugar). Además, existen riesgos relacionados con los medicamentos utilizados para la preparación del intestino, la sedación o anestesia.

Estas complicaciones son raras y generalmente se resuelven con cirugía, pero pueden llegar a ser tan graves que ocasionalmente produzcan la muerte.

REQUIERE VALORACIÓN CARDIOVASCULAR: **SI** **NO**

TIPO DE ANESTESIA: **SIN SEDACIÓN** **SEDACIÓN** **ANESTESIA GENERAL**

Una vez leído, comprendido y aclarado lo antes expuesto:

Yo _____ autorizo al HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ", S.S.A. para que me practique el estudio llamado _____ y cualquier medida endoscópica necesaria de laboratorio, gabinete y/o quirúrgica que fuese necesaria con fecha de de _____ del mes de _____ del año _____

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE Y FIRMA TESTIGO 1

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO

NOMBRE Y FIRMA TESTIGO 2

10.13 CEDULA DE EDUCACIÓN DE PACIENTE Y FAMILIA



Hospital General Dr. Manuel Gea González
CÉDULA DE EDUCACIÓN DEL PACIENTE Y DE SU FAMILIA

Datos de identificación del paciente:		Fecha: _____ Hora: _____
Nombre del Paciente: _____		
Fecha de Nacimiento: _____	Edad: _____	Sexo: _____
Registro: _____	Núm. de cama: _____	Especialidad: _____

1.- Evaluación y Planificación de la educación del paciente y su familia.

a).- Identificación de necesidades de educación:

Fecha	DÍA	MES	AÑO
Ingreso			
1ª Evaluación			
2ª Evaluación			
3ra. Evaluación			

El paciente y/o familia necesitan educación sobre temas relacionados con:

Barreras para el aprendizaje:

	Momento de evaluación		
	1a.	2a.	3ra.
1. Derechos de los pacientes			
2. Trámites de Ingreso y egreso			
3. Consentimiento informado			
4. Uso seguro de equipo y dispositivos médicos			
5. Estado de salud y su diagnóstico			
6. Uso seguro de medicamentos			
7. Acciones esenciales para la seguridad del paciente			
8. Higiene de manos precauciones estándar			
9. Manejo del dolor			
10. Obesidad			
11. Dieta y alimentación			
12. Diabetes Mellitus			
13. Diabetes gestacional			
14. Padecimientos cardiovasculares _____			
15. Padecimientos cerebrovasculares _____			
16. Deterioro cognitivo			
17. Lesiones asociadas a la dependencia			
18. Técnicas de rehabilitación			
19. Adulto mayor			
20. Consejería para adolescentes			
21. Prevención de adicciones			
22. Violencia Familiar			
23. Planificación familiar			
24. Cáncer Cervico-Uterino			
25. Cáncer de mama			
26. Cáncer de próstata			
27. Enfermedades prevenibles por vacunación			
28. Lactancia materna			
29. Cuidados en el puerperio			
30. Signos y síntomas de alarma en las mujeres embarazadas			
31. Signos y síntomas de alarma en el Recién Nacido			
32. Trazo Neonatal			
33. Precauciones estándar			
34. _____			

	Momento de evaluación			Especificar
	1a.	2a.	3ra.	
Sin barreras				
1. Idioma				
2. Otra lengua diferente al español				
3. Alteraciones del lenguaje				
4. Alteraciones auditivas				
5. Alteraciones visuales				
6. Alteraciones físicas				
7. Alteraciones cognitivas				
8. Alteraciones emocionales				
9. Nivel educativo				
10. Alfabetización				
11. Diferencias culturales, sociales y valores				
12. Prácticas religiosas _____				
13. Enfermedades anteriores				
14. Presencia o ausencia de dolor				
15. No hay disponibilidad para recibir información				
16. Falta de habilidad para realizar procedimientos (actividades)				
17. Factores motivacionales				
18. Otro (especificar): _____				



A quién evalúa:			
	P	F	O
1ª Evaluación			
2ª Evaluación			
3ra. Evaluación			

Nombre, cédula profesional y firma de quien realiza	
1ª Evaluación	
2ª Evaluación	
3ra. Evaluación	

b).- Aceptación del paciente y/o familiar para recibir la educación:

Estimado Sr(a). _____ en virtud del motivo de su ingreso hospitalario, hemos detectado la necesidad de proporcionar a Usted, educación a cerca de su estado de salud y tratamiento con la finalidad de ayudarlo a lograr mejores resultados y una más pronta recuperación, promoviendo el autocuidado, por lo que si Usted está de acuerdo le pedimos su autorización para que nuestro profesional de la salud se la proporcione.

Nombre y firma del paciente y/o familiar

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 36 de 100

10.15 HOJA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE



Hospital General
Dr. Manuel Gea González
IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Servicio: _____

Nombre: _____



Fecha de Nacimiento: _____ **Edad:** _____

No. de Registro: _____


Fecha de Ingreso: _____



Médico tratante: _____

<u>RIESGOS</u>	
ALERGIA:	_____
CAIDA	→ Alto Riesgo <input type="checkbox"/>
	→ Mediano Riesgo <input type="checkbox"/>
	→ Bajo Riesgo <input type="checkbox"/>
NUTRICIONAL	
Riesgo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		Hoja: 39 de 100
	Procedimiento de Hospitalización		

10.18 NOTA PREOPERATORIA

NOTA PREOPERATORIA	HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"	
SERVICIO: _____		
NOMBRE COMPLETO: _____		FECHA DE NACIMIENTO: _____
EDAD: _____		SEXO: _____
		No. EXP: _____
SIGNOS VITALES: T.A. _____		F.C. _____
		F.R. _____
		TEMP: _____
		PESO: _____
		TALLA: _____
FECHA DE LA CIRUGÍA: _____		FECHA Y HORA DE ELABORACIÓN: _____
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATORIO:		
PLAN QUIRÚRGICO:		
TIPO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:		
RIESGO QUIRÚRGICO:		
CUIDADOS Y PLAN TERAPÉUTICO PREOPERATORIO:		
PRONÓSTICO:		
UN INTEGRANTE DEL EQUIPO QUIRÚRGICO PODRÁ ELABORAR EL REPORTE DE LLENADO DE PROCESO DE VERIFICACIÓN		
PRE-PROCEDIMIENTO O LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA.		
NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO QUE ELABORÓ LA NOTA		
NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO RESPONSABLE:		

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 40 de 100

10.19 SOLICITUD DE COMPONENTES SANGUÍNEOS



Hospital General Dr. Manuel Gea González
Calzada de Tlalpan 4800 Col. Sección XVI Tel. 4000-3000 Ext. 3271
SOLICITUD DE COMPONENTES SANGUÍNEOS A MEDICINA TRANSFUSIONAL

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grupo y RH: _____

Servidor: _____ Edad: _____ Sexo: _____ No. Cama: _____ No. Expediente: _____

Diagnóstico: _____ Tipo de Solicitud: ORD _____ URG _____

Fecha y Hora de la Cirugía: _____ Motivo de la Transfusión: _____

COMPONENTE: Conc. Eritrocitario _____ PFC _____ Conc. Plaquetas _____ Crío precipitado _____

Transfusiones previas: NO _____ SI _____ Fecha: _____ Cantidad: _____ Componente: _____

Reacción Transfusional: NO _____ SI _____ Fecha: _____ Cantidad: _____ Componente: _____

Medicamentos que se le están administrando al paciente: _____

Antecedentes Obstétricos: Gestos _____ Para _____ Abortos _____ Cesáreas _____ Inmunización Mat. Fetal _____

Hb _____ Hto _____ Plt _____ INR _____ TP _____ TTPa _____ Fibrinogeno _____

Observaciones: _____

Nombre completo, Cédula Prof. y Firma del médico tratante: _____

Las muestras del paciente deberán estar bien identificadas con nombre completo, fecha de nacimiento, número de cama, número de expediente, fecha, hora. Muestras que no tengan ninguna identificación se retendrán y se desecharán por el servicio. Nombre y/o apellido diferente al referido en la solicitud, no se recibirán. Para Cirugías programadas, las muestras se deberán entregar 24 hrs. antes.

Nombre completo, Cédula Prof. y Firma de quien realizó las pruebas de compatibilidad: _____

10.21 SOLICITUD DE LABORATORIO





**HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"**

**LABORATORIO CLÍNICO
SOLICITUD DE ESTUDIOS**


NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____
 No. DE REGISTRO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: F: _____ M: _____
 NOMBRE DEL MÉDICO: _____
 SERVICIO SOLICITANTE: _____ TURNO: M _____ V _____ N _____
 DIAGNÓSTICO: _____ C. EXTERNA: _____ HOSPITALIZACIÓN: _____ URGENCIAS: _____ CAMA: _____



NO UTILIZAR PAPEL CARBÓN EN LA ELABORACIÓN DE ESTA SOLICITUD. GRACIAS.	
HEMATOLOGÍA	
<input type="checkbox"/> 1565 BIOMETRÍA HEMÁTICA	<input type="checkbox"/> 1529 DEPURACIÓN DE CREATININA ORINA 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1604 RECUENTO DE RETICULOCITOS	<input type="checkbox"/> 1760 CISTATINA C
<input type="checkbox"/> 1593 ESTUDIO DE PLASMODIUM	<input type="checkbox"/> 1500 ÁCIDO ÚRICO EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1635 VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR	<input type="checkbox"/> 1519 BUN EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1535 EOSINOFILOS EN MOCO NASAL	<input type="checkbox"/> 1534 ELECTROLITOS EN ORINA 24 HORAS (Na, K, Cl)
<input type="checkbox"/> 1763 PROCALCITONINA	<input type="checkbox"/> 1731 CALCIO EN ORINA DE 24 HORAS
HEMOSTASIA	
<input type="checkbox"/> 1607 TIEMPO DE PROTROMBINA	<input type="checkbox"/> 1543 FÓSFORO EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1609 TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL	<input type="checkbox"/> 1730 MAGNESIO EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1608 TIEMPO DE TROMBINA	<input type="checkbox"/> 1505 AMILASA EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1516 ANTITROMBINA III	<input type="checkbox"/> 1502 ALBUMINA EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1584 FIBRINÓGENO	<input type="checkbox"/> 1616 MICROALBÚMINA EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1532 DÍMERO D	<input type="checkbox"/> 1563 BILIRRUBINA TOTAL
<input type="checkbox"/> 1682 PROTEÍNA S	<input type="checkbox"/> 1564 BILIRRUBINA DIRECTA
<input type="checkbox"/> 1681 PROTEÍNA C CLOT	<input type="checkbox"/> 1602 PROTEÍNAS TOTALES
<input type="checkbox"/> 1660 ANTICUAGULANTE LÚPICO TAMIZAJE	<input type="checkbox"/> 1503 ALBÚMINA
<input type="checkbox"/> 1661 ANTICUAGULANTE LÚPICO CONFIRMATORIO	<input type="checkbox"/> 1553 ALT
<input type="checkbox"/> 1677 FACTOR DE VON WILLEBRAND	<input type="checkbox"/> 1554 AST
<input type="checkbox"/> 1670 CUANTIFICACIÓN DE FACTOR VIII	<input type="checkbox"/> 1544 GGT
<input type="checkbox"/> 1671 CUANTIFICACIÓN DE FACTOR VIII	<input type="checkbox"/> 1585 FOSFATASA ALCALINA
BIOQUÍMICA	
<input type="checkbox"/> 1588 GLUCOSA	<input type="checkbox"/> 1576 LDH
<input type="checkbox"/> 1600 BUN	<input type="checkbox"/> 1552 AMILASA
<input type="checkbox"/> 1572 CREATININA	<input type="checkbox"/> 1615 LIPASA
<input type="checkbox"/> 1636 ÁCIDO ÚRICO	<input type="checkbox"/> 1659 AMONIO
<input type="checkbox"/> 1605 SODIO	<input type="checkbox"/> 1573 CK
<input type="checkbox"/> 1648 POTASIO	<input type="checkbox"/> 1574 CK MB
<input type="checkbox"/> 1570 CLORURO	<input type="checkbox"/> 1617 MIOGLOBINA
<input type="checkbox"/> 1568 CALCIO	<input type="checkbox"/> 1631 TROPONINA
<input type="checkbox"/> 1586 FÓSFORO	<input type="checkbox"/> 1522 CINÉTICA DE HIERRO
<input type="checkbox"/> 1599 MAGNESIO	<input type="checkbox"/> 1541 FERRITINA
<input type="checkbox"/> 1571 COLESTEROL TOTAL	<input type="checkbox"/> 1611 TRANSFERRINA
<input type="checkbox"/> 1524 COLESTEROL HDL	<input type="checkbox"/> 1590 HAPTOGLOBINA
<input type="checkbox"/> 1630 TRIGLICERIDOS	<input type="checkbox"/> 1542 FOLATOS
<input type="checkbox"/> 1517 APOLIPOPROTEÍNA A	<input type="checkbox"/> 1634 VITAMINA B12
<input type="checkbox"/> 1518 APOLIPOPROTEÍNA B	<input type="checkbox"/> 1643 PREALBÚMINA
<input type="checkbox"/> 1594 HEMOGLOBINA GLICOSILADA	<input type="checkbox"/> 1581 EXAMEN GENERAL DE ORINA
<input type="checkbox"/> 1545 GLUCOSA POSPRANDIAL	<input type="checkbox"/> 1765 PÉPTIDO NATRIURÉTICO TIPO B (BNP)
<input type="checkbox"/> 1701 CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 2 HORAS	<input type="checkbox"/> 1601 PROTEÍNA C REACTIVA
<input type="checkbox"/> 1603 CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 3 HORAS	
<input type="checkbox"/> 1646 CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 5 HORAS	
<input type="checkbox"/> 1703 TAMÍZ METABÓLICO	
<input type="checkbox"/> 1550 INSULINA	
<input type="checkbox"/> 1525 CREATININA EN ORINA	
<input type="checkbox"/> 1526 CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS	

ZONA PARA EL SELLO DE PAGADO
FAVOR DE NO OBSTRUIR PETICION DE ESTUDIOS. GRACIAS

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		Hoja: 43 de 100
	Procedimiento de Hospitalización		

10.22 SOLICITUD DE GABINETE

	HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"		FECHA DE NACIMIENTO
	SOLICITUD DE ESTUDIOS RADIOLOGÍA E IMAGEN		NÚMERO DE EXPEDIENTE
IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
APELLIDO PATERNO MATERNO NOMBRE (S)			EDAD No. DE CAMA
AREA <input type="radio"/> C. E. <input type="radio"/> HOSP. <input type="radio"/> URG. <input type="radio"/> EXTERNO		SERVICIO	SEXO MASC. <input type="radio"/> FEM. <input type="radio"/>
ESTUDIO SOLICITADO (MARCAR CLAVE AL REVERSO)			URGENTE SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
DATOS CLÍNICOS E IMPRESIÓN DIAGNOSTICA			
*EN CASO DE QUE EL ESTUDIO SOLICITADO SEA TOMOGRAFÍA CONTRASTE ENDOVENOSO, ANOTAR EL VALOR DE CREATININA (VIGENCIA DEL ESTUDIO, DOS MESES)			
FECHA Y HORA DE SOLICITUD		MÉDICO SOLICITANTE NOMBRE Y FIRMA	MÉDICO JEFE DEL SERVICIO NOMBRE Y FIRMA
DIA MES AÑO			
HORA:			
OBSERVACIONES POR RADIOLOGÍA E IMAGEN			
INDICACIONES AL PACIENTE			

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		Hoja: 44 de 100
	Procedimiento de Hospitalización		

10.23 SOLICITUD DE ESTUDIO DE PATOLOGÍA



HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"



DIVISIÓN DE ANATOMÍA PATOLÓGICA
SOLICITUD DE ESTUDIO BIOPSIAS Y PIEZAS QUIRÚRGICAS

BIOPSIA No. _____

NOMBRE: _____ No. EXPEDIENTE: _____
(APELLIDO PATERNO MATERNO NOMBRE "S")

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ SEXO: F ____ M ____

CAMA: _____ PISO: _____ SERVICIO: _____ FECHA: _____

MÉDICO RESPONSABLE _____
(NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL)



PIEZA OPERATORIA ENVIADA:

DATOS CLÍNICOS:

DIAGNÓSTICO DE PRESUNCIÓN:

OBSERVACIONES:

NOTA: PARA UNA INTERPRETACIÓN ADECUADA DEL ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO ES INDISPENSABLE INFORMACIÓN CLÍNICA. LE SOLICITAMOS LLENAR ADECUADAMENTE LA SOLICITUD.
No. LICENCIA SANITARIA: 101404673

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 45 de 100

10.24 RECETA MÉDICA




HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"



RECETA MÉDICA

FOLIO: _____

CALZADA DE TLALPAN 4800, COL. SECCIÓN XVI C.P. 14080, CDMX TEL. 4000-3000

Rp. NOMBRE DEL PACIENTE: _____	<input type="text"/>
FECHA DE NACIMIENTO: _____	<input type="text" value="FECHA"/>
	
NOMBRE COMPLETO DEL DR. (A): _____	
CEDULA PROFESIONAL _____	FIRMA: _____

DE-02-0085 LIC. SANIT. 101400M173

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 46 de 100

10.25 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE ANESTESIA Y/O SEDACIÓN



Hospital General Dr. Manuel Gea González
Calzada de Tlalpan 4800, Col. Sección XVI, Alcaldía de Tlalpan, C.P. 14080, Cd. de México

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE ANESTESIA Y/O SEDACIÓN MODERADA

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ SEXO: _____
 No. DE REGISTRO: _____ CARÁCTER DE LA CIRUGÍA O PROCEDIMIENTO ELECTIVA: _____ URGENTE: _____
 NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: _____ EDAD: _____
 RELACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL: _____ DOMICILIO: _____
 DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO: _____
 CIRUGÍA Y/O PROCEDIMIENTO PLANEADO: _____

Yo _____ en pleno uso de mis facultades mentales y en mi calidad de paciente o representante legal de éste, de conformidad a lo que establece el artículo 103 de la Ley General de Salud, el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica artículos 80, 81 y 82; la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico numerales 4.2, 10.1.1 al 10.1.1.1.8, 10.1.1.2 y 10.1.1.2.3, así como la NOM-006-SSA3-2011 para la Práctica de la Anestesiología numerales 4.4, 8.2, 13.1.1, 14.1 y 15.1.1.1;

DECLARO EN FORMA LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE LO SIGUIENTE:



- En base a mi derecho inalienable de elegir a mi médico, acepto al Dr. (a) _____ como mi Médico Anestesiólogo, quien está avalado por _____, y debidamente autorizado para ejercer la Anestesiología por _____.
- Se me ha informado que este Hospital cuenta con equipo médico para mi cuidado y manejo durante mi procedimiento, y aun así, no me exime de presentar complicaciones.
- Entiendo que las complicaciones, aunque poco probables, son posibles y pueden ser desde leves, tales como: pérdida o daño de una pieza dental, dolor de espalda o en el sitio de punción, dolor de cabeza, alteraciones asociadas con la posición quirúrgica, dificultad transitoria para orinar, molestias oculares o de garganta, heridas de boca y tos; hasta tales como aspiración del contenido gástrico, descompensación de mis enfermedades crónicas, alteraciones cardíacas, renales, de la presión arterial, complicaciones pulmonares, reacciones medicamentosas, transfusionales, lesiones nerviosas o de médula espinal (así como las que al reverso del presente consentimiento se señalan). Todas ellas pudieran causar secuelas permanentes e incluso llevar al fallecimiento. El beneficio que obtendré con la aplicación de la anestesia es que se pueda llevar a cabo el procedimiento diagnóstico y/o quirúrgico llamado _____ para intentar mejorar mi estado de salud.
- Entiendo también que todo acto médico implica una serie de riesgos que puede deberse a mi estado de salud, alteraciones congénitas o anatómicas que padezca, mis antecedentes de enfermedades, tratamientos actuales y previos, a la técnica anestésica o quirúrgica, al equipo médico utilizado y/o a la enfermedad que condiciona al procedimiento médico o quirúrgico al que he decidido someterme.
- Estoy consciente de que puedo requerir de tratamientos complementarios que aumenten mi estancia hospitalaria con la participación de otros servicios o unidades médicas, con el incremento consecuente de los costos.
- El Médico Anestesiólogo ha respondido mis dudas y me ha explicado en lenguaje claro y sencillo las alternativas anestésicas posibles y ACEPTO anestesia tipo _____, he entendido los posibles riesgos y complicaciones de esta técnica anestésica.
- Se me ha explicado que mi atención pudiera intervenir médicos en entrenamiento de la especialidad de anestesiología, pero siempre bajo la vigilancia y supervisión de mi Médico anestesiólogo.
- En mi presencia han sido llenados o cancelados todos los espacios en blanco que se presentan en este documento.
- Que existe la posibilidad de que mi procedimiento anestésico, se retrase e incluso se suspenda por causas propias a la dinámica de los procedimientos quirúrgicos y/o anestésicos, o por causas de fuerza mayor (urgencias).
- Se me ha informado que, de no existir este documento en mi expediente, no se podrá llevar a cabo el procedimiento quirúrgico planeado.
- En virtud de estar aclaradas todas mis dudas, DOY MI CONSENTIMIENTO para que mi persona o representado pueda ser anestesiado con los riesgos inherentes al procedimiento y autorizo al anestesiólogo para que, de acuerdo a su criterio, cambie la técnica anestésica intentando con ello resolver cualquier situación que se presente durante el acto anestésico quirúrgico o de acuerdo a mis condiciones físicas y/o emocionales. En Ciudad de México, a los _____ días del mes de _____ del año _____.

NOMBRE COMPLETO, FIRMA
Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO


NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O
REPRESENTANTE LEGAL



NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO


 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		Hoja: 47 de 100
	Procedimiento de Hospitalización		



10.26 CONSENTIMIENTO INDORMADO DE PANENDOSCOPIA

HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ" DEPARTAMENTO DE ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL CARTA DE AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PANENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA			
<p>Este estudio consiste en la introducción de un aparato con forma de sonda y con extremo óptico a través de la boca para revisar el esófago, estómago y la primera porción del intestino delgado llamado duodeno. A través del aparato se pueden tomar muestras del tejido para estudiarlo al microscopio (biopsias) y también se puede administrar tratamiento para el control del problema.</p> <p>El estudio se realiza en ayunas y el paciente se acuesta de lado izquierdo; se aplica anestesia local en la garganta para que no moleste la sonda al paciente al entrar y en algunos casos se utiliza un medicamento intravenoso para sedar al paciente.</p> <p>Las molestias del estudio son pocas si el paciente sigue las indicaciones de su estudio médico y básicamente son: el paciente puede sentir distensión en el estómago; esto sucede porque durante el procedimiento se introduce aire para ver el interior de los órganos. Además, puede sentir náuseas al momento de introducir el aparato. Estas molestias son transitorias y en general leves.</p> <p>Este método es muy útil para estudiar las enfermedades que producen hemorragia, como vórices esofágicas o gástricas.</p> <p>La ligadura de vórices es el tratamiento más efectiva y menos riesgoso que puede aplicar endoscópicamente para el tratamiento de las vórices, las complicaciones son: hemorragia, perforación y estrechamiento cuando hay cicatrización de las vórices. Todas ellas son muy raras y generalmente no ocasionan la muerte. Inmediatamente después del procedimiento puede haber dolor en el pecho que generalmente es leve y desaparece pronto. Es probable que pueda existir hemorragia a pesar del tratamiento, hasta que las vórices no desaparezcan, lo cual sucede después de más de dos procedimientos.</p> <p>Los riesgos del procedimiento cuando se realiza con fines de diagnóstico son muy pocos: alergia o reacción de la anestesia o sedación, hemorragia o aún más raramente perforación. Cuando además se realizan maniobras de tratamiento, como inyección de una úlcera o dilatación de estenosis, los riesgos aumentan. Aunque siguen siendo poco frecuentes y son básicamente los mismos: hemorragia y perforación. Cuando se presenta alguna de estas complicaciones, puede ser necesario operar de emergencia en algunos casos. Puede existir aspiración del contenido gástrico. La muerte es excepcional.</p>			
REQUIERE VALORACIÓN CARDIOVASCULAR: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
TIPO DE ANESTESIA: LOCAL(SPRAY) <input type="checkbox"/> LOCAL(NEBULIZADA) <input type="checkbox"/> SEDACIÓN <input type="checkbox"/> GENERAL <input type="checkbox"/> AGB <input type="checkbox"/>			
Una vez leído, comprendido y aclarado lo antes expuesto: Yo _____ autorizo al HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ", S.S.A. para que me practique el estudio llamado _____ y cualquier medida endoscópica necesaria de laboratorio, gabinete y/o quirúrgica que fuese necesaria. México, CDMX, a ____ de _____ del año ____			
NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE		NOMBRE Y FIRMA TESTIGO 1	
NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO		NOMBRE Y FIRMA TESTIGO 2	

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 48 de 100

10.27 CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CPRE

HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ" DEPARTAMENTO DE ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL CARTA DE AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA		
<p>La CPRE es un método de estudio y tratamiento de las vías biliares y el páncreas. En muchas ocasiones evita la realización de una cirugía. Para realizarla es necesario introducir por la boca una sonda flexible con el extremo óptico que permita ver las alteraciones en el interior. De esta manera se introduce un catéter a través del orificio de salida de la bilis y se inyecta un medio de contraste para pintar las vías biliares y ver las alteraciones usando rayos X.</p> <p>Si es necesario durante el estudio el médico podrá decidir si se toman pequeñas muestras de tejido (biopsias) para su análisis. También es posible que se realice un corte en el orificio de salida (esfínter de Oddi) llamado esfinterotomía, con un alambre metálico y utilizando electricidad para cortarlo. También se pueden introducir prótesis (sondas) para facilitar la salida de la bilis en casos de obstrucciones.</p> <p>El paciente debe acudir en ayuno para que el médico pueda hacer el estudio; se colocará boca abajo en un aparato de rayos X y permanecerá así durante el procedimiento. Por eso es importante que en caso de mujeres no exista embarazo.</p> <p>Las molestias que pueden sentirse con el estudio son: en la garganta, sensación de distensión (hinchazón) del abdomen o vientre y dolor cólico. Todas estas molestias se presentan por introducir por el aparato y aire para poder ver el interior del intestino y por las maniobras que debe realizar el médico para avanzar en la exploración. Es por eso que el estudio se realiza con sedación o anestesia, según el caso de cada paciente, para disminuir molestias.</p> <p>Los riesgos del procedimiento incluyen: perforación del intestino o vías biliares, hemorragia (en especial si se realiza esfinterotomía), pancreatitis (inflamación del páncreas) y colangitis (infección de las vías biliares). Otras complicaciones menos frecuentes son: desarrollo de alteraciones en el ritmo del corazón o quemaduras en la piel por el paso de la corriente de electricidad. Además, existen riesgos relacionados a los medicamentos utilizados como los medios de contraste radiológico, la sedación y anestesia.</p> <p>Estas complicaciones son raras y generalmente se resuelven con manejo médico o cirugía, pero pueden llegar a ser tan graves que ocasionalmente producen la muerte.</p>		
REQUIERE VALORACIÓN CARDIOVASCULAR: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> TIPO DE ANESTESIA: SEDACIÓN <input type="checkbox"/> ANESTESIA GENERAL <input type="checkbox"/>		
Una vez leído, comprendido y aclarado lo antes expuesto: Yo _____ autorizo al HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ", S.S.A. para que me practique el estudio llamado _____ y cualquier medida endoscópica necesaria de laboratorio, gabinete y/o quirúrgica que fuese necesaria. México, CDMX, a ____ de _____ del año ____		
NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE		NOMBRE Y FIRMA TESTIGO 1
NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO		NOMBRE Y FIRMA TESTIGO 2

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 49 de 100

10.28 HOJA DE PROGRAMACIÓN Y REGISTRO INDIVIDUAL DE PACIENTES





Hospital General
Dr. Manuel Gea González
SOLICITUD, REGISTRO DE OPERACIONES Y
NOTA POSTOPERATORIA

Nombre del Paciente:		Registro:	
Fecha de Nacimiento:		Peso:	
Edad:	Sexo: masculino () femenino ()	Cama:	
Servicio:	Clinica:	Tiempo quirúrgico estimado:	
Fecha de Solicitud:	da mes año	Hora Solicitud:	
Fecha de Programación:	da mes año	Recibe Solicitud:	
Fecha de la Cirugía:	da mes año	Hora de Recepción:	
Electiva ()	Urgencia ()	EMERGENCIA ()	Ambulatoria (si) (no)
Durante la Operación se requiere:			
Instrumental:		Colaboración de los servicios de:	
Nombre y firma de quien recibe la solicitud:		Riesgo Quirúrgico: I. II. III. IV. Anestesia: General () Local () Regional ()	
Médico Solicitante		Médico Jefe de la División	
Firma		Firma	
Nombre	Cédula Profesional	Nombre	Cédula Profesional
Diagnóstico Preoperatorio:		Diagnóstico Postoperatorio:	
1.-		1.-	
2.-		2.-	
3.-		3.-	
4.-		4.-	
Operación Planeada:		Operación Realizada:	
1.-		1.-	
2.-		2.-	
3.-		3.-	
4.-		4.-	
Cirujano:		Estudio Histopatológico: (si) (no)	
1er. Ayudante:		Pieza:	
2º. Ayudante:		RayosX:	
3er. Ayudante:		Drenajes: (si) (no)	Tipo:
Instrumentista:		Diferimiento de Cirugía: (si) (no)	
Circulante:		Motivo debido a: Paciente () Institución ()	
Anestesiólogo:		Especifique:	
Calidad en Quirofano	Previo al Inicio	Previo al Término	Hora de inicio Cirugía: _____ Anestesia: _____
Pausa Quirúrgica	SI () NO ()	SI () NO ()	Hora de término Cirugía: _____ Anestesia: _____
Gasas	SI () NO ()	SI () NO ()	Sangrado (ml): _____ ml.
Compresas	SI () NO ()	SI () NO ()	Transfusiones: (SI) (NO) _____ ml.
Instrumental	SI () NO ()	SI () NO ()	Balance Hídrico: _____ ml.
Punzocortantes	SI () NO ()	SI () NO ()	

06-01-0028

LICENCIA SANITARIA 1014004673

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 50 de 100





Hospital General
Dr. Manuel Gea González
SOLICITUD, REGISTRO DE OPERACIONES Y
NOTA POSTOPERATORIA

Nombre del Paciente:		Registro:	
Fecha de Nacimiento:		Peso:	
Edad:	Sexo: masculino () femenino ()	Cama:	
Signos Vitales:	Frecuencia Cardíaca: ____ por minuto	Tensión Arterial: ____ / ____ mmHg Temperatura: ____ °C	
Peso: ____ Kgs.	Frecuencia Respiratoria: ____ por minuto		
Talla: ____ Kgs.	Saturación de Oxígeno: ____ %		
Fecha y hora de elaboración de la Nota Postoperatoria:			
Accidentes: (SI) (NO) Especifique:		Incidentes: (SI) (NO) Especifique:	
Descripción de la Técnica Quirúrgica:			
Hallazgos Transoperatorios:			
Estudios Transoperatorios y Resultados:			
Estado Postquirúrgico Inmediato: Estable () Inestable () Fallecido () Comentarios:			
Plan Manejo y Tratamiento Postoperatorio Inmediato:			
Pronóstico: Bueno () Malo () Comentarios:			
Elaborado por:		Responsable de la cirugía	
Firma		Firma	
Nombre	Cédula Profesional	Nombre	Cédula Profesional

06-01-0028

LICENCIA SANITARIA 1014004673

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 51 de 100

10.29 NOTA DE EGRESO VOLUNTARIO

HOJA DE EGRESO VOLUNTARIO	HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
SERVICIO: _____	



NOMBRE COMPLETO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____

SEXO: _____ No. EXP: _____ SIGNOS VITALES: TA _____ F.C _____ FR _____

TEMP.: _____ PESO: _____ TALLA: _____ FECHA Y HORA DE ELABORACIÓN: _____

LEY GENERAL DE SALUD CAPITULO IV DISPOSICIÓN PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE HOSPITALES, ARTICULO 79. En caso de egreso voluntario, aún en contra de la recomendación médica, el usuario, en su caso, un familiar, el tutor o su representante legal, deberán firmar un documento en que se expresen claramente las razones que motivan el egreso, mismo que igualmente deberá ser suscrito por lo menos por dos testigos idóneos, de los cuales, uno será designado por el Hospital y otro por el usuario o la persona que en representación emita el documento, en todo caso, el documento a que se refiere el párrafo anterior, revelara la responsabilidad al establecimiento y se emitirá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del mismo y otro se proporcionara al usuario.



NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004 SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. Documento por medio del cual el paciente, familiar más cercano, tutor o representante jurídico solicita el egreso, con pleno conocimiento de las consecuencias que dicho acto pudiera originar. Deberá ser elaborada por un médico a partir del egreso y cuando el estado del paciente lo amerite; deberá incluirse la responsiva medica del profesional que se encarga del tratamiento y constara de:

FECHA Y HORA DE EGRESO:



NOMBRE COMPLETO, EDAD, PARENTESO Y FIRMA DE QUIEN SOLICITA EL ALTA:

RAZONES QUE MOTIVAN SU EGRESO VOLUNTARIO:

RESUMEN CLÍNICO:

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 52 de 100

MEDIDAS RECOMENDADAS PARA LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DEL PACIENTE Y PARA LA ATENCIÓN DE FACTORES DE RIESGO:	
EN SU CASO, NOMBRE COMPLETO, CÉDULA PROFESIONAL Y FIRMA DEL MÉDICO QUE OTORGUE LA RESPONSIVA:	
NOMBRE COMPLETO, CÉDULA PROFESIONAL Y FIRMA DEL MÉDICO QUE EMITE LA HOJA:	
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE LOS TESTIGOS:	
TESTIGO DEL HOSPITAL	TESTIGO DE LA PACIENTE
OBSERVACIONES:	
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PACIENTE QUE RECIBE UNA COPIA DEL ALTA VOLUNTARIA.	
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL FAMILIAR, TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL QUE RECIBE UNA COPIA DEL ALTA VOLUNTARIA	



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		Hoja: 53 de 100
	Procedimiento de Hospitalización		

10.30 NOTA POSTOPERATORIA

NOTA POSTOPERATORIA	HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
SERVICIO:	



DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO:		
OPERACIÓN PLANEADA:		
OPERACIÓN REALIZADA:		
DIAGNÓSTICO POSTOPERATORIO:		
DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA:		
HALLAZGOS TRANSOPERATORIOS:		
SE REALIZA CONTEO DE GASAS, COMPRESAS Y DE INSTRUMENTAL ANTES DE INICIAR LA CIRUGIA Y/O PROCEDIMIENTO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
REPORTE DEL CONTEO DE GASAS, COMPRESAS Y DE INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO ANTES DE CERRAR PLANOS ANATÓMICOS Y/O ANTES DEL TÉRMINO DEL PROCEDIMIENTO.		
CUENTA COMPLETA DE GASAS:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CUENTA COMPLETA DE COMPRESAS:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CUENTA COMPLETA DE INSTRUMENTAL:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
OBSERVACIONES:		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 54 de 100

10.31 SOLICITUD DE ELECTROCARDIOGRAMA



Hospital General Dr. Manuel Gea González
Subdirección de Servicios Ambulatorios
Solicitud de Electrocardiograma

FECHA: _____	
Nombre del paciente: _____	
Edad: _____	Fecha de nacimiento: _____
Sexo: H _____ M _____	Nº cama: _____
Nº de expediente: _____	Servicio: _____
Diagnóstico: _____	Aislado: _____
<input type="radio"/> 12 DERIVADAS	<input type="radio"/> PRECORDIALES DERECHAS
<input type="radio"/> TIRA DE RITMO DII	<input type="radio"/> MEDIANO
<input type="radio"/> DII DE UN MINUTO	<input type="radio"/> CÍRCULO COMPLETO
Prioridad:	Urgente Normal
	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
MEDICO SOLICITANTE	
_____ NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CEDULA DEL MEDICO RESPONSABLE DEL AREA	
AV-290	Licencia sanitaria 101400673

10.32 HOJA CUMPLE-ADELANTE

CRITERIOS QUE SE DEBEN CUMPLIR AL INGRESAR UN PACIENTE A QUIRÓFANO (CUMPLE-ADELANTE)

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Edad: _____ No. Registro: _____ Servicio: _____ Fecha: _____
 Cirugía de urgencia (SI) (NO) Cirugía programada (SI) (NO) Cirugía ambulatoria (SI) (NO)
 Cirugía proyectada: _____ Médico Tratante: _____

1. ¿Coincide el nombre del paciente y la fecha de nacimiento con el registrado en el expediente clínico y el brazalete? [Verificar directamente con el paciente y revisar brazalete]	(SI)	(NO)	
2. ¿El paciente sabe que procedimiento quirúrgico se le va a realizar? [Preguntar directamente al paciente]	(SI)	(NO)	
3. ¿El sitio de la cirugía fue previamente marcado con un asterisco? [Inspección visual]	(SI)	(NO)	(NA)
4. ¿Se tiene listo el material específico requerido para la cirugía? [Prótesis, mallas, etc.] Este punto se revisará en el quirófano	(SI)	(NO)	(NA)
5. ¿Cuenta con una solicitud autorizada del procedimiento quirúrgico? Este punto se revisará en el quirófano	(SI)	(NO)	
6. ¿Cuenta con carta de consentimiento informado para procedimiento quirúrgico con nombre y firma de ambos testigos? [Verificar su llenado correcto]	(SI)	(NO)	
7. ¿Cuenta con carta de consentimiento informado para procedimiento anestésico con nombre y firma de ambos testigos? [Verificar su llenado correcto y vigencia máxima de 3 meses]	(SI)	(NO)	
8. ¿Cuenta con valoración cardiovascular? [Pacientes mayores de 65 años o con enfermedades crónicas degenerativas]	(SI)	(NO)	(NA)
9. ¿Cuenta con nota pre quirúrgica?	(SI)	(NO)	
10. ¿Cuenta con valoración anestésica?	(SI)	(NO)	
11. ¿Cuenta con indicaciones pre quirúrgicas? [No aplica en cirugía ambulatoria]	(SI)	(NO)	(NA)
12. ¿Cuenta con exámenes de laboratorio? [Vigencia máxima de tres meses]	(SI)	(NO)	
13. ¿Cuenta con cruce de sangre? ¿Vigencia de tres meses? ¿Cuenta con hemoderivados disponibles?	(SI)	(NO)	(NA) (NO REQUIERE)

SI NO SE CUMPLE CON ALGUNO DE LOS CRITERIOS PARA QUE EL PACIENTE INGRESE A QUIRÓFANO, PODRÁ CANCELARSE LA CIRUGÍA. SOLO EL JEFE DE QUIRÓFANOS O EL SUBDIRECTOR DE CIRUGÍA PUEDEN AUTORIZAR SU INGRESO.

Nombre, firma y cédula profesional de la enfermera (o) que verifica los datos de hospitalización. _____

Nombre, firma y cédula profesional de la enfermera (o) que verifica los datos en quirófano. _____



10.33 HOJA DE TRASLADO

HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ
HOJA DE TRASLADO SEGURO DEL PACIENTE

Nombre completo del paciente: _____	Fecha de Nacimiento: _____	No. de Expediente: _____	Salida
Servicio Solicitante: _____	Fecha de Traslado: _____	Hora de Traslado: _____	
Servicio al que se traslada: _____	Diagnóstico: _____	Médico Tratante: _____	

Parámetros Clínicos	Antes del traslado	Al llegar al servicio de traslado
TA		
SaO ₂		
FC		
Glasgow		

Condición Clínica	
Categoría 1 (Estable)	<input type="checkbox"/>
Categoría 2 (Delicado)	<input type="checkbox"/>
Categoría 3 (Grave)	<input type="checkbox"/>
Urgente	<input type="checkbox"/>
Programado	<input type="checkbox"/>
Hora Programada:	_____

Observaciones: _____

Lista de verificación	Equipos		
	SI	NO	NA
Inhaloterapia verifica la Ventilación mecánica			
Personal de enfermería y médico verifican la			
Inmovilización de paciente por trauma			
Enfermería verifica el Tanque de Oxígeno			
Enfermería verifica el Acceso Venoso:			
Enfermería verifica la Bomba de Infusión			
Enfermería verifica la Infusión de Aminas			
Enfermería y Médico verifican la Sedación/Neopneumón			
Enfermería verifica el Monitor de Signos Vitales			
Enfermería verifica el Colímetro de Pulso			
Enfermería verifica el Mallet de Traslado*			
Expediente Clínico			
Consejo médico Informado			
Solicitud Completa			
Ayuda			
Médico			
Enfermera			
Inhaloterapeuta			
Cambiero			

*Paciente con categoría 2 y 3, obligatorio "Mallet de traslado".
NA= No Aplica

Traslado	
Intra-hospitalario	<input type="checkbox"/>
Extra-hospitalario	<input type="checkbox"/>
Camilla	<input type="checkbox"/>
Silla de Ruedas	<input type="checkbox"/>
Motivo de traslado	
Interconsulta	<input type="checkbox"/>
Procedimiento	<input type="checkbox"/>
Estudio	<input type="checkbox"/>
Quirófano	<input type="checkbox"/>
Hospitalización	<input type="checkbox"/>
Riesgo de Caída	
Alto Riesgo	<input type="checkbox"/>
Medio Riesgo	<input type="checkbox"/>
Bajo Riesgo	<input type="checkbox"/>



Regreso

Hora de Regreso al Servicio: _____

¿El paciente regresó en las mismas condiciones? SI NO

Explique Brevemente: _____

Explique Brevemente si se presentaron incidentes en el proceso del traslado y el estudio: _____

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 57 de 100

10.34 CLAVES DE HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGÍA





 Hospital General "Dr. Manuel Gea González"
 SUBDIRECCIÓN DE CIRUGÍA
 DIVISIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA
 CLAVES DE HOSPITALIZACIÓN

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Sexo: _____ Número de registro: _____ Edad: _____
 Servicio: _____ Servicio Solidario: _____
 Diagnóstico: _____
 Procedimiento Quirúrgico: _____

CLAVE	SERVICIO	DÍAS DE ESTANCIA	DONADORES
<input type="checkbox"/> 900	Biopsia de Órganos Pelvicos	0	0
<input type="checkbox"/> 902	Operación Cesárea Cirugía Menor (Manipulación, fibroadenoma, con o sin ome) , aspiración manual endouterina , resección de quistes , y otros procedimientos de complejidad similar)	4	2
<input type="checkbox"/> 903		0	0
<input type="checkbox"/> 905	Histerectomía Laparoscópica	3	2
<input type="checkbox"/> 907	Histerectomía Total por Vía Abdominal	3	2
<input type="checkbox"/> 908	Histerectomía Total por Vía Vaginal	3	2
<input type="checkbox"/> 704	Laparoscopia Diagnóstica/terapéutica	4	2
<input type="checkbox"/> 912	Laparotomía Exploradora	3	2
<input type="checkbox"/> 916	Ligadura uterina Instrumentado	2	2
<input type="checkbox"/> 918	Mastectomía Simple Unilateral por Gigantismo	3	2
<input type="checkbox"/> 919	Mastectomía	3	2
<input type="checkbox"/> 920	Ooforectomía	3	2
<input type="checkbox"/> 921	Atención de Parto	2	2
<input type="checkbox"/> 923	Plastia Tubaria	3	2
<input type="checkbox"/> 927	Histeroscopia quirúrgica (con o sin estancia)	0	0
<input type="checkbox"/> 928	Histeroscopia sin con sutura (diagnóstica, biopsia, terapéutica)	0	0
<input type="checkbox"/> 929	Histerectomía Obstétrica	5	2
<input type="checkbox"/> 930	Urodinámia	0	0
<input type="checkbox"/> 931	Electroestimulación	0	0
<input type="checkbox"/> 932	Sacrocistopexia	2	2
<input type="checkbox"/> 933	Colocación de Cinturón para incontinencia	0	0
<input checked="" type="checkbox"/> 711	Cirugía Robótica	5	2
<input type="checkbox"/> 150	Hospitalización Cuota Diaria		
<input type="checkbox"/> 208	Otros tratamientos de Terapia Intensiva (Cuota Diaria)		

Nombre y Firma del Médico Responsable: _____

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		Hoja: 58 de 100
	Procedimiento de Hospitalización		

10.35 REPORTE DE APLICACIÓN DE TOXINA BOTULINICA



HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA

REPORTE DE APLICACIÓN DE TOXINA BOTULINICA

FECHA DE ELABORACIÓN: ___/___/___ HORA: _____

NOMBRE COMPLETO: _____ No. EXPEDIENTE: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ EDAD: _____ SEXO: _____
 SIGNOS VITALES: TENSIÓN ARTERIAL: ___/___/___ FRECUENCIA CARDÍACA: _____
 FRECUENCIA RESPIRATORIA: _____ TEMPERATURA: _____ PESO: _____
 TALLA: _____
 DIAGNÓSTICO OFTALMOLÓGICO: _____

OJO DERECHO
OJO IZQUIERDO
UNIDADES UI: _____
COMENTARIO



 NOMBRE COMPLETO Y CÉDULA PROFESIONAL
 QUE REALIZA LA INTERPRETACIÓN

Calzada de Tlalpan 4800, col Sección XVI, Delegación Tlalpan, C.P. 14080, México, D.F. Tel. 40033205

LICENCIA SANITARIA 1014004673

Calzada de Tlalpan 4800, col Sección XVI, Delegación Tlalpan, C.P. 14080, México, D.F. Tel. 40033205

LICENCIA SANITARIA 1014004673

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 59 de 100

10.36 SOLICITUD DE APLICACIÓN DE TOXINA BOTULINICA



HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA

SOLICITUD DE APLICACIÓN DE TOXINA BOTULINICA



FECHA DE SOLICITUD: ___/___/___		HORA: _____	
NOMBRE COMPLETO: _____		NO. EXPEDIENTE: _____	
FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___	EDAD: _____	SEXO: _____	
SERVICIO SOLICITANTE: _____			
DIAGNOSTICO OFTALMOLOGICO: _____			
MOTIVO: _____			

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
DEL MÉDICO SOLICITANTE

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

Calzada de Talpan 4800, col Sección XVI, Delegación Talpan, C.P. 14080, México, D.F. Tel. 40033205

LICENCIA SANITARIA 1014004673

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 60 de 100

10.37 REPORTE DE MICROSCOPIA ESPECULAR



HOSPITAL GENERAL
 "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
 DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA

REPOORTE DE MICROSCOPIA ESPECULAR

FECHA DE ELABORACIÓN: ___/___/___ HORA: _____

NOMBRE COMPLETO: _____ No. EXPEDIENTE: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ EDAD: _____ SEXO: _____
 SIGNOS VITALES: TENSIÓN ARTERIAL: ___/___/___ FRECUENCIA CARDIACA: _____
 FRECUENCIA RESPIRATORIA: _____ TEMPERATURA: _____ PESO: _____
 TALLA: _____



OJO DERECHO		OJO IZQUIERDO
	NÚMERO	
	DENSIDAD OCULAR CELAR	
	PROMEDIO CELULAR	
	DESVIACION ESTANDAR	
	COEFICIENTE DE VARIACIÓN	
	MÁXIMO	
	MÍNIMO	
	PORCENTAJE HEXAGONALIDAD	

COMENTARIO: _____

 NOMBRE COMPLETO, CÉDULA PROFESIONAL Y FIRMA
 DEL MÉDICO QUE REALIZA EL ESTUDIO

Calzada de Tlalpan 4800, col Sección XVI, Delegación Tlalpan, C.P. 14080, México, D.F. Tel. 40033205

LICENCIA SANITARIA 1014004673

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 61 de 100

10.38 SOLICITUD DE MICROSCOPIA ESPECULAR



HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA

SOLICITUD DE MICROSCOPIA ESPECULAR



FECHA DE SOLICITUD: ___/___/___		HORA: _____
NOMBRE COMPLETO: _____		NO. EXPEDIENTE: _____
FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___	EDAD: _____	SEXO: _____
SERVICIO SOLICITANTE: _____		
MOTIVO: _____		

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
DEL MÉDICO SOLICITANTE

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

Calzada de Tlalpan 4800, col Sección XV, Delegación Tlalpan, C.P. 14080, México, D.F. Tel. 40033205

LICENCIA SAN TARIA 1014004673

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 62 de 100

10.39 REPORTE DE CURVA HORARIA



HOSPITAL GENERAL
 "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
 DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA



REPORTE DE CURVA HORARIA

FECHA DE ELABORACIÓN: ___/___/___ HORA: ___

NOMBRE COMPLETO: _____ No. EXPEDIENTE: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ EDAD: _____ SEXO: _____
 SIGNOS VITALES: TENSIÓN ARTERIAL: ___/___ FRECUENCIA CARDIACA: _____
 FRECUENCIA RESPIRATORIA: _____ TEMPERATURA: _____ PESO: _____
 TALLA: _____

HORA	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
16:00		
18:00		
20:00		
22:00		
24:00		
2:00		
4:00		
6:00		
8:00		
10:00		

COMENTARIO: _____

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 63 de 100

10.40 SOLICITUD DE CURVA HORARIA



HOSPITAL GENERAL
 "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
 DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA



NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
 DEL MÉDICO QUE REALIZA EL ESTUDIO

SOLICITUD DE CURVA HORARIA

FECHA DE SOLICITUD: ___/___/___		HORA: _____
NOMBRE COMPLETO: _____	NO. EXPEDIENTE: _____	
FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___	EDAD: _____	SEXO: _____
SERVICIO SOLICITANTE: _____		
MOTIVO: _____		

 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
 DEL MÉDICO SOLICITANTE

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 64 de 100

10.41 REPORTE DE ESTUDIO FLUORANGIOGRÁFICO



HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA

REPORTE DE ESTUDIO FLUORANGIOGRÁFICO

FECHA DE ELABORACIÓN: ___/___/___ HORA: _____

NOMBRE COMPLETO: _____ No. EXPEDIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ EDAD: _____ SEXO: _____

SIGNOS VITALES: TENSIÓN ARTERIAL: ___/___ FRECUENCIA CARDÍACA: _____

FRECUENCIA RESPIRATORIA: _____ TEMPERATURA: _____ PESO: _____

TALLA: _____

FOTOGRAFÍA DE FONDO DE OJO:

OJO DERECHO:



OJO IZQUIERDO:

FLUORANGIOGRAFIA:

OJO DERECHO:

OJO IZQUIERDO:

COMENTARIO:

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 65 de 100

10.42 SOLICITUD DE FLUORANGIOGRAFÍA



HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
QUE REALIZA LA INTERPRETACIÓN

SOLICITUD DE FLUORANGIOGRAFÍA



FECHA DE SOLICITUD: ___/___/___		HORA: _____
NOMBRE COMPLETO: _____		NO. EXPEDIENTE: _____
FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___	EDAD: _____	SEXO: _____
SERVICIO SOLICITANTE: _____		
MOTIVO: _____		

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
DEL MÉDICO SOLICITANTE

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

Calzada de Tlalpan 4800, cd. Sección XVI, Delegación Tlalpan, C.P. 14080, México, D.F. Tel. 40033205

LICENCIA SANITARIA 1014004673

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 67 de 100

10.44 SOLICITUD DE APLICACIÓN DE ANTIANGIOGÉNICO





HOSPITAL GENERAL
 "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
 DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA

SOLICITUD DE APLICACIÓN DE ANTIANGIOGÉNICO

FECHA DE SOLICITUD: ___/___/___		HORA: ___:___	
NOMBRE COMPLETO: _____		No. EXPEDIENTE: _____	
FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___	EDAD: _____	SEXO: _____	
SERVICIO SOLICITANTE: _____			
DIAGNÓSTICO: _____			
MOTIVO: _____			

 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
 DEL MÉDICO SOLICITANTE

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 69 de 100

10.46 REPORTE DE CAMPOS VISUALES



HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA

REPORTE DE CAMPOS VISUALES

FECHA DE SOLICITUD: ___/___/___ HORA: _____

NOMBRE COMPLETO: _____ No. EXPEDIENTE: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ EDAD: _____ SEXO: _____
 SIGNOS VITALES: TENSIÓN ARTERIAL: ___/___ FRECUENCIA CARDIACA: _____
 FRECUENCIA RESPIRATORIA: _____ TEMPERATURA: _____ PESO: _____
 TALLA: _____



	OJO IZQUIERDO	OJO DERECHO
ÍNDICES DE CONFIABILIDAD	_____	_____
ÍNDICE FOVEAL	_____	_____
PRUEBA DE HEMICAMPO PARA GLUCOMA	_____	_____
DESVIACIÓN DEL MODELO	_____	_____
COMENTARIO:	_____	

**NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
 QUE REALIZA LA INTERPRETACIÓN**

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

Calzada de Tlalpan 4800, col Sección XVI, Delegación Tlalpan, C.P. 14080, México, D.F. Tel. 40033205

LICENCIA SANITARIA 1014004673

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 70 de 100

10.47 SOLICITUD DE LASER



HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA

SOLICITUD DE LÁSER

FECHA DE SOLICITUD: __/__/__ HORA: _____	
NOMBRE COMPLETO: _____	No. EXPEDIENTE: _____
FECHA DE NACIMIENTO: __/__/__	EDAD: _____ SEXO: _____
SERVICIO SOLICITANTE: _____	
MOTIVO: _____ _____ _____	

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
DEL MÉDICO SOLICITANTE

REPORTE DE LASER

REPORTE DE LÁSER

FECHA DE ELABORACION: __/__/__ HORA: _____	
NOMBRE COMPLETO: _____	No. EXPEDIENTE: _____
FECHA DE NACIMIENTO: __/__/__	EDAD: _____ SEXO: _____
SIGNOS VITALES: TENSIÓN ARTERIAL: __/__/__	FRECUENCIA CARDIACA: _____
FRECUENCIA RESPIRATORIA: _____	TEMPERATURA: _____ PESO: _____
TALLA: _____	NUMERO DE SESION: _____

PARAMETROS DE LASER

	Ojo izquierdo	Ojo izquierdo
Disparos		
Podex		
Tiempo		
Spot		

OBSERVACIONES: _____ _____ _____
--



Tratamiento: _____
Pronóstico: _____
Próxima cita: _____

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA PROFESIONAL Y FIRMA
DEL MÉDICO QUE REALIZA EL ESTUDIO

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

Calle de Tlalpan 4800, col Sección XVI, Delegación Tlalpan, C.P. 14080, México, D.F. Tel. 40033205

LICENCIA SANITARIA 1014004673

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 71 de 100

10.48 REPORTE DE OCT DE RETINA



HOSPITAL GENERAL
 "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
 DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA

REPORTE DE OCT DE RETINA

FECHA DE ELABORACIÓN: ___/___/___ HORA: _____

NOMBRE COMPLETO: _____ No. EXPEDIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ EDAD: _____ SEXO: _____

SIGNOS VITALES: TENSIÓN ARTERIAL: ___/___ FRECUENCIA CARDIACA: _____

FRECUENCIA RESPIRATORIA: _____ TEMPERATURA: _____ PESO: _____

TALLA: _____

	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
Grosor Foveal Prometido	Micras	Micras
Complejo EPR coroides	_____	_____
Retina Neurosensorial	_____	_____
Depresión Foveal	_____	_____
Interfase Vitreoretaneana	_____	_____



IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: _____

COMENTARIO: _____

 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
 DEL MÉDICO SOLICITANTE

Calzada de Tlalpan 4800, col Sección XVI, Delegación Tlalpan, C.P. 14080, México, D.F. Tel. 40033205

LICENCIA SANITARIA 1014004573

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 72 de 100

10.49 REPORTE DE OCT DE GLAUCOMA



HOSPITAL GENERAL
 "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
 DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA

REPORTE DE OCT DE GLUCOMA



FECHA DE ELABORACIÓN: ___/___/___ HORA: _____

NOMBRE COMPLETO: _____ No. EXPEDIENTE: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ EDAD: _____ SEXO: _____
 SIGNOS VITALES: TENSIÓN ARTERIAL: ___/___/___ FRECUENCIA CARDIACA: _____
 FRECUENCIA RESPIRATORIA: _____ TEMPERATURA: _____ PESO: _____
 TALLA: _____

	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
GROSOR EN mm ² PROMEDIO DE CAPAS DE FIBRAS NERVIOSAS		
ÁREA DEL RADIO DEL DISCO ÓPTICO (EXCAVACIÓN)		
ÁREA DE DISCO ÓPTICO		

COMENTARIO

 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
 QUE REALIZA LA INTERPRETACIÓN

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		Hoja: 73 de 100
	Procedimiento de Hospitalización		

10.50 SOLICITUD DE OCT DE GLAUCOMA



HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA

SOLICITUD DE OCT DE GLAUCOMA

FECHA DE SOLICITUD: ___/___/___		HORA: _____
NOMBRE COMPLETO: _____	NO. EXPEDIENTE: _____	
FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___	EDAD: _____	SEXO: _____
SERVICIO SOLICITANTE: _____		
MOTIVO: _____		

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
DEL MÉDICO SOLICITANTE

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

10.51 REPORTE DE ULTRASONIDO



HOSPITAL GENERAL
 "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
 DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA

REPORTE DE ULTRASONIDO

FECHA DE ELABORACIÓN: ___/___/___ HORA: _____

NOMBRE COMPLETO: _____ NO. DE EXPEDIENTE: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ EDAD: _____ SEXO: _____
 SIGNOS VITALES: TENSIÓN ARTERIAL: ___/___ FRECUENCIA CARDIACA: _____
 FRECUENCIA RESPIRATORIA: _____ TEMPERATURA: _____ PESO: _____
 TALLA: _____ DIAGNÓSTICO: _____

QUERATOMETRO



TOPOGRAFÍA

OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
Longitud Axial: _____	Longitud Axial: _____
Queratometrías: _____	Queratometrías: _____
LENTE FLACO	
Poder LIO	Rx. Esperado
_____	_____
LENTE EXTRACAPSULAR	
Poder LIO	Rx. Esperado
_____	_____
LENTE CAMARA ANTERIOR	
Poder LIO	Rx. Esperado
_____	_____
Anotación: _____	Anotación: _____
LIO Solicitado OD: _____	LIO Solicitado OI: _____
PAQUIMETRIA OD	
_____	_____
PAQUIMETRIA OI	
_____	_____

ULTRASONIDO

Ojo derecho: _____

 Ojo izquierdo: _____

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 75 de 100

10.52 SOLICITUD DE ULTRASONIDO



HOSPITAL GENERAL
 "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
 DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA



NOMBRE COMPLETO, CÉDULA PROFESIONAL Y FIRMA
 DEL MÉDICO QUE REALIZA EL ESTUDIO

SOLICITUD DE ULTRASONIDO

FECHA DE SOLICITUD: ____/____/____		HORA: _____
NOMBRE COMPLETO: _____	NO. EXPEDIENTE: _____	
FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____	EDAD: _____	SEXO: _____
SERVICIO SOLICITANTE: _____		
MOTIVO: _____		

 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
 DEL MÉDICO SOLICITANTE

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 76 de 100

10.53 REPORTE DE TOPOGRAFÍA CORNEAL



**HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA**

REPORTE DE TOPOGRAFÍA CORNEAL

FECHA DE ELABORACIÓN: ___/___/___ HORA: _____



NOMBRE COMPLETO: _____ No. EXPEDIENTE: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ EDAD: _____ SEXO: _____
 SIGNOS VITALES: TENSIÓN ARTERIAL: ___/___ FRECUENCIA CARDIACA: _____
 FRECUENCIA RESPIRATORIA: _____ TEMPERATURA: _____ PESO: _____
 TALLA: _____

OJO DERECHO
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
OJO IZQUIERDO
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
COMENTARIO
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

**NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
 QUE REALIZA LA INTERPRETACIÓN**

Calle de Tlalpan 4800, col. Sección XVI, Delegación Tlalpan, C.P. 14080, México, D.F. Tel. 40033205

LICENCIA SANITARIA 1014004673

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 77 de 100

10.54 SOLICITUD DE TOPOGRAFÍA CORNEAL



HOSPITAL GENERAL
 "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
 DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA

SOLICITUD DE TOPOGRAFÍA CORNEAL

FECHA DE SOLICITUD: ___/___/___ HORA: _____	
NOMBRE COMPLETO: _____	NO. EXPEDIENTE: _____
FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___	EDAD: _____ SEXO: _____
SERVICIO SOLICITANTE: _____	
MOTIVO: _____	

 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
 DEL MÉDICO SOLICITANTE

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

10.55 TAMIZAJE NUTRICIONAL GEA GINECOBSTERICIA



TAMIZAJE NUTRICIONAL GEA GINECOBSTERICIA

Fecha: _____ Hora: _____ Cama _____ Registro _____
 Servicio: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Paciente: _____ Edad: _____ años
 Semanas de gestación (embarazadas): _____ Peso pregestacional (kg) _____
 Talla: _____ m. IMC pregestacional (kg/m²): _____
 Peso al final del embarazo _____ kg Ganancia de peso total(kg): _____
 Peso postparto: _____ Kgs. IMC post-parto (kg/m²): _____
 Diagnósticos: _____

Parámetro	Criterios	Puntuación
Edad	< 20 años	1 punto
	≥ 20 años	0 puntos
	≥ 35 años	1 punto
Embarazo múltiple	Sí	2 puntos
	No	0 puntos
IMC pregestacional (Kg/m ²)	≤ 16	3 puntos
	16.1 – 18.4	2 puntos
	18.5 – 24.9	0 puntos
	≥ 25	1 punto
Disminución reciente en el consumo de alimentos	Sí	1 punto
	No	0 puntos
Peso para la edad gestacional (ver reverso)	Insuficiente	3 puntos
	Adecuado	0 puntos
	Excesivo	1 punto
Toxicomanías (alcoholismo, tabaquismo, consumo de drogas)	Sí	2 puntos
	No	0 puntos
Diagnósticos médicos que afectan el estado nutricional (anemia, diabetes mellitus, enfermedad renal, hiperémesis, RCIU, preeclampsia, etc)	Sí	2 puntos
	No	0 puntos
Consumo de suplementos (hierro, ácido fólico, etc)	Sí	0 puntos
	No	1 punto
SUMA		

RESULTADOS:

Puntuación	Interpretación	Plan
4 puntos	Riesgo nutricio alto	Evaluación nutricional
3 puntos	Riesgo nutricio moderado	Evaluación nutricional
2 puntos o menos	Sin riesgo nutricio	Repetir dentro de una semana
IMC (Post-parto >30 kg/m ²)	Riesgo por obesidad	Orientación nutricional antes de egreso

Elaboró: _____
Nombre completo, Cédula y Firma



10.56 TAMIZAJE NUTRICIONAL DEL PACIENTE PEDIATRICO



TAMIZAJE NUTRICIONAL DEL PACIENTE PEDIÁTRICO

Nombre: _____ Fecha: _____ Fecha de nacimiento: _____																															
Edad: _____ Cama: _____ Género: M _____ F _____ Registro: _____ Hora: _____																															
Diagnósticos: _____																															
TAMIZAJE																															
A) ¿Tiene un diagnóstico que afecte el estado nutricional? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Grado 1 <input type="checkbox"/> Grado 2	CLASIFICACIÓN DE GRADO <table border="1"> <thead> <tr> <th>GRADO 1</th> <th>GRADO 2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cirugía menor</td> <td>Cirugía mayor</td> </tr> <tr> <td>Cirugía laparoscópica</td> <td>Falla orgánica múltiple</td> </tr> <tr> <td>Fractura</td> <td>Politraumatizado</td> </tr> <tr> <td>Bronquiolitis,</td> <td>Sepsis</td> </tr> <tr> <td>Gastroenteritis</td> <td>Pancreatitis severa</td> </tr> <tr> <td>Otras Infecciones leves</td> <td>Múltiples úlceras por presión</td> </tr> <tr> <td>Úlceras por presión</td> <td>Enfermedad crónica con deterioro agudo</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Neoplasias</td> </tr> <tr> <td></td> <td>SIDA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Hipertiroidismo</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Fibrosis quística</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Enfermedad de células falciformes</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Enfermedades Hematológicas</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Depresión mayor</td> </tr> </tbody> </table>	GRADO 1	GRADO 2	Cirugía menor	Cirugía mayor	Cirugía laparoscópica	Falla orgánica múltiple	Fractura	Politraumatizado	Bronquiolitis,	Sepsis	Gastroenteritis	Pancreatitis severa	Otras Infecciones leves	Múltiples úlceras por presión	Úlceras por presión	Enfermedad crónica con deterioro agudo		Neoplasias		SIDA		Hipertiroidismo		Fibrosis quística		Enfermedad de células falciformes		Enfermedades Hematológicas		Depresión mayor
	GRADO 1	GRADO 2																													
Cirugía menor	Cirugía mayor																														
Cirugía laparoscópica	Falla orgánica múltiple																														
Fractura	Politraumatizado																														
Bronquiolitis,	Sepsis																														
Gastroenteritis	Pancreatitis severa																														
Otras Infecciones leves	Múltiples úlceras por presión																														
Úlceras por presión	Enfermedad crónica con deterioro agudo																														
	Neoplasias																														
	SIDA																														
	Hipertiroidismo																														
	Fibrosis quística																														
	Enfermedad de células falciformes																														
	Enfermedades Hematológicas																														
	Depresión mayor																														
Puntuación <input type="checkbox"/> No 0 <input type="checkbox"/> Grado 1 2 <input type="checkbox"/> Grado 2 3																															
B) ¿Cómo es el consumo dietético? <input type="checkbox"/> Adecuado - sin cambios en las últimas dos semanas <input type="checkbox"/> Deficiente - ha disminuido recientemente <input type="checkbox"/> Ayuno - Ninguno																															
Puntuación <input type="checkbox"/> Adecuado - sin cambios en las últimas dos semanas 0 <input type="checkbox"/> Deficiente - ha disminuido recientemente 2 <input type="checkbox"/> Ayuno - Ninguno 3																															
C) Evaluar índices peso para la talla, peso para la edad, talla para la edad. <input type="checkbox"/> 5 a 95 <input type="checkbox"/> 3 a 5 percentil <input type="checkbox"/> < 3 percentil																															
Puntuación <input type="checkbox"/> 5 a 95 0 <input type="checkbox"/> 3 a 5 percentil 1 <input type="checkbox"/> < 3 percentil 3																															
Antropometría Peso: _____ Kg Talla: _____ cm Peso para la talla (P/T) _____ percentil Peso para la edad (P/E) _____ percentil Talla para la edad (T/E) _____ percentil Auxiliares < 2 años Perímetro cefálico _____ cm _____ percentil > 2 años Índice de Masa Corporal (IMC) _____ kg/m ² _____ percentil																															
RESULTADOS																															
<input type="text"/> SUMA DE PUNTUACIÓN																															
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Interpretación de la suma de puntuación</th> <th>Plan Asistencial</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0 - 1 Sin riesgo de desnutrición = Verde</td> <td>-Revalorar en 7 días.</td> </tr> <tr> <td>2 - 3 Riesgo nutricio moderado = Amarillo</td> <td>-Asegurar adecuado aporte nutricio según estado clínico, revalorar en 3 días</td> </tr> <tr> <td>≥ 4 Riesgo nutricio elevado = Rojo</td> <td>-Clasificar la desnutrición (Anexo), aviso a Nutrición Clínica.</td> </tr> <tr> <td>IMC con > 95 percentil = Obesidad</td> <td>-Orientación nutricia a familiar previo al egreso.</td> </tr> </tbody> </table>		Interpretación de la suma de puntuación	Plan Asistencial	0 - 1 Sin riesgo de desnutrición = Verde	-Revalorar en 7 días.	2 - 3 Riesgo nutricio moderado = Amarillo	-Asegurar adecuado aporte nutricio según estado clínico, revalorar en 3 días	≥ 4 Riesgo nutricio elevado = Rojo	-Clasificar la desnutrición (Anexo), aviso a Nutrición Clínica.	IMC con > 95 percentil = Obesidad	-Orientación nutricia a familiar previo al egreso.																				
Interpretación de la suma de puntuación	Plan Asistencial																														
0 - 1 Sin riesgo de desnutrición = Verde	-Revalorar en 7 días.																														
2 - 3 Riesgo nutricio moderado = Amarillo	-Asegurar adecuado aporte nutricio según estado clínico, revalorar en 3 días																														
≥ 4 Riesgo nutricio elevado = Rojo	-Clasificar la desnutrición (Anexo), aviso a Nutrición Clínica.																														
IMC con > 95 percentil = Obesidad	-Orientación nutricia a familiar previo al egreso.																														

Nombre/ firma y cédula del evaluador: _____

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 80 de 100

10.57 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS E INVASIVOS



SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
Calz. De Tlalpan 4800, Col. XVI
Tlalpan D.F. C.P. 14080 Tel. 40 0030 00

**CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN
(AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS E INVASIVOS)
DE ACUERDO CON EL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE
SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA, CAPITULO IV, ARTÍCULOS, 80, 81,82 Y 83.**

El (la) suscrito (a) paciente de esta institución, con fecha de nacimiento _____ con expediente número _____ en pleno uso de mis facultades mentales, declaro que el DR. _____ me ha explicado ampliamente que en mi situación es conveniente realizar el siguiente acto médico _____

En un lenguaje claro y sencillo que he comprendido, se me han expuesto los riesgos que todo acto médico, diagnóstico o terapéutico, sea quirúrgico o no quirúrgico lleva implícito así como las complicaciones mayores y menores que pueden surgir, en ocasiones potencialmente serias que pueden provocar la muerte o que requieran procedimientos y/o tratamientos complementarios, médicos o quirúrgicos que incrementen la estancia hospitalaria

También se ha mencionado que dichas complicaciones pueden ser derivadas directamente de la propia técnica, pero otras dependerán del procedimiento, del estado previo del paciente y de los tratamientos que esté recibiendo o de las posibles anomalías anatómicas y/o de la utilización de equipos médicos. Entre las complicaciones que pueden surgir en mi caso, se encuentran _____

Y dentro de los beneficios esperados del procedimiento quirúrgico y/o invasivo son: _____

Así como las posibles alternativas al tratamiento médico y/o quirúrgico: _____

Se me ha explicado que en mi atención podrían intervenir médicos en formación de la especialidad, pero siempre bajo la vigilancia y supervisión de mi Médico responsable

El médico me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado, por ello manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y que comprende el alcance y los riesgos del acto médico y en tales condiciones CONSENTO que se me realice el procedimiento _____ así mismo Autorizo al personal médico del Hospital General "DR. Manuel Gea González", para que atienda las contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva.

Me ha quedado claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo.

En México, D.F. a los _____ días del mes de _____ del 20 _____



Hora: _____

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE COMPLETO, FIRMA
Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 81 de 100

10.58 TAMIZ NUTRICIONAL



TAMIZAJE NUTRICIONAL GEA

Fecha: _____ Hora: _____ Cama _____ Registro _____
 Servicio: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Paciente: _____ Sexo: M F
 Diagnóstico: _____

Peso: _____ Kgs. Talla: _____ m. IMC (kg/m²): _____ Edad: _____ años

Es necesario estimar por fórmula el peso: Si ___ No ___

A) ¿Ha perdido peso en los últimos seis meses sin proponérselo?

- | | | |
|--------------------------|-----------------|---|
| <input type="checkbox"/> | No | 0 |
| <input type="checkbox"/> | No está seguro | 2 |
| <input type="checkbox"/> | Si De 1 a 5 Kg. | 1 |
| | De 6 a 10 Kg. | 2 |
| | De 11 a 15 Kg. | 3 |
| | Más de 15 Kg. | 4 |

PUNTOS: _____

B) ¿Ha disminuido su consumo de alimentos en los últimos tres meses en comparación con lo que come habitualmente?

- | | | |
|--------------------------|----|---|
| <input type="checkbox"/> | No | 0 |
| <input type="checkbox"/> | Si | 1 |

PUNTOS: _____

C) ¿Estará en ayuno en los próximos tres días?

- | | | |
|--------------------------|----|---|
| <input type="checkbox"/> | No | 0 |
| <input type="checkbox"/> | Si | 2 |

PUNTOS: _____

D) ¿Cursa con alguna enfermedad que comprometa el estado nutricional (pancreatitis grave, enfermedad crónica agudizada, sepsis u otra enfermedad catabólica)?

- | | | |
|--------------------------|----|---|
| <input type="checkbox"/> | No | 0 |
| <input type="checkbox"/> | Si | 3 |

PUNTOS: _____

Total de puntos (A+B+C+D): _____

VERDE AMARILLO ROJO

Conducta:



Puntos	Diagnóstico de Tamizaje Nutricional	Estado	Maneja
0 - 1	Sin riesgo de desnutrición	Verde	Reevaluación en 7 días
2 - 3	Riesgo nutricional moderado	Amarillo	Reevaluación en 7 días
4 ó más	Riesgo nutricional elevado	Rojo	Evaluación Nutricional Completa
Por IMC	Obesidad.	Rojo	Orientación nutricional.

Elaboró: _____

Nombre completo, Cédula y Firma

LICENCIA SANITARIA 10588673

10.59 HOJA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		Hoja: 84 de 100
	Procedimiento de Hospitalización		

10.60 CARTA Y AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR NECROPSIA (AUTOPSIA)



HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

Limitaciones:

Ninguna. El permiso se otorga para realizar una necropsia completa con remoción, examinación y retención de los órganos y tejidos por parte del personal de la División de Anatomía Patológica.

El permiso se otorga para la realización de una necropsia con las siguientes limitaciones y condiciones

Asimismo, declaro que en mi presencia han sido llenados o cancelados todos los espacios en blanco que se presentan en este documento.

Lugar, fecha y hora de la autorización: _____

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO

NOMBRE Y FIRMA DEL FAMILIAR

NOMBRE COMLETO Y FIRMA DEL TESTIGO

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO

NEGACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE NECROPSIA

Por la presente, NIEGO autorización para que sea practicada en mi familiar la NECROPSIA.

Lo anterior en virtud de: _____

Lugar y fecha: _____

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL FAMILIAR



HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

CARTA DE CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR NECROPSIA (AUTOPSIA)

Nombre del fallecido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Expediente Clínico: _____

Nombre del familiar responsable: _____

Identificado con: _____

Servicio: _____ Cama: _____



Fecha y hora de la defunción: _____

Yo, _____, (parentesco) _____ del fallecido _____, siendo el disponente secundario del cadáver, con fundamento en los artículos 350 bis de la Ley General de la Salud; 13 y 14 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos, autorizo a la División de Anatomía Patológica del Hospital General Dr. Manuel Gea González la realización de la necropsia en el cuerpo de mi familiar. Yo comprendo que cualquier información y diagnóstico obtenidos estarán sujetos a las leyes de confidencialidad.

Estudio de órganos y tejidos:

Asimismo con fundamento en el artículo 350 bis 3 de la Ley General de Salud autorizo que los órganos y fluidos sean removidos del cuerpo para su examen en la División de Anatomía Patológica con fines de diagnóstico, educación mejora de la calidad del servicio hospitalario e investigación. Este consentimiento no se hace extensivo para que los órganos removidos sean usados con fines de trasplante. Entiendo que los órganos que no sean requeridos para el diagnóstico, educación, mejora de calidad del servicio hospitalario e investigación tendrá como destino final la incineración.

Comprendo que puedo poner limitaciones sobre el alcance de la necropsia y la conversación de los órganos y tejidos. Entiendo que cualquier limitación puede poner en peligro el valor diagnóstico de la necropsia y limitar su utilidad en la educación, mejora en la calidad del servicio hospitalario o con fines de investigación. Se me ha dado la oportunidad de resolver cualquier duda que pueda tener sobre el alcance o con la finalidad de la necropsia.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 85 de 100

10.61 ESCALA DE DUELO PERINATAL





Hospital General Dr. "Manuel Gea González"
 División de Gineco-Obstetricia
 Programa Embarazo Adolescente

Nombre: _____ Fecha: _____
 Edad: _____ Alcaldía: _____ Teléfono: _____ No. Registro _____
 Estado civil: _____ Escolaridad: _____ Ocupación: _____
 Atención psicológica: Consulta externa _____ Hospitalización _____ Cama _____
 Embarazo: _____ SDG _____ posparto _____ Gesta _____ Parto _____ Aborto _____ Óbito _____

Escala de Duelo Perinatal

Instrucciones: Marque la opción que mejor se adecue a su situación actual.



Reactivo	Definitivamente sí	Probablemente sí	Probablemente no	Definitivamente no
1. Me siento deprimida				
2. Se me hace difícil llevarme bien con algunas personas				
3. Tomo medicina para los nervios				
4. Me siento vacía				
5. No puedo realizar mis actividades cotidianas				
6. Me siento culpable cuando pienso en mi bebé				
7. Siento la necesidad de hablar de mi bebé				
8. He pensado en el suicidio desde que perdí a mi bebé				
9. Me siento enferma cuando pienso en mi bebé				
10. Me lamento por la pérdida de mi bebé				
11. Intento reír pero ya nada me parece gracioso				
12. Me siento desprotegida en un mundo peligroso desde que perdí a mi bebé				
13. Estoy asustada				
14. Siento que decepcioné a la gente por la pérdida de mi bebé				
15. Siento que estoy retomando de nuevo mi vida				
16. Extraño mucho a mi bebé				

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 86 de 100

17. Necesito justificarme ante algunas personas por la pérdida de mi bebé				
18. La mejor parte de mí se perdió con mi bebé				
19. Es doloroso recordar la pérdida de mi bebé				
20. Siento que necesito ayuda profesional para que mi vida funcione otra vez				
21. Me siento culpable por la pérdida de mi bebé				
22. Me enojo cuando pienso en mi bebé				
23. Me siento como muerta en vida				
24. Siento que no valgo nada desde que perdí a mi bebé				
25. Llora cuando pienso en mi bebé				
26. Me siento apartada y sola, aunque esté con amigos				
27. Siento que es mejor no amar				
28. El tiempo pasa muy lentamente desde que perdí a mi bebé				
29. Desde que perdí a mi bebé se me hace difícil tomar decisiones				
30. El futuro me preocupa				
31. Me siento muy sola desde que perdí a mi bebé				
32. Es maravilloso estar vivo				
33. Una madre desolada por la pérdida de un bebé es menos que otra				
34. Siento que me estoy adaptando bien a la pérdida de mi bebé				
35. Estoy aceptando la pérdida de mi bebé				
36. Siento un gran dolor por la pérdida de mi bebé				

Puntaje total: _____

Elaborado por Mtra. Psic. Karla Vanessa Rodríguez Rodríguez basado en:
 González, C. M., Bello, N. C., Calva, E. A., López, M. E. G., & Pichardo, M. A. S. (2011). Escala de duelo perinatal: validación en mujeres mexicanas con pérdida gestacional. *Revista latinoamericana de psicología*, 43(3), 419-428.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		Hoja: 87 de 100
	Procedimiento de Hospitalización		

10.62 ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN



Hospital General Dr. "Manuel Gea González"
División de Gineco-Obstetricia
Programa Embarazo Adolescente

Nombre: _____ Fecha: _____
 Edad: _____ Alcaldía: _____ Teléfono: _____ No. Registro _____
 Estado civil: _____ Escolaridad: _____ Ocupación: _____
 Atención psicológica: Consulta externa _____ Hospitalización _____ Cama _____
 Embarazo: _____ SDG _____ posparto _____ Gesta _____ Parto _____ Aborto _____ Óbito _____

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión

Instrucciones: A continuación, se presenta una lista de afirmaciones que describen una serie de estados emocionales. Lea cada pregunta y marque con una X la respuesta que mejor indique cómo se ha sentido en esta última semana incluyendo el día de hoy.

1. Me siento tenso(a) o nervioso(a):

Todo el día	Gran parte del día	De vez en cuando	Nunca
-------------	--------------------	------------------	-------

2. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

Igual que antes	No tanto como antes	Solamente un poco	Ya no disfruto como antes
-----------------	---------------------	-------------------	---------------------------

3. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

Sí y muy intenso	Sí, pero no muy intenso	Sí, pero no me preocupa	No siento nada de eso
------------------	-------------------------	-------------------------	-----------------------

4. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

Igual que siempre	Actualmente, algo menos	Actualmente, mucho menos	Actualmente, nada
-------------------	-------------------------	--------------------------	-------------------

5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

Todo el día	Gran parte del día	De vez en cuando	Nunca
-------------	--------------------	------------------	-------

6. Me siento lento(a) y torpe:

Todo el día	Gran parte del día	De vez en cuando	Nunca
-------------	--------------------	------------------	-------

7. Soy capaz de permanecer sentado(a) tranquilo(a) y relajado(a):

Siempre	A menudo	Raras veces	Nunca
---------	----------	-------------	-------

8. He perdido el interés por mi aspecto personal:

Completamente	A menudo	Rara vez	Nada
---------------	----------	----------	------

9. Experimento una desagradable sensación de "nervios y hormigueos" en el estómago:



Siempre	A menudo	Rara vez	Nunca
---------	----------	----------	-------

10. Espero las cosas con ilusión:

Siempre	A menudo	Rara vez	Nunca
---------	----------	----------	-------

11. Me siento inquieto(a) como si no pudiera parar de moverme:

Siempre	A menudo	Rara vez	Nunca
---------	----------	----------	-------

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 88 de 100

12. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:

Siempre	A menudo	Rara vez	Nunca
---------	----------	----------	-------

13. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

Siempre	A menudo	Rara vez	Nunca
---------	----------	----------	-------



14. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión

Siempre	A menudo	Rara vez	Nunca
---------	----------	----------	-------

Puntaje depresión: _____

Puntaje Ansiedad: _____

Elaborado por Mtra. Psic. Karla Vanessa Rodríguez Rodríguez basado en:
Galindo Vázquez O, Beniet C, Juárez García F, Rojas Castillo F, Riveros Rosas A, Amilar Ponce J T. & Alvarado Amilar S. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud mental*, 38(4), 253-258.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 89 de 100

10.63 REGISTRO DE ADOLESCENTES DE CONSULTA Y HOSPITALIZACIÓN



HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
PROGRAMA DE EMBARAZO ADOLESCENTE
REGISTRO DE ADOLESCENTES DE CONSULTA Y HOSPITALIZACIÓN

Fecha _____ No. de Expediente _____

Nombre _____

Teléfono _____ Delegación _____

Diagnóstico Médico:

Antecedente de Diagnóstico Psiquiátrico;

Tipo de paciente 1.- Consulta externa 2.- Hospitalización 3.- Interconsulta

Causa de la consulta 1.- Atención perinatal SDG _____ 2.- Parto

3.- Cesárea 4.- Abortos 5.- Obito

6. Días de nacido _____
7.- Otro _____

Edad _____ Originaria _____

Estado civil

1. Soltera 2. Casada 3. Unión libre 4. Divorciada 5. Separada 6.- Viuda

Edad menarca _____ años

Inicio vida sexual _____ años

Número de parejas sexuales _____

Edad primera unión _____ años

Edad pareja _____

Ocupación de pareja actual _____ años

Vive con _____

Ingreso económico proveniente _____

Grado escolar:

1. Primaria 2. Secundaria 3. Preparatoria 4. Universidad

Estudios no formales: _____

Trabajo actual: _____

Trabajo anterior: _____

Plan de estudio a o trabajo a mediano plazo:

Evaluación

Ansiedad _____

Depresión _____

Violencia intrafamiliar _____

10.64 HOJA DE EVALUACIÓN CARDIOVASCULAR

CARDIOPATÍA ISQUEMICA	SI ()	NO ()	
INSUFICIENCIA CARDIACA	SI ()	NO ()	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	SI ()	NO ()	
CARDIOPATÍAS CONGENITAS	SI ()	NO ()	
NEUMOPATÍAS	SI ()	NO ()	
EKO: _____			
Rx: _____			
LABORATORIO: _____			
CONCLUSIONES: _____			
PUEDE OPERARSE: SI () NO ()			
RIESGO TROMBOEMBOLICO: _____			
RIESGO GOLDMAN / DETSKY: _____			
RIESGO ASA: _____			
RECOMENDACIONES			
PREOPERATORIAS: _____			
TRANSOPERATORIAS: _____			
POSTOPERATORIAS: _____			
ESCALA (ASA) AMERICAN SOCIETY ANESTHESIOLOGISTS			
ASA I (I / V) SANO			
ASA II (II / V) ENFERMEDAD GRAL. LEVE			
ASA III (III / V) ENFERMEDAD GRAL. GRAVE			
ASA IV (IV / V) ENFERMEDAD GRAL. QUE PONE EN PELIGRO LA VIDA			
ASA V (V / V) PACIENTE MORIBUNDO			
		GOLDMAN / DetskY	
(RIESGO CARDIACO EN CIRUGÍA NO CARIACIA)			
RIESGO TROMBOEMBOLICO	G I	(ENTRE 0 Y 5 PUNTOS)	
BAJO (ENTRE 1 Y 18 PUNTOS)	G II	(ENTRE 6 Y 12 PUNTOS)	
MODERADO (19 Y 35 PUNTOS)	G III	(ENTRE 13 Y 22 PUNTOS)	
ALTO (36 A 54 PUNTOS)	G IV	(ENTRE 23 Y 53 PUNTOS)	
NOMBRE Y FIRMA		NOMBRE Y FIRMA	
MÉDICO SOLICITANTE		MÉDICO QUE REALIZÓ EL ESTUDIO	

06-01-0143



LICENCIA SANITARIA 1014004673


 Hospital General Dr. Manuel Gea González
 Departamento de Medicina Interna - Cardiología

HOJA DE EVALUACIÓN CARDIOVASCULAR PREOPERATORIO DE RIESGO QUIRURGICO			
NOMBRE: _____		No. EXPEDIENTE: _____	
EDAD: _____		SEXO: _____	
FECHA DE REALIZACIÓN: _____		No. CAMA: _____	
SERVICIO SOLICITANTE: _____			
DIAGNÓSTICO: _____			
CIRUGÍA PLANEADA: _____			
CIRUGÍA PROGRAMADA ()		CIRUGÍA URGENTE ()	
ENFERMEDAD CONCOMITANTE: SI () NO ()			
D.M.	()	INSF. RENAL	()
HTAS.	()	INSF. HEPÁTICA	()
EPOC	()	INSF. VENOSA	()
INST. RESP.	()	INFEC. ABDOMINAL	()
I. C. C.	()	INFEC. NO ABDOMINAL	()
ALT. HEMATOLÓGICAS	()	ARRITMIAS	()
OTRAS: _____			
VALORACIÓN DE RIESGO TROMBOEMBOLICO			
RIESGO:	ALTO ()	MODERADO	BAJO ()
SEXO FEMENINO	1 ()	ARTERITIS	5 ()
SOBREPESO 20%	1 ()	FLEBITIS	5 ()
EDAD 50 AÑOS A MÁS	1 ()	INSUF. VENOSA	5 ()
ENF. CARDIACA	1 ()	NEOPLASIA	5 ()
ENF. PULMONAR	1 ()	CIRG. MAYOR 3 HRS.	5 ()
D. M.	1 ()	CIRG. CABERA	5 ()
USO HORMONALES	1 ()	CIRG. FEMUR	5 ()
REPOSO PROLONGADO	1 ()	CIRG. PRÓSTATA	5 ()
CIRG. MENOR 2 HRS.	1 ()	(SUPRAPUBLICA)	()
CARDIOMEGALIA Y/O		CALIFICACIÓN TOTAL	()
FIBRILACIÓN AURICULAR	5 ()		
VALORACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR (GOLDMAN/DETSKY)			
EDAD MAYOR A 70 A	5 ()	PAO2 < 80 mm. Hg. ó PACO2 > 50 mmHg	3 ()
IM > 6 MESES	5 ()	K+ < 3.0 mEq / l. ó HCO3 > 30 mEq / l	3 ()
IM < 6 MESES	10 ()		
ÁNOR CLASE III SC vc	10 ()	BUN > 50 mg / dl ó CREATININA > 3.0 mg / d	3 ()
ÁNOR CLASE IV SC vc	20 ()	TGO ANORMAL O EVIDENCIA DE	
GALOPE S3 O PLÉTORA		HEPATOPATIA CRÓNICA	3 ()
YUGULAR	11 ()	CIRUGIA URGENTE	4 ()
ÁNOR INESTABLE		INTRAPERITONEAL / NEUROCIRUGÍA	3 ()
6 MESES	10 ()		
TEP < 1 SEMANA	10 ()		
TEP (ANTECEDENTES)	5 ()		
ESTENOSIS AÓRTICA	3 ()	CALIFICACIÓN TOTAL	()
ENG EN RITMO NO SINUSAL	7 ()		
EKG CON 5 LPVS / mm.	7 ()		
RIESGO:	GRADO I ()	GRADO II ()	GRADO III ()
			GRADO IV ()
DATOS CARDIOVASCULARES: _____			
VALVULOPATIAS: SI () NO ()			

06-01-0143

LICENCIA SANITARIA 1014004673

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 91 de 100

10.65 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR TRATAMIENTO PARA EL DOLOR Y/O PALIACIÓN DE SÍNTOMAS CON OPIOIDES



Hospital General Dr. Manuel Gea González
 Calzada de Tlalpan 4800, Tlalpan Centro I, Tlalpan, CDMX

Carta de Consentimiento Informado Para Recibir Tratamiento Para el Dolor y/o Paliación de Síntomas con Opioides.

División de Cuidados Paliativos y Clínica de Dolor.

La carta de consentimiento informado le proporciona información sobre el tratamiento que el médico le está proponiendo, los riesgos, beneficios, otras opciones y los objetivos de la terapia. Este documento debe ser firmado por el paciente o su representante legal después de haber leído y comprendido la información que contiene y una vez que usted haya podido hacer las preguntas que considere necesarias para aclarar sus dudas con respecto al manejo médico que se le está proponiendo.

Información sobre el tratamiento para el dolor y/o paliación con opioides

El dolor crónico es un síntoma frecuente a lo largo de muchas enfermedades y es una obligación y derecho humano el proporcionar tratamiento.

Cada persona experimenta el dolor de diferente manera y por esto el plan de tratamiento debe ajustarse para responder a las necesidades de cada paciente. Cuando usted tiene dolor intenso es frecuente que sea necesario combinar distintas medicinas (analgésicos) y/o utilizar un tipo de medicamento que se llama opioides.

De acuerdo a la información que nos ha proporcionado, usted tiene un dolor severo y es necesario que le prescribamos este tipo de medicamentos. Los opioides (también conocidos como narcóticos) son los analgésicos más frecuentes utilizados en el manejo del dolor moderado a severo debido a que son muy efectivos, puedes ajustarse a la dosis que usted necesita fácilmente y los beneficios que usted tendrá son mucho mayores que los riesgos. Los beneficios son: un mejor alivio del dolor ya que son medicamentos más potentes y otro beneficio será que son medicamentos muy seguros de usar y no afectan otros órganos durante el uso crónico.

Como todos los medicamentos, los opioides tienen varios efectos secundarios, que incluyen: Somnolencia, mareo, náusea, vómito, disminución de la frecuencia respiratoria, confusión, disminución de los reflejos, estreñimiento, náusea, retención urinaria, sedación, boca seca, sabor amargo, comezón, reacciones alérgicas. No debe utilizar maquinaria pesada, manejar o realizar actividades peligrosas si está utilizando opioides.



En el hombre el uso crónico de opioides ocasiona disminución en los niveles hormonales como testosterona y estradiol, lo que puede afectar el estado de ánimo, vigor, y el rendimiento físico y sexual, osteoporosis.

En las mujeres embarazadas el uso de opioides ocasiona dependencia física y/o malformaciones en el bebé, dependiendo del medicamento que usted utilice. Si está o planea embarazarse coméntelo a su médico.

Los opioides pueden producir dependencia física, tolerancia a la analgesia y adicción. La dependencia física es normal después del uso de opioides por más de 3 semanas; sin embargo, la dependencia física no es lo mismo que la adicción. Si usted tiene antecedentes de abuso en el consumo de drogas es importante que le informe al médico.

Si usted suspende bruscamente el uso de opioides puede presentar un síndrome de abstinencia, que se caracteriza por: escurrecimiento nasal, bostezos, dilatación de pupilas, piel erizada, cólicos abdominales, diarrea, irritabilidad, ansiedad, desesperación, dolor corporal y sensación similar a la gripe.

Existen diferentes tipos de opioides de acuerdo a la manera en la que actúan. En un primer grupo están por ejemplo, la morfina, hidromorfona codeína, tramadol, oxycodona, hidrocodona, metadona, levorfanol, fentanilo. La buprenorfina pertenece a otro grupo y a un tercer grupo incluye la pentazocina, butorfanol, dezocina y nalbufina. Esta información es importante porque los pacientes que estén recibiendo opioides de primer grupo no deben recibir un opioide del tercer grupo, pues al hacerlo se pueden precipitar un síndrome de abstinencia y aumentar el dolor. De la misma manera si algún otro médico me indica otros medicamentos debo informar a mi médico tratante.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 92 de 100



Es importante que no cambie o suspenda los medicamentos sin consultar al médico.

Recibir este tratamiento es voluntaria y en cualquier momento puede decidir no continuar con este sin que sus derechos como paciente del hospital se pierdan.

En caso de cualquier duda comunicarse con la a la clínica del dolor y cuidados paliativos que se la haya asignado o a los teléfonos 40003000 Ext 3206

CDMX a _____ de _____ de 201

Nombre _____ No de Expediente _____

He sido informado de que recibiré opioides para el tratamiento para el dolor y/o otros síntomas.

El medicamento que tomaré es: _____

La dosis que recibiré es de: _____

El médico me ha informado de los riesgos y beneficios del uso de este tipo de medicamentos, la posibilidad de causar dependencia física y dicción. Entiendo que es importante que no cambie o suspenda los medicamentos sin consultar al médico.

Deseo voluntariamente aceptar el tratamiento que se me propone.

Nombre/Firma del Paciente _____

Testigos

Nombre: _____ Firma _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Parentesco _____

Nombre: _____ Firma _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Parentesco _____



Nombre y firma del Médico: _____ Fecha: _____

Si la persona no es competente para de decidir, es necesario el **CONSENTIMIENTO** de su representante legal (si este es el caso escriba el nombre, dirección, teléfono y parentesco del representante.)

Nombre: _____ Firma _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Parentesco _____

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 93 de 100

10.66 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INGRESO RECIBIR SEDACIÓN PALIATIVA



Hospital General Dr. Manuel Gea González
Calzada de Tlalpan 4800, Tlalpan Centro I, Tlalpan, CDMX

Carta de Consentimiento Informado Para Ingreso recibir Sedación Paliativa.

División de Cuidados Paliativos y Clínica de Dolor.

La carta de consentimiento informado le proporciona información sobre el tratamiento que el médico le está proponiendo, los riesgos, beneficios, otras opciones de tratamiento y los objetivos de la terapia.

Este documento del Servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos debe ser firmado por el paciente o su representante legal y dos testigos después de haber leído y comprendido la información que contiene y una vez que usted haya podido hacer las preguntas que considere necesarias para aclarar sus dudas con respecto al manejo médico que se le está proponiendo.

Información sobre Sedación Paliativa.

Los cuidados paliativos son una forma de atención que se brinda para mejorar la calidad de vida de los pacientes de una enfermedad grave o en donde los tratamientos no han funcionado o no hay opción de recibirlos.

Los cuidados paliativos es prevenir y tratar los síntomas y el sufrimiento que la enfermedad le ocasiona, los efectos secundarios de los tratamientos y ayudar a resolver algunos psicológicos, sociales y espirituales que se presentan en los enfermos, y sus familias. El tratamiento es proporcionado por un equipo en el que participan médicos, psicólogos, enfermeras, trabajadoras sociales, nutriólogos, tanatólogos, etc.

Sedación Paliativa.



Se entiende por "sedación en el enfermo paliativo en fase terminal" a la administración intencionada de medicamentos (en las dosis y combinaciones) con el fin de reducir la consciencia superficial o profundamente, de forma transitoria o permanente con la intención de aliviar el sufrimiento físico y/o psicológico no alcanzable con otras medidas, con el consentimiento implícito, explícito o delegado del paciente.

La sedación terminal tiene como finalidad disminuir su nivel de consciencia y no acortar la vida del enfermo y evitar sufrimiento al final de la vida.

Esta puede ser ligera, profunda, continua o intermitente. Los medicamentos aplicados para realizarla son exclusivamente para reducir el estado de consciencia, sin acortar o prolongar la sobrevida por la enfermedad que padezca.

Existen indicaciones clínicas claras para la aplicación de sedación paliativa, éstas son:

- Cualquier síntoma refractario que no sea controlable a pesar de haber establecido los tratamientos específicos.
 - o Delirium hiperactivo refractario al tratamiento (agitación terminal extrema),
 - o Convulsiones (status epilepticus),
 - o Sofocación (falta de aire incontrolable con otros métodos, y obstrucción aguda e irreversible de las vías aéreas),
 - Sangrado masivo.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		Hoja: 94 de 100
	Procedimiento de Hospitalización		



Se me ha informado claramente que la indicación específica en mi caso es la siguiente: _____

Firme este documento solo después de que usted y su familia consideren que está suficientemente informado de este manejo. Una copia de este documento permanecerá en el servicio y usted recibirá el documento original firmado.

Recibir este tratamiento es voluntaria y en cualquier momento puede decidir no continuar con este sin que sus derechos como paciente del hospital se pierdan.

En caso de cualquier duda comunicarse con la a la clínica del dolor y cuidados paliativos que se la haya asignado o a los teléfonos 40003000 Ext 3206

CDMX a de de 201

Nombre _____ No de Expediente _____
 Dirección _____ Teléfono _____

Se me ha informado los objetivos de la sedación paliativa, el estado de mi enfermedad, los beneficios y riesgos que este tratamiento conlleva. Entiendo que este tipo de terapia esta encaminada controlar los síntomas que mi enfermedad o tratamiento me están ocasionando y que recibiré tratamiento médico, apoyo psicológico, orientación nutricional y consejería. También se me ha explicado que mi familia forma parte importante de este esfuerzo. Deseo voluntariamente aceptar el tratamiento que se me propone.

Nombre/Firma _____

Testigos:



Nombre: _____ Firma _____
 Dirección: _____
 Teléfono: _____ Parentesco _____

Nombre: _____ Firma _____
 Dirección: _____
 Teléfono: _____ Parentesco _____

Persona que obtiene el consentimiento: Nombre, firma y fecha.

Si la persona no es competente para de decidir, es necesario el **CONSENTIMIENTO** de su representante legal (si este es el caso escriba el nombre, dirección, teléfono y parentesco del representante.)

Nombre: _____ Firma _____
 Dirección: _____
 Teléfono _____ Parentesco _____

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 95 de 100

10.67 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR TRATAMIENTO PALIATIVO



Hospital General Dr. Manuel Gea González Calzada de Tlalpan 4800, Tlalpan Centro I, Tlalpan, CDMX

Carta de Consentimiento Informado Para recibir tratamiento Paliativo.

División de Cuidados Paliativos y Clínica de Dolor.

De acuerdo con las disposiciones contenidas en la Normas Oficial Mexicanas: Agregar como fundamento legal el artículo 4° párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y el artículo 166 Bis 3, fracciones V y VI de la Ley General de Salud. De igual forma se recomienda verificar la aplicabilidad de las Normas Oficiales Mexicanas NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico y la NOM-011-SSA3-2014 sobre Criterios para la Atención de Enfermos en Situación Terminal a Través de Cuidados Paliativos. NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico, la NOM-016-SSA3-2012, que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada, se me ha informado que:



La carta de consentimiento informado le proporciona información sobre el tratamiento que el médico y equipo multidisciplinario le está proponiendo, los riesgos, beneficios, otras opciones de tratamiento, objetivos y filosofía de los Cuidados Paliativos.

Este documento del Servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos debe ser firmado por el paciente o su representante legal y dos testigos después de haber leído y comprendido la información que contiene y una vez que usted haya podido hacer las preguntas que considere necesarias para aclarar sus dudas con respecto a las intervenciones que se le está proponiendo.

Información sobre el Tratamiento Paliativo.

Los cuidados paliativos son una forma de atención que se brinda para mejorar la calidad de vida de los pacientes de una enfermedad grave o en donde los tratamientos no han funcionado o no hay opción de recibirlos. Los cuidados paliativos ayudan a prevenir y tratar los síntomas y el sufrimiento que la enfermedad le ocasiona, los efectos secundarios de tratamientos ya instaurados y además apoyan a resolver algunos psicológicos, sociales y espirituales que se presentan en los enfermos, y sus familias. El tratamiento es proporcionado por un equipo en el que participan médicos, psicólogos, enfermeras, trabajadoras sociales, nutriólogos, rehabilitadores, entre otros.

La mayor parte de los tratamientos que se proporciona no son invasivos, pero en ocasiones, de acuerdo a su evolución y a las necesidades que detectemos a lo largo de su enfermedad podríamos recomendar algún procedimiento que ayude a el alivio de los síntomas que ocasionan sufrimiento.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 96 de 100



En estos casos su médico tratante y /o el equipo de Cuidados Paliativos le informará de los riesgos y beneficios de estos tratamientos, antes de realizarlos y le solicitará autorización para realizarlos.

Uno de los objetivos de los cuidados paliativos es tratar de mejorar la calidad de vida del enfermo, preservar la dignidad en todo momento durante la enfermedad y procurar la autonomía de decisiones informadas. Este se puede llevar a cabo en el Hospital o en el Domicilio bajo una capacitación previa y atención ambulatoria en la consulta externa. El médico tratante le informará cuales son las opciones posibles de acuerdo al curso de su enfermedad. En ambos casos contamos con una línea telefónica de apoyo donde el equipo multidisciplinario puede responder dudas o realizar asesorías.



Este tratamiento está orientado a mejorar algunos síntomas que muchos enfermos tienen a lo largo de la enfermedad como el dolor, náusea, vómito, la falta de aire, problemas del apetito, problemas urinarios, estreñimiento, la falta de sueño, la angustia y la tristeza y así mismo, el apoyo psicológico le ayudará a enfrentar la enfermedad y le dará recursos para aceptar los posibles desenlaces. A su familia y/o cuidadores del paciente este programa les puede ayudar a afrontar el proceso de la enfermedad o de ver a un ser querido enfermo y lo que esto le ocasiona, sin dejar de lado el recibir alguna opción curativa si es candidato(a).

Usted y sus cuidadores primarios (Los cuidadores primarios son aquellas personas que, pudiendo ser familiar o no del paciente incapacitado o enfermo, mantiene contacto humano más estrecho con ellos y realizan los cuidados) en todo momento tendrán la garantía de recibir respuesta por cualquier duda o aclaración como riesgo beneficios y todo lo relacionado con su atención en este Servicio. Tendrá la libertad de retirar mi consentimiento en cualquier momento, así como el compromiso de notificar esta decisión al personal que le está brindando la atención sin que por ello se creen prejuicios para continuar mi cuidado y tratamiento de parte del médico.

En caso de que presente algún malestar debido al medicamento, se me brindará lo oportunidad de cambiar a y así poder recibir la mejor alternativa para el tratamiento de curativo o paliativo mi enfermedad.

Para facilitar la comunicación, en el caso de egreso a domicilio le pediremos nos apoye al llenado de un cuaderno de control de síntomas en este le pondremos por escrito el tratamiento para escribir en este el tratamiento que le estamos indicando, las recomendaciones dietéticas y nuestros nombres y teléfonos. En este cuaderno también le pediremos nos escriba los síntomas diariamente para de esta manera conocer si el tratamiento que le estamos dando está siendo efectivo o si requiere ser modificado.

Algunos de los medicamentos empleados para el alivio de síntomas son medicamentos controlados, esto es que requieren una receta especial para su prescripción. En este caso su médico le explicará que tratamiento le está dando, y que síntomas le aliviará.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 97 de 100



Al someterse al tratamiento sintomático paliativo los beneficios son los que han planteado anteriormente y los riesgos serían el control inadecuado de síntomas en caso de tratarse de un síntoma refractario es decir un síntoma de difícil control. En ese caso le informaremos de otras alternativas de manejo.

En algunas ocasiones de acuerdo a la evolución de su enfermedad algunos procedimientos médicos ya no son beneficiosos o se pueden considerar desproporcionadas porque pueden ocasionar efectos adversos o sufrimiento cuando nos encontramos frente a una enfermedad muy avanzada. En este sentido su médico proporcionará a usted información y a sus familiares para que decida de manera libre e informada el no instaurar o interrumpir algún tratamiento. De ser así usted deberá llenar y firmar el anexo a este consentimiento sobre Adecuación de Esfuerzo Terapéutico.

Se me ha informado claramente que mi paciente cumple criterios para las siguientes enfermedades:

Firme este documento solo después de que usted y su familia consideren que está suficientemente informado de este manejo. Este documento permanecerá en su expediente clínico y se dará una copia al paciente o familiar responsable. En caso de cualquier duda comunicarse con la a la División de Cuidados Paliativos y Clínica del dolor a los teléfonos 40003000 Ext 8010 y 8017.

Recibir este tratamiento es voluntaria y en cualquier momento puede decidir no continuar con este sin que sus derechos como paciente del hospital se pierdan. (Aplica página 1 a 5 del presente documento)



CDMX a de del 20

Nombre del paciente

_____ Expediente _____

Dirección _____

_____ Teléfono _____

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 99 de 100

10.68 CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

SECRETARÍA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
Calz. De Tlalpan 4800, Col. Sección 16,
Tlalpan Ciudad de México C.P 14080 Tel. 55 40 00 30 00



**CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN
(AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO PARA LA COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO
INTRAUTERINO)
DE ACUERDO A LA LEY GENERAL DE SALUD TITULO TERCERO EN MATERIA DE
PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD, CAPÍTULO VI. SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN
FAMILIAR ART. 67, 68, 69, 70 Y 71.**

La suscrita paciente de esta institución, con fecha de nacimiento _____ con número de expediente clínico _____ en pleno uso de mis facultades, declaro que el Dr. (la Dra.) _____ Adscrito (a) a la División de _____ me ha proporcionado información amplia y precisa de usar método anticonceptivo para cuidar mi salud y prevenir embarazos, por lo que entiendo y declaro lo siguiente:

En un lenguaje claro y sencillo que he comprendido, que el DIU es un dispositivo de distintos materiales, recubierto por metales o que contiene medicamentos, que se coloca dentro del útero con fines anticonceptivos y/o como tratamiento de algunas metrorragias.

La colocación del DIU y del modelo serán indicados en consulta ambulatoria, unidad toco quirúrgica y hospitalización por el médico la(médica) ginecólogo (o) que indicará los controles posteriores a los que debo someterme, así como la duración del mismo.

Beneficios: Anticonceptivos () tratamiento de algunas metrorragias ().

Alternativas. Existen otros muchos métodos anticonceptivos, tanto temporales, como anticoncepción hormonal (tanto por vía oral, transcutánea o vaginal), preservativos, etc., como permanentes como la obstrucción tubárica o la vasectomía masculina. De todos estos métodos he sido ampliamente informada.

También en caso de DIU HORMONAL con progestágenos, existe la alternativa de hormonoterapia por otras vías como la oral.

Consecuencias previsibles de su realización anticoncepción. En el caso del DIU hormonal, el derivado de la propia hormona que lleva.

Consecuencias previsibles de su no realización. En el caso de que no se inserte no se estará protegida con un método anticonceptivo. En caso del DIU hormonal, no recibirá la hormonoterapia, que su patología endometrial aconseja recibir, y se puede evolucionar con metrorragias u otras patologías endometriales más graves.

RIESGOS FRECUENTES

1. En el momento de la inserción:

- Dolor. - Perforación uterina. - Infección en un período menor de un mes. Pasado este período de tiempo la infección se debe a otras causas y no al DIU.

2. En la evolución:

- Gestación (0.3 Y0.15%). Si ésta se produce, existe un mayor riesgo de aborto y de embarazo ectópico.

- Descenso y expulsión.

Puede ser asintomático o cursar con dolor o sangrado.



- Alteraciones menstruales: aumento de la cantidad y/o duración del sangrado menstrual, manchado intermenstrual, así como disminución e incluso ausencia de menstruación con los DIUs con medicación.

- Dolor.

- Migración a cavidad abdominal con las complicaciones subsiguientes.

3. En su extracción: - Pérdida de referencia de los hilos y la rotura con retención de un fragmento.

En caso de producirse alguna de estas complicaciones el ginecólogo me indicará la necesidad de someterme a las pruebas o tratamientos complementarios necesarios, que pueden ser: Extracción

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 100 de 100

si hubiera gestación o infección, tratamiento antibiótico, laparoscopia/microlaparotomía si perforación o embarazo ectópico, histeroscopia.

4. En caso de DIU hormonal:

El derivado del gestágeno que lleva el dispositivo. Sus riesgos son similares al tratamiento por vía oral u otras vías de administración.

Riesgos poco frecuentes, cuando sean de especial gravedad y estén asociados al procedimiento por criterios científicos.

Riesgos y consecuencias en función de la situación clínica del paciente y de sus circunstancias personales o profesionales.

Contraindicaciones

Cuando la paciente tenga contraindicado el cobre, en caso de ciertas enfermedades. En caso de DIU hormonal, cuando la paciente tenga contraindicado los gestágenos.

Se me ha explicado que en mi atención podrían intervenir médicos en formación de la especialidad, pero siempre bajo la vigilancia y supervisión de mi Médico (a) responsable.

El médico me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

Por lo anterior es mi decisión libre, consciente e informada, aceptar el siguiente método: **Dispositivo intrauterino (DIU)**

así mismo Autorizo al personal médico del Hospital General "Dr. Manuel Gea González" para que atienda las contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva.

Me ha quedado claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo.

Lugar y fecha:

Acceptante. _____ Edad: _____

Nombre completo y firma

Testigo

Testigo


Nombre completo y firma

Nombre completo y firma


Unidad Médica donde se otorgó el método Persona que otorgo el método

Hospital General Dr. Manuel Gea González

Nombre completo y firma

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento para programar y elaborar estudios radiológicos y de imagenología		Hoja: 1 de 7

8. PROCEDIMIENTO PARA PROGRAMAR Y ELABORAR ESTUDIOS RADIOLÓGICOS Y DE IMAGENOLOGÍA

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento para programar y elaborar estudios radiológicos y de imagenología		Hoja: 2 de 7

1. PROPÓSITO


Establecer los mecanismos para la programación y elaboración de estudios radiológicos y de imagenología especializada, requeridos por el área médica, para determinar un diagnóstico adecuado, así como para la evaluación del pronóstico de la enfermedad y de su respuesta terapéutica.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la División de Radiología e Imagen, coordina la programación y elaboración de estudios radiológicos y de imagen, la Dirección de Integración y Desarrollo Institucional, supervisa las actividades de la División, la Subdirección de Recursos Financieros, realiza los cobros para la elaboración de los estudios y la Dirección Médica, emite las instrucciones para la realización de los estudios.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a todos los pacientes que acuden a realizarse estudios de radiología e imagen.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

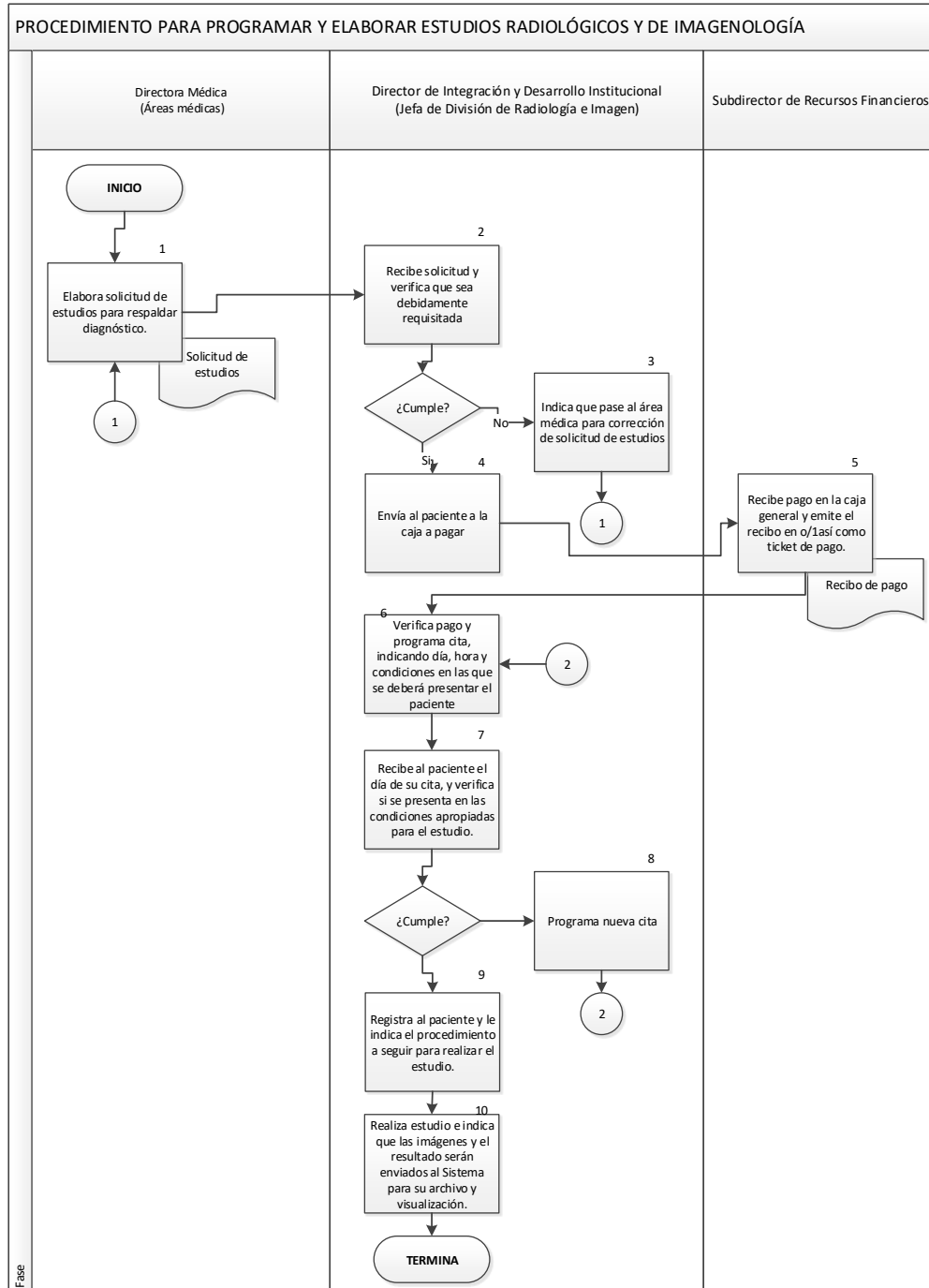
- 3.1 La Subdirección de Cirugía a través de sus Divisiones Quirúrgicas, es responsable de requisitar debidamente la solicitud por escrito de los estudios radiológicos y/o de imagen que requiera el paciente a través del Sistema Digital (SIGHO)
- 3.2 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través de la División de Radiología e Imagen, programará a través del módulo de recepción, las citas de acuerdo a la capacidad operativa y fecha de consulta subsecuente.
- 3.3 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través de la División de Radiología e Imagen, es responsable de dar prioridad en la realización de estudios radiológicos y/o de imagen a los pacientes derivados de urgencias.
- 3.4 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través de la División de Radiología e Imagen, atenderá previa comprobación del pago de cuota de recuperación, según clasificación socioeconómica, exceptuando los exentos de pago autorizados por la Dirección General del Hospital.
- 3.5 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través de la División de Radiología e Imagen deberá indicar al paciente que el día de su cita el paciente deberá presentarse a la hora que se le citó, en las condiciones apropiadas según el estudio programado, en caso contrario deberá programar nuevamente una cita para que sea atendido.
- 3.6 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través de la División de Radiología e Imagen revisará todos los resultados e imágenes en el Sistema RIS-PACS.



	PROCEDIMIENTO
	Subdirección de Pediatría
	Procedimiento para programar y elaborar estudios radiológicos y de imagenología Hoja: 3 de 7

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o anexo
Directora Médica (Áreas médicas)	1	Elabora solicitud de estudios al paciente para respaldar diagnóstico llenando el formato correspondiente.	Solicitud de estudios
Director de Integración y Desarrollo Institucional (Jefa de División de Radiología e Imagen)	2	Recibe solicitud y verifica que sea debidamente requisitada. Procede	
	3	No: Indica que pase al área médica para corrección de solicitud de estudios, regresa a la actividad 1.	
	4	Sí: Envía al paciente a la caja a pagar.	
Subdirector de Recursos Financieros	5	Recibe pago en la caja general y emite el recibo en o/1 así como ticket de pago.	Recibo de pago
Director de Integración y Desarrollo Institucional (Jefa de División de Radiología e Imagen)	6	Verifica pago de los estudios y programa cita de acuerdo a la capacidad operativa, indicando día, hora y condiciones en las que se deberá presentar el paciente para realizar el estudio programado.	Agenda electrónica
	7	Recibe al paciente el día de su cita, y verifica si se presenta en las condiciones apropiadas para el estudio. Procede	
	8	No: Programa nueva cita, regresa a actividad 6.	
	9	Sí: Registra al paciente y le indica el procedimiento a seguir para realizar el estudio.	
	10	Realiza estudio e indica al paciente que las imágenes y el resultado serán enviados al Sistema PACS para su archivo y visualización.	
TERMINA			

5. DIAGRAMA DE FLUJO



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento para programar y elaborar estudios radiológicos y de imagenología		Hoja: 5 de 7

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Específico	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Solicitud de estudios	3 meses	Dirección de Integración y Desarrollo Institucional (División de Radiología e Imagen)	Fecha y tipo de estudio
7.2 Recibo de pago	5 años	Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Tesorería)	Número de recibo

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO



- 8.1 **Consentimiento Informado.** - Hoja que contiene la explicación del procedimiento a realizar y los riesgos que implica el medio de contraste intravenoso.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO


Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	13 Septiembre 2018	<ul style="list-style-type: none"> Actualización de formato



10. ANEXOS DEL PRODECIMIENTO

- 10.1 Solicitud de Estudios
- 10.2 Recibo de pago


	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		Hoja: 6 de 7
	Procedimiento para programar y elaborar estudios radiológicos y de imagenología		

10.1 SOLICITUD DE ESTUDIOS

	HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ" SOLICITUD DE ESTUDIOS RADIOLOGÍA E IMAGEN	FECHA DE NACIMIENTO <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>																					
		NÚMERO DE EXPEDIENTE <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>																					
IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; height: 20px;"></td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">APELLIDO PATERNO</td> <td style="font-size: 8px;">MATERNO</td> <td style="font-size: 8px;">NOMBRE (S)</td> </tr> </table>					APELLIDO PATERNO	MATERNO	NOMBRE (S)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; height: 20px;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">EDAD</td> <td style="font-size: 8px;">No. DE CAMA</td> </tr> </table>			EDAD	No. DE CAMA											
APELLIDO PATERNO	MATERNO	NOMBRE (S)																					
EDAD	No. DE CAMA																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;"> <input type="radio"/> C. E. </td> <td style="width: 25%; text-align: center;"> <input type="radio"/> HOSP. </td> <td style="width: 25%; text-align: center;"> <input type="radio"/> URG. </td> <td style="width: 25%; text-align: center;"> <input type="radio"/> EXTERNO </td> </tr> </table>		<input type="radio"/> C. E.	<input type="radio"/> HOSP.	<input type="radio"/> URG.	<input type="radio"/> EXTERNO	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">SERVICIO</td> </tr> </table>		SERVICIO															
<input type="radio"/> C. E.	<input type="radio"/> HOSP.	<input type="radio"/> URG.	<input type="radio"/> EXTERNO																				
SERVICIO																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">SEXO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <input type="radio"/> MASC. <input type="radio"/> FEM. </td> </tr> </table>			SEXO	<input type="radio"/> MASC. <input type="radio"/> FEM.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">URGENTE</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO </td> </tr> </table>		URGENTE	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO															
SEXO																							
<input type="radio"/> MASC. <input type="radio"/> FEM.																							
URGENTE																							
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">ESTUDIO SOLICITADO (MARCAR CLAVE AL REVERSO)</td> </tr> </table>				ESTUDIO SOLICITADO (MARCAR CLAVE AL REVERSO)																			
ESTUDIO SOLICITADO (MARCAR CLAVE AL REVERSO)																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">DATOS CLÍNICOS E IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA</td> </tr> </table>				DATOS CLÍNICOS E IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA																			
DATOS CLÍNICOS E IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">*EN CASO DE QUE EL ESTUDIO SOLICITADO SEA TOMOGRAFÍA CONTRASTE ENDOVENOSO, ANOTAR EL VALOR DE CREATININA (VIGENCIA DEL ESTUDIO, DOS MESES)</td> </tr> </table>				*EN CASO DE QUE EL ESTUDIO SOLICITADO SEA TOMOGRAFÍA CONTRASTE ENDOVENOSO, ANOTAR EL VALOR DE CREATININA (VIGENCIA DEL ESTUDIO, DOS MESES)																			
*EN CASO DE QUE EL ESTUDIO SOLICITADO SEA TOMOGRAFÍA CONTRASTE ENDOVENOSO, ANOTAR EL VALOR DE CREATININA (VIGENCIA DEL ESTUDIO, DOS MESES)																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; font-size: 8px;">FECHA Y HORA DE SOLICITUD</td> </tr> <tr> <td style="width: 33%; height: 20px;"></td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">DÍA</td> <td style="font-size: 8px;">MES</td> <td style="font-size: 8px;">AÑO</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">HORA:</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	FECHA Y HORA DE SOLICITUD						DÍA	MES	AÑO				HORA:			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">MÉDICO SOLICITANTE</td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">NOMBRE Y FIRMA</td> </tr> </table>		MÉDICO SOLICITANTE	NOMBRE Y FIRMA	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">MÉDICO JEFE DEL SERVICIO</td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">NOMBRE Y FIRMA</td> </tr> </table>		MÉDICO JEFE DEL SERVICIO	NOMBRE Y FIRMA
FECHA Y HORA DE SOLICITUD																							
DÍA	MES	AÑO																					
HORA:																							
MÉDICO SOLICITANTE																							
NOMBRE Y FIRMA																							
MÉDICO JEFE DEL SERVICIO																							
NOMBRE Y FIRMA																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">OBSERVACIONES POR RADIOLOGÍA E IMAGEN</td> </tr> </table>				OBSERVACIONES POR RADIOLOGÍA E IMAGEN																			
OBSERVACIONES POR RADIOLOGÍA E IMAGEN																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">INDICACIONES AL PACIENTE</td> </tr> </table>				INDICACIONES AL PACIENTE																			
INDICACIONES AL PACIENTE																							

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		Hoja: 7 de 7
	Procedimiento para programar y elaborar estudios radiológicos y de imagenología		

10.2 RECIBO DE PAGO



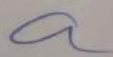
HOSPITAL GENERAL
DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ

Calz. de Tlalpan 4800, Col. Sección XVI, Deleg. Tlalpan C.P. 14080 Ciudad de México, R.F.C. HGD-720726-831 TEL.: 4000-3000

RECIBO | **61418**


CAJA AUXILIAR No. 9 lunes, 28 de mayo de 2018 09:13:57a.m. Num. Operación 0000000061418

Clave	Concepto	Cantidad	Importe
1715	Hormona Gonadotropina Coriónica Humana o (SESENTA Y SIETE PESOS 00/100 M.N.)	1	\$67.00
Total =>			\$67.00
Efectivo =>			\$70.00
Cambio =>			\$3.00





FIRMA CAJERO



1719364



PACIENTE

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.01
	Subdirección de Pediatría		
	PROCEDIMIENTO DE VALORACIÓN ANESTÉSICA		Hoja: 1 de 14

9. PROCEDIMIENTO DE VALORACIÓN ANESTÉSICA

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.01
	Subdirección de Pediatría		
	PROCEDIMIENTO DE VALORACIÓN ANESTÉSICA		
			Hoja: 2 de 14

1. PROPÓSITO

Establecer las actividades y lineamientos para todo el personal de salud involucrado en la Valoración Anestésica de todo paciente que será sometido a un procedimiento quirúrgico en el Hospital, de manera segura y de calidad.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Subdirección de Cirugía es responsable del envío de los pacientes que se someterán a un procedimiento quirúrgico. División de Anestesiología es responsable de valorar a los pacientes para calcularles su riesgo anestésico-quirúrgico y de esta forma prevenir cualquier eventualidad en el evento quirúrgico. División de Radiología e Imagen es responsable de realizar el estudio de imagen necesario para el diagnóstico oportuno de Covid-19.

2.2 A nivel externo es aplicable a todo paciente que amerite un procedimiento quirúrgico.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas debe indicar al paciente los horarios de 8:30 a 11:00 ó de 11:00 a 14:00 para su Valoración Pre-Anestésica, en el segundo piso de la Torre de Especialidades junto al Modulo del Control de Oftalmología; en todos los casos de cirugía electiva. En las cirugías de Urgencia o Emergencia la valoración Pre-anestésica deberá ser realizada por el médico anesthesiologo en turno, previo al paso del paciente a quirófano.



3.2 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable de solicitar a todo paciente que se le realizará, ya sea su Valoración Pre-operatoria (Cardiovascular) o Valoración Pre-Anestésica, su trámite de Gratuidad o de pago antes de su consulta.

3.3 La Subdirección de Cirugía a través de todas las Divisiones Quirúrgicas son responsables de integrar el expediente clínico del paciente con: la hoja frontal, historia clínica, nota médica (formato de notas de evolución e indicaciones), resultados de laboratorio y gabinete, así como mantenerlo ordenado.

3.4 La Subdirección de Cirugía a través de todas las Divisiones quirúrgicas son responsables de enviar al paciente con exámenes de laboratorio y gabinete con una vigencia máxima de tres meses, sin que haya habido en ese lapso intervención quirúrgica y/o patología agregada.

3.5 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable de determinar el estado físico del paciente y, de ser necesario, convocará a otros especialistas para desarrollar un plan de cuidados anestésico-quirúrgico.

3.6 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable de diferir todo procedimiento quirúrgico cuando el paciente no se presente a su valoración pre-anestésica o que tenga incompleto el protocolo para poder realizar su intervención quirúrgica.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.01
	Subdirección de Pediatría		
	PROCEDIMIENTO DE VALORACIÓN ANESTÉSICA		
			Hoja: 3 de 14

3.7 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología en el área de “Valoración Pre-operatoria” es responsable de notificar al médico responsable dependiendo de los resultados de los estudios preoperatorios, si el paciente se encuentra en condiciones de ser hospitalizado o no, y en caso de que proceda la hospitalización, enviará al paciente a la División de Anestesiología para valoración pre-anestésica, en caso contrario lo remitirá con su médico tratante para que lo establezca.

3.8 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable de elaborar la programación de cirugías, de acuerdo con el calendario de los grupos quirúrgicos que establezca la Subdirección de Cirugía.

3.9 La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones quirúrgicas son responsables de elaborar la Solicitud del Registro de Operaciones, y anotar los datos completos del paciente, avalada por el jefe del servicio y médico adscrito, debidamente firmadas.

3.10 La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones quirúrgicas son responsables de enviar a la División de Anestesiología, la solicitud de Registro de Operaciones, 72 o más horas hábiles antes del procedimiento anestésico.

3.12 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable de revisar y valorar los estudios de laboratorio como: biometría hemática, tiempos de coagulación; y grupo sanguíneo, Rh, así como solicitar la toma de piloto, en caso, de cirugía mayor (a criterio del médico cirujano y anestesiólogo).

3.13 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología, son responsables de revisar y valorar a los pacientes pediátricos, estudios como biometría hemática, tiempos de coagulación, de ser necesario, electrolitos séricos, EGO, grupo y Rh, química sanguínea.



3.14 La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones quirúrgicas son responsables de enviar a los pacientes que presenten patología crónico-degenerativa o agregada, que requieran valoración pre-operatoria, al igual que los pacientes mayores de 65 años con los estudios generales y los necesarios dependiendo de su enfermedad de base.

3.15 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable de diferir la cirugía, cuando en la valoración preanestésica detecte alguna patología no diagnosticada, descompensada, o cualquier otra situación que ponga en peligro la vida del paciente, y registrarla en la nota médica del expediente.

3.16 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable de establecer los riesgos anestésico-quirúrgicos, de acuerdo con los criterios de la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA).

3.17 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable durante la evaluación preanestésica se le debe dar a conocer al paciente y familiares las indicaciones a seguir, de acuerdo con las patologías preexistentes y como influirán en el manejo anestésico; el plan anestésico sugerido y el riesgo de acuerdo con la cirugía programada.

3.18 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable de llenar debidamente la hoja de evaluación preanestésica con los datos obtenidos en la entrevista, y se obtendrá el consentimiento informado preanestésico firmado por el paciente en caso

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.01
	Subdirección de Pediatría		
	PROCEDIMIENTO DE VALORACIÓN ANESTÉSICA		
			Hoja: 4 de 14

de ser mayor de edad (si es menor de edad será firmado por un responsable familiar o tutor; obteniendo dirección y teléfono para localizarlo de ser necesario); y por dos testigos.

3.19 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable para determinar si el paciente está en condiciones de ingresar a quirófano.

3.20 La Subdirección de Cirugía a través de todas las Divisiones quirúrgicas son responsables de notificar a la División de Anestesiología, cuando tengan un paciente con necesidad quirúrgica inmediata.

3.21 La Subdirección de Cirugía a través de todas las Divisiones quirúrgicas son responsables en pacientes que requieran cirugía de urgencia, deben entregar la solicitud de cirugía bien requisitada y firmada por el médico responsable, incluyendo los datos del paciente, datos clínicos más importantes, así como resultados de laboratorio y gabinete dependiendo de sus patologías y diagnósticos, para realizar su valoración preanestésica. Además de notificar al servicio de enfermería que solicite suba al paciente al 6to piso.

3.22 La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas y de la División de Anestesiología son responsables de enviar a todo paciente que amerite intervención quirúrgica de urgencia, una TAC de tórax e interpretación con la finalidad de llevar a cabo el procedimiento, ya sea, en quirófanos covid o quirófanos no covid.

3.23 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable de organizar la programación de cirugía de urgencias dependiendo de las emergencias y urgencias existentes.



3.24 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable de realizar la valoración preanestésica en el área de urgencias, y si es una emergencia, igual se solicitará de inmediato a los quirófanos del 6to piso para su valoración preanestésica, así sea sin más documentos, ni solicitud, si así lo amerita la emergencia (con sospecha de síntomas de covid-19, se realizará la intervención en el quirófano covid, sala 8 del 6to piso).

3.25 La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas son responsables en cirugías programadas con pacientes sintomáticos de covid 19, de solicitar prueba rápida covid-19, así como TELE de tórax. de no contar con estos estudios, se deberá diferir la intervención quirúrgica.

3.26 La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas son responsables en cirugías programadas con pacientes asintomáticos, pero sospecha de covid 19, de solicitar prueba rápida covid-19, de no contar con este estudio, se deberá diferir la intervención quirúrgica.

3.27 La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas son responsables de solicitar como Estudios Preoperatorios en el área de Urgencias, los siguientes: Biometría Hemática Completa, Tiempos de Coagulación (Tp, TpT e INR). Glucosa, Urea, Creatinina, Potasio, Sodio, Cloro. Así como solo agregar los estudios dependiendo de la comorbilidad o patología del paciente.

3.28 La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas son responsables de solicitar como Estudios Preoperatorios básicos y los necesarios según la patología y/o comorbilidades del paciente en las cirugías programadas.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.01
	Subdirección de Pediatría		
	PROCEDIMIENTO DE VALORACIÓN ANESTÉSICA		Hoja: 5 de 14

3.29 La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas son responsables de solicitar, en cirugías programadas y de urgencias para pacientes mayores de 50 años, TELE de tórax y electrocardiograma en reposo, para su programación.


3.30 La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas son responsables de solo realizar la “Toma de Piloto” en el área de Urgencias, cuando este confirmado el evento quirúrgico o el médico tratante decida transfusión de algún hemoderivado.

3.31 La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas son responsables de desechar las muestras de la “Toma de piloto” que no se utilicen posterior a las 24 horas.

3.32 La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas son responsables de desechar las muestras que no se lleguen a utilizar, por lo que no deberán de almacenar ninguna muestra en el área de Urgencias, hospitalización y consulta externa.

3.33 La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas son responsables de solo realizar la “Toma de Piloto”, a los pacientes que lo requieran, ya sea por el tipo de procedimiento quirúrgico o por necesidades especiales del paciente.

3.34 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable de revisar en la Valoración Preanestésica, si el expediente clínico cuenta con Hoja PRIO, Estudios de laboratorios vigentes, Consentimientos informados debidamente requisitados y firmados, solicitud de banco de sangre (los casos que así lo ameriten) y Valoraciones anestésicas completas, en caso de no contar con alguna documentación, no podrá ser incluido en la Programación quirúrgica.

	PROCEDIMIENTO
	Subdirección de Pediatría
	PROCEDIMIENTO DE VALORACIÓN ANESTÉSICA

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
VALORACIÓN PREOPERATORIA Y/O CARDIOVASCULAR			
Subdirección de Cirugía	1	Realiza "PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA" ¿El paciente amerita Valoración Pre-operatoria?	
División de Anestesiología	2	Si: Realiza Valoración Pre-operatoria ¿El paciente requiere valoración cardiológica? Si: Solicita la Valoración Cardiológica para revaloración No: Continúa Valoración ¿El paciente es apto para la intervención quirúrgica? No: Notifica al médico adscrito de cirugía, la contraindicación de la Intervención quirúrgica y emite recomendaciones y solicita su envío hasta mejorar condiciones. Termina Procedimiento Si: Envía con médico tratante para asignar fecha del procedimiento quirúrgico.	
Subdirección de Cirugía	3	No: Continúa PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA	
	4	Notifica al paciente que deberá presentarse 48 horas antes de su intervención quirúrgica para su valoración preanestésica.	
División de Anestesiología	5	Confirma cita para la valoración Pre-anestésica	
VALORACIÓN PREANESTÉSICA			
División de	6	Recibe al paciente 48 horas antes de su	Nota Preanestésica



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

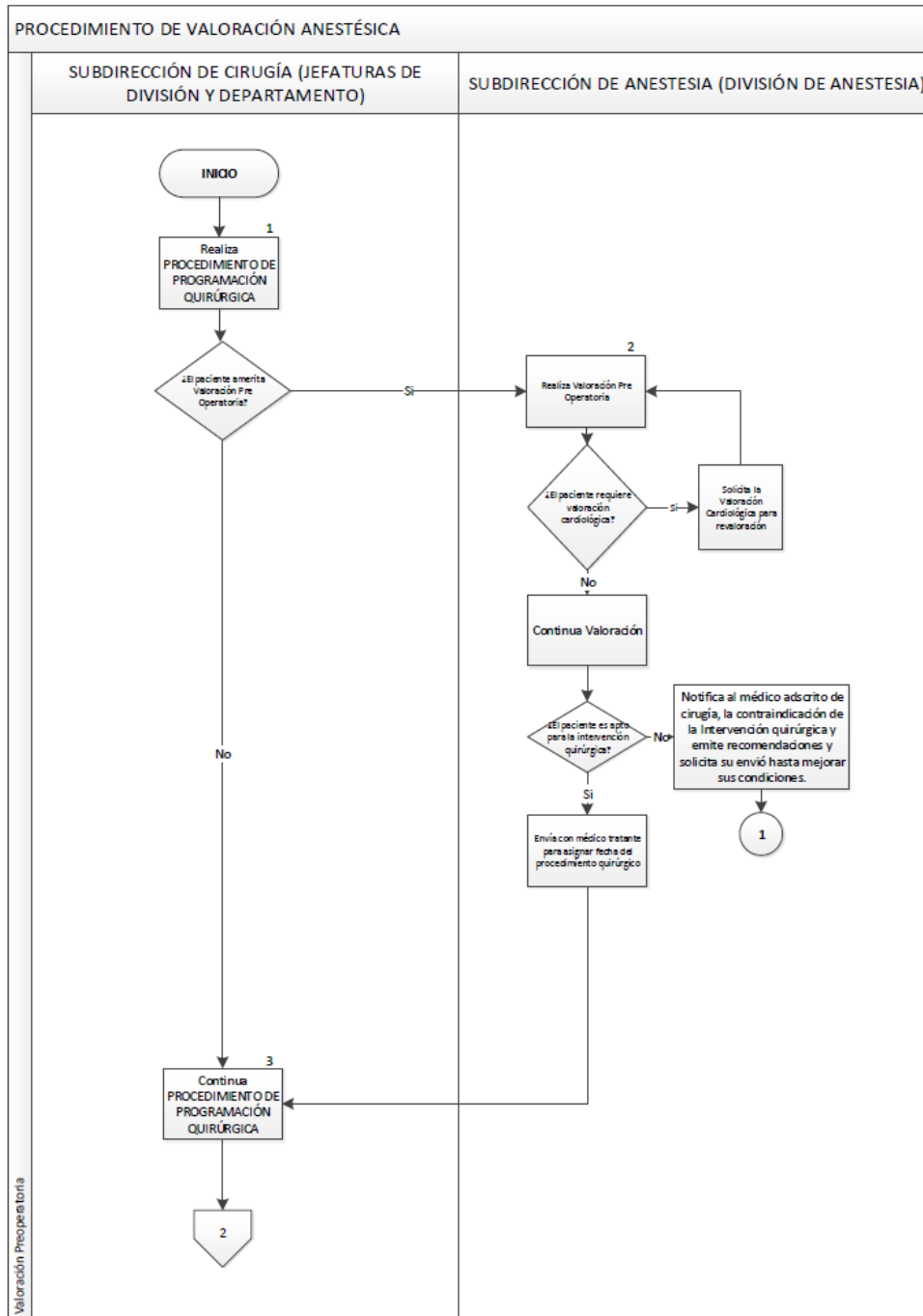
PROCEDIMIENTO

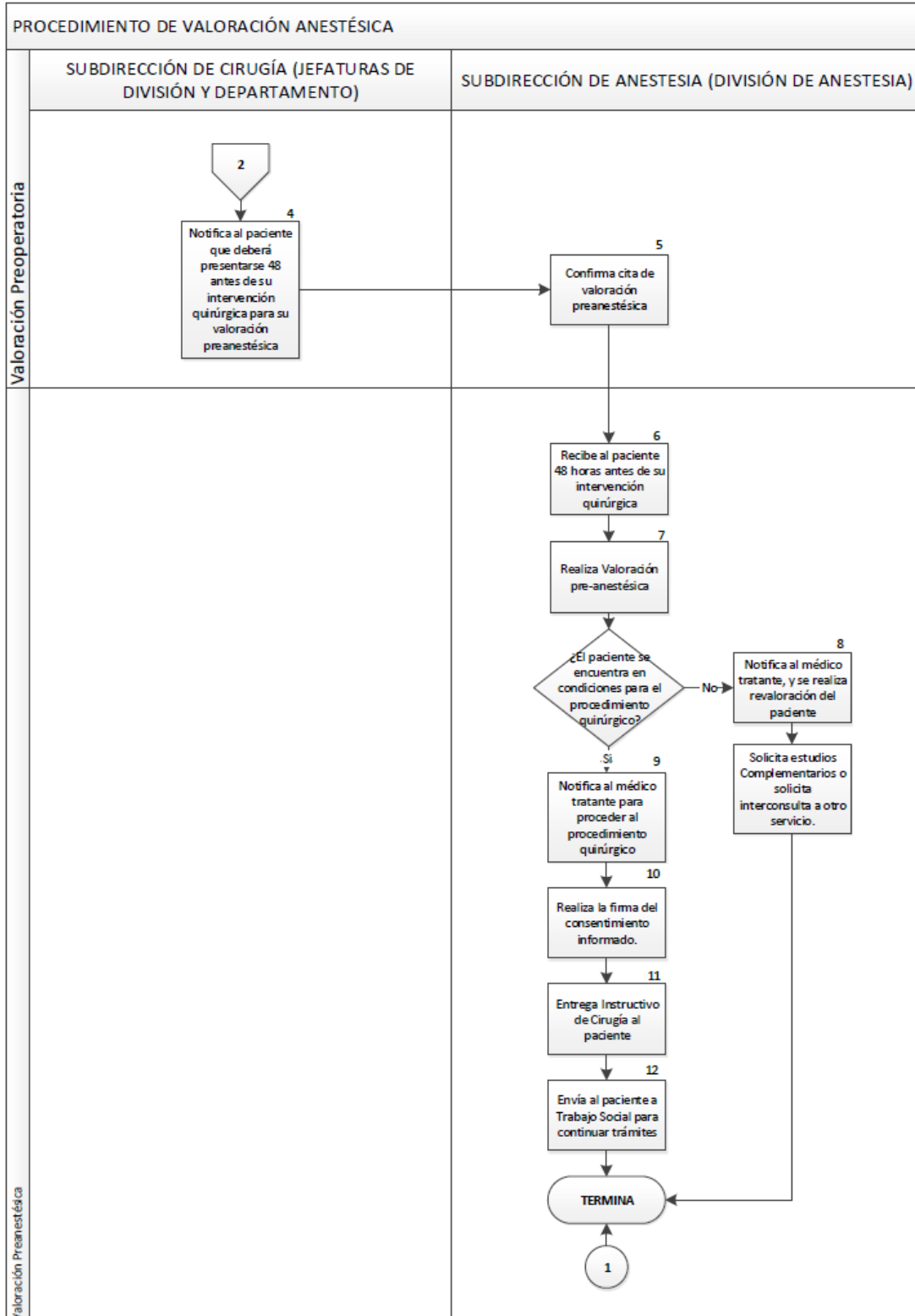
Subdirección de Pediatría



PROCEDIMIENTO DE VALORACIÓN ANESTÉSICA

Anestesiología		intervención quirúrgica	Consentimiento informado Instructivo de Cirugía	
	7	Realiza Valoración Pre-anestésica ¿El paciente se encuentra en condiciones para el procedimiento quirúrgico?		
	8	No: Notifica al médico tratante, y se realiza revaloración del paciente Solicita estudios complementarios o solicita interconsulta a otro servicio. Termina Procedimiento		
	9	Si: Notifica al médico tratante para proceder al procedimiento quirúrgico		
	10	Realiza la firma del consentimiento informado		
	11	Entrega Instructivo de cirugía al paciente		
	12	Envía al paciente a Trabajo social para continuar trámites TERMINA PROCEDIMIENTO		

5. DIAGRAMA DE FLUJO





	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.01
	Subdirección de Pediatría		
	PROCEDIMIENTO DE VALORACIÓN ANESTÉSICA		Hoja: 10 de 14

6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
Manual de Organización Especifico	No Aplica
Norma Oficial Mexicana NOM 004-SSA3-2012, Del expediente clínico.	No Aplica
Norma Oficial Mexicana NOM 006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología	No Aplica

7.0 REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica

8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Cirugía Electiva o programada: Acontece cuando el paciente tiene el tiempo necesario para evaluar cuidadosamente los riesgos y beneficios del procedimiento e identificar qué es lo más adecuado para su tratamiento, ejemplos; Procedimientos de cataratas, colocación de prótesis ortopédicas, o por decisión propia (cirugía estética) etc. Realizándose su valoración preanestésica horas antes o días previos, así como su valoración perioperatoria (cardiovascular, etc.).

8.2 Cirugía de Emergencia: La cirugía de emergencia es aquella que acontece cuando existe una situación crítica de peligro evidente para la vida del paciente y requiere de una actuación quirúrgica inmediata dentro de los primeros 30 min a 2hrs, ejemplo: desprendimiento de placenta, bradicardia o sufrimiento fetal, lesión arterial traumática, entre otros.



8.3 Cirugía de Urgencia: La cirugía de urgencia se realiza en pacientes que requieren una valoración y acción inmediata para salvar la vida del paciente o la función de alguna parte de su cuerpo, esto dentro de las primeras 24hrs posterior al diagnóstico. Estas cirugías no son programadas y requieren un diagnóstico e intervención rápidas para evitar mayores complicaciones en el paciente, ejemplos: apendicitis, hernia estrangulada, embarazo ectópico no roto, torsión de ovario o testículo, etc.

8.4 Exploración del paciente: Revisión física con aparatos (respiratorio, digestivo) y sistemas (cardiovascular).

8.5 Valoración Cardiológica o cardiovascular: es la evaluación que está orientada en el estado cardiovascular del paciente, engloba el corazón, arterias y venas. Concluye con un diagnóstico sobre el estado cardiovascular del paciente, así como el grado de riesgo de sufrir algún evento cardiovascular.

8.6 Valoración Preanestésica: Exploración y auscultación física a los pacientes candidatos a tratamiento quirúrgico, así como revisión de resultados de laboratorio y gabinete, con la finalidad de identificar detalladamente el estado físico del paciente y así asegurar la vida del paciente.

8.7 Valoración Preoperatoria: es la evaluación que combina instrumentos de clasificación en los que se tienen en cuenta la intensidad del estrés quirúrgico, elementos clínicos y biológicos y la tolerancia clínica del paciente al esfuerzo.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.01
	Subdirección de Pediatría		
	PROCEDIMIENTO DE VALORACIÓN ANESTÉSICA		Hoja: 11 de 14

9.0 CAMBIOS DE ESTA VERSIÓN



Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	14 DE JUNIO DE 2021	<ul style="list-style-type: none"> Se actualiza al propósito, el alcance y las políticas Modifica descripción del procedimiento y el diagrama de flujo

10.0 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 NOTA PREANESTÉSICA

10.2 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

10.3 INSTRUCTIVO DE CIRUGÍA



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.01
	Subdirección de Pediatría		
	PROCEDIMIENTO DE VALORACIÓN ANESTÉSICA		Hoja: 12 de 14

10.1 NOTA PREANESTÉSICA



Hospital General Dr. Manuel Gea González NOTA PREANESTÉSICA

<p>Fecha y hora: _____</p> <p>Nombre del paciente: _____</p> <p>Edad: _____ Sexo: _____ Registro: _____</p> <p>Fecha de nacimiento: _____</p> <p>Diagnóstico(s) o problemas clínicos: _____</p> <p>Paciente programado para: _____</p>	<p>Vía aérea Predictores de ventilación difícil: SI _____ NO _____ Especifique: _____</p> <p>Dentadura Normal _____ Anormal _____ Especifique: _____ Apertura bucal: _____ cm. Mallampati: _____ Bellhouse: _____ Patil-Aldrete: _____ Distancia esternomentoniana: _____ Distancia tiromentoniana: _____ Circunferencia del cuello: _____ Se espera vía aérea: Fácil _____ Dificil _____</p>																																																																		
<p>Resumen del Interrogatorio Antecedentes de importancia (Incluyendo comorbilidades, alérgicos, transfusionales, quirúrgicos, perinatales, etc.):</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="6" style="text-align: center;">Resultados de los servicios auxiliares y de tratamiento</th> </tr> <tr> <th style="width: 15%;">Examen</th> <th style="width: 15%;">Resultado</th> <th style="width: 15%;">Fecha</th> <th style="width: 15%;">Examen</th> <th style="width: 15%;">Resultado</th> <th style="width: 15%;">Fecha</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hb/ Hto</td> <td></td> <td></td> <td>Sodio</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Leucocitos</td> <td></td> <td></td> <td>Cloro</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Plaquetas</td> <td></td> <td></td> <td>Potasio</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>TP / INR</td> <td></td> <td></td> <td>Calcio</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>TTPa</td> <td></td> <td></td> <td>Magnesio</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Glucosa</td> <td></td> <td></td> <td>BT/BD</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Urea</td> <td></td> <td></td> <td>FA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>BON</td> <td></td> <td></td> <td>TSD/7GP</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Creatinina</td> <td></td> <td></td> <td>Albumina</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Resultados de los servicios auxiliares y de tratamiento						Examen	Resultado	Fecha	Examen	Resultado	Fecha	Hb/ Hto			Sodio			Leucocitos			Cloro			Plaquetas			Potasio			TP / INR			Calcio			TTPa			Magnesio			Glucosa			BT/BD			Urea			FA			BON			TSD/7GP			Creatinina			Albumina		
Resultados de los servicios auxiliares y de tratamiento																																																																			
Examen	Resultado	Fecha	Examen	Resultado	Fecha																																																														
Hb/ Hto			Sodio																																																																
Leucocitos			Cloro																																																																
Plaquetas			Potasio																																																																
TP / INR			Calcio																																																																
TTPa			Magnesio																																																																
Glucosa			BT/BD																																																																
Urea			FA																																																																
BON			TSD/7GP																																																																
Creatinina			Albumina																																																																
<p>Signos vitales: Peso: _____ Talla: _____ TA: _____ FC: _____ FR: _____ Temp: _____ IMC: _____ Evaluación clínica del paciente: Cardiovascular: _____</p> <p>Respiratorio: _____</p> <p>Renal: _____</p> <p>Neurológico: _____</p> <p>Gastrointestinal: _____</p> <p>Musculoesquelético: _____</p> <p>Ginecológico y/o Urológico: _____</p> <p>Otros: _____</p>	<p>Otras: _____</p> <p>Radiografía de tórax: _____</p> <p>Electrocardiograma: _____</p> <p>Otros estudios de gabinete: _____</p>																																																																		
<p>Exploración física:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Tipo de anestesia propuesta: _____ Riesgo anestésico (ASA): _____ Medicación preanestésica: (Dosis, Vía y hora): _____ plan anestésico, de acuerdo a las condiciones del paciente y a la cirugía programada: _____ Pronóstico: _____ Riesgo respiratorio: _____ Riesgo cardiovascular (AHA/ACC): _____ Riesgo tromboembólico: _____ Riesgo quirúrgico: _____ Riesgo global: _____</p> <p>Nombre completo del anestesiólogo, cédula profesional y firma</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																																																																		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.01
	Subdirección de Pediatría		
	PROCEDIMIENTO DE VALORACIÓN ANESTÉSICA		Hoja: 13 de 14

10.2 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE ANESTESIA Y/O SEDACIÓN MODERADA
HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
CALZADA DE TLALPAN 4800 C.P. 14080, COLONIA SECCIÓN XVI



NOMBRE DEL PACIENTE: _____	FECHA: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____	EDAD: _____ SEXO: _____
No. DE REGISTRO: _____	CARÁCTER DE LA CIRUGÍA O PROCEDIMIENTO ELECTIVA: _____ URGENTE: _____
DOMICILIO: _____	TELÉFONO: _____
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: _____	EDAD: _____
RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____	DOMICILIO: _____
DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO: _____	
CIRUGÍA Y/O PROCEDIMIENTO PLANEADO: _____	

Yo _____ en pleno uso de mis facultades mentales y en mi calidad de paciente o representante legal de éste, de conformidad a lo que establece el artículo 103 de la Ley General de Salud, el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica artículos 80, 81 y 82; la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. Del Expediente Clínico numerales 4.2, 10.1.1. al 10.1.1.1.8, 10.1.1.2 y 10.1.1.2.3, así como la NOM-006-SSA3-2011. Para la Práctica de la Anestesiología numerales 4.4, 8.2, 13.1.1, 14.1 y 15.1.1.1;

DECLARO EN FORMA LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE LO SIGUIENTE:

1. En base a mi derecho inalienable de elegir a mi médico, acepto al Dr. (a) _____ como mi Médico Anestesiólogo, quien esta avalado por _____, y debidamente autorizado para ejercer la Anestesiología por _____.
2. Se me ha informado que este Hospital cuenta con equipo médico para mi cuidado y manejo durante mi procedimiento, y aún así, no me exime de presentar complicaciones.
3. Entiendo que las complicaciones aunque poco probables, son posibles, y pueden ser desde leves tales como: pérdida o daño de una pieza dental, dolor de espalda, o en el sitio de punción, dolor de cabeza, alteraciones asociadas con la posición quirúrgica dificultad transitoria para orinar, molestias oculares o de garganta, heridas en boca y tos; hasta tales como aspiración del contenido gástrico, descompensación de mis enfermedades crónicas, alteraciones cardiacas, renales, de la presión arterial, complicaciones pulmonares, reacciones medicamentosas, transfusionales, lesiones nerviosas o de médula espinal (así como las que al reverso del presente consentimiento de señalan). Todas ellas pudieran causar secuelas permanentes e incluso llevar al fallecimiento. El beneficio que obtendré con la aplicación de la anestesia es que se pueda llevar a cabo el procedimiento diagnóstico y/o quirúrgico llamado _____ para intentar mejorar mi estado de salud.
4. Entiendo también que todo acto médico implica una serie de riesgos que puede deberse a mi estado de salud, alteraciones congénitas o anatómicas que padezca, mis antecedentes de enfermedades, tratamientos actuales y previos, a la técnica anestésica o quirúrgica, al equipo médico utilizado y/o a la enfermedad que condiciona al procedimiento médico o quirúrgico al que he decidido someterme.
5. Estoy consciente de que puedo requerir de tratamientos complementarios que aumenten mi estancia hospitalaria con la participación de otros servicios o unidades médicas, con el incremento consecuente de los costos.
6. El Médico Anestesiólogo ha respondido mis dudas y me ha explicado en lenguaje claro y sencillo las alternativas anestésicas posibles y ACEPTO anestesia tipo _____ he entendido los posibles riesgos y complicaciones de esta técnica anestésica.
7. Se me ha explicado que mi atención pudieran intervenir médicos en entrenamiento de la especialidad de Anestesiología, pero siempre bajo la vigilancia y supervisión de mi Médico anestesiólogo.
8. En mi presencia han sido llenados o cancelados todos los espacios en blanco que se presentan en este documento.
9. Que existe la posibilidad de que mi procedimiento anestésico, se retrase e incluso se suspenda por causas propias a la dinámica de los procedimientos quirúrgicos y/o anestésicos, o por causas de fuerza mayor (urgencias)
10. Se me ha informado que de no existir este documento en mi expediente, no se podrá llevar a cabo el procedimiento quirúrgico planeado.
11. En virtud de estar aclaradas todas mis dudas, DOY MI CONSENTIMIENTO para que mi persona o representado, pueda ser anestesiado con los riesgos inherentes al procedimiento y autorizo al anestesiólogo para que de acuerdo a su criterio, cambie la técnica anestésica intentando con ello resolver cualquier situación que se presente durante el acto anestésico quirúrgico o de acuerdo a mis condiciones físicas y/o emocionales.



En México, D.F. a los _____ días del mes de _____ del año _____

 NOMBRE COMPLETO, FIRMA
 Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO

 NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O
 REPRESENTANTE LEGAL

 NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO

 NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.01
	Subdirección de Pediatría		
	PROCEDIMIENTO DE VALORACIÓN ANESTÉSICA		Hoja: 14 de 14

10.3 INSTRUCTIVO DE CIRUGÍA

Si se programa para Cirugía

PASOS A SEGUIR

Para realizar el trámite debe acudir acompañado de un familiar mayor de 18 años o tutor.

1. **SU FECHA DE CIRUGÍA ES EL DÍA:** _____ **MES** _____ **AÑO** _____.
2. **PARA REALIZAR SUS TRÁMITES DEBE PAGAR SU PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EN CAJA.**
3. **VALORACIÓN PREANESTÉSICA.**
 Con su carnet y recibo de pago debe acudir al segundo piso de la Torre de Especialidades (junto al control de Oftalmología) en un horario de 9:00 a 14:00hrs. para su cita de valoración preanestésica.
 La fecha de su valoración es: ____/____/____.
TRABAJO SOCIAL. (AL TERMINAR SU CITA EN VALORACIÓN PREANESTÉSICA)
 Con su carnet y recibo de pago, se verificarán datos y se realizará una **NOTA DE INGRESO HOSPITALARIO**, en el segundo piso de la Torre de Especialidades en un horario de 8:00 a 13:00hrs. (DEBE ACUDIR ESE MISMO DÍA).
ADMISIÓN. (AL TERMINAR SU CITA EN TRABAJO SOCIAL DEBE ACUDIR A ADMISIÓN).
 Con recibo de pago, y esta hoja con los sellos Valoración Preanestésica y de Trabajo Social, debe presentarse en Planta Baja de la Torre de Especialidades. (48 horas previo a su cirugía). En el caso de pacientes que ameriten hospitalización este trámite lo realizaran 24 horas previas de la cirugía.
4. **EL DÍA DE SU CIRUGÍA.** Debe presentarse en la Torre de Especialidades.



- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Primer piso
<input type="checkbox"/> Sexto Piso | <input type="checkbox"/> Turno Matutino 7:00 horas
<input type="checkbox"/> Turno Vespertino 13:00 horas |
|---|---|

PARA SU ALTA HOSPITALARIA: con su hoja de alta y recibo de pago de la cirugía, presentarse en CAJA, TRABAJO SOCIAL Y ADMISIÓN para que le pongan los sellos correspondientes.





SELLO
Valoración Preanestésica

SELLO
Trabajo Social

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	PROCEDIMIENTO DE INGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES PROGRAMADOS CON 48 HRS. PREVIAS AL EVENTO QUIRÚRGICO		Hoja: 1 de 17

10. PROCEDIMIENTO DE INGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES PROGRAMADOS CON 48 HRS. PREVIAS AL EVENTO QUIRÚRGICO.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	PROCEDIMIENTO DE INGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES PROGRAMADOS CON 48 HRS. PREVIAS AL EVENTO QUIRÚRGICO		Hoja: 2 de 17

1. PROPÓSITO



Realiza las actividades correspondientes al ingreso hospitalario de pacientes programados con 48 horas previas para tratamiento quirúrgico.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a las Subdirecciones Médicas que realizan procedimientos quirúrgicos programados, al Departamento de Admisión y Archivo Clínico que ingresa a los pacientes programados de procedimientos quirúrgicos y al Departamento de Enfermería Clínica que atiende a los pacientes internados.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a los pacientes que acuden al hospital para recibir atención médica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 Las Subdirecciones Médicas a través de los médicos tratantes, son responsables de la programación quirúrgica de los pacientes con 72 horas previas al evento quirúrgico.
- 3.2 Las Subdirecciones Médicas a través de los médicos tratantes, deben informar al paciente y/o familiar de los trámites con 48 horas previas al evento (pasar a Anestesia, Trabajo Social, Enlace y Gestión de la atención Médica Interinstitucional y Admisión).
- 3.3 Las Subdirecciones Médicas son responsables de determinar el ingreso ambulatorio debiendo especificarlo en la programación quirúrgica con 48 hrs.
- 3.4 Las Subdirecciones Médicas a través de los médicos tratantes, son responsables de reprogramar a los pacientes que no ingresaron por falta de tiempo quirúrgico el día programado, no podrá manejar el ingreso con la solicitud de ingreso por urgencias.
- 3.5 Las Subdirecciones Médicas a través de sus médicos tratantes, son responsables de elaborar las cartas de consentimiento que se requieran en cada caso, en donde aclarará al paciente y/o sus familiares las dudas sobre el procedimiento médico, quirúrgico y/o terapéutico que se le practicará al paciente, así como de los riesgos y pronósticos.
- 3.6 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Departamento de Admisión y Archivo Clínico, es responsable de llenar las cartas de consentimiento para el ingreso hospitalario y aclarar las dudas sobre los trámites, requisitos y procedimientos administrativos.
- 3.7 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Departamento de Admisión y Archivo Clínico, es responsable de entregar los expedientes clínicos de los pacientes programados al área de quirófanos con 48 horas previas al evento quirúrgico.
- 3.8 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Departamento de Admisión y Archivo Clínico es responsable de revisar el listado de los ingresos y egresos efectuados en el turno para cotejo de la entrega de los expedientes clínicos de cada especialidad.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	PROCEDIMIENTO DE INGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES PROGRAMADOS CON 48 HRS. PREVIAS AL EVENTO QUIRÚRGICO		Hoja: 3 de 17

- 3.9 La Subdirección de Cirugía a través de la División de Urología es responsable de acudir a la oficina de Admisión por los expedientes clínicos de los pacientes programados en el primer piso.
- 3.10 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Departamento de Admisión y Archivo Clínico es responsable de revisar los datos generales y personales de los pacientes en el sistema SIGHO cuando el familiar o paciente presenten su documentación oficial, y en su caso corregirlos.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirecciones Médicas	1	Valora al paciente.	Claves de Hospitalización
	2	Determina que requiere tratamiento quirúrgico, inicia procedimiento de Programación Quirúrgica.	
	3	Envía al familiar con solicitud de ingreso Trabajo Social para estudio socioeconómico, a la DEGAMI para trámites de derechohabencia, Cajas y posteriormente a Admisión.	
Subdirectora de Servicios Ambulatorios (Jefe de Departamento Admisión y archivo Clínico)	4	Recibe los expedientes clínicos de acuerdo con la programación quirúrgica entregada por la Subdirección de Anestesia y Terapias.	Solicitud de ingreso (2 hojas) Hoja de Hospitalización (2 hojas) Cédula de educación (1 hoja)
	5	Recibe al paciente con 48 horas previas a su intervención quirúrgica y verifica que se encuentre en la programación. ¿Se encuentra en la programación?	
	6	No: Envía al paciente con el médico tratante para que re programe su cirugía. Termina procedimiento.	
	7	Si: Revisa que el paciente presente carnet y recibo de cajas.	
	8	Realiza el ingreso hospitalario del paciente, imprime los documentos e integra el expediente clínico.	
	9	Entrega el expediente clínico al área correspondiente, recaba firma de recibido en la libreta de control con 48 horas previas al evento quirúrgico (los pacientes programados del primer piso, el responsable de área pasará por los expedientes en la oficina de Admisión). Anota datos en la libreta de control de ingresos.	



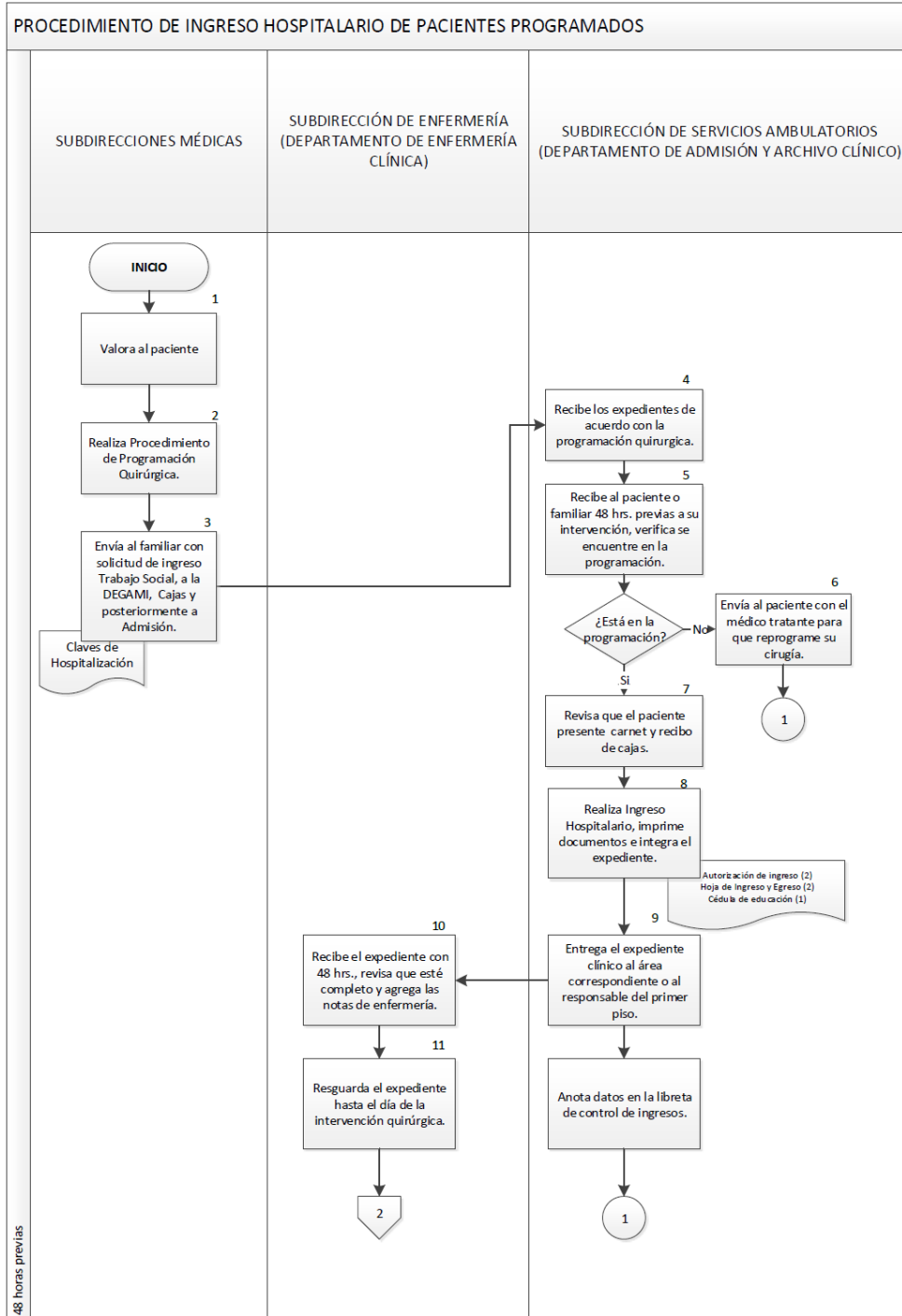
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

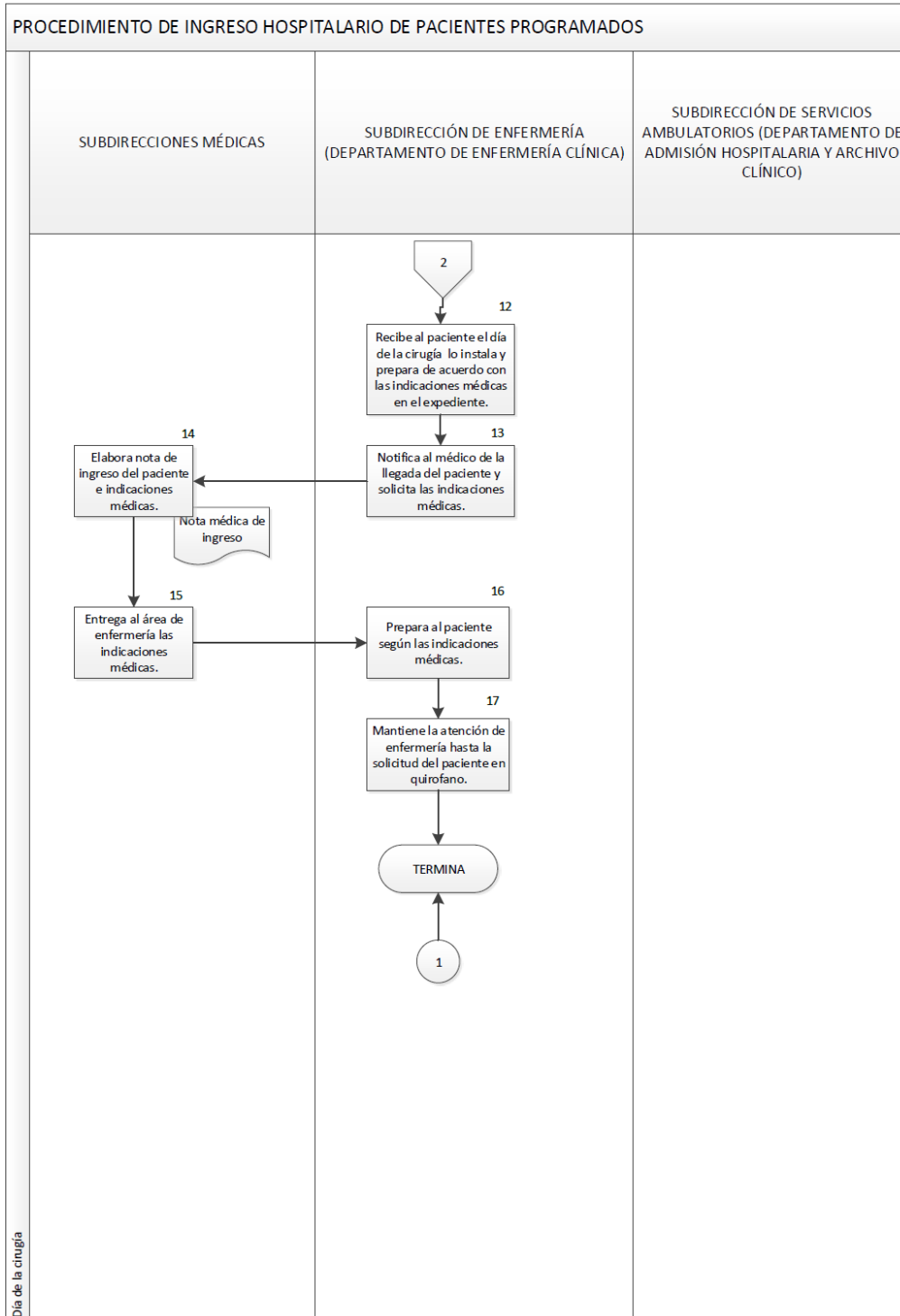
Subdirección de Pediatría



PROCEDIMIENTO DE INGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES PROGRAMADOS CON 48 HRS. PREVIAS AL EVENTO QUIRÚRGICO Hoja: 5 de 17

Subdirectora de Enfermería (Jefa del Departamento de Enfermería Clínica)	10	Recibe el expediente con 48hrs. previas al evento quirúrgico, revisa que esté completo y agrega las notas de enfermería.	
	11	Resguarda el Expediente hasta el día de la intervención quirúrgica.	
	12	Recibe al paciente el día de la cirugía lo instala y prepara de acuerdo con las indicaciones médicas en el expediente.	
	12	Notifica al médico de la llegada del paciente y solicita las indicaciones médicas.	
Subdirectores Médicos	14	Elabora nota de ingreso del paciente e indicaciones médicas.	Nota de Ingreso
	15	Entrega al área de enfermería las indicaciones médicas.	
Subdirectora de Enfermería (Jefa del Departamento de enfermería clínica)	16	Prepara al paciente según las indicaciones médicas.	
	17	Mantiene la atención de enfermería, hasta la solicitud del paciente en quirófano. TERMINA PROCEDIMIENTO	

5. DIAGRAMA DE FLUJO





 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	PROCEDIMIENTO DE INGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES PROGRAMADOS CON 48 HRS. PREVIAS AL EVENTO QUIRÚRGICO		Hoja: 8 de 17

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
Manual de Organización Específico	No aplica

7. REGISTROS



Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Solicitud de internamiento	5 años	Departamento de Admisión y Archivo Clínico	06-01-0103
Carta de autorización de internamiento	5 años	Departamento de Admisión y Archivo Clínico	06-01-0140 o 06-01-0144
Hoja de hospitalización	5 años	Departamento de Admisión y Archivo Clínico	06-01-0093
Control de cama (digital)	No aplica	No aplica	No aplica
Listado de ingresos	No aplica	No aplica	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Expediente clínico.** - Conjunto de documentos escritos, gráficos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con apego a las disposiciones sanitarias.
- 8.2 Servicio de hospitalización.** - Servicio que cuenta con camas censables para atender pacientes ingresados; proporcionar atención médica con el fin de realizar diagnósticos, aplicar tratamientos y cuidados continuos de enfermería.



9. CAMBIOS DE VERSIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	03/02/2021	Actualización del alcance del procedimiento, políticas, descripción del procedimiento, diagrama y formato del procedimiento.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	PROCEDIMIENTO DE INGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES PROGRAMADOS CON 48 HRS. PREVIAS AL EVENTO QUIRÚRGICO		Hoja: 9 de 17

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Solicitud de ingreso
- 10.2 Carta de consentimiento para la hospitalización.
- 10.3 Hoja Hospitalización
- 10.4 Instructivo "Proceso para la visita familiar y control de infecciones".
- 10.5 Cédula de educación del paciente y de su familia.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	PROCEDIMIENTO DE INGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES PROGRAMADOS CON 48 HRS. PREVIAS AL EVENTO QUIRÚRGICO		Hoja: 10 de 17



10.1 SOLICITUD DE INGRESO

HOSPITAL GENERAL
DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ

SOLICITUD DE INGRESO HOSPITALARIO



	No. REGISTRO
NOMBRE COMPLETO DEL (LA) PACIENTE:	
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
NOMBRE (S)	
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:
	SEXO: M () F ()
DIRECCIÓN DEL PACIENTE	
EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:	
TELÉFONO:	
DIAGNÓSTICO DE INGRESO:	
INGRESO POR:	URGENCIAS () CONSULTA EXTERNA () REFERIDO ()
TIPO DE INGRESO:	AMBULATORIO () HOSPITALIZACIÓN ()
INGRESA A:	
ESPECIALIDAD	
PISO:	CAMA:
NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO QUE ORDENA EL INGRESO:	
OBSERVACIONES:	
FECHA:	HORA:

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	PROCEDIMIENTO DE INGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES PROGRAMADOS CON 48 HRS. PREVIAS AL EVENTO QUIRÚRGICO		Hoja: 11 de 17

10.2 CARTA DE CONSENTIMIENTO PARA HOSPITALIZACIÓN



Hospital General Dr. Manuel Gea González
CALZ. DE TLALPAN 4800 CDMX 14080 TEL.4000 3000
CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA LA HOSPITALIZACIÓN DEL PACIENTE ADULTO

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, Capítulo IV, Artículos 80, 81, 82 y 83 y de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, incisos 10, 10.1, 10.1.2 y 10.1.3

Ciudad de México a

Hora:

**C. DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
PRESENTE.**

Datos del Ingreso:

Urg () C.E. () Ref ()

No. de Registro:

Servicio:

Cama:

Dx:

Con la finalidad de dar cumplimiento a lo establecido en los artículos 80, 81, 82 y 83 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, así como el inciso 10.1.2 de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, El (la) suscrito (a) bajo protesta de decir verdad, manifiesto llamarme:

C. Fecha de nacimiento: Sexo: Edad:

Con domicilio particular en la calle: Número:

Colonia: Alcaldía o Mpio.:


Estado: Código Postal: Teléfono:



En pleno uso de mis facultades mentales y toda vez que se me ha explicado amplia y claramente la naturaleza y el fin de este documento, autorizo al personal médico del Hospital General a su digno cargo, para que proceda a mi ingreso hospitalario, así como a efectuarme los estudios y las investigaciones que sean necesarias para el diagnóstico de mi enfermedad y previa información realizar los tratamientos médicos, quirúrgicos u otros que convengan para mi beneficio.

También se me ha explicado que en mi atención puede intervenir personal de Salud en formación, pero siempre bajo la vigilancia y supervisión del profesional de Salud adscrito al Hospital.

ATENTAMENTE

Nombre completo y firma del paciente


 En caso de no poder firmar
 huella digital del pulgar derecho del
 familiar o persona responsable

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	PROCEDIMIENTO DE INGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES PROGRAMADOS CON 48 HRS. PREVIAS AL EVENTO QUIRÚRGICO		Hoja: 12 de 17



Hospital General Dr. Manuel Gea González
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

ARTICULO 80.- En todo hospital y siempre que el estado del paciente lo permita, deberá recabarse a su ingreso autorización escrita y firmada para practicarle, con fines de diagnóstico terapéuticos, los procedimientos médico quirúrgicos necesarios de acuerdo al padecimiento de que se trate, debiendo informarle claramente el tipo de documento que se le presenta para su firma.

Esta autorización inicial no excluye la necesidad de recabar después la correspondiente a cada procedimiento que entrañe un alto riesgo para el paciente.

ARTICULO 81.- En caso de urgencia o cuando el paciente se encuentre en estado de incapacidad transitoria o permanente, el documento a que se refiere el artículo anterior, será suscrito por el familiar más cercano en vínculo que le acompañe, o en su caso, por su tutor o representante legal, una vez informado del carácter de la autorización.

Cuando no sea posible obtener la autorización por incapacidad del paciente y ausencia de las personas a que se refiere el párrafo que antecede los médicos autorizados del hospital de que se trate, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos, llevarán a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera, dejando constancia por escrito, en el expediente clínico.

ARTICULO 82.- El documento en el que conste la autorización a que se refieren los Artículos 80 y 81 de este reglamento, deberá contener;

- I.- Nombre de la institución a la que pertenezca el hospital;
- II.- Nombre, razón o denominación social del hospital;
- III.- Título del documento;
- IV.- Lugar y fecha;
- V.- Nombre y firma de la persona que otorgue la autorización; y
- VI.- Nombre y firma de los testigos.

El documento deberá ser impreso, redactado en forma clara, sin abreviaturas, enmendaduras o tachaduras.

ARTICULO 83.- En caso de que deba realizarse alguna amputación, mutilación o extirpación orgánica que produzca modificación física permanente en el paciente en la condición fisiológica mental del mismo, el documento a que se refiere el artículo anterior deberá ser suscrito además, por dos testigos idóneos designados por el interesado o por la persona que lo suscriba.

NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico.

10 Otros documentos

Además de los documentos mencionados, debido a que sobresalen por su frecuencia pueden existir otros del ámbito ambulatorio u hospitalario que por ser elaborados por personal médico, técnico o administrativo, obligatoriamente deben formar parte de expediente clínico.

10.1 Cartas de Consentimiento informado.

10.1.1 Deberán contener como mínimo.

10.1.1.1 Nombre de la institución a la que pertenezca el establecimiento, en su caso.

10.1.1.2 Nombre, razón o denominación social del establecimiento.

10.1.1.3 Título del documento.

10.1.1.4 Lugar y fecha en que se emite.

10.1.1.5 Acto autorizado

10.1.1.6 Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado.

10.1.1.7 Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva: y

10.1.1.8 Nombre completo y firma del paciente, si su estado de salud lo permite, en caso de que su estado de salud no le permita firmar y emitir su consentimiento, deberá asentarse el nombre completo y firma del familiar más cercano en vínculo que se encuentre presente, del tutor o representante legal.

10.1.1.9 Nombre completo y firma del médico que proporciona la información y recaba el consentimiento para el acto específico que fue otorgado, en su caso, se asentarán los datos del médico tratante.

10.1.1.10 Nombre completo y firma de dos testigos.

10.1.2 Los eventos mínimos que requieren de carta de consentimiento informado serán:

10.1.2.1 Ingreso hospitalario;

10.1.2.2 Procedimientos de cirugía mayor;

10.1.2.3 Procedimientos que requieren anestesia general o regional;

10.1.2.4 Salpingoclasia y vasectomía;

10.1.2.5 Donación de órganos, tejidos y trasplantes;



10.1.2.6 Investigación clínica en seres humanos;

10.1.2.7 Necropsia hospitalaria;

10.1.2.8 Procedimientos, diagnósticos y terapéuticos considerados por el médico como de alto riesgo.

10.1.2.9 Cualquier procedimiento que entrañe mutilación.

10.1.3 El personal de salud podrá obtener cartas de consentimiento informado adicionales a las previstas en el numeral 10.1.2 cuando lo estime pertinente, sin que para ello sea obligatorio el empleo de formatos impresos.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		Hoja: 14 de 17
	PROCEDIMIENTO DE INGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES PROGRAMADOS CON 48 HRS. PREVIAS AL EVENTO QUIRÚRGICO		

10.4 INSTRUCTIVO “PROCESO PARA LA VISITA FAMILIAR Y CONTROL DE INFECCIONES”

K. Para cualquier queja, sugerencia o felicitación, usted puede usar los buzones colocados en el área de Admisión y Consulta Externa, la escalera de la Torre de Hospitalización o directamente en la Subdirección de Gestión de Calidad, localizada en el 1er piso de la consulta de urgencias.

Para el alta de su paciente deberá:

- 1.- Recabar los sellos de caja (sin adeudo) y Admisión, pasar a entrevista en Trabajo Social.
- 2.- Traer su ropa en bolsa transparente.

Instructivo Control de Infecciones

3. Para garantizar una atención más segura, usted como paciente, sus familiares, visitantes y personal de salud deberá apegarse a:

- Lavado e higiene de manos con agua y jabón y/o soluciones antisépticas (disponibles); aplicando en todo momento el “antes y después” del contacto y del entorno del paciente, como son la cama, barandales, mesa, monitores, recipientes, bancos, buró, sillas, hojas, expedientes, puertas, ventiladores, equipos de infusión, sondas, catéteres, drenajes, etc.
- Es muy importante que usted en todo momento pregunte a la enfermera, médico ó técnico en salud Ya se lavó o se realizó higiene de manos, es un derecho que usted tiene y una obligación de nuestro personal de salud.
- Las medidas de aislamiento indicadas por epidemiología para evitar la dispersión de microorganismos.
- La utilización correcta de guantes, cubrebocas y/o mascarilla al momento que se le indique; para ello usted o su familiar puede solicitar y preguntar a nuestras enfermeras sobre como emplear dichos insumos.

Ayúdenos a evitar las infecciones. “La solución también está en sus manos”

06-02-0327

Estos lineamientos harán que la hospitalización se lleve a cabo en las mejores condiciones y el paciente reciba un trato adecuado y digno, haciendo agradable su estancia en el Hospital.



HOSPITAL GENERAL

HOSPITAL LIBRE DE TABACO



DIRECCIÓN MÉDICA
SUBDIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA E INFECTOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DE CALIDAD
DEPARTAMENTO DE CALIDAD
DEPARTAMENTO DE ADMISIÓN Y ARCHIVO CLÍNICO
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD



2020

PROCESO PARA LA VISITA FAMILIAR Y CONTROL DE INFECCIONES.

HORARIO DE RELEVO AL CUIDADO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

MATUTINO: 8:00 A 10:00 HRS.
VESPERTINO: 13:00 A 14:00 HRS.
NOCTURNO: 18:30 A 20:00 HRS.

HORARIO DE VISITA:
HOSPITALIZACIÓN DE 16:00 A 18:00 HRS.
TERAPIA INTENSIVA: DE 13:00 A 14:00 HRS. Y DE 19:00 A 20:00 HRS.

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	PROCEDIMIENTO DE INGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES PROGRAMADOS CON 48 HRS. PREVIAS AL EVENTO QUIRÚRGICO		Hoja: 15 de 17

Es importante señalar que las urgencias tienen prioridad para la Hospitalización.

INSTRUCTIVO DE HOSPITALIZACIÓN

1. Para hospitalizarse, se deberá cumplir con los siguientes **requisitos**:

- Presentarse en la oficina de Admisión (ubicada en planta baja de la Torre de Hospitalización), con el recibo de pago de la cirugía, el carnet, y la tarjeta de valoración anestésica.
- Acudir acompañado de un familiar mayor de edad, quien será responsable del ingreso.
- Traer los siguientes artículos de aseo y uso personal en bolsa transparente y cerrada:
 - Jabón líquido neutro, toalla y sandalias de baño.
 - Cepillo y pasta dental.
 - Desodorante, peine y papel higiénico.
 - Un termómetro digital (que se le regresará).
 - Dos vendas de 10 cm. si se trata de adultos.
 - Dos vendas de 5 cm. si se trata de menores de diez años.
 - Toallas femeninas (para pacientes de Gineco-Obstetricia, o en caso necesario).
- Las mujeres deberán acudir sin maquillaje, con uñas cortas y sin pintar.
- El paciente deberá abstenerse de traer joyas, tarjetas de crédito, celular, dinero o cualquier artículo de valor.

Los horarios de hospitalización son:

- 16:00 Ginecología y Pediatría.
- 16:30 Oftalmología, Ortopedia y Otorrinolaringología.
- 17:00 Cirugía General, Cirugía Plástica, Urología, Cardiovascular y las demás especialidades.

INSTRUCTIVO DE VISITA FAMILIAR

1. Para que el paciente tenga una estancia agradable en el Hospital, se han establecido las siguientes reglas para la visita familiar.

A. El ingreso para la visita es de 16:00 hasta 18:00 hrs.; de Lunes a Domingo.

B. El carnet es el pase de visita, por lo que deberá ser presentado para la entrada de los familiares, permitiéndose el acceso a una persona a la vez, hasta el término de la visita, debiendo recogerlo. El carnet es intransferible y los familiares visitantes serán los responsables del mal uso que se le dé.

C. Se restringe el acceso a las áreas de hospitalización a:

- Menores de edad.
- Personas en estado inconveniente: con aliento alcohólico o bajo el efecto de alguna droga.
- Personas en malas condiciones de higiene.
- Personas con cuadros gripales o con procesos infecciosos.

D. Queda estrictamente prohibido introducir a las instalaciones del hospital:

- Alimentos y/o bebidas de ningún tipo o especie.
- Aparatos eléctricos, electrónicos o de pilas (teléfonos celulares, televisores, radios, grabadoras, cámaras, videocámaras, reproductores de discos compactos, laptops, etc.)
- Ropa no autorizada, como: cobertores, cobijas, almohadas, etc.
- Bultos voluminosos (mochilas, cajas, maletas, etc.)
- Veladoras

E. Trabajo Social extenderá un pase de 24 horas, cuando el estado del paciente así lo requiera. Con este pase podrá permanecer un familiar con el paciente.

F. Los familiares visitantes deberán:

- Respetar el horario de visita establecido.
- Acatar las indicaciones del personal del Hospital.
- Tratar al personal del Hospital con respeto, cortesía y educación.
- Hablar en voz baja.
- Respetar a los demás pacientes del Hospital.
- Guardar el orden y compostura.



G. Queda estrictamente prohibido a los familiares visitantes:

- Movilizar al paciente sin autorización del personal médico o de enfermería.
- Manipular las venoclisis, aparatos o curaciones del paciente.
- Sentarse o acostarse en las camas del Hospital.
- Tomar los alimentos del paciente.
- Deambular sin ningún propósito por los pasillos del Hospital.
- Fumar en las áreas del Hospital.

H. Los informes sobre el estado de salud del paciente, serán proporcionados **únicamente por el médico de guardia**, en los horarios establecidos en cada servicio. En el servicio de Urgencias **no hay horarios establecidos**, la información será proporcionada de acuerdo a las condiciones clínicas del paciente.

I. El personal de **seguridad** podrá retener el carnet en caso que la visita familiar no cumpla con los lineamientos anteriormente descritos, informando los hechos a las autoridades correspondientes, quienes tomarán las medidas pertinentes.

J. De acuerdo con el Reglamento de la Ley de Asociaciones Religiosas, **los ministros de cualquier culto tendrán acceso en cualquier momento**, a fin de dar auxilio espiritual a los pacientes, observando las normas y medidas de seguridad aplicables.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	PROCEDIMIENTO DE INGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES PROGRAMADOS CON 48 HRS. PREVIAS AL EVENTO QUIRÚRGICO		Hoja: 16 de 17

10.5 CÉDULA DE EDUCACIÓN DEL PACIENTE Y DE SU FAMILIA



Hospital General Dr. Manuel Gea González
CÉDULA DE EDUCACIÓN DEL PACIENTE Y DE SU FAMILIA

<i>Datos de identificación del paciente:</i>		Fecha: _____	Hora: _____
Nombre del Paciente: _____			
Fecha de Nacimiento: _____		Edad: _____	Sexo: _____
Registro: _____		Núm. de cama: _____	Especialidad: _____

1.- Evaluación y Planificación de la educación del paciente y su familia.

a).- Identificación de necesidades de educación:

El paciente y/o familia necesitan educación sobre temas relacionados con:

	Momento de evaluación		
	1a.	2a.	3ra.
1. Derechos de los pacientes			
2. Trámites de ingreso y egreso			
3. Consentimiento informado			
4. Uso seguro de equipo y dispositivos médicos			
5. Estado de salud y su diagnóstico			
6. Uso seguro de medicamentos			
7. Acciones esenciales para la seguridad del paciente			
8. Higiene de manos precauciones estándar			
9. Manejo del dolor			
10. Obesidad			
11. Dieta y alimentación			
12. Diabetes Mellitus			
13. Diálisis peritoneal			
14. Padecimientos cardiovasculares			
15. Padecimientos cerebrovasculares			
16. Deterioro cognoscitivo			
17. Lesiones asociadas a la dependencia			
18. Técnicas de rehabilitación			
19. Adulto mayor			
20. Consejería para adolescentes			
21. Prevención de adicciones			
22. Violencia Familiar			
23. Planificación familiar			
24. Cáncer Cervico-Uterino			
25. Cáncer de mama			
26. Cáncer de próstata			
27. Enfermedades prevenibles por vacunación			
28. Lactancia materna			
29. Cuidados en el puerperio			
30. Signos y síntomas de alarma en las mujeres embarazadas			
31. Signos y síntomas de alarma en el Recién Nacido			
32. Tamiz Neonatal			
33. Precauciones estándar			
34. _____			

Barreras para el aprendizaje:

	Momento de evaluación			Especificar
	1a.	2a.	3ra.	
Sin barreras				
1. Idioma				
2. Otra lengua diferente al español				
3. alteraciones del lenguaje				
4. Alteraciones auditivas				
5. Alteraciones visuales				
6. Alteraciones físicas				
7. Alteraciones cognitivas				
8. Alteraciones emocionales				
9. Nivel educativo				
10. Alfabetización				
11. Diferencias culturales, sociales y valores				
12. Prácticas religiosas				
13. Enfermedades anteriores				
14. Presencia o ausencia de dolor				
15. No hay disponibilidad para recibir información				
16. Falta de habilidad para realizar procedimientos (actividades)				
17. Factores motivacionales				
18. Otro (especificar): _____				



A quién evalúa:			
	P	F	O
1a. Evaluación			
2a. Evaluación			
3ra. Evaluación			

Nombre, cédula profesional y firma de quien realiza	
1a. Evaluación	
2a. Evaluación	
3ra. Evaluación	



b).- Aceptación del paciente y/o familiar para recibir la educación:

Estimado Sr(a). _____ en virtud del motivo de su ingreso hospitalario, hemos detectado la necesidad de proporcionar a Usted, educación a cerca de su estado de salud y tratamiento con la finalidad de ayudarte a lograr mejores resultados y una más pronta recuperación, promoviendo el autocuidado, por lo que si Usted está de acuerdo le pedimos su autorización para que nuestro profesional de la salud se la proporcione.

Nombre y firma del paciente y/o familiar

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO DE INGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES PROGRAMADOS		Hoja: 1 de 17

11. PROCEDIMIENTO DE INGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES PROGRAMADOS

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO DE INGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES PROGRAMADOS		Hoja: 2 de 17

1. PROPÓSITO



Realiza las actividades correspondientes al ingreso hospitalario de pacientes programados para tratamiento quirúrgico.

2. ALCANCE


- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a las Subdirecciones Médicas que realizan procedimientos quirúrgicos programados, al Departamento de Admisión y Archivo Clínico que ingresa a los pacientes programados de procedimientos quirúrgicos y al Departamento de Enfermería Clínica que atiende a los pacientes hospitalizados.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a los pacientes que acuden al hospital para recibir atención médica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 Las Subdirecciones Médicas a través de los médicos tratantes, son responsables de la asignación de camas para los pacientes que requieren hospitalización, debiendo informar al Departamento de Admisión y Archivo Clínico la cama designada para cada paciente a más tardar a las 17 horas de cada día.
- 3.2 Las Subdirecciones Médicas son responsables de determinar el ingreso ambulatorio debiendo especificarlo en la programación quirúrgica.
- 3.3 Las Subdirecciones Médicas a través de los médicos tratantes, son responsables de informar al paciente y/o familiar la no disponibilidad de camas, debiendo esperar los egresos para que pueda asignársele una cama o que el médico re programe su ingreso.
- 3.4 Las Subdirecciones Médicas a través de los médicos tratantes, son responsables de reprogramar a los pacientes que no ingresaron por falta de cama el día programado, no podrá manejar el ingreso con la solicitud de ingreso por urgencias.
- 3.5 Las Subdirecciones Médicas a través de sus médicos tratantes, serán responsables de informar a los pacientes los horarios para internamiento, de acuerdo con la especialidad:
 - 16:00 hrs. Ginecología y Pediatría.
 - 16:30 hrs. Oftalmología, Otorrinolaringología y Ortopedia.
 - 17:30 hrs. Cirugía General, Cirugía Plástica, Urología y Cardiovascular.
- 3.6 Las Subdirecciones Médicas a través de sus médicos tratantes, son responsables de elaborar las cartas de consentimiento que se requieran en cada caso, en donde aclarará al paciente y/o sus familiares las dudas sobre el procedimiento médico, quirúrgico y/o terapéutico que se le practicará al paciente, así como de los riesgos y pronósticos.
- 3.7 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Departamento de Admisión y Archivo Clínico, es responsable de llenar las cartas de consentimiento para el ingreso hospitalario y aclarar las dudas sobre los trámites, requisitos y procedimientos administrativos.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO DE INGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES PROGRAMADOS		Hoja: 3 de 17

- 3.8 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Departamento de Admisión y Archivo Clínico es responsable de realizar el listado de los ingresos y egresos efectuados en el turno para cotejo de la entrega de los expedientes clínicos de cada especialidad.
- 3.9 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Departamento de Admisión y Archivo Clínico es responsable de revisar los datos generales y personales de los pacientes en el sistema SIGHO cuando el familiar o paciente presenten su documentación oficial, y en su caso corregirlos.

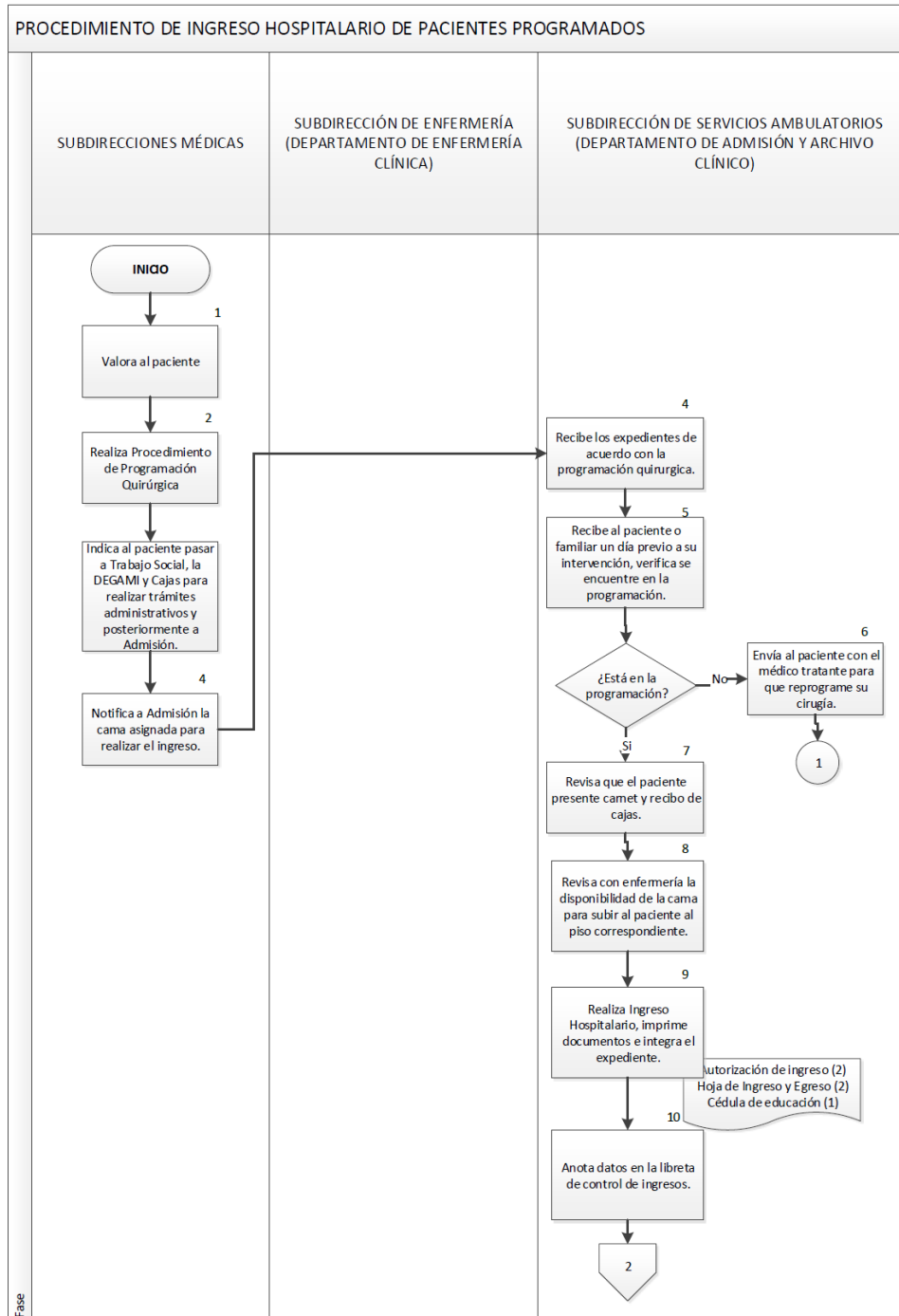
 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA
	PROCEDIMIENTO DE INGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES PROGRAMADOS

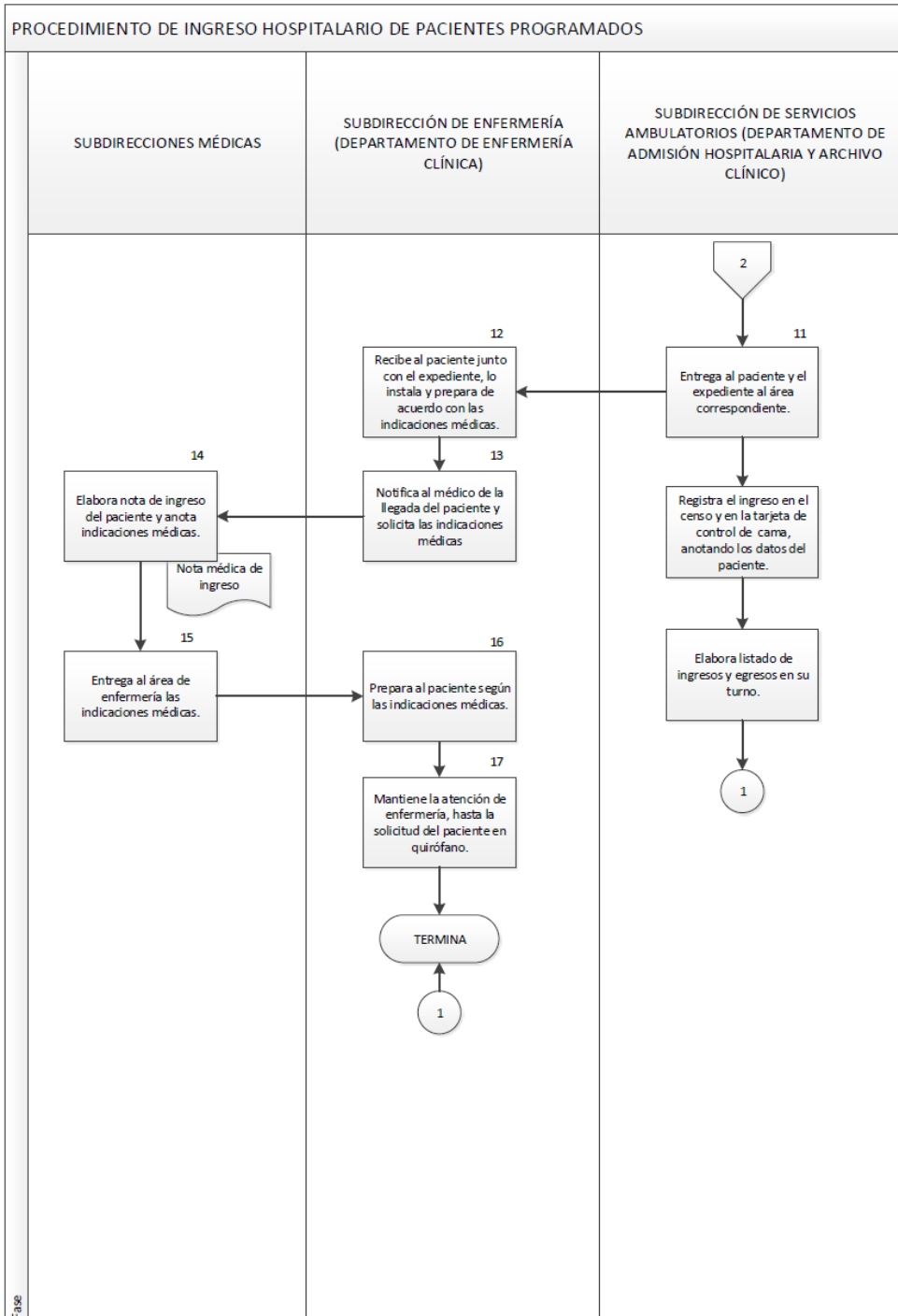
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO



Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirecciones Médicas	1	Valora al paciente.	Claves de Hospitalización
	2	Determina que requiere ser hospitalizado para tratamiento quirúrgico, inicia procedimiento de Programación Quirúrgica.	
	3	Indica al paciente pasar a la División de Enlace y Gestión de Atención Médica Interinstitucional para realizar trámites de gratuidad, con el formato de claves de hospitalización.	
		Notifica al Depto. de Admisión y Archivo Clínico la cama asignada para realizar el ingreso.	
Subdirectora de Servicios Ambulatorios (Jefe de Departamento Admisión y archivo Clínico)	4	Recibe los expedientes clínicos de acuerdo con la programación quirúrgica entregada por la Subdirección de Anestesia y Terapias.	
	5	Recibe al paciente un día previo a su intervención quirúrgica y verifica que se encuentre en la programación. ¿Se encuentra en la programación?	
	6	No: Envía al paciente con el médico tratante para que re programe su cirugía. Termina procedimiento.	
	7	Si: Revisa que el paciente presente carnet y recibo de cajas.	
	8	Revisa con enfermería la disponibilidad de la cama para subir al paciente al piso correspondiente.	
	9	Realiza el ingreso hospitalario del paciente, imprime los documentos e integra el expediente clínico.	

	10	Anota datos en la libreta de control de ingresos.	
	11	Entrega el expediente clínico al área correspondiente, recaba firma de recibido en la libreta de control.	Solicitud de ingreso (2 hojas) Hoja de Hospitalización (2 hojas) Cédula de educación (1 hoja) Instructivo "Proceso para la visita familiar y control de infecciones" Carta de consentimiento para hospitalización
		Registra el ingreso en el censo y en la tarjeta de control de cama, anotando los datos del paciente. Elabora listado de ingresos y egresos en su turno.	
Subdirectora de Enfermería (Jefa del Departamento de Enfermería Clínica)	12	Recibe al paciente junto con el expediente, lo instala y prepara de acuerdo con las indicaciones médicas y agrega las notas de enfermería.	
	13	Notifica al médico de la llegada del paciente y solicita las indicaciones médicas.	
Subdirecciones Médicas	14	Elabora nota de ingreso del paciente y anota indicaciones médicas.	Nota de ingreso
	15	Entrega al área de enfermería las indicaciones médicas.	
Subdirectora de Enfermería (Jefa del Departamento de enfermería clínica)	16	Prepara al paciente según las indicaciones médicas.	
	17	Mantiene la atención de enfermería, hasta la solicitud del paciente en quirófano. TERMINA PROCEDIMIENTO	

5. DIAGRAMA DE FLUJO





 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO DE INGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES PROGRAMADOS		Hoja: 8 de 17

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
Manual de Organización Específico	No aplica

7. REGISTROS



Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Solicitud de internamiento	5 años	Departamento de Admisión y Archivo Clínico	06-01-0103
Carta de autorización de internamiento	5 años	Departamento de Admisión y Archivo Clínico	06-01-0140 o 06-01-0144
Hoja de hospitalización	5 años	Departamento de Admisión y Archivo Clínico	06-01-0093
Control de cama (digital)	No aplica	No aplica	No aplica
Listado de ingresos	No aplica	No aplica	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Expediente clínico.** - Conjunto de documentos escritos, gráficos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con apego a las disposiciones sanitarias.
- 8.2 Servicio de hospitalización.** - Servicio que cuenta con camas censables para atender pacientes ingresados; proporcionar atención médica con el fin de realizar diagnósticos, aplicar tratamientos y cuidados continuos de enfermería.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN DEL PROCEDIMIENTO



Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	03/02/2021	Actualización de alcance del procedimiento, descripción del procedimiento, diagrama y actualización de formato.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO DE INGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES PROGRAMADOS		Hoja: 9 de 17

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Solicitud de Ingreso
- 10.2 Carta de consentimiento para hospitalización
- 10.3 Hoja de Hospitalización
- 10.4 Instructivo "Proceso para la visita familiar y control de infecciones"
- 10.5 Cédula de educación del paciente y de su familia

10.1 Solicitud de Ingreso



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO DE INGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES PROGRAMADOS		
			Hoja: 10 de 17

HOSPITAL GENERAL
DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ



SOLICITUD DE INGRESO HOSPITALARIO

	No. REGISTRO
NOMBRE COMPLETO DEL (LA) PACIENTE:	
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
NOMBRE (S)	
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:
	SEXO: M () F ()
DIRECCIÓN DEL PACIENTE	
EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:	
TELÉFONO:	
DIAGNÓSTICO DE INGRESO:	
INGRESO POR:	URGENCIAS () CONSULTA EXTERNA () REFERIDO ()
TIPO DE INGRESO:	AMBULATORIO () HOSPITALIZACIÓN ()
INGRESA A:	
ESPECIALIDAD	
PISO:	CAMA:
NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO QUE ORDENA EL INGRESO:	
OBSERVACIONES:	
FECHA:	HORA:

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO DE INGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES PROGRAMADOS		Hoja: 11 de 17

10.2 Carta de consentimiento para hospitalización



Hospital General Dr. Manuel Gea González
CALZ. DE TLALPAN 4800 CDMX 14080 TEL. 4000 3000
CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA LA HOSPITALIZACIÓN DEL PACIENTE ADULTO

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, Capítulo IV, Artículos 80, 81, 82 y 83 y de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, incisos 10, 10.1, 10.1.2 y 10.1.3

Ciudad de México a

Hora:

**C. DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
PRESENTE.**

Datos del Ingreso:

Urg () C.E. () Ref ()

No. de Registro:

Servicio:

Cama:

Dx:

Con la finalidad de dar cumplimiento a lo establecido en los artículos 80, 81, 82 y 83 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, así como el inciso 10.1.2 de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, El (la) suscrito (a) bajo protesta de decir verdad, manifiesto llamarme:

C. Fecha de nacimiento: Sexo: Edad:

Con domicilio particular en la calle: Número:

Colonia: Alcaldía o Mpio.:


Estado: Código Postal: Teléfono:



En pleno uso de mis facultades mentales y toda vez que se me ha explicado amplia y claramente la naturaleza y el fin de este documento, autorizo al personal médico del Hospital General a su digno cargo, para que proceda a mi ingreso hospitalario, así como a efectuarme los estudios y las investigaciones que sean necesarias para el diagnóstico de mi enfermedad y previa información realizar los tratamientos médicos, quirúrgicos u otros que convengan para mi beneficio.

También se me ha explicado que en mi atención puede intervenir personal de Salud en formación, pero siempre bajo la vigilancia y supervisión del profesional de Salud adscrito al Hospital.

A T E N T A M E N T E

Nombre completo y firma del paciente


 En caso de no poder firmar
 huella digital del pulgar derecho del
 familiar o persona responsable

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO DE INGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES PROGRAMADOS		Hoja: 12 de 17



Hospital General Dr. Manuel Gea González
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

ARTICULO 80.- En todo hospital y siempre que el estado del paciente lo permita, deberá recabarse a su ingreso autorización escrita y firmada para practicarle, con fines de diagnóstico terapéuticos, los procedimientos médico quirúrgicos necesarios de acuerdo al padecimiento de que se trate, debiendo informarle claramente el tipo de documento que se le presenta para su firma.

Esta autorización inicial no excluye la necesidad de recabar después la correspondiente a cada procedimiento que entrañe un alto riesgo para el paciente.

ARTICULO 81.- En caso de urgencia o cuando el paciente se encuentre en estado de incapacidad transitoria o permanente, el documento a que se refiere el artículo anterior, será suscrito por el familiar más cercano en vínculo que le acompañe, o en su caso, por su tutor o representante legal, una vez informado del carácter de la autorización.

Cuando no sea posible obtener la autorización por incapacidad del paciente y ausencia de las personas a que se refiere el párrafo que antecede los médicos autorizados del hospital de que se trate, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos, llevarán a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera, dejando constancia por escrito, en el expediente clínico.

ARTICULO 82.- El documento en el que conste la autorización a que se refieren los Artículos 80 y 81 de este reglamento, deberá contener:

- I.- Nombre de la institución a la que pertenezca el hospital;
- II.- Nombre, razón o denominación social del hospital;
- III.- Título del documento;
- IV.- Lugar y fecha;
- V.- Nombre y firma de la persona que otorgue la autorización; y
- VI.- Nombre y firma de los testigos.

El documento deberá ser impreso, redactado en forma clara, sin abreviaturas, enmendaduras o tachaduras.

ARTICULO 83.- En caso de que deba realizarse alguna amputación, mutilación o extirpación orgánica que produzca modificación física permanente en el paciente en la condición fisiológica mental del mismo, el documento a que se refiere el artículo anterior deberá ser suscrito además, por dos testigos idóneos designados por el interesado o por la persona que lo suscriba.

NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico.

10 Otros documentos

Además de los documentos mencionados, debido a que sobresalen por su frecuencia pueden existir otros del ámbito ambulatorio u hospitalario que por ser elaborados por personal médico, técnico o administrativo, obligatoriamente deben formar parte de expediente clínico.

10.1 Cartas de Consentimiento informado.

10.1.1 Deberán contener como mínimo.

10.1.1.1 Nombre de la institución a la que pertenezca el establecimiento, en su caso.

10.1.1.2 Nombre, razón o denominación social del establecimiento.

10.1.1.3 Título del documento.

10.1.1.4 Lugar y fecha en que se emite.

10.1.1.5 Acto autorizado

10.1.1.6 Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado.

10.1.1.7 Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva; y

10.1.1.8 Nombre completo y firma del paciente, si su estado de salud lo permite, en caso de que su estado de salud no le permita firmar y emitir su consentimiento, deberá asentarse el nombre completo y firma del familiar más cercano en vínculo que se encuentre presente, del tutor o representante legal.

10.1.1.9 Nombre completo y firma del médico que proporciona la información y recaba el consentimiento para el acto específico que fue otorgado, en su caso, se asentarán los datos del médico tratante.

10.1.1.10 Nombre completo y firma de dos testigos.

10.1.2 Los eventos mínimos que requieren de carta de consentimiento informado serán:

10.1.2.1 Ingreso hospitalario;

10.1.2.2 Procedimientos de cirugía mayor;

10.1.2.3 Procedimientos que requieren anestesia general o regional;

10.1.2.4 Salpingoclasia y vasectomía;

10.1.2.5 Donación de órganos, tejidos y trasplantes;



10.1.2.6 Investigación clínica en seres humanos;

10.1.2.7 Necropsia hospitalaria;

10.1.2.8 Procedimientos, diagnósticos y terapéuticos considerados por el médico como de alto riesgo.

10.1.2.9 Cualquier procedimiento que entrañe mutilación.

10.1.3 El personal de salud podrá obtener cartas de consentimiento informado adicionales a las previstas en el numeral 10.1.2 cuando lo estime pertinente, sin que para ello sea obligatorio el empleo de formatos impresos.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO DE INGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES PROGRAMADOS		Hoja: 14 de 17

10.4 Instructivo “Proceso para la visita familiar y control de infecciones”

K. Para cualquier queja, sugerencia o felicitación, usted puede usar los buzones colocados en el área de Admisión y Consulta Externa, la escalera de la Torre de Hospitalización o directamente en la Subdirección de Gestión de Calidad, localizada en el 1er piso de la consulta de urgencias.

Para el alta de su paciente deberá:

- 1.- Recabar los sellos de caja (sin adeudo) y Admisión, pasar a entrevista en Trabajo Social.
- 2.- Traer su ropa en bolsa transparente.

Instructivo Control de Infecciones

3. Para garantizar una atención más segura, usted como paciente, sus familiares, visitantes y personal de salud deberá apegarse a:

- Lavado e higiene de manos con agua y jabón y/o soluciones antisépticas (disponibles); aplicando en todo momento el “antes y después” del contacto y del entorno del paciente, como son la cama, barandales, mesa, monitores, recipientes, bancos, buró, sillas, hojas, expedientes, puertas, ventiladores, equipos de infusión, sondas, catéteres, drenajes, etc.
- Es muy importante que usted en todo momento pregunte a la enfermera, médico o técnico en salud Ya se lavó o se realizó higiene de manos, es un derecho que usted tiene y una obligación de nuestro personal de salud.
- Las medidas de aislamiento indicadas por epidemiología para evitar la dispersión de microorganismos.
- La utilización correcta de guantes, cubrebocas y/o mascarilla al momento que se le indique; para ello usted o su familiar puede solicitar y preguntar a nuestras enfermeras sobre como emplear dichos insumos.

Ayúdenos a evitar las infecciones. “La solución también está en sus manos”

06-03-0327

Estos lineamientos harán que la hospitalización se lleve a cabo en las mejores condiciones y el paciente reciba un trato adecuado y digno, haciendo agradable su estancia en el Hospital.



HOSPITAL GENERAL

HOSPITAL LIBRE DE TABACO



DIRECCIÓN MÉDICA
SUBDIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA E INFECTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE CALIDAD
DEPARTAMENTO DE ADMISIÓN Y ARCHIVO CLÍNICO
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD



20/20

PROCESO PARA LA VISITA FAMILIAR Y CONTROL DE INFECCIONES.

HORARIO DE RELEVO AL CUIDADO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

MATUTINO: 8:00 A 10:00 HRS.
VESPERTINO: 13:00 A 14:00 HRS.
NOCTURNO: 18:30 A 20:00 HRS.

HORARIO DE VISITA:
HOSPITALIZACIÓN DE 16:00 A 18:00 HRS.
TERAPIA INTENSIVA: DE 13:00 A 14:00 HRS. Y
DE 19:00 A 20:00 HRS.

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO DE INGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES PROGRAMADOS		Hoja: 15 de 17

Es importante señalar que las urgencias tienen prioridad para la Hospitalización.

INSTRUCTIVO DE HOSPITALIZACIÓN

1. Para hospitalizarse, se deberá cumplir con los siguientes **requisitos**:

- Presentarse en la oficina de Admisión (ubicada en planta baja de la Torre de Hospitalización), con el recibo de pago de la cirugía, el carnet, y la tarjeta de valoración anestésica.
- Acudir acompañado de un familiar mayor de edad, quien será responsable del ingreso.
- Traer los siguientes artículos de aseo y uso personal en bolsa transparente y cerrada:
 - Jabón líquido neutro, toalla y sandalias de baño.
 - Cepillo y pasta dental.
 - Desodorante, peine y papel higiénico.
 - Un termómetro digital (que se le regresará).
 - Dos vendas de 10 cm. si se trata de adultos.
 - Dos vendas de 5 cm. si se trata de menores de diez años.
 - Toallas femeninas (para pacientes de Gineco-Obstetricia, o en caso necesario).
- Las mujeres deberán acudir sin maquillaje, con uñas cortas y sin pintar.
- El paciente deberá abstenerse de traer joyas, tarjetas de crédito, celular, dinero o cualquier artículo de valor.

Los horarios de hospitalización son:

- **16:00** Ginecología y Pediatría.
- **16:30** Oftalmología, Ortopedia y Otorrinolaringología.
- **17:00** Cirugía General, Cirugía Plástica, Urología, Cardiovascular y las demás especialidades.

INSTRUCTIVO DE VISITA FAMILIAR

1. Para que el paciente tenga una estancia agradable en el Hospital, se han establecido las siguientes reglas para la visita familiar.

A. El ingreso para la visita es de 16:00 hasta 18:00 hrs.; de Lunes a Domingo.

B. El carnet es el pase de visita, por lo que deberá ser presentado para la entrada de los familiares, permitiéndose el acceso a una persona a la vez, hasta el término de la visita, debiendo recogerlo. El carnet es intransferible y los familiares visitantes serán los responsables del mal uso que se le dé.

C. Se restringe el acceso a las áreas de hospitalización a:

- Menores de edad.
- Personas en estado inconveniente: con aliento alcohólico o bajo el efecto de alguna droga.
- Personas en malas condiciones de higiene.
- Personas con cuadros gripales o con procesos infecciosos.

D. Queda estrictamente prohibido introducir a las instalaciones del hospital:

- Alimentos y/o bebidas de ningún tipo o especie.
- Aparatos eléctricos, electrónicos o de pilas (teléfonos celulares, televisores, radios, grabadoras, cámaras, videocámaras, reproductores de discos compactos, laptops, etc.)
- Ropa no autorizada, como: cobertores, cobijas, almohadas, etc.
- Bultos voluminosos (mochilas, cajas, maletas, etc.)
- Veladoras

E. Trabajo Social extenderá un pase de 24 horas, cuando el estado del paciente así lo requiera. Con este pase podrá permanecer un familiar con el paciente.

F. Los familiares visitantes deberán:

- Respetar el horario de visita establecido.
- Acatar las indicaciones del personal del Hospital.
- Tratar al personal del Hospital con respeto, cortesía y educación.
- Hablar en voz baja.
- Respetar a los demás pacientes del Hospital.
- Guardar el orden y compostura.

G. Queda estrictamente prohibido a los familiares visitantes:



- ✗ Movilizar al paciente sin autorización del personal médico o de enfermería.
- ✗ Manipular las venodisis, aparatos o opciones del paciente.
- ✗ Sentarse o acostarse en las camas del Hospital.
- ✗ Tomar los alimentos del paciente.
- ✗ Deambular sin ningún propósito por los pasillos del Hospital.
- ✗ Fumar en las áreas del Hospital.

H. Los informes sobre el estado de salud del paciente, serán proporcionados **únicamente por el médico de guardia**, en los horarios establecidos en cada servicio.



En el servicio de Urgencias **no hay horarios establecidos**, la información será proporcionada de acuerdo a las condiciones clínicas del paciente.

I. El personal de **seguridad** podrá retener el carnet en caso que la visita familiar no cumpla con los lineamientos anteriormente descritos, informando los hechos a las autoridades correspondientes, quienes tomarán las medidas pertinentes.

J. De acuerdo con el Reglamento de la Ley de Asociaciones Religiosas, **los ministros de cualquier culto tendrán acceso en cualquier momento**, a fin de dar auxilio espiritual a los pacientes, observando las normas y medidas de seguridad aplicables.

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento de Cirugía Segura		Hoja: 1 de 21

12. PROCEDIMIENTO DE CIRUGÍA SEGURA

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento de Cirugía Segura		Hoja: 2 de 21

1. PROPÓSITO



Establecer las actividades de todo el personal de salud para el adecuado manejo del paciente antes, durante y posterior de la intervención quirúrgica, ofreciendo un servicio de calidad y cuidando la seguridad del paciente.

2. ALCANCE



- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a las Subdirecciones de Anestesia y Terapias responsable de la valoración anestésica, la aplicación del procedimiento anestésico y el manejo del dolor post-operatorio, la Subdirección de Enfermería responsable de preparar al paciente antes de entrar a quirófano, así como los cuidados de enfermería post-operatorios, Subdirección de Cirugía responsable de realizar los procedimientos quirúrgicos y la Subdirección de Gestión de Calidad responsable encargada de evaluar la calidad y seguridad de la atención al usuario.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a todos los pacientes que requieren de intervención quirúrgica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La Subdirección de Cirugía a través de sus Divisiones Quirúrgicas, así como la Subdirección de Anestesia a través de la División de Anestesia y la Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica son responsables de realizar el Protocolo Universal de la OMS para una cirugía segura que son: marcaje del sitio quirúrgico, la verificación pre-operatoria y la pausa quirúrgica, hasta la verificación previa a la salida del paciente de la sala de operaciones.
- 3.2 La Dirección Médica a través de todo su personal de salud es responsable de cumplir todas las medidas de asepsia y antisepsia en el área de quirófanos para evitar las infecciones intra-hospitalarias.
- 3.3 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica será responsable de verificar la limpieza de la sala de operación, así como el uso y portación convencional del uniforme quirúrgico.
- 3.4 La Subdirección de Cirugía a través de sus Divisiones Quirúrgicas, supervisa que se respete el horario de ingreso de los pacientes programados para intervención quirúrgica.
- 3.5 La Subdirección de Cirugía a través de sus Divisiones Quirúrgicas, supervisa que todo paciente intervenido quirúrgicamente cuente con la valoración pre anestésica, consentimientos informados, expediente clínico completo según la Norma 004-SSA3-2012, con excepción de pacientes para cirugía de urgencia inestables, exámenes de laboratorio y gabinete vigentes, así como la Hoja de Programación y Registro Individual de pacientes todos debidamente requisitados y con las firmas correspondientes.
- 3.6 La Subdirección de Cirugía a través de sus Divisiones Quirúrgicas, supervisa que el cirujano se encuentre a la hora indicada para la intervención quirúrgica programada, teniendo 15 minutos de tolerancia después de los cuales se suspende la misma.


 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		Hoja: 3 de 21
	Procedimiento de Cirugía Segura		

- 3.7 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica, es responsable del llenado correcto del Formato “Criterios que deben cumplir al Ingresar un paciente a Quirófano (Cumple-Adelante)” e integrarlo al expediente clínico.
- 3.8 La Subdirección de Cirugía a través de sus Divisiones Quirúrgicas, es responsable del llenado correcto del Formato “Lista de Verificación de la Seguridad en la Cirugía” e integrarlo al expediente clínico.
- 3.9 La Subdirección de Enfermería, a través del Departamento de Enfermería Clínica, es responsable de la preparación pre quirúrgica del paciente, según las indicaciones del médico adscrito.
- 3.10 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica, es responsable de verificar que el paquete de instrumental quirúrgico sea el adecuado para la intervención a realizar antes de comenzar el acto quirúrgico.
- 3.11 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica, es responsable de asignar al instrumentista, que deberá llevar el control del instrumental y del material quirúrgico utilizado, a fin de que el balance final sea el adecuado y completo.
- 3.12 La Subdirección de Cirugía a través de Divisiones Quirúrgicas, supervisa que una vez que el paciente se encuentre en la sala de operación no sea cambiado por otro paciente.
- 3.13 La Subdirección de Cirugía a través de Divisiones Quirúrgicas, es responsable de verificar antes del inicio del procedimiento quirúrgico, la existencia y suficiencia del material, equipo e instrumental quirúrgico necesario para efectuar la intervención en turno.
- 3.14 La Subdirección de Cirugía a través de Divisiones Quirúrgicas, realiza y/o verifica que se realicen actividades administrativas paralelas o diferidas al acto quirúrgico como: tramitar biopsias trans-operatorias, solicitud de unidades sanguíneas, elaboración de la nota del trans-operatoria, reporte de operaciones, etc.
- 3.15 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesia es responsable del paciente, en particular de los procedimientos que implican la conducción de anestesia suministrada al paciente durante el acto quirúrgico, su manejo y vigilancia en el transoperatorio y posoperatorio inmediato.
- 3.16 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesia, es responsable del cuidado del paciente en el área de recuperación, transcurrido el tiempo necesario de recuperación evaluará y autorizará el alta del paciente del quirófano a efecto de que realice el traslado a la cama del área de hospitalización, informando al medico tratante y al personal de enfermería.
- 3.17 La Subdirección de Cirugía a través de sus Divisiones Quirúrgicas, es responsable de completar la Hoja de Programación y Registro Individual de Operaciones al termino del procedimiento quirúrgico con los datos generados durante la cirugía.
- 3.18 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica, es responsable de seguir las indicaciones del médico y cuidados del paciente, así como la administración de la medicación y dar aviso al médico de cualquier alteración del paciente.
- 3.19 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesia y la Subdirección de Cirugía a través de sus Divisiones Quirúrgicas, son responsables de realizar indicaciones médicas, registradas en el expediente clínico posterior al evento quirúrgico.
- 3.20 La Subdirección de Cirugía a través de las Divisiones Quirúrgicas, son responsables de informar a los familiares de los pacientes intervenidos, de los hallazgos de la misma, posibles

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento de Cirugía Segura		Hoja: 4 de 21


complicaciones y sus condiciones actuales al finalizar su intervención quirúrgica. Así como de los informes días posteriores hasta el día de su alta hospitalaria.

- 3.21 La Subdirección de Cirugía a través de las Divisiones Quirúrgicas, son responsables de la integración del expediente clínico según la NOM 004-SSA3-2012 durante toda la estancia hospitalaria del paciente.
- 3.22 La Subdirección de Cirugía a través de la División de Gineco-obstetricia es responsable de realizar todos sus procedimientos quirúrgicos, aplicando este procedimiento.


 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	PROCEDIMIENTO
	Subdirección de Pediatría
	Procedimiento de Cirugía Segura Hoja: 5 de 21

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO


Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o anexo
Subdirectora de Enfermería (Jefa de Departamento de Enfermería Clínica)	1	Envía al paciente al área de quirófanos.	Hoja Cumple-Adelante Hojas de enfermería
	2	Realiza PROCEDIMIENTO DE TRASLADO DE PACIENTE INTRAHOSPITALARIO	
	3	Recibe paciente verificando la Programación, Nombre y Expediente clínico. ¿El paciente es correcto?	
	4	No: Envía al paciente a su piso de hospitalización o a sala de espera, termina el procedimiento	
	5	Si: Coloca al paciente en el área de preparación quirúrgica	
	6	Prepara al paciente según las indicaciones del médico adscrito	
	7	Verifica la limpieza de la sala quirúrgica	
	8	Verifica el material e instrumental necesario en el quirófano según el evento quirúrgico programado	
	9	Verifica que se encuentre el personal completo en el quirófano	
	10	Realiza preparación pre-quirúrgica	
	11	Traslada al paciente a la sala quirúrgica	
Subdirector de Cirugía (Jefas y Jefes de Divisiones y Departamentos Médicos)	12	Recibe al paciente en la sala quirúrgica y verifica que sea el paciente correcto	Hoja Pre-operatoria Lista de Verificación de seguridad en la cirugía Hoja PRIO
	13	Realiza Hoja Pre-operatoria	
	14	Coordina de acciones con el médico anestesiólogo para iniciar el evento.	
	15	Realiza el Marcaje Quirúrgico ¿Marcaje quirúrgico es correcto?	
	16	No: Verifica nuevamente en el expediente clínico y	

	PROCEDIMIENTO
	Subdirección de Pediatría
	Procedimiento de Cirugía Segura Hoja: 6 de 21

Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o anexo
	17	<p>en la Hoja PRIO el procedimiento quirúrgico programado, regresa a la actividad 12</p> <p>Si: Solicita pre-medicación profiláctica en caso de que el paciente lo amerite</p>	
Subdirectora de Enfermería (Jefa de Departamento de Enfermería Clínica)	18	Aplica medicación profiláctica, en caso necesario y lo registra en la hoja de enfermería	Hoja de Enfermería
Subdirector de Anestesia y Terapia (Jefe de División de Anestesia)	19	Realiza la Confirmación de datos previa a la Inducción Anestésica o a la aplicación de anestesia regional.	Lista de Verificación de seguridad en la cirugía Hojas de Anestesia
	20	Aplica el procedimiento de anestesia acorde con la intervención a realizar	
Subdirector de Cirugía (Jefas y Jefes de Divisiones y Departamentos Médicos)	21	Realiza Intervención Quirúrgica	Hoja PRIO Indicaciones Médicas
	22	Verifica el balance final del material e instrumental quirúrgico ¿Está completa la cuenta?	
	23	No: Notifica al cirujano para revisar la cuenta nuevamente, regresa a la actividad 19	
	24	Si: Verifica hemostasia y realiza cierre final	
	25	Notifica al anestesiólogo del término de la cirugía	
	26	Completa Hoja PRIO con los datos finales de la cirugía y realiza indicaciones médicas	
Subdirector de Anestesia y Terapia (Jefe de División de Anestesia)	27	Revierte el proceso anestésico	
	28	Valora al paciente en conjunto con el médico tratante para el traslado ¿El paciente está en condiciones para ir a sala de recuperación?	
	29	No: Valora si es necesaria alguna re-intervención quirúrgica *¿Requiere Intervención quirúrgica?	

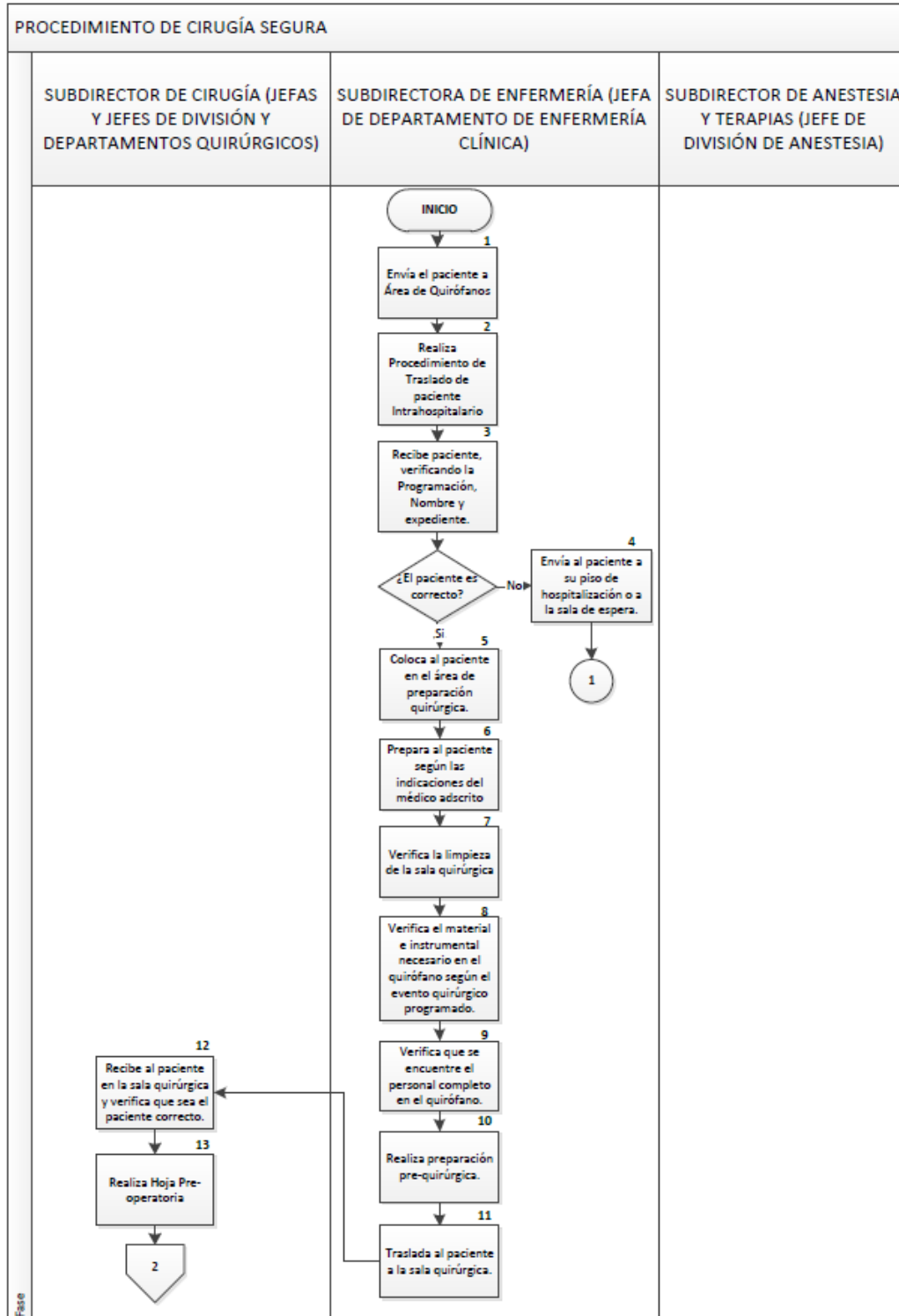
 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	PROCEDIMIENTO
	Subdirección de Pediatría
	Procedimiento de Cirugía Segura Hoja: 7 de 21

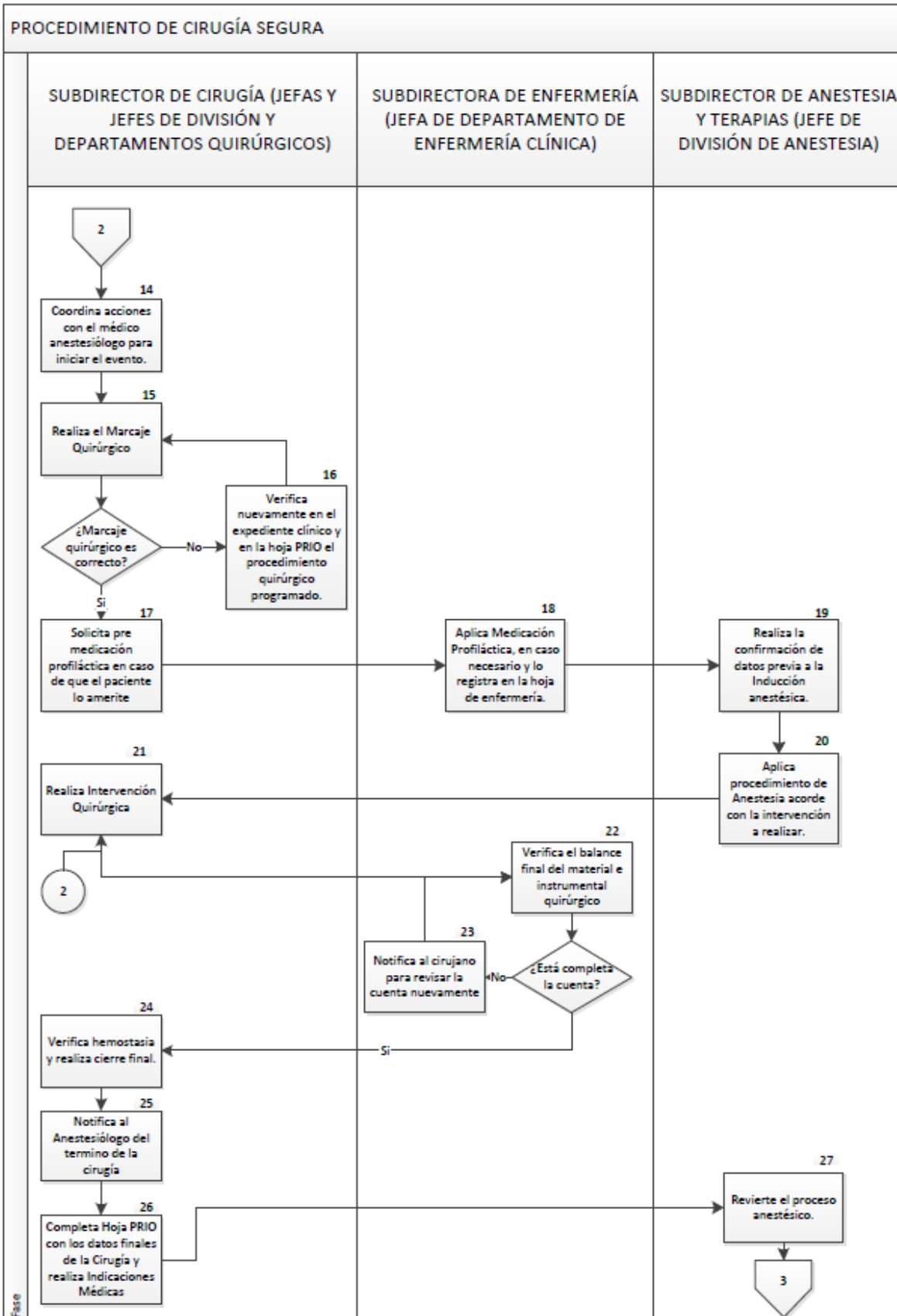
Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o anexo
		<p>No: Realiza PROCEDIMIENTO PARA ATENDER AL PACIENTE EN EL ÁREA DE TERAPIA INTENSIVA termina el procedimiento</p> <p>Si: Regresa a la actividad 21</p>	
	30	Si: Traslada al paciente a la sala de recuperación	
	31	<p>Valora al paciente y determina si se encuentra estable para salir de Sala de Recuperación</p> <p>¿Cumple con los criterios para su egreso de sala de recuperación?</p>	
	32	No: Re-valora nuevamente hasta que cumpla los criterios de egreso de la sala de recuperación, regresa a la actividad 31	
	33	Si: Notifica a enfermería del alta del paciente de la sala de recuperación	
Subdirectora de Enfermería (Jefa de Departamento de Enfermería Clínica)	34	<p>Egresa al paciente de la Sala de Recuperación dependiendo del tipo de cirugía</p> <p>¿Amerita hospitalización?</p>	
	35	No: Realiza PROCEDIMIENTO PARA LA PRE-ALTA Y ALTA HOSPITALARIA, termina el procedimiento	
	36	Si: Realiza PROCEDIMIENTO DE TRASLADO DE PACIENTE INTRAHOSPITALARIO	
	37	Entrega al paciente en el piso de hospitalización con su expediente clínico e indicaciones médicas	
	38	Instala al paciente en su cama y revisa indicaciones médicas	
	39	Realiza cuidados del paciente de acuerdo a las indicaciones médicas	
Subdirector de Cirugía (Jefas y Jefes de Divisiones y Departamentos Médicos)	40	Evalúa el estado de salud del paciente y evolución.	
	41	Elabora Nota de evolución del paciente e indicaciones según su evolución	
	42	Determina el alta hospitalaria del paciente	

	PROCEDIMIENTO
	Subdirección de Pediatría
	Procedimiento de Cirugía Segura Hoja: 8 de 21

Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o anexo
	43	¿El paciente cumple criterios de egreso? No: Re-valora hasta el egreso del paciente, regresa a la actividad 42	
	44	Si: Realiza PROCEDIMIENTO PARA LA PRE-ALTA Y ALTA HOSPITALARIA TERMINA	

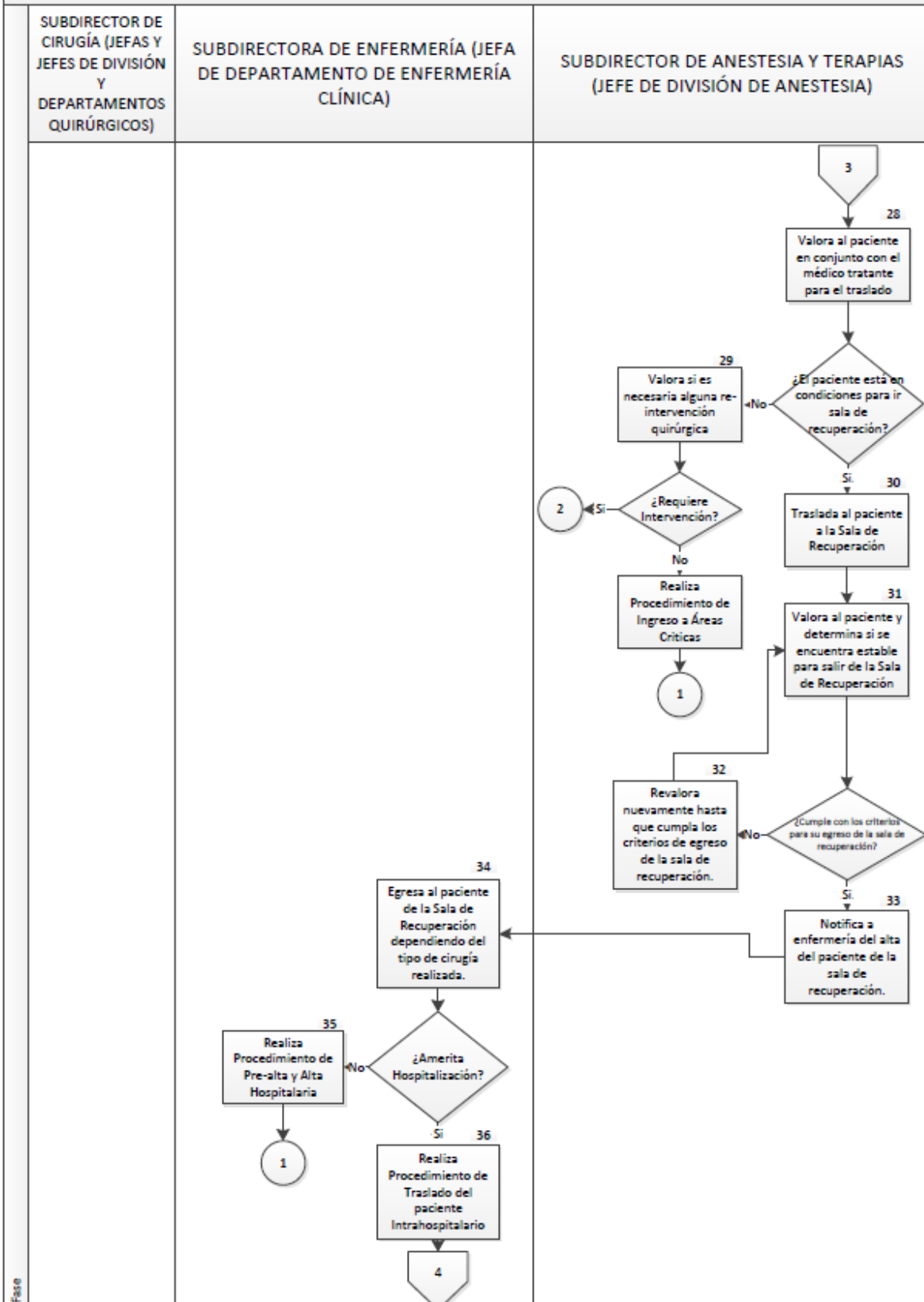
5. DIAGRAMA DE FLUJO

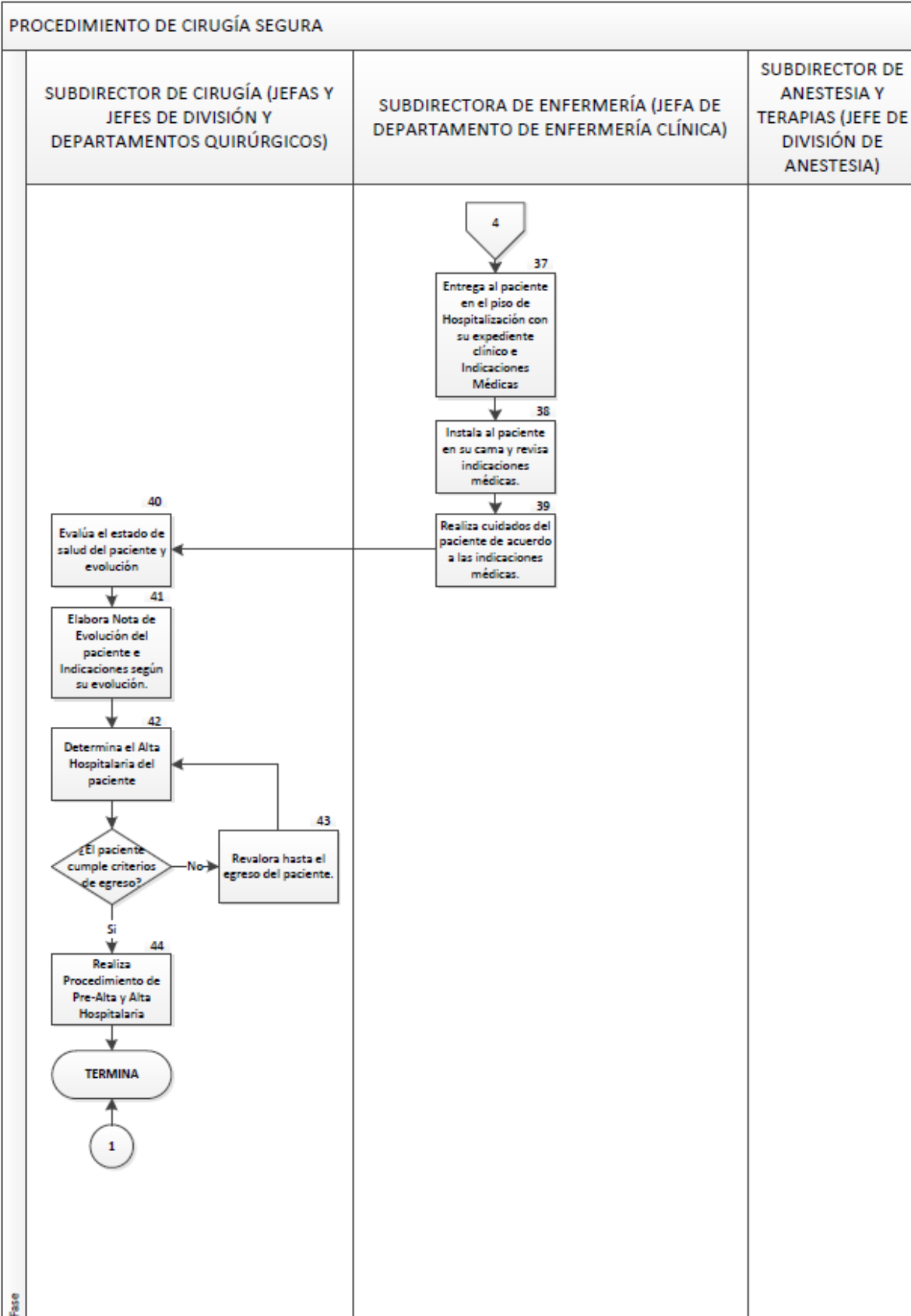








PROCEDIMIENTO DE CIRUGÍA SEGURA





 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento de Cirugía Segura		Hoja: 13 de 21

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Específico	No Aplica
6.2 Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico NOM 004-SSA3-2012	No Aplica
6.3 Estándares para Implementar el Modelo en Hospitales 2015	No Aplica
6.4 Norma Oficial Mexicana NOM-026-SSA3-2012	No Aplica
6.5 Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011	No Aplica

7. REGISTROS



Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Hojas PRIO	5 años	Subdirección de Cirugía	No aplica
7.2 Expediente Clínico	5 años	Departamento de Admisión Hospitalaria y Archivo Clínico	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1** Hemostasia: Contención o detención de una hemorragia mediante los mecanismos fisiológicos del organismo o por medio de procedimiento manuales, químicos instrumentales o quirúrgicos
- 8.2** Inducción anestésica: Fase en la cual se administran medicamentos que produce hipnosis, analgesia y relajación muscular.
- 8.3** Marcaje quirúrgico: Es la marca en la parte del cuerpo donde se realizará la incisión para el procedimiento quirúrgico.
- 8.4** Medicación Profiláctica: son todos los medicamentos que se pueden aplicar antes del procedimiento quirúrgico, como analgésicos o antibióticos.
- 8.5** Médico Tratante: Médico responsable del paciente.
- 8.6** Venoclisis: Pasar soluciones o medicamentos a través de una vena.

9.0 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	28 Septiembre 2018	<ul style="list-style-type: none"> Se fusionan dos procedimientos, el procedimiento para el manejo transoperatorio y para el manejo posoperatorio. Actualización de formato y políticas

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento de Cirugía Segura		Hoja: 14 de 21

		<ul style="list-style-type: none"> • Se actualiza el diagrama del procedimiento • Se agregan documentos de referencia • Se agregan definiciones en el glosario • Se agregan anexos
--	--	--

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Hoja “Criterios que deben cumplir al Ingresar un paciente a Quirófano (Cumple-Adelante)”
- 10.2 Hoja Pre-operatoria
- 10.3 Hojas de Enfermería
- 10.4 Hoja “Lista de Verificación de Seguridad en la Cirugía”
- 10.5 Hoja de Programación y Registro Individual de Pacientes

10.1 HOJA “CRITERIOS QUE DEBEN CUMPLIR AL INGRESAR UN PACIENTE A QUIRÓFANO (CUMPLE-ADELANTE)”



**CRITERIOS QUE SE DEBEN CUMPLIR AL INGRESAR
UN PACIENTE A QUIRÓFANO
(CUMPLE-ADELANTE)**



Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Edad: _____ No. Registro: _____ Servicio: _____ Fecha: _____
 Cirugía de urgencia (SI) (NO) Cirugía programada (SI) (NO) Cirugía ambulatoria (SI) (NO)
 Cirugía Proyectada: _____ Médico Tratante: _____

1. ¿Coincide el nombre del paciente y la fecha de nacimiento con el registrado en el expediente clínico y el brazalete? [Verificar directamente con el paciente y revisar brazalete]	(SI)	(NO)	
2. ¿El paciente sabe que procedimiento quirúrgico se le va a realizar? [Preguntar directamente al paciente]	(SI)	(NO)	
3. ¿El sitio de la cirugía fue previamente marcado con un asterisco? [Inspección visual]	(SI)	(NO)	(NA)
4. ¿Se tiene listo el material específico requerido para la cirugía? [Prótesis, mallas, etc.] Este punto se revisará en el quirófano	(SI)	(NO)	(NA)
5. ¿Cuenta con una solicitud autorizada del procedimiento quirúrgico? Este punto se revisará en el quirófano	(SI)	(NO)	
6. ¿Cuenta con carta de consentimiento informado para procedimiento quirúrgico con nombre y firma de ambos testigos? [Verificar su llenado correcto]	(SI)	(NO)	
7. ¿Cuenta con carta de consentimiento informado para procedimiento anestésico con nombre y firma de ambos testigos? [Verificar su llenado correcto y vigencia máxima de 3 meses]	(SI)	(NO)	
8. ¿Cuenta con valoración cardiovascular? [Pacientes mayores de 65 años o con enfermedades crónicas degenerativas]	(SI)	(NO)	(NA)
9. ¿Cuenta con nota pre quirúrgica?	(SI)	(NO)	
10. ¿Cuenta con valoración anestésica?	(SI)	(NO)	
11. ¿Cuenta con indicaciones pre quirúrgicas? [No aplica en cirugía ambulatoria]	(SI)	(NO)	(NA)
12. ¿Cuenta con exámenes de laboratorio? [Vigencia máxima de tres meses]	(SI)	(NO)	
13. ¿Cuenta con cruce de sangre? ¿Vigencia de tres meses? ¿Cuenta con hemoderivados disponibles?	(SI) (SI)	(NO) (NO)	(NA) [NO REQUIERE]


SI NO SE CUMPLE CON ALGUNO DE LOS CRITERIOS PARA QUE EL PACIENTE INGRESE A QUIRÓFANO, PODRÁ CANCELARSE LA CIRUGÍA. SOLO EL JEFE DE QUIRÓFANOS O EL SUBDIRECTOR DE CIRUGÍA PUEDEN AUTORIZAR SU INGRESO.



Nombre, firma y cédula profesional de la enfermera (o) que verifica los datos de hospitalización. _____

Nombre, firma y cédula profesional de la enfermera (o) que verifica los datos en quirófano. _____

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento de Cirugía Segura		Hoja: 16 de 21

10.2 HOJA PRE-OPERATORIA

NOTA PREOPERATORIA	HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"	
SERVICIO: _____		
NOMBRE COMPLETO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____		
EDAD: _____ SEXO: _____ No. EXP: _____		
SIGNOS VITALES: T.A. _____ F.C. _____ F.R. _____ TEMP: _____ PESO: _____ TALLA: _____		
FECHA DE LA CIRUGÍA: _____ FECHA Y HORA DE ELABORACIÓN: _____		
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATORIO:		
PLAN QUIRÚRGICO:		
TIPO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:		
RIESGO QUIRÚRGICO:		
CUIDADOS Y PLAN TERAPÉUTICO PREOPERATORIO:		
PRONÓSTICO:		
UN INTEGRANTE DEL EQUIPO QUIRÚRGICO PODRÁ ELABORAR EL REPORTE DE LLENADO DE PROCESO DE VERIFICACIÓN PRE-PROCEDIMIENTO O LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA.		
NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO QUE ELABORÓ LA NOTA		
NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO RESPONSABLE:		

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento de Cirugía Segura		Hoja: 18 de 21

10.4 HOJA “LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD EN LA CIRUGÍA”



Hospital General “Dr. Manuel Gea González”
LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD EN LA CIRUGÍA

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ No. de Registro: _____ Fecha: _____
 Edad: _____ Especialidad: _____ Procedimiento Quirúrgico: _____

ANTES DE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA	ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA	ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DE LA SALA QUIRÚRGICA
<p style="text-align: center;">ENTRADA</p> <p><input type="checkbox"/> EL PACIENTE HA CONFIRMADO</p> <ul style="list-style-type: none"> - SU IDENTIDAD - EL SITIO QUIRÚRGICO - EL PROCEDIMIENTO - SU CONSENTIMIENTO <hr/> <p><input type="checkbox"/> MARCADO DEL SITIO QUIRÚRGICO</p> <p><input type="checkbox"/> NO PROCEDE</p> <p><input type="checkbox"/> SE HA COMPLETADO EL CONTROL DE LA SEGURIDAD DE LA ANESTESIA</p> <p><input type="checkbox"/> OXÍMETRO DE PULSO COLOCADO Y EN FUNCIONAMIENTO</p> <p>¿TIENE EL PACIENTE:</p> <p>ALERGIAS CONOCIDAS? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI _____</p> <p>VÍA AÉREA DIFÍCIL/ RIESGO DE ASPIRACIÓN? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, Y HAY INSTRUMENTAL Y EQUIPO /AYUDA DISPONIBLE</p> <p>RIESGO DE HEMORRAGIA > 500 ML (7 ML/KG EN NIÑOS)? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI</p> <p><input type="checkbox"/> SE HA PREVISTO LA DISPONIBILIDAD DE ACCESO INTRAVENOSO Y LÍQUIDOS ADECUADOS</p> <p><input type="checkbox"/> CRUCE DE SANGRE</p> <p><input type="checkbox"/> HEMODERIVADOS DISPONIBLES</p> <p>NOMBRE Y FIRMA DEL ANESTESIOLOGO Y CED. PROF.</p>	<p style="text-align: center;">PAUSA QUIRÚRGICA</p> <p><input type="checkbox"/> CONFIRMAR QUE TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO SE HAYAN PRESENTADO POR SU NOMBRE Y FUNCIÓN</p> <p><input type="checkbox"/> ENTRE EL CIRUJANO, ANESTESIOLOGO Y ENFERMERÍA CONFIRMAN VERBALMENTE: (Time Out/Tiempo Fuera)</p> <ul style="list-style-type: none"> - LA IDENTIDAD DEL PACIENTE - EL SITIO QUIRÚRGICO - EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR <hr/> <p style="text-align: center;">PREVISIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS</p> <p><input type="checkbox"/> EL CIRUJANO COMENTA: LOS PASOS CRÍTICOS O IMPREVISTOS, LA DURACIÓN DE LA OPERACIÓN Y LA PÉRDIDA DE SANGRE PREVISTA</p> <p><input type="checkbox"/> EL EQUIPO DE ANESTESIA COMENTA: SI EL PACIENTE PRESENTA ALGÚN PROBLEMA ESPECÍFICO</p> <p><input type="checkbox"/> EL EQUIPO DE ENFERMERÍA REVIS: SI SE HA CONFIRMADO LA ESTERILIDAD (CON RESULTADOS DE LOS INDICADORES) Y SI EXISTEN DUDAS O PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS Y EL CONTEO DEL MISMO</p> <p><input type="checkbox"/> CONTEO INICIAL DE GASAS Y COMPRESAS</p> <hr/> <p style="text-align: center;">¿SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LOS ÚLTIMOS < 60 MINUTOS?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO PROCEDE</p> <hr/> <p style="text-align: center;">¿PUEDEN VISUALIZARSE LAS IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ESENCIALES?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO PROCEDE</p> <p>NOMBRE Y FIRMA DEL CIRUJANO Y CED. PROF.</p>	<p style="text-align: center;">SALIDA</p> <p>EL EQUIPO DE ENFERMERÍA CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO QUIRÚRGICO</p> <p><input type="checkbox"/> EL NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO</p> <p><input type="checkbox"/> QUE EL RECUEENTO DE INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO, GASAS, COMPRESAS Y AGUJAS SEA CORRECTO, LA IDENTIFICACIÓN Y EL ETIQUETADO DE LAS</p> <p><input type="checkbox"/> MUESTRAS (QUE FIGURE EL NOMBRE DEL PACIENTE) SI HAY PROBLEMAS QUE RESOLVER RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> EL CIRUJANO, EL ANESTESIOLOGO Y EL EQUIPO DE ENFERMERÍA COMENTAN LOS PRINCIPALES ASPECTOS DE LA RECUPERACIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE (EJEM. PLAN ANALGESIA, PROFILAXIS TROMBOEMBOLICA, CUIDADOS ESPECIALES, ETC.)</p> <hr/> <p style="text-align: center;">¿EXISTIERON EVENTOS ADVERSOS?</p> <p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI</p> <p style="text-align: center;">REPORTE DEL EVENTO ADVERSO</p> <p>NOMBRE Y FIRMA DE LA ENFERMERA CIRCULANTE Y CED. PROF.</p>

PROTOCOLO UNIVERSAL: Marcado del Sitio Quirúrgico / Proceso de verificación preoperatoria / Paciente correcto / Sitio correcto / Procedimiento correcto

SÍMBOLO MARCAJE * (ASTERISCO)

Esta hoja se debe anexar al expediente clínico



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Subdirección de Pediatría

Procedimiento de Cirugía Segura

gea
hospital

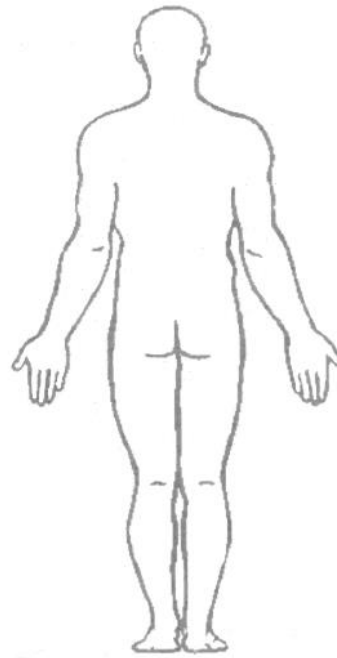
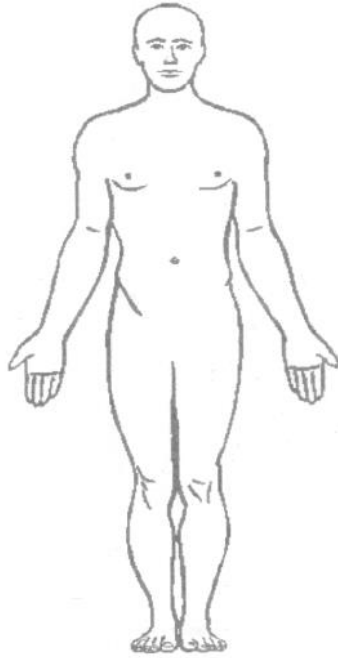
Rev. 0



Hoja: 19 de 21

gea
hospital

Hospital General "Dr. Manuel Gea González"

**MARCAJE
DOCUMENTAL**



 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento de Cirugía Segura		Hoja: 20 de 21

10.5 HOJA DE PROGRAMACIÓN Y REGISTRO INDIVIDUAL DE PACIENTES





Hospital General
Dr. Manuel Gea González
SOLICITUD, REGISTRO DE OPERACIONES Y
NOTA POSTOPERATORIA

Nombre del Paciente:			Registro:		
Fecha de Nacimiento:			Peso:		
Edad:	Sexo: masculino ()	femenino ()	Cama:		
Servicio:		Clínica:		Tiempo quirúrgico estimado:	
Fecha de Solicitud:	da	mes	año	Hora Solicitud:	
Fecha de Programación:	da	mes	año	Recibe Solicitud:	
Fecha de la Cirugía:	da	mes	año	Hora de Recepción:	
Electiva ()		Urgencia ()		EMERGENCIA ()	
				Ambulatoria (si) (no)	
Durante la Operación se requiere:					
Instrumental:			Colaboración de los servicios de:		
Nombre y firma de quien recibe la solicitud:			Riesgo Quirúrgico: I. II. III. IV. Anestesia: General () Local () Regional ()		
Médico Solicitante			Médico Jefe de la División		
Firma			Firma		
Nombre		Cédula Profesional		Nombre	
Cédula Profesional		Nombre		Cédula Profesional	
Diagnóstico Preoperatorio:			Diagnóstico Postoperatorio:		
1.-			1.-		
2.-			2.-		
3.-			3.-		
4.-			4.-		
Operación Planeada:			Operación Realizada:		
1.-			1.-		
2.-			2.-		
3.-			3.-		
4.-			4.-		
Cirujano:			Estudio Histopatológico: (si) (no)		
1er. Ayudante:			Pieza:		
2°. Ayudante:			RayosX:		
3er. Ayudante:			Drenajes: (si) (no)		Tipo:
Instrumentista:			Diferimiento de Cirugía: (si) (no)		
Circulante:			Motivo debido a: Paciente () Institución ()		
Anestesiólogo:			Especifique:		
Calidad en Quirofano	Previo al Inicio	Previo al Término	Hora de inicio	Cirugía: _____	Anestesia: _____
Pausa Quirúrgica	SI () NO ()	SI () NO ()	Hora de término	Cirugía: _____	Anestesia: _____
Gasas	SI () NO ()	SI () NO ()	Sangrado (ml): _____ ml.		
Compresas	SI () NO ()	SI () NO ()	Transfusiones: (SI) (NO) _____ ml.		
Instrumental	SI () NO ()	SI () NO ()	Balance Hídrico: _____ ml.		
Punzocortantes	SI () NO ()	SI () NO ()			

06-01-0028

LICENCIA SANITARIA 1014004673

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento de Cirugía Segura		Hoja: 21 de 21





Hospital General
Dr. Manuel Gea González
SOLICITUD, REGISTRO DE OPERACIONES Y
NOTA POSTOPERATORIA



Nombre del Paciente:		Registro:	
Fecha de Nacimiento:		Peso:	
Edad:	Sexo: masculino () femenino ()	Cama:	
Signos Vitales:	Frecuencia Cardíaca: ____ por minuto	Tensión Arterial: ____ / ____ mmHg Temperatura: ____ °C	
Peso: ____ Kgs.	Frecuencia Respiratoria: ____ por minuto		
Talla: ____ Kgs.	Saturación de Oxígeno: ____ %		
Fecha y hora de elaboración de la Nota Postoperatoria:			
Accidentes: (SI) (NO) Especifique:		Incidentes: (SI) (NO) Especifique:	
Descripción de la Técnica Quirúrgica:			
Hallazgos Transoperatorios:			
Estudios Transoperatorios y Resultados:			
Estado Postquirúrgico Inmediato: Estable () Inestable () Fallecido () Comentarios:			
Plan Manejo y Tratamiento Postoperatorio Inmediato:			
Pronóstico: Bueno () Malo () Comentarios:			
Elaborado por:		Responsable de la cirugía	
Firma		Firma	
Nombre	Cédula Profesional	Nombre	Cédula Profesional

06-01-0028

LICENCIA SANITARIA 1014004673

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento de Interconsulta		Hoja: 1 de 9

13. PROCEDIMIENTO DE INTERCONSULTA

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento de Interconsulta		Hoja: 2 de 9

1. PROPÓSITO



Determinar las actividades que debe realizar el personal médico para solicitar el apoyo de las demás áreas médicas del hospital y brindar al paciente un manejo multidisciplinario.

2. ALCANCE


- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección Médica es responsable de la atención médica integral del paciente y solicita la interconsulta para su diagnóstico y rehabilitación.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a todos los pacientes que se encuentran hospitalizados que requieren atención complementaria.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La Dirección Médica está conformada por la Subdirección de Cirugía, Subdirección de Pediatría, Subdirección de Urgencias y Medicina y Subdirección de Anestesia y Terapias.
- 3.2 La Dirección Médica a través de sus áreas médicas – quirúrgicas, es responsable de que toda interconsulta que se solicite a otra especialidad deberá ser a través de la solicitud de interconsulta escrita debidamente requisitada y autorizada por el área correspondiente.
- 3.3 La Dirección Médica a través de sus áreas médicas – quirúrgicas determina, dependiendo las condiciones médicas, qué paciente tiene la necesidad de ser valorado por otra Especialidad Médica o Servicio de Apoyo.
- 3.4 La Dirección Médica a través de sus áreas médicas – quirúrgicas verifica que se realicen las Interconsultas y el seguimiento oportuno al paciente mediante el formato de solicitud de interconsulta.
- 3.5 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través de la División de Consulta externa y las asistentes Médicas de las especialidades son responsables de asignar cita de interconsulta cuando el paciente la solicite.
- 3.6 En el caso de pacientes con múltiples patologías, la Dirección Médica a través de sus áreas médicas – quirúrgicas es responsable de ingresar al paciente en la especialidad donde corresponda la patología principal y los demás darán seguimiento como interconsultantes.
- 3.7 La Dirección Médica a través de sus áreas médicas – quirúrgicas es responsable del ingreso a otra especialidad, solo en caso de que la patología de ingreso ya haya sido resuelta por el servicio principal.
- 3.8 La Dirección Médica a través de sus áreas médicas – quirúrgicas es responsable de solicitar el pago de la interconsulta el día de su cita en la consulta externa. Y en el caso de pacientes hospitalizados se le deberá entregar en la hoja de cargos antes del egreso hospitalario.
- 3.9 La Dirección Médica a través de sus áreas médicas – quirúrgicas es responsable que al recibir una interconsulta debe sellar y anotar fecha y hora.
- 3.10 La Dirección Médica a través de sus áreas médicas – quirúrgicas en el área de consulta externa es responsable de enviar al paciente a la especialidad correcta en caso de no pertenecer a su área.
- 3.11 La Dirección Médica a través de sus áreas médicas – quirúrgicas en el área de hospitalización es responsable de solicitar las interconsultas necesarias, en caso de que las especialidades interconsultantes no sean las adecuadas.

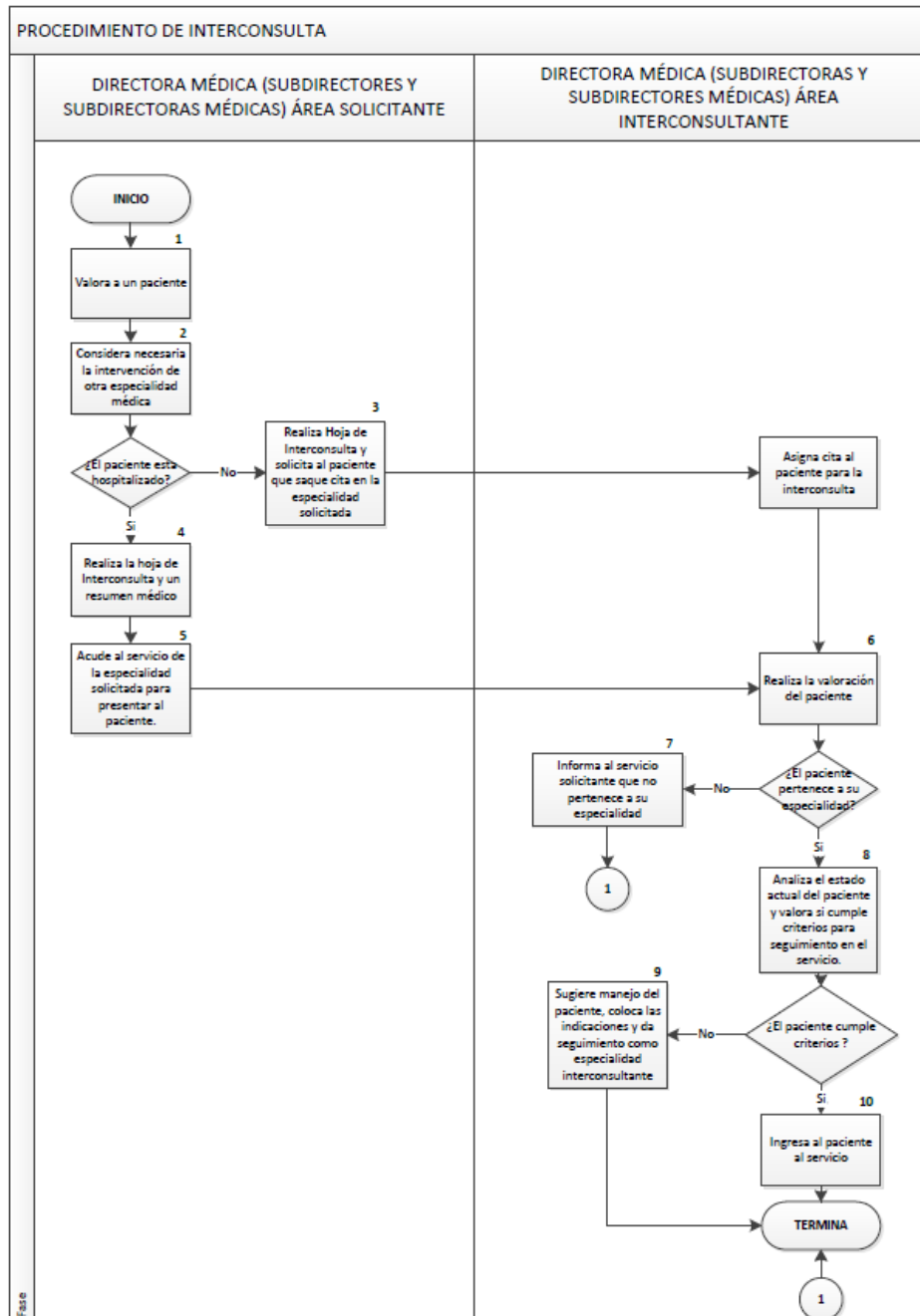
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento de Interconsulta		Hoja: 3 de 9



- 3.12 Las Subdirecciones Médicas, a través de sus Divisiones y Departamentos, son responsables de solicitar Interconsulta cuando sea necesario y el servicio Interconsultante después de su valoración médica podrá decidir su cambio de servicio, manejo conjunto o seguimiento.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	PROCEDIMIENTO
	Subdirección de Pediatría
	Procedimiento de Interconsulta Hoja: 4 de 9

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o anexo
Directora Médica (Subdirectores y Subdirectoras médicas) Área solicitante	1	Valora a un paciente	Solicitud de interconsulta/Nota de interconsulta Nota Médica
	2	Considera necesaria la intervención de otra especialidad médica	
	3	¿El paciente está hospitalizado? No: Realiza Hoja de Interconsulta y solicita al paciente que saque cita en la especialidad solicitada.	
		*Asigna cita al paciente para la interconsulta y el día de su cita, continua la actividad 6.	
	4	Si: Realiza la hoja de Interconsulta y un resumen médico.	
5	Acude al servicio de la especialidad solicitada para presentar al paciente.		
Directora Médica (Subdirectores y Subdirectoras médicas) Área Interconsultante	6	Realiza la valoración del paciente ¿El paciente pertenece a su especialidad?	Solicitud de interconsulta/Nota de interconsulta Nota Médica
	7	No: Informa al servicio solicitante que no pertenece a su especialidad. Termina Procedimiento	
	8	Si: Analiza el estado actual del paciente y valora si cumple criterios para seguimiento en el servicio ¿El paciente cumple criterios?	
	9	No: Sugiere manejo del paciente coloca las indicaciones y da seguimiento como especialidad interconsultante	
	10	Si: Ingresa al paciente al servicio. TERMINA	

5. DIAGRAMA DE FLUJO


	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento de Interconsulta		Hoja: 6 de 9

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Específico	No Aplica
6.2 Nom-004-SSA3-2012 Del expediente clínico	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Solicitud de interconsulta	3 años	Dirección Médica Área interconsultante	Fecha y nombre del paciente

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Área Solicitante.** - Especialidad médica que solicita la interconsulta.
- 8.2 Área Interconsultante.** - Especialidad médica que proporciona la interconsulta.
- 8.3 Diagnóstico.** - Proceso de acercamiento gradual al conocimiento científico de una patología, que permite destacar los elementos más significativos de una alteración.
- 8.4 Interconsulta.** - Acción realizada para solicitar la atención u opinión para el tratamiento de un paciente por otra especialidad distinta a la del tratante.
- 8.5 Manejo multidisciplinario.** - Manejo integral.
- 8.6 Valoración.** - Revisión detallada y sistemática de un paciente.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	10 Diciembre 2021	Actualización de formato y políticas de operación, normas y lineamientos.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Solicitud de interconsulta
- 10.2 Nota de Evolución

10.1 SOLICITUD DE INTERCONSULTA



NOTA DE INTERCONSULTA

HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"



SERVICIO: _____

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____

SEXO: _____ No. EXP. _____ SIGNOS VITALES: T.A. _____ TEMP. _____ F.C. _____ F.R. _____

TALLA _____ PESO _____ FECHA Y HORA EN QUE SE OTORGA EL SERVICIO: _____

MOTIVO DE LA ATENCIÓN:

RESUMEN DEL INTERROGATORIO, EXPLORACIÓN FÍSICA Y ESTADO MENTAL, EN SU CASO:

RESULTADOS RELEVANTES DE LOS ESTUDIOS DE LOS SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO QUE HAYAN SIDO SOLICITADOS PREVIAMENTE:

DIAGNÓSTICOS O PROBLEMAS CLÍNICOS:

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

PLAN DE ESTUDIO:



SUGERENCIAS DIAGNÓSTICAS Y DE TRATAMIENTO:

TRATAMIENTO E INDICACIONES MÉDICAS:



PRONÓSTICO:

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD QUE ELABORÓ LA NOTA: _____

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento para la Pre alta y Alta Hospitalaria		Hoja: 1 de 23

14. PROCEDIMIENTO PARA LA PRE ALTA Y ALTA HOSPITALARIA

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento para la Pre alta y Alta Hospitalaria		Hoja: 2 de 23

1. PROPÓSITO



Establecer las actividades del personal de salud involucrado en el egreso del paciente hospitalizado, garantizando un trato digno, seguridad y calidad en la atención logrando la reintegración a su medio habitual ofreciendo todas las herramientas necesarias para su autocuidado, así como toda la documentación clínica-administrativa pertinente para su salida del centro hospitalario.

2. ALCANCE



- 2.1. A nivel interno aplica a las Subdirecciones Médicas de todos los servicios de hospitalización para ejecutar los procedimientos médicos necesarios incluidos en este proceso, a la Subdirección de Gestión de la Calidad a través División de Enlace y Gestión de Atención Médica Interinstitucional responsable de realizar los trámites de gratuidad. Subdirección de Gestión de la Calidad a través de Trabajo Social para gestionar los pagos del paciente incluido el procedimiento de exención de pago parcial o total de pacientes del mismo en los casos que aplique, a la Subdirección de Enfermería para coordinar las funciones del personal a su cargo para realizar los procedimientos indicados por el médico en el expediente, otorgar los cuidados y educación al paciente y su familia necesarios para previo al alta hospitalaria del paciente, la Subdirección de Recursos Financieros para realizar el cobro de los servicios e insumos usados por el usuario e indicados en el formato correspondiente, a la Subdirección de Servicios Ambulatorios para validar que el paciente cumpla con todos los requerimientos para la pre alta y alta hospitalaria y finalmente aplica para todo el personal de la institución involucrado en el alta oportuna del paciente.
- 2.2. A nivel externo aplica al paciente hospitalizado.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 Se considera pre alta cuando el médico adscrito prevé por la valoración del paciente, el egreso a las 24 horas.
- 3.2 La Dirección Médica a través de las diferentes Divisiones Médicas son responsables de tener toda la documentación completa del egreso, un día previo del alta hospitalaria.
- 3.3 La Dirección médica a través de las diferentes Divisiones Médicas; el médico adscrito al servicio tratante debe indicar la pre alta como el alta hospitalaria en la hoja de indicaciones médicas del expediente clínico y censo para que estas tengan validez y sirvan para detonar este procedimiento.
- 3.4 La Dirección médica en conjunto con las diferentes Divisiones médicas de cada servicio debe realizar un censo diario donde se indique en una columna la fecha de pre alta y alta hospitalaria entregando copia (física o en medio electrónico) del mismo a la Jefatura de Departamento de Enfermería Clínica, Jefatura de Departamento de Admisión y Archivo Clínico, Jefatura de Departamento de Trabajo Social.
- 3.5 La Dirección médica a través de las diferentes Divisiones Médicas debe definir la fecha probable de alta (pre alta) para la elaboración de la nota de egreso hospitalario y garantizar que el expediente clínico se apega en su totalidad a lo descrito en la NOM-004-SSA3-2012.


	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento para la Pre alta y Alta Hospitalaria		Hoja: 3 de 23

- 3.6 La Dirección médica a través de las diferentes Divisiones Médicas debe garantizar que en el expediente clínico se encuentra toda la documentación requerida para el egreso del paciente, incluyendo, nota de egreso con base en el numeral 8.9 de la NOM-004-SSA3-2012, solicitudes de laboratorio y gabinete, recetas médicas, referencia (interna o externa) y hoja de cargos con los últimos estudios realizados.
- 3.7 La Subdirección de Recursos Financieros a través del Jefe de Departamento de Tesorería (área de cajas) debe garantizar que el expediente administrativo del paciente se encuentra actualizado diariamente y contiene toda la información necesaria para el proceso de pago.
- 3.8 La Subdirección de Recursos Financieros a través del Jefe de Departamento de Tesorería (área de cajas) es responsable de realizar el cobro de los servicios con los formatos que disponga la División de Enlace y Gestión de atención médica Interinstitucional.
- 3.9 La Subdirección de Gestión de Calidad a través del Departamento de Trabajo Social es responsable de colocar el sello de nivel 6 socioeconómico, en aquellos pacientes que decidan pagar sus servicios y brindar apoyo a los que lo requieran en su trámite administrativo.
- 3.10 La Dirección médica a través de las diferentes Divisiones Médicas debe notificar al paciente y al familiar responsable sobre la pre alta y alta hospitalaria.
- 3.11 La Subdirección de Enfermería y la Dirección Médica a través de las diferentes Divisiones Médicas deben anticipar que el paciente reciba la capacitación necesaria para su autocuidado de forma oportuna previo al alta hospitalaria para garantizar que esto no sea motivo para retrasarla.
- 3.12 La Subdirección de Gestión de Calidad a través de la Jefatura de Departamento de Trabajo Social debe informar al paciente y familiar responsable sobre los trámites necesarios para el alta hospitalaria; y en caso de que no cuenten con los recursos suficientes para el pago del alta hospitalaria, realizar los trámites necesarios para su resolución correspondiente.
- 3.13 La Dirección médica a través de las diferentes Divisiones Médicas debe orientar al paciente y familiar responsable sobre el tratamiento y recomendaciones generales que continuará en su domicilio.
- 3.14 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica debe planear las siguientes actividades para el alta hospitalaria: Notificar al departamento de Nutrición clínica sobre el egreso del paciente para que el mismo envíe la dieta recomendada, verificar que el paciente que cuente con algún dispositivo médico, catéter o sonda, el "Área de Educación al paciente", los haya capacitado sobre los cuidados generales y la asepsia para mantenerlos en el mejor estado de funcionamiento y enviar al paciente al departamento de trabajo social para que sea orientado en los trámites médico administrativos que debe realizar el familiar responsable al egreso.
- 3.15 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través de la División de Nutrición Clínica es responsable de orientar al paciente que se egresa y amerite una dieta especializada, sobre sus nuevos requerimientos; y debe registrarse en el expediente clínico; así como en el formato de PFE.
- 3.16 La Dirección médica a través de las diferentes Divisiones Médicas debe el día del alta hospitalaria proporcionar al paciente y familiar responsable la hoja de egreso hospitalario, solicitudes de laboratorio y gabinete cuando lo amerita, receta médica y hoja de pago. En el

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento para la Pre alta y Alta Hospitalaria		Hoja: 4 de 23

caso de pacientes que sean trasladados a otra institución o a la consulta externa, el médico adscrito deberá generar además la hoja de referencia a otra institución o a la consulta externa.

- 3.17 La Subdirección de Recursos Financieros a través de la Jefatura del Departamento de Tesorería (área de cajas) debe realizar el registro de los servicios médicos y de entregar al familiar o responsable una copia del recibo (recibo amarillo).
- 3.18 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través de la Jefatura de Departamento de Admisión y Archivo Clínico, así como, Subdirección de Gestión d Calidad a través de la Jefatura de Departamento de Trabajo Social deben verificar que se haya finiquitado el alta hospitalaria para que de esta forma se otorgue un sello en la constancia de recepción de servicios.
- 3.19 La Dirección médica a través de las diferentes Divisiones Médicas debe notificar en el expediente clínico cuando el familiar o paciente rechaza el tratamiento y decide abandonar el centro hospitalario por alta voluntaria. Además de realizar la hoja de egreso voluntario como lo establece la NOM-004-SSA3-2012 numeral 10.2.
- 3.20 La Subdirección de Gestión de Calidad a través del Departamento de Trabajo Social debe revisar la solicitud de Alta Voluntaria, y que en el expediente clínico se encuentre la Nota de egreso Voluntario firmada por el médico, paciente y familiar responsable.
- 3.21 La Subdirección de Gestión de Calidad a través del Departamento de Trabajo Social, en el caso de egresos por defunción de pacientes considerados caso médico-legal, debe entregar a la oficina de transportes la notificación legal por defunción y el resumen clínico elaborado por el médico adscrito, para que lo pueda trasladar a la instancia legal correspondiente.
- 3.22 La Subdirección de Enfermería en el caso de defunción del paciente debe realizar las maniobras de amortajamiento una vez que el médico adscrito o de guardia certifique la muerte.
- 3.23 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Departamento de Admisión y Archivo Clínico en conjunto con las Divisiones Médicas, en caso de defunción del paciente debe solicitar al familiar responsable proporcionar la información necesaria para el llenado del certificado de defunción.
- 3.24 La Subdirección de Enfermería a través del Servicio de Camillería debe apoyar al paciente durante el egreso hospitalario ya sea con silla de ruedas o camilla, en caso de que el paciente lo amerite.
- 3.25 La Subdirección de Servicios Generales a través del Departamento de Intendencia debe realizar el servicio de limpieza en un tiempo máximo de una hora y el proceso de desinfección en dos horas de la unidad que se desocupa.
- 3.26 Las altas hospitalarias se realizarán en horario de lunes a domingo de 8 a 18hrs. evitando egresos en los turnos de velada.
- 3.27 La Dirección General a través del Departamento de Organización y Seguridad es responsable de verificar la constancia de recepción de servicios (hoja de no cobro) a la salida del paciente con los sellos correspondientes.

	PROCEDIMIENTO
	Subdirección de Pediatría
	Procedimiento para el Pre Alta y Alta Hospitalaria Hoja: 5 de 23

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Directora Médica (Médico Adscrito)	1	Indica la pre alta en las indicaciones médicas y censo diario 24hrs. previas al egreso	Censo diario Indicaciones Médicas
	2	Entrega al familiar la hoja de claves de hospitalización o colocar en el carnet "PREALTA".	
Subdirectora de Enfermería (Enfermera responsable)	3	Revisa el censo médico y las indicaciones médicas, posterior al pase de visita	Censo diario Indicaciones Médicas
	4	Planea actividades para el egreso del paciente.	
	5	Envía al familiar a Trabajo Social	
Subdirector de Gestión de Calidad (Trabajadora Social)	6	Identifica pacientes de Prealta en el censo médico o recibe al familiar y verifica el carnet u hojas de pago.	Censo diario Indicaciones Médicas Constancia de servicios (hoja de no cobro)
	7	Orienta al paciente y familiar sobre los trámites administrativos que deben realizar	
	8	Comienza nota de alta de hospitalización en el Sistema Electrónico. ¿El paciente amerita realizar el pago?	
	9	Si: Indica al paciente que cuando le entreguen las hojas de pago, se les sellara con Nivel 6 para que pase a pagar a cajas el día de su alta hospitalaria. Continúa con actividad 25	
	10	No: Verifica que haya hecho el trámite de gratuidad en la DEGAMI ¿Realizo el trámite de Gratuidad?	
	11	Si: Indica que el día del alta hospitalaria debe pasar a cajas. Continúa con actividad 25	
	12	No: De no contar con trámite de gratuidad, corrobora que tenga toda la documentación ¿Cuenta con la documentación?	
13	No: Solicita al familiar de manera verbal que debe entregarla e la brevedad antes del alta hospitalaria		

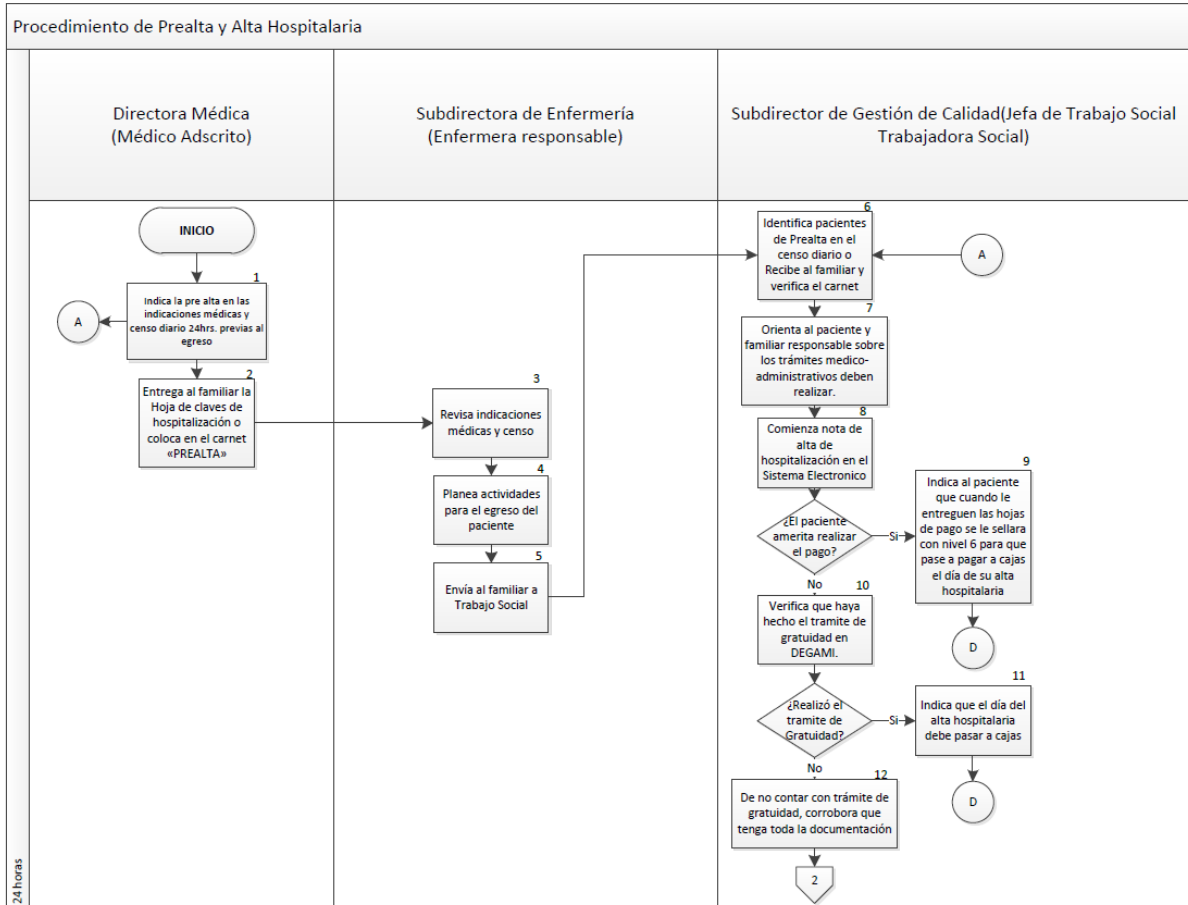
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
	14	Solicita que en cuanto cuente con la documentación, acuda a la DEGAMI. Continúa actividad 16.	
	15	Si Envía a la DEGAMI.	
DEGAMI	16	Recibe al familiar y verifica estatus de derechohabiencia. ¿Cuenta con Derechohabiencia?	
	17	No: Valida documentación Integra expediente y sella "Derechohabiencia ninguna" con carnet y sin carnet "Gratuidad DEGAMI". Solicita que el día de alta hospitalaria acuda a cajas, continua con actividad 25.	
	18	Si: Sella de Derechohabiencia IMMS, ISSSTE u otro"	
	19	Notifica a trabajo social	
	20	Envía al familiar al área de cajas	
Subdirector de Recursos Financieros (Área de cajas)	21	Recibe al familiar con carnet y formatos de pago	Hoja de Cargos
	22	Informa del pago total que tendría que realizar hasta el momento.	
	23	Solicita que el pago debe realizarlo hasta el día del alta hospitalaria	
	24	Envía al familiar a el área de hospitalización o trabajo social, en algunos casos.	
Subdirector de Gestión de Calidad (Trabajadora Social)		Recibe al familiar quien notifica que no cuenta con recursos para realizar el pago. Valora el caso y de termina si es un caso especial ¿Es un caso especial Si: Realiza intervención social y le indica que debe ir a cajas el día de su alta hospitalaria, continua en actividad 25 No: Indica a pasar a cajas el día del alta hospitalaria para el pago de los servicios médicos	

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
	25	Envía al familiar al área de hospitalización	
Directora Médica (Médico Adscrito)	26	Revisa que el expediente clínico cumpla en su totalidad con la NOM-004-SSA3-2012, para el egreso del paciente. En cuanto los numerales que apliquen para el médico. ¿Cumple el expediente clínico?	Expediente médico
	27	No: Debe completar el expediente con todos los requisitos de la NOM 004-SSA3-2012 en los numerales que apliquen para el médico. Regresa a la actividad 9.	
	28	Si: Continúa la atención del paciente y el registro en el expediente clínico	
Subdirectora de Enfermería (Enfermera responsable)	29	¿El paciente requerirá sondas, catéteres y/o dispositivo médico a su egreso? No: Mantiene la integridad y funcionamiento del dispositivo hasta la orden médica de su retiro. Continúa paso 33.	Indicaciones médicas
	30	Si: Verifica que el "Área del cuidado al paciente" oriente al familiar responsable sobre sus cuidados	
Subdirectora de Enfermería (Área del cuidado al paciente)		Valora la integridad y funcionalidad del dispositivo médico y capacita al paciente y familiar responsable sobre los cuidados del dispositivo Entrega trípticos y folletos sobre el cuidado del dispositivo médico Registra la capacitación realizada en el expediente del paciente y en el formato PFE.	Trípticos y folletos
Subdirectora de Enfermería (Enfermera responsable)	31	Notifica al área de nutrición clínica el egreso del paciente (Indicaciones de nutrición al egreso del paciente), cuando sea necesario.	Trípticos y folletos de la capacitación
	32	Continúa la atención del paciente y su registro en el expediente	
DÍA DEL ALTA HOSPITALARIA			
Directora Médica (Médico Adscrito)	33	Valora al paciente para el alta hospitalaria, dependiendo de su estado clínico.	Hoja de cargos Hoja de

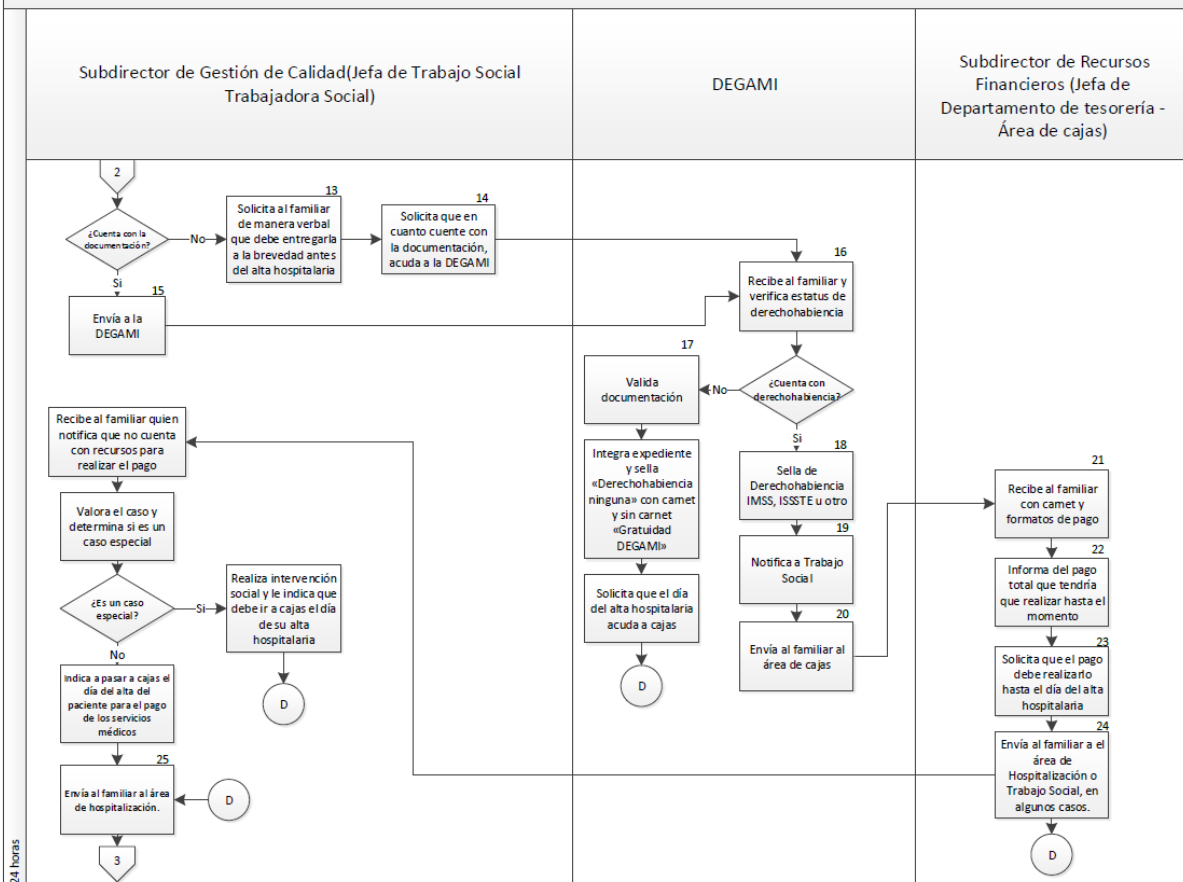
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
		¿El paciente cumple condiciones clínicas para su egreso?	egreso Nota de egreso
	34	No: Detiene el proceso del alta hospitalaria y termina el procedimiento.	Receta médica
	35	Si: Entrega hojas de claves de hospitalización al familiar de estudios adicionales realizados posterior a la Prealta.	Solicitudes de laboratorio y gabinete Referencia médica
	36	Elabora documentos de egreso del paciente (nota de egreso, hoja de egreso, solicitudes de laboratorio y gabinete cuando lo amerita, receta médica y referencia hospitalaria si la requiere):	Certificado de defunción y muerte Hoja de egreso voluntario
		<ul style="list-style-type: none"> En el caso de defunción se realiza certificación de la muerte y certificado de defunción. En el caso de alta voluntaria se deberá realizar la hoja de egreso voluntario. 	
	37	Entrega la documentación al paciente y lo orienta sobre las recomendaciones generales de seguimiento en su domicilio	
	38	Completa la información del expediente con base en la NOM 004-SSA3-2012 del expediente clínico y lo entrega a enfermería	
Subdirectora de Enfermería (Enfermera responsable)	39	Verifica alta hospitalaria en el censo médico e indicaciones médicas	Indicaciones médicas
	40	Orienta al paciente sobre la dieta enviada por el departamento de nutrición clínica, explica nuevamente los cuidados generales del dispositivo médico que se llevara a casa a su egreso (cuando aplique) y cuidados generales en su domicilio.	
	41	Envía a cajas para terminar los tramites médico-administrativos.	
Subdirector de Recursos Financieros (Área de cajas)	42	Recibe al familiar y realiza el cobro o registro de "Gratuidad"	
	43	Sella la hoja de egreso y/o recibo	
	44	Envía al Familiar a Trabajo social	
Subdirector de	45	Termina Nota de alta y corrobora trámite de gratuidad.	Recibos de

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Gestión de Calidad (Trabajadora Social)	46	Sella la hoja de egreso y/o recibo	pago
	47	Envía al familiar a Admisión	Hoja de seguimiento
Subdirectora de Auxiliares de Diagnóstico (Jefe de Admisión y archivo Clínico)	48	Recibe al familiar y realiza alta de paciente.	
	49	Solicita el carnet de citas, Hoja de egreso y recibo de pago con sello de cajas y Trabajo social	
	50	Resguarda los recibos de pago por turno y sella en hoja de alta	
	51	Registra el egreso en la tarjeta de control y en el sistema electrónico	
	52	Elabora relación de egresos por turno	
Subdirectora de Enfermería (Enfermera responsable)	53	Envía al familiar al servicio de enfermería donde está internado su paciente	
	54	Verifica que el familiar haya terminado todos los tramites médico-administrativos.	Expediente médico
	55	Inicia la salida del paciente	Aviso de Alta
	56	Registra el egreso en la libreta de ingresos y egresos.	
	57	Solicita al Departamento de Intendencia por escrito, anota la hora de la solicitud, para que se realice el servicio de limpieza y desinfección de la unidad.	
	58	Completa la información del expediente referente a enfermería con base en la NOM 004-SSA3-2012 del expediente clínico y lo entrega a la Subdirección de Servicios Ambulatorios para su resguardo al momento del egreso del paciente	
TERMINA			

5. DIAGRAMA DE FLUJO

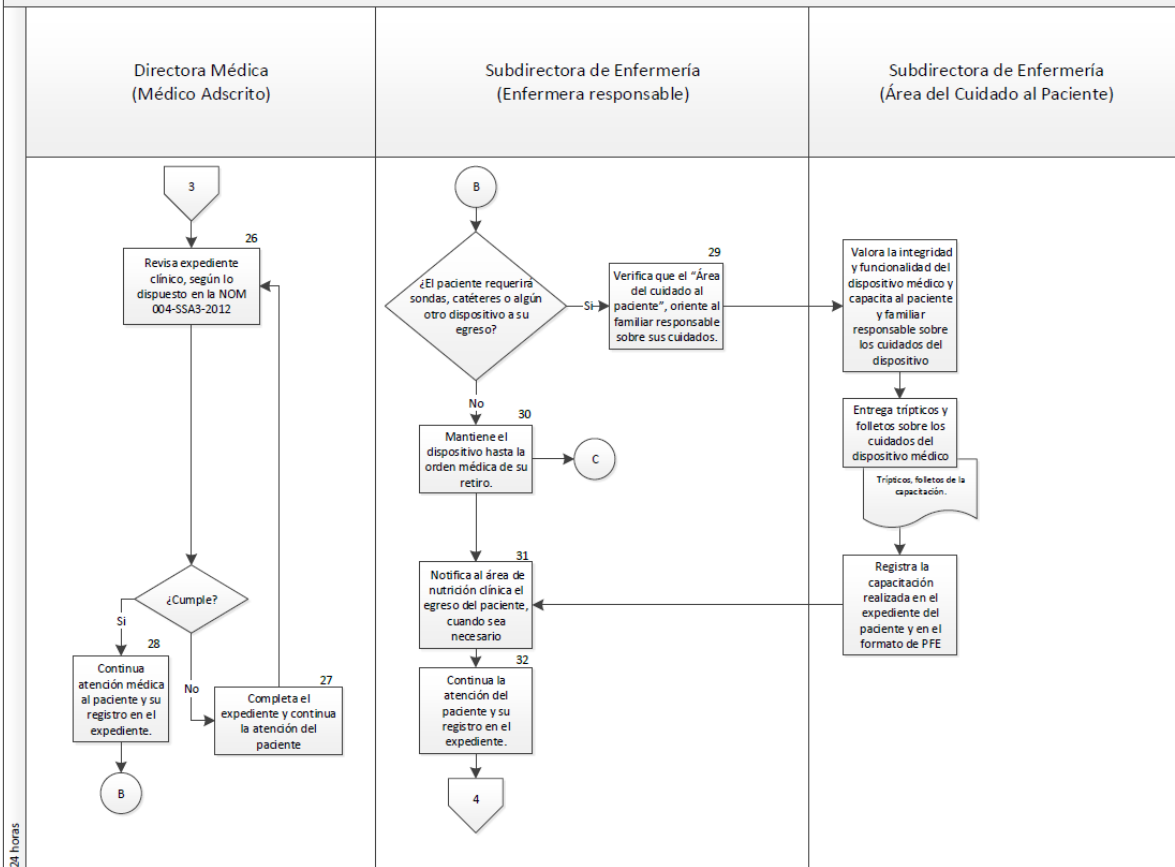


Procedimiento de Prealta y Alta Hospitalaria



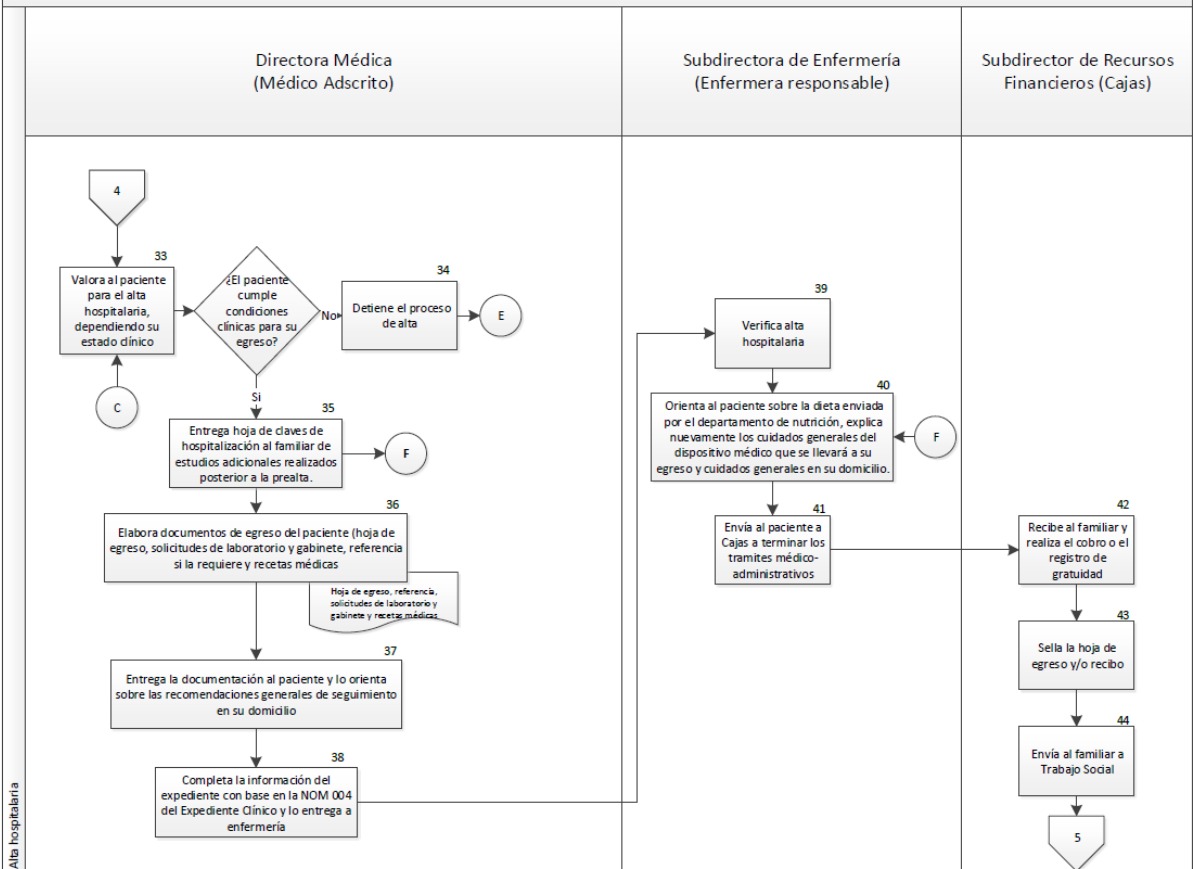
24 horas

Procedimiento de Prealta y Alta Hospitalaria

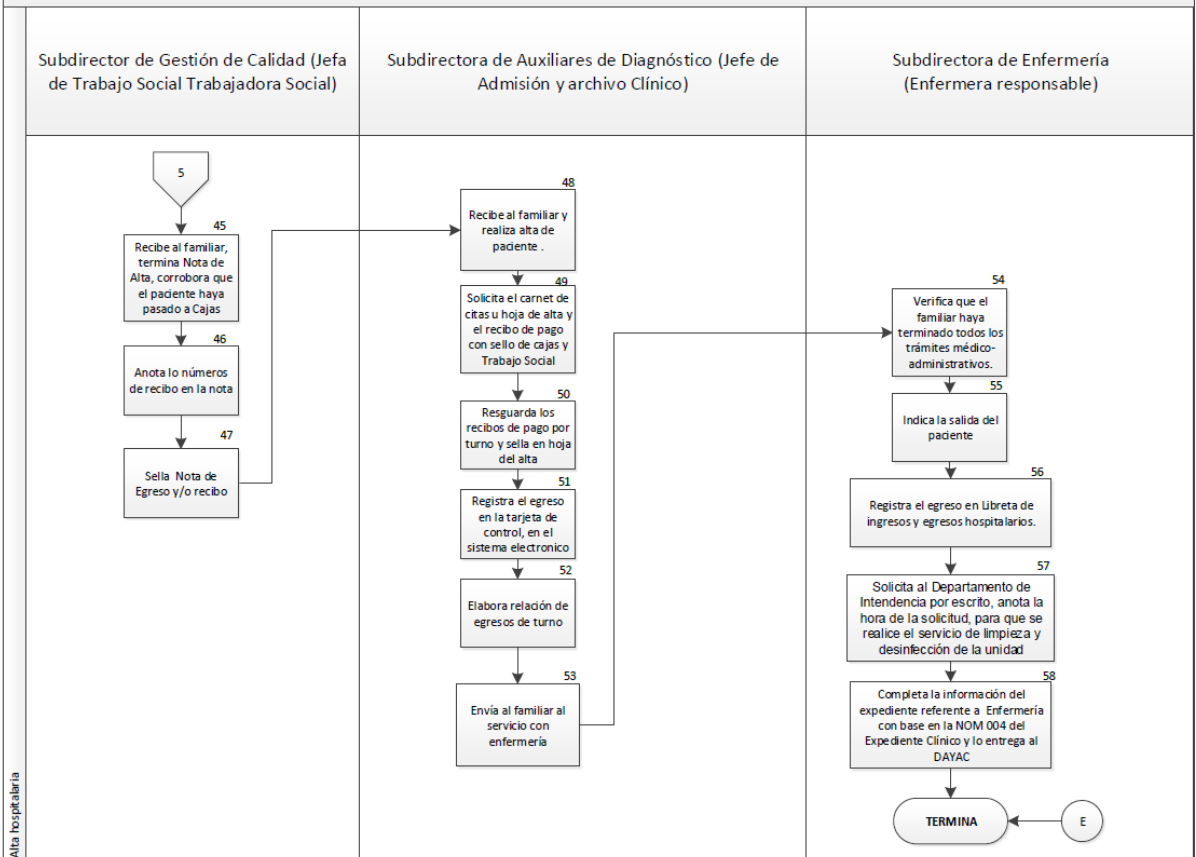




24 horas

Procedimiento de Prealta y Alta Hospitalaria



Procedimiento de Prealta y Alta Hospitalaria



 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento para la Pre alta y Alta Hospitalaria		Hoja: 15 de 23

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de organización Específico	No aplica
6.2 Guía Técnica para la Actualización y Elaboración de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	No aplica
6.3 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012	No aplica

7. REGISTROS



Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Oficios	3 años	Subdirección de Planeación	No. de oficio

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Egreso hospitalario:** Evento que considera la salida del paciente del servicio de hospitalización e implica la desocupación de una cama censable; incluye altas por curación, mejora, traslado a otra unidad, defunción, alta voluntaria o fuga. Excluye movimientos intraservicios.
- 8.2 Expediente clínico:** al conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento 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 de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá 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.
- 8.3 Hoja de egreso voluntario:** Documento por medio del cual el paciente, el familiar más cercano, tutor o representante legal, solicita el egreso, con pleno conocimiento de las consecuencias que dicho acto pudiera originar.
- 8.4 Servicios de hospitalización:** Servicio que cuenta con camas censables para atender pacientes internos; proporcionar atención médica con el fin de realizar diagnósticos, aplicar tratamientos y cuidados continuos de enfermería.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
N/A	N/A	N/A

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento para la Pre alta y Alta Hospitalaria		Hoja: 16 de 23

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Formato de cargos
- 10.2 Nota de Egreso
- 10.3 Hoja de Hospitalización o egreso
- 10.4 Constancia de recepción de servicios
- 10.5 Hoja de Egreso Voluntario

10.2 NOTA DE EGRESO

NOTA DE EGRESO HOSPITALARIO	HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
SERVICIO: _____	
NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____	
EDAD: _____ SEXO: _____ No. EXP.: _____	
SIGNOS VITALES: T.A. _____ F.C. _____ F.R. _____ TEMP.: _____ PESO: _____ TALLA: _____	
FECHA Y HORA DE ELABORACIÓN: _____	
MOTIVO DE EGRESO: MEJORÍA <input type="checkbox"/> TRASLADO OTRO HOSP <input type="checkbox"/> ALTA VOLUNTARIA <input type="checkbox"/> DEFUNCIÓN <input type="checkbox"/> MÁXIMO BENEFICIO <input type="checkbox"/>	
DIAGNÓSTICO (S) DE INGRESO:	FECHA DE INGRESO:
	HORA DE INGRESO:
	FECHA DE EGRESO:
	HORA DE EGRESO:
DIAGNÓSTICO (S) FINAL (ES):	
RESUMEN DE LA EVOLUCIÓN Y ESTADO ACTUAL:	
DÍAS DE ESTANCIA EN LA UNIDAD:	
ES REINGRESO POR LA MISMA AFECCIÓN EN EL AÑO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
REINTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DENTRO DE LAS 72 HRS INMEDIATA A LA PRIMERA INTERVENCIÓN: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
MANEJO DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA:	
FECHA Y HORA DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN SU CASO:	



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Subdirección de Pediatría

Procedimiento para la Pre alta y Alta Hospitalaria



Rev. 01

Hoja: 20 de 23

10.3 HOJA DE HOSPITALIZACIÓN O EGRESO

HOJA DE HOSPITALIZACIÓN
SNBA-SEUL-14-P DGIB

CLUES: _____ FOLIO: _____

PACIENTE

NOMBRE: _____
 Nombres: _____ Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____
 C.I.R.P.: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ ENTIDAD DE NACIMIENTO: _____
 EDADES CUMPLIDA: _____
 NACIÓ EN EL HOSPITAL: SI NO SEXO: Masculino Femenino PESO: _____ kg TALLA: _____ cm ESTADO CONYUGAL: _____
 AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD: IMSS ISSSTE PEMEX SEDENA SEMAR Gob. Estatal Seguro privado Seguro pagado De ignore Otro PROSPERA
 NÚM. AFILIACIÓN: _____ GRATUIDAD: SI NO
 ¿SE CONSIDERA INDÍGENA? SI NO ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI NO ¿CUAL? _____
 Los menores de 5 años que sean hijos de alguna persona que sea asista indígena o habló alguna lengua indígena serán considerados como tal.

DOMICILIO

TIPO DE LA VALIDAD: _____ NOMBRE DE LA VALIDAD: _____ NÚM. EXT.: _____ NÚM. INT.: _____
 TIPO DE ASENTAMIENTO HUMANO: _____ NOMBRE DE ASENTAMIENTO HUMANO: _____
 CÓDIGO POSTAL: _____ LOCALIDAD: _____ MUNICIPIO O DELEG.: _____
 ENTIDAD FEDERATIVA/PAÍS: _____ TELÉFONO: _____

ESTANCIA

EXPEDIENTE: _____
 INGRESO: _____ TIPO DE SERVICIO: _____ DE INGRESO: _____
 HOSPITALIZACIÓN (NORMAL) SEGUNDO: _____
 EGRESO: _____ CORTA ESTANCIA TERCERO: _____
 DE EGRESO: _____
 PROCEDENCIA: Consulta externa Urgencia Referido _____
 MOTIVO DEL EGRESO: _____
 Curación Muerte Volemic Traslado a otra Unidad Médica: _____
 Defunción MINISTERIO PÚBLICO: SI NO FOLIO DEL CERTIFICADO: _____
 MUJER EN EDAD FÉRTIL: Embarazo Puérpalo (de 0 a 42 días después del parto) No está embarazada ni en el puérpalo
 AFECCIONES TRATADAS (DIAGNÓSTICOS FINALES AL EGRESO)
 AFECCIÓN PRINCIPAL: Primera vez Subsecuente
 1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
 5. _____
 6. _____
 RESELECCIÓN AF.P. _____ Código adicional _____ Símbolo para lesiones _____
 CAUSA EXTERNA (Especifique los acontecimientos, circunstancias y condiciones que causen la lesión): _____

ATENCIÓN OBSTÉTRICA

INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA: SI NO
 PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS, TERAPÉUTICOS Y QUIRÚRGICOS:
 En este apartado se deberán incluir ADEMÁS los procedimientos obstétricos materno-neonatales (parto en posición vertical, apago innatado materno y neonato, acompañamiento psicosocial, y manejo activo de tercer periodo del trabajo de parto).

	ANESTESIA		QUIRÓFANO		CURP a CED MÉDICO RESP. DEL PROCEDIMIENTO	CÓDIGO CIE-9-AMC
	TIPO	SENTRO	INTERNA	FUERA		
1.			1	2		
2.			1	2		
3.			1	2		
4.			1	2		
5.			1	2		
6.			1	2		
7.			1	2		
8.			1	2		

TIPO DE ANESTESIA: General Regional Sedación Local Combinada No usó VOLENCIA Y/O LESIÓN: SI NO

HISTORIA GINECOOBSTÉTRICA: Gestas _____ Abortos _____ Partos _____ Cesáreas _____
 EDAD GESTACIONAL: _____
 EXTRACCIÓN O EXPULSIÓN: SI NO
 TIPO DE ATENCIÓN: Aborto Parto PRODUCTO DE UN EMBARAZO: Útero Gestación Feto o más Dispositivo intrauterino Preservativo femenino Preservativo masculino Otro
 Feto único Distócico vaginal Cesárea Parto electivo OTI Otro

FOJO DE LA HOJA DE LESIONES: _____



DATOS DE LOS PRODUCTOS	CONDICIÓN AL NACIMIENTO			CONDICIÓN DEL MADRE VIVO AL EGRESAR LA MADRE			INDICAR FOLIOS DE CERTIFICADOS (NACIMIENTO, DEFUNCIÓN O MUERTE FETAL, SEGÚN SEA EL CASO)		PARA TODO NACIDO VIVO			
	MUERTE FETAL	NACIDO VIVO	ALTA CON LA MADRE	HOSPITALIZADO	SEGURO	Cañ	APGAR A LOS 5 MIN.	REANIMACIÓN NEONATAL AVANZADA	ALIMENTACIÓN CONJUNTO	LACTANCIA EXCLUSIVA		
1	2	1	2	3				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
1	2	1	2	3				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
1	2	1	2	3				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

HOSPITALIZACIÓN

TIPO DE UNIDAD: _____
 HOSPITAL CONTINUO: Psiquiátrico Psiquiátrico Psiquiátrico Unidad de desintoxicación Otro No especificado
 HOSPITAL PARCIAL: Día Noche Fin de semana Otro No especificado
 UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES:

PROFESIONAL DE LA SALUD RESPONSABLE:

NOMBRE: _____
 Nombres: _____ Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____
 C.I.R.P.: _____ CÉDULA PROFESIONAL: _____ FIRMA: _____



 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento para la Pre alta y Alta Hospitalaria		Hoja: 21 de 23

10.4 CONSTANCIA DE RECEPCIÓN DE SERVICIOS (HOJA DE NO COBRO)



Hospital General Dr. Manuel Gea González
CONSTANCIA DE RECEPCIÓN DE SERVICIOS Y
HOJA DE NO COBRO

Fecha y Hora de Elaboración:		jueves, 3 de diciembre de 2020		11:31:47 a. m.	
CONSTANCIA DE RECEPCIÓN DE SERVICIOS					
Establecimiento de Salud:		Hospital General "Dr. Manuel Gea González"			
Núm. de Expediente/ Folio Urgencias:	848586	Clasificación Socioeconómica:	3		
Nombre del Paciente:		Ejemplo: XXXXXXX XXX XXXX			
Sexo del Paciente:	Hombre	Fecha de Nacimiento del Paciente:	07/07/1997		
Servicio:	Urgencias Observación y Consulta				
Fecha de Ingreso:	01/12/2020	Fecha de Egreso:	02/12/2020		
En caso de haber requerido el servicio de <i>Terapia Intensiva</i> , indique la fecha de atención:					
Fecha de Ingreso:	02/12/2020	Fecha de Egreso:	03/12/2020		
Firmas					
Completo, Número de Empleado y Firma		T.S. XXXXXX XXXXXX XXXXXX			
Médico Tratante: Nombre Completo, Número de Empleado y Firma		Dr. XXXXX XXXXXX XXXXXX			
Interinstitucional: Nombre Completo, Número de Empleado y Firma		Dra. XXXX XXXXX XXXXX			
HOJA DE NO COBRO					
Fundamento: A partir del 01 de diciembre de 2020, conforme a lo establecido en los artículos 77 Bis 1 y 77 bis 37 de la Ley General de Salud, todas las personas que se encuentren en el país que no cuenten con seguridad social tienen derecho a recibir de forma gratuita la prestación de servicios públicos de salud, medicamentos y demás insumos asociados, al momento de requerir la atención; y a no cubrir ningún tipo de cuotas de recuperación o cualquier otro costo por los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados que reciban.					
INSTRUCCIONES: ↔↔↔↔↔↔		INDIQUE con una X en los siguientes recuadros si el 01 de diciembre del 2020, o en una fecha posterior, le cobraron por alguno de los siguientes servicios en el Hospital, señalando cantidad:			
Cobro de:	SI	NO	Cantidad		
Consultas			\$		
Urgencias			\$		
Hospitalización			\$		
Medicamentos			\$		
Estudios de Laboratorio y Gabinete			\$		
Cirugía			\$		
Terapia Intensiva			\$		
NOTA: NO FIRME SI LE REALIZARON ALGÚN COBRO DE LOS SERVICIOS EN EL PERIODO SEÑALADO					
Nombre completo y Firma o Huella Digital del Beneficiario, Familiar y/o Tutor que Avala el NO Cobro, Manifestando Bajo Protesta de Decir Verdad no ser Derechohabiente de Seguridad Social (IMSS o ISSSTE)			Sello del Establecimiento de Salud		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		Hoja: 22 de 23
	Procedimiento para la Pre alta y Alta Hospitalaria		

10.5 HOJA DE EGRESO VOLUNTARIO

HOJA DE EGRESO VOLUNTARIO	HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
SERVICIO: _____	





NOMBRE COMPLETO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____



SEXO: _____ No. EXP: _____ SIGNOS VITALES: TA _____ F.C _____ FR _____

TEMP.: _____ PESO: _____ TALLA: _____ FECHA Y HORA DE ELABORACIÓN: _____



<p>LEY GENERAL DE SALUD CAPITULO IV DISPOSICIÓN PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE HOSPITALES, ARTICULO 79. En caso de egreso voluntario, aún en contra de la recomendación médica, el usuario, en su caso, un familiar, el tutor o su representante legal, deberán firmar un documento en que se expresen claramente las razones que motivan el egreso, mismo que igualmente deberá ser suscrito por lo menos por dos testigos idóneos, de los cuales, uno será designado por el Hospital y otro por el usuario o la persona que en representación emita el documento, en todo caso, el documento a que se refiere el párrafo anterior, revelara la responsabilidad al establecimiento y se emitirá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del mismo y otro se proporcionara al usuario.</p> <p>NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004 SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. Documento por medio del cual el paciente, familiar más cercano, tutor o representante jurídico solicita el egreso, con pleno conocimiento de las consecuencias que dicho acto pudiera originar. Deberá ser elaborada por un médico a partir del egreso y cuando el estado del paciente lo amerite; deberá incluirse la responsiva medica del profesional que se encarga del tratamiento y constara de:</p>
FECHA Y HORA DE EGRESO:
NOMBRE COMPLETO, EDAD, PARENTESCO Y FIRMA DE QUIEN SOLICITA EL ALTA:
RAZONES QUE MOTIVAN SU EGRESO VOLUNTARIO:
RESUMEN CLÍNICO:

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento para la Pre alta y Alta Hospitalaria		Hoja: 23 de 23

MEDIDAS RECOMENDADAS PARA LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DEL PACIENTE Y PARA LA ATENCIÓN DE FACTORES DE RIESGO:	
EN SU CASO, NOMBRE COMPLETO, CÉDULA PROFESIONAL Y FIRMA DEL MÉDICO QUE OTORQUE LA RESPONSIVA:	
NOMBRE COMPLETO, CÉDULA PROFESIONAL Y FIRMA DEL MÉDICO QUE EMITE LA HOJA:	
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE LOS TESTIGOS:	
TESTIGO DEL HOSPITAL	TESTIGO DE LA PACIENTE
OBSERVACIONES:	
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PACIENTE QUE RECIBE UNA COPIA DEL ALTA VOLUNTARIA.	
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL FAMILIAR, TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL QUE RECIBE UNA COPIA DEL ALTA VOLUNTARIA	

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento para la recepción, recolección y procesamiento de información estadística por parte de las diferentes áreas de atención médica		Hoja: 1 de 12

15. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN, RECEPCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA POR PARTE DE LAS DIFERENTES ÁREAS DE ATENCIÓN MÉDICA

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento para la recepción, recolección y procesamiento de información estadística por parte de las diferentes áreas de atención médica		Hoja: 2 de 12

1. PROPÓSITO



Establecer las actividades para la integración, validación, el procesamiento y el análisis de la información de las áreas de atención médica del hospital y su posterior envío para generar informes e indicadores oportunamente, para facilitar la toma de decisiones estratégicas en la institución.

2. ALCANCE


- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección Médica, y la Dirección de Integración y Desarrollo Institucional las cuáles son responsables de la coordinación del envío de la información de las Subdirecciones, Divisiones y Departamentos a su cargo. Las Subdirecciones adscritas a estas direcciones son encargadas de enviar la información derivada de la atención médica de las áreas a su cargo en los tiempos y formatos establecidos, la Subdirección de Planeación es responsable de recolectar la información enviada.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a la Secretaria de Salud e Instituto Nacional de Acceso a la información (INAI), responsable de enviar los criterios necesarios para la información estadística.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La Dirección Médica y de Integración y Desarrollo Institucional son responsables de coordinar que la información estadística que se genera en las áreas a su cargo, sea entregada puntualmente.
- 3.2 Las Subdirecciones son responsables de la información que generan las áreas a su cargo.
- 3.3 Las Subdirecciones son responsables de garantizar que la información enviada a la Subdirección de Planeación está respaldada en documentos oficiales y que sea válida exacta, completa y consistente.
- 3.4 La Subdirección de Planeación a través de la División de Bioestadística es responsable de elaborar los informes requeridos y enviarlos a las instancias correspondientes en los periodos establecidos (semanal, mensual, trimestral, semestral o anual).
- 3.5 Las Subdirecciones Médicas son responsables de garantizar que la información enviada a la Subdirección de Planeación está respaldada en documentos oficiales.
- 3.6 Las Subdirecciones Médicas son responsables de concentrar y enviar la información diaria derivada de la atención médica en la Consulta Externa, Urgencias y Hospitalización, la cuál se recibirá al día hábil siguiente, antes de las 10:00 horas.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento para la recepción, recolección y procesamiento de información estadística por parte de las diferentes áreas de atención médica		Hoja: 3 de 12

- 3.7 La Subdirección de Planeación a través de la División de Bioestadística es responsable de establecer el periodo de cierre de la información, mismo que será informado por oficio a las subdirecciones que generan información para que informen a las áreas a su cargo.
- 3.8 Las Subdirecciones son responsables de concentrar y enviar la información mensual derivada de toda la atención clínica que generan las áreas a su cargo no mencionadas en el punto 3.6, en los dos primeros días hábiles del mes en el formato establecido por la normativa interna y/o externa del hospital, acompañada del soporte en electrónico (base de datos) y un oficio firmado donde reporte la cifra final al cierre del periodo respectivo. Las cifras recibidas antes de las 10:00 horas, serán las que se tomen en cuenta para la integración del informe mensual.
- 3.9 La información que se entregue de forma extemporánea no será contabilizada para la productividad del servicio y será devuelta por oficio con copia a la Dirección correspondiente para tomar las medidas pertinentes.
- 3.9 La Subdirección de Planeación a través de la División de Bioestadística notificará de forma oficial a las Subdirecciones generadoras de información si existen cambios en las fechas de entrega establecidas, así como en los mecanismos y métodos de entrega de la información.
- 3.10 La Subdirección de Planeación a través de la División de Bioestadística es responsable de elaborar los informes requeridos y enviarlos a las instancias correspondientes en los periodos establecidos.
- 3.11 La Subdirección de Planeación a través de la División de Bioestadística es responsable de utilizar la Plataforma “Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud”, en caso de que la plataforma no esté disponible se utilizarán las siguientes: “Subsistema Automatizado de Urgencias Médicas, Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios, Sistema de Información en Salud y Sistema de Lesiones” o las que las autoridades pertinentes determinen para carga de información.
- 3.12 La Subdirección de Planeación a través de la División de Bioestadística es responsable de solicitar al Departamento de Informática el respaldo mensual de la información generada y entregada, para la generación de los informes bioestadísticos.
- 3.13 La Subdirección de Planeación a través de la División de Bioestadística es responsable de enviar al Departamento de Información de Control de Gestión el informe bioestadísticos final.

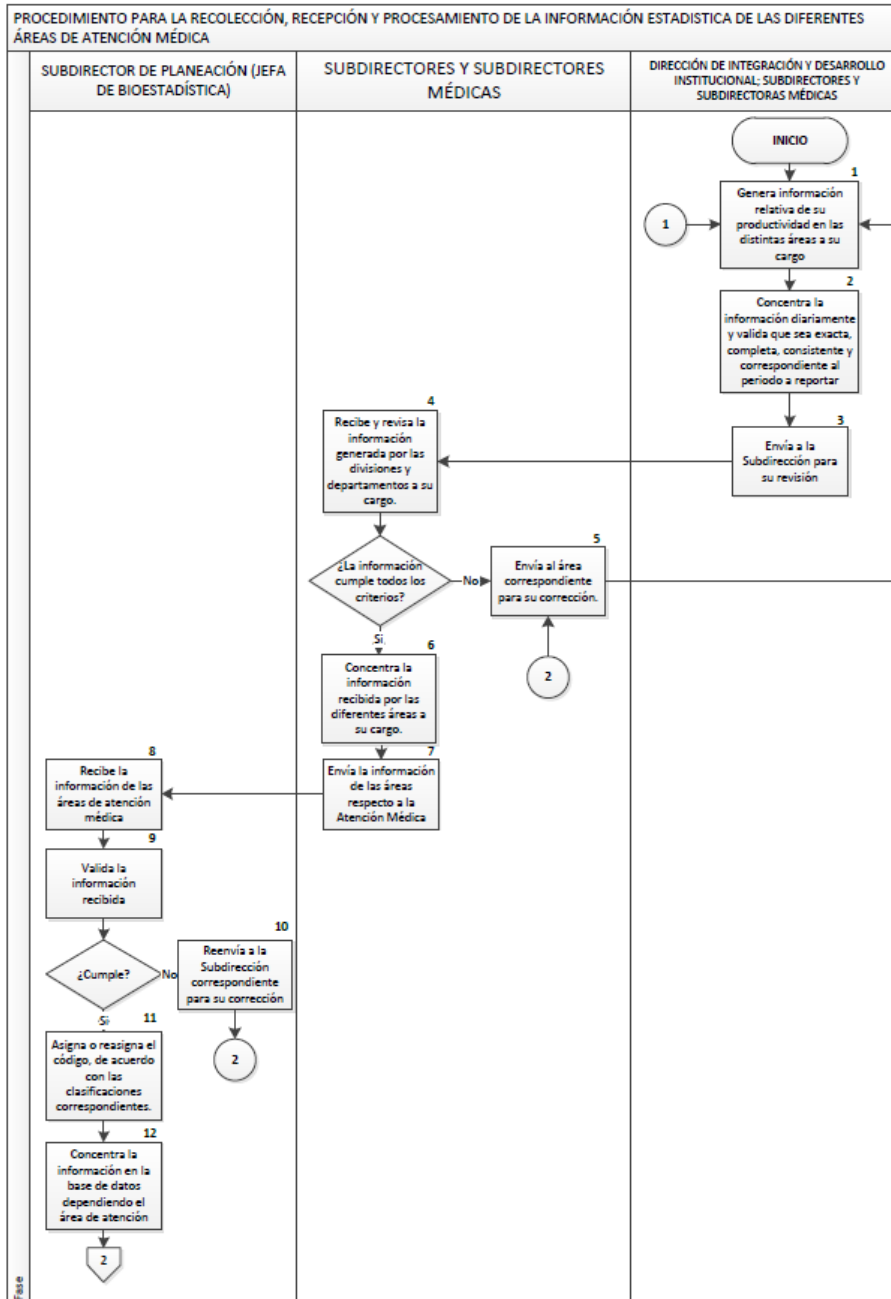
 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	PROCEDIMIENTO
	Subdirección de Pediatría
	Procedimiento para la recepción, recolección y procesamiento de información estadística por parte de las diferentes áreas médicas Hoja: 4 de 12

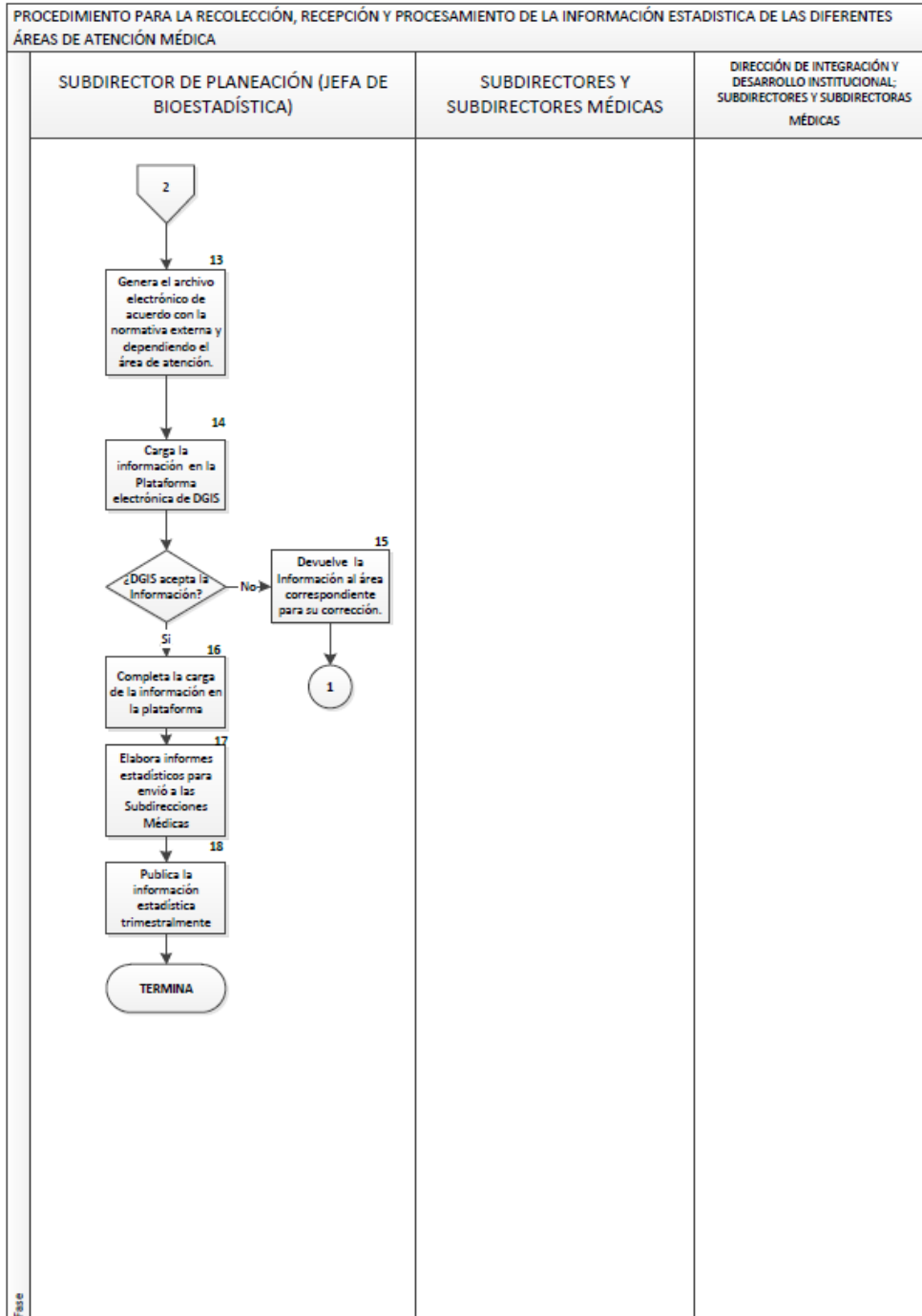
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de la Actividad	Documento o Anexo
Subdirectores Y Subdirectoras Médicas y Dirección de Integración y Desarrollo Institucional. (Jefes y Jefas de División y Departamento)	1	Genera información relativa de su productividad en las distintas áreas en el electrónico establecido en la normativa interna o externa institucional para ese fin.	Archivo electrónico de hospitalización, urgencias y Consulta externa Archivo en Electrónico de Certificados de Defunción
	2	Concentra la información diariamente y valida que sea exacta, completa, consistente y correspondiente al periodo reportado por cada área de adscripción en un archivo electrónico de Excel.	Oficio de entrega
	3	Envía a la Subdirección correspondiente para su revisión	
Subdirectores Y Subdirectoras Médicas y de la Dirección de Integración y Desarrollo Institucional.	4	Recibe y revisa la información generada por las divisiones y departamentos a su cargo.	Archivo electrónico de hospitalización, urgencias y Consulta externa Archivo en Electrónico de Certificados de Defunción
	5	¿La información cumple todos los criterios? No: Envía al área correspondiente para su corrección.	Oficio de entrega
	6	Si: Concentra la Información recibida por las diferentes áreas a su cargo	
	7	Envía la información de las áreas respecto a la Atención Médica.	
Subdirector de Planeación (Jefa de División de Bioestadística)	8	Recibe la información de las áreas de atención médica	Informe de Bioestadística Final
	9	Valida la información recibida ¿La Información cumple?	



	<p>10</p> <p>11</p> <p>12</p> <p>13</p> <p>14</p> <p>15</p> <p>16</p> <p>17</p> <p>18</p>	<p>No: Reenvía la información a la Subdirección correspondiente para su corrección, regresa a la actividad 5.</p> <p>Si: Asigna o reasigna el código, de acuerdo con las clasificaciones correspondientes.</p> <p>Concentra la información en la base de datos dependiendo el área de atención.</p> <p>Genera el archivo electrónico de acuerdo con la normativa externa y dependiendo el área de atención.</p> <p>Carga la información en la Plataforma electrónica de DGIS</p> <p>¿DGIS acepta la Información?</p> <p>No: Devuelve la información al área correspondiente para su corrección. Regresa a la actividad 1</p> <p>Si: Completa la carga de la información en la plataforma</p> <p>Elabora informes estadísticos para envío a las Subdirecciones Médicas</p> <p>Publica la información estadística trimestralmente.</p> <p>TERMINA</p>	
--	---	--	--

5. DIAGRAMA DE FLUJO





6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento para la recepción, recolección y procesamiento de información estadística por parte de las diferentes áreas de atención médica		Hoja: 8 de 12



Documentos	Código (cuando aplique)
Manual de Organización Funcional	No aplica
Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud	No aplica
Clasificación de Procedimientos	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Archivo Electrónico de Excel	3 años	División de Bioestadística	Mes, Año y Servicio
Informe Estadístico de las Actividades del Médico	3 años	División de Bioestadística	Mes, Año y Servicio

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Días de estancia:** número de días transcurridos desde el ingreso del paciente al servicio de hospitalización hasta su egreso.
- 8.2 Egreso hospitalario:** evento de salida del paciente del servicio de hospitalización que implica la desocupación de una cama censable. Incluye altas por curación, mejoría, traslado a otra unidad hospitalaria, defunción, alta voluntaria o fuga. Excluye movimientos intraservicios
- 8.3 Fehaciente:** Que hace fe, fidedigno.
- 8.4 Estadística:** Es una rama de la matemática que se refiere a la recolección, análisis e interpretación de los datos obtenidos en un estudio. Es aplicable a una amplia variedad de disciplinas, desde la física hasta las ciencias sociales, ciencias de la salud como la Psicología y la medicina.
- 8.5 Información diaria:** Corresponde al periodo de las 00:00 hrs. a las 23:59 hrs. del día natural a reportar, la productividad se cierra con la información enviada hasta las 10 hrs. del primer día del siguiente mes estadístico.
- 8.6 Información mensual:** Corresponde al periodo de las 00:00 hrs. Del primer día natural del mes a las 23:59 horas del último día natural del mes.
- 8.7 Morbilidad:** Número Proporcional de personas que enferman en población y tiempo determinados.
- 8.8 Defunción/muerte:** A la extinción o término de la vida. Desaparición de todas las funciones vitales de una persona ocurridas después del nacimiento vivo.



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento para la recepción, recolección y procesamiento de información estadística por parte de las diferentes áreas de atención médica		Hoja: 9 de 12

9. CAMBIOS DE VERSIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	04/03/2019	Actualización del Formato, se conjuntan el procedimiento 1, 2 y 3 del Manual de Procedimientos, Se cambian políticas de entrega de Información y se agregan anexos.




10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Captura de pantalla Registro Diario de pacientes de consulta externa
- 10.2 Captura de pantalla Sistema de Registro de pacientes en el área de Urgencias
- 10.3 Ejemplo de base de Excel para hospitalización.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento para la recepción, recolección y procesamiento de información estadística por parte de las diferentes áreas de atención médica		Hoja: 10 de 12

10.1 CAPTURA DE PANTALLA REGISTRO DIARIO DE PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA

Hospital General "Dr. Manuel Gea González"

Adsc.

Residente

viernes, 24 de junio de 2016
Fecha de Consulta

Curp No. Expediente Recibo de pago Tipo de Consulta

Apellido paterno Apellido materno Nombre(s) Sexo Años Meses

Migrante



Discapacitado

Solo llene uno de los dos (Años o Meses)

Diagnóstico (CIE10) Nvo.

Diagnóstico (CIE10)

Av. Calzada de Tlalpan 4800, Tlalpan, Sección XVI, 14080 Ciudad de México, D.F. Teléfono: 01 55 4000 3000

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento para la recepción, recolección y procesamiento de información estadística por parte de las diferentes áreas de atención médica		Hoja: 11 de 12

10.2 CAPTURA DE PANTALLA SISTEMA DE REGISTRO DE PACIENTES EN EL ÁREA DE URGENCIAS

Login









HOSPITAL GENERAL
DR. MANUEL GEA GONZALEZ

Usuario:

Contraseña:



10.3 EJEMPLO DE BASE DE EXCEL PARA HOSPITALIZACIÓN.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Ingreso a Cirugía Ambulatoria		
			Hoja: 1 de 25

16. PROCEDIMIENTO DE INGRESO DE CIRUGÍA AMBULATORIA

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Ingreso a Cirugía Ambulatoria		Hoja: 2 de 25

1. PROPÓSITO

Establecer las actividades de todo el personal de salud involucrado en el ingreso del paciente a cirugía ambulatoria; para garantizar una atención más ágil en la programación de cirugía, ofreciendo un trato digno, calidad y seguridad en la atención del paciente

2. ALCANCE

2.1. A nivel interno aplica a la Subdirección de Cirugía y la Subdirección de Pediatría ya que es la responsable de la atención de los pacientes quirúrgicos, Subdirección de Servicios Ambulatorios responsable de la administración del expediente clínico y admisión de los pacientes, Subdirección de Gestión de Calidad encargada de evaluar la seguridad y calidad de la atención del usuario, Subdirección de Anestesia y Terapias responsable de evaluar a los usuarios programados y la atención anestésica y Subdirección de Enfermería encargada de los cuidados de los usuarios.

2.2. A nivel externo aplica al paciente que se someterá a una cirugía ambulatoria.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS



3.1. La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesia es responsable de realizar la programación de cirugía y de entregarla a la Dirección Médica, Subdirección de Enfermería, Departamento de Enfermería Clínica, Departamento de Admisión Hospitalaria y Archivo Clínico y Departamento de Trabajo Social.

3.2. La Subdirección de Servicios Ambulatorios, a través del Departamento de Admisión Hospitalaria y Archivo Clínico es responsable de realizar los ingresos 24 horas antes del procedimiento quirúrgico programado.

3.3. La Subdirección de Cirugía a través de las Jefaturas de División Quirúrgicas y la Subdirección de Pediatría a través de la División de Cirugía Pediátrica, que realicen procedimientos quirúrgicos ambulatorios, son responsables de informar a los pacientes adecuadamente sobre todos los trámites administrativos que deben realizar previo a su intervención, así como de informarles sobre el procedimiento de políticas de obtención de cuotas de recuperación por trámites y servicios.

3.4. La Subdirección de Cirugía Subdirección de Pediatría a través de la División de Cirugía Pediátrica, son responsable de asignar fecha de la intervención quirúrgica, cuando el paciente haya realizado el pago del procedimiento quirúrgico.

3.5. La Subdirección de Cirugía Subdirección de Pediatría a través de la División de Cirugía Pediátrica, son la responsable del llenado del Instructivo de Ingreso de Cirugía Ambulatoria y entregarlo al paciente el día que se programe a cirugía.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Ingreso a Cirugía Ambulatoria		Hoja: 3 de 25

3.6. La Subdirección de Gestión de Calidad a través del Departamento de Trabajo Social es responsable de realizar el procedimiento de exención de pago parcial o total de pacientes, en caso de que el paciente no cuente con los medios suficientes.

3.7. La Subdirección de Servicios Ambulatorios, a través del Departamento de Admisión Hospitalaria y Archivo Clínico no debe ingresar a ningún paciente que no haya realizado el pago del procedimiento quirúrgico; o el proceso de exención de pago.

3.8. La Subdirección de Cirugía, la Subdirección de Pediatría a través de la División de Cirugía Pediátrica y la Subdirección de Anestesia y Terapias, a través sus Jefes de División deben respetar la programación de cirugía, y en caso de no presentarse algún paciente el día de su intervención quirúrgica, ese turno pasa a disponibilidad de Cirugía de Urgencias

3.9. La Subdirección de Anestesia y Terapias, a través de la División de Cirugía Ambulatoria realizará las valoraciones pre anestésicas en un horario de 9:00 hasta las 14:00.

3.10. La Subdirección de Anestesia y Terapias es responsable enviar al paciente nuevamente al área quirúrgica hasta que sea positiva la Valoración Pre-anestésica.

3.11. La Subdirección de Gestión de Calidad, a través del Departamento de Trabajo Social es responsable de realizar la Nota de Ingreso de Trabajo Social en un horario de 8:00 hasta las 13:30.

3.12. La Subdirección de Anestesia y Terapias es responsable de dar cita a los pacientes de la valoración pre-anestésica y notificarles que se presenten en la Torre de Especialidades Segundo Piso junto al Control de Consulta de Oftalmología.



3.13. La Subdirección de Cirugía a través de las Jefaturas de División Quirúrgicas y la Subdirección de Pediatría a través de la División de Cirugía Pediátrica, son responsable de realizar el egreso del paciente.

3.14. La Subdirección de Cirugía, a través de sus Jefes de División y la Subdirección de Pediatría a través de la División de Cirugía Pediátrica, son responsables de realizar el procedimiento de Ingreso a Hospitalización, en caso de que posterior al procedimiento quirúrgico se considere que el paciente amerite hospitalización.

3.15. La Subdirección de Anestesia y Terapias, a través de la División de Cirugía Ambulatoria es responsable de corroborar el correcto llenado del Consentimiento Informado para el proceso de anestesia, así como contener todas las firmas necesarias.

3.16. La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas son responsables en cirugías programadas con pacientes sintomáticos de covid 19, de solicitar prueba rápida covid-19, así como TELE de tórax. de no contar con estos estudios, se deberá diferir la intervención quirúrgica.

3.17. La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas son responsables en cirugías programadas con pacientes asintomáticos, pero sospecha de covid 19, de solicitar prueba rápida covid-19, de no contar con este estudio, se deberá diferir la intervención quirúrgica.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Ingreso a Cirugía Ambulatoria		Hoja: 4 de 25

3.18. La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas son responsables de solicitar como Estudios Preoperatorios en el área de Urgencias, los siguientes: Biometría Hemática Completa, Tiempos de Coagulación (Tp, TpT e INR). Glucosa, Urea, Creatinina, Potasio, Sodio, Cloro. Así como solo agregar los estudios dependiendo de la comorbilidad o patología del paciente.

3.19. La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas son responsables de solicitar como Estudios Preoperatorios básicos y los necesarios según la patología y/o comorbilidades del paciente en las cirugías programadas.

3.20. La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas son responsables de solicitar, en cirugías programadas y de urgencias para pacientes mayores de 50 años, TELE de tórax y electrocardiograma en reposo, para su programación.

3.21. La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas son responsables de solo realizar la "Toma de Piloto" en el área de Urgencias, cuando este confirmado el evento quirúrgico o el médico tratante decida transfusión de algún hemoderivado.

3.22. La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas son responsables de desechar las muestras de la "Toma de piloto" que no se utilicen posterior a las 24 horas.

3.23. La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas son responsables de desechar las muestras que no se lleguen a utilizar, por lo que no deberán de almacenar ninguna muestra en el área de Urgencias, hospitalización y consulta externa.

3.24. La Subdirección de Cirugía a través de las diferentes Divisiones Quirúrgicas son responsables de solo realizar la "Toma de Piloto", a los pacientes que lo requieran, ya sea por el tipo de procedimiento quirúrgico o por necesidades especiales del paciente.

3.25. La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable de revisar en la Valoración Preanestésica, si el expediente clínico cuenta con Hoja PRIO, Estudios de laboratorios vigentes, Consentimientos informados debidamente requisitados y firmados, solicitud de banco de sangre (los casos que así lo ameriten) y Valoraciones anestésicas completas, en caso de no contar con alguna documentación, no podrá ser incluido en la Programación quirúrgica.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

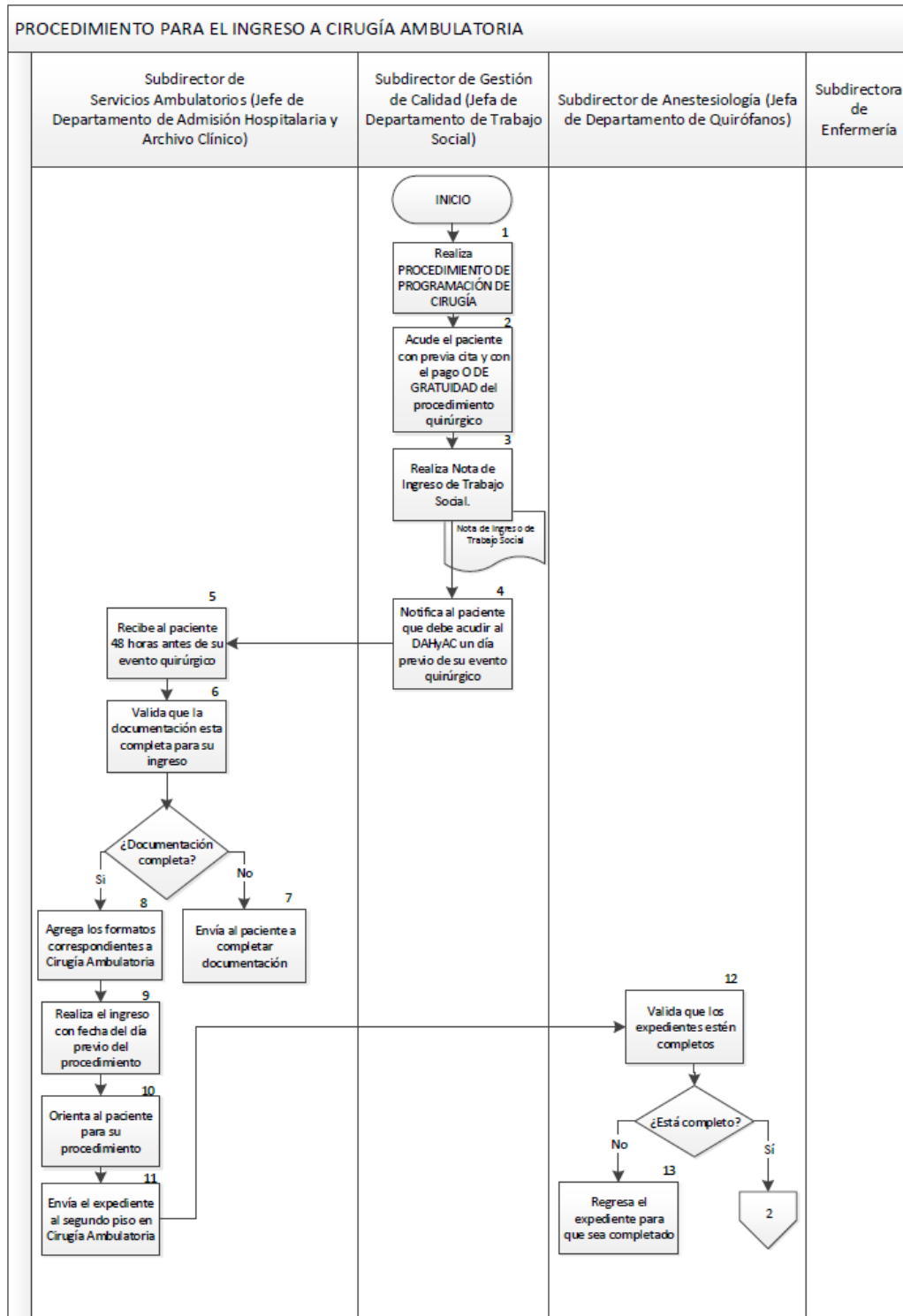
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirector de Gestión de la Calidad (Jefa del Departamento de Trabajo Social)	1	Realiza “PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA”	Nota de Ingreso de Trabajo social (Anexo 2)
	2	Acude el paciente con previa cita y con el recibo de pago o de gratuidad del procedimiento quirúrgico.	
	3	Realiza Nota de Ingreso de Trabajo Social y envía al paciente al Departamento de Admisión Hospitalaria y Archivo clínico	
	4	Notifica al paciente que debe acudir al Departamento de Admisión Hospitalaria y Archivo Clínico un día previo de su evento quirúrgico.	
Subdirector de Servicios Ambulatorios (Jefe del Departamento de Admisión Hospitalaria y Archivo Clínico)	5	Recibe al paciente unas 48 horas antes de su evento quirúrgico.	Expediente Clínico Carta de Autorización para la Hospitalización (Anexo 6) Hoja de Bioestadística (Anexo 7)
	6	Valida que la documentación está completa para su ingreso ¿La documentación está completa?	
	7	No: Envía al paciente al área correspondiente para completar la documentación (Formato de pago, instructivo y/o solicitud de ingreso)	
	8	Si: Agrega los formatos correspondientes al Ingreso ambulatorio	
	9	Realiza el ingreso con fecha del día previo al procedimiento del paciente.	
	10	Orienta al paciente para su procedimiento	
	11	Envía el expediente al segundo piso en Cirugía ambulatoria	
Subdirector de Anestesia y Terapias (Jefa del Departamento de Quirófanos)	12	Valida que los expedientes estén completos ¿Está completo el expediente clínico?	Expediente clínico Censo de Programación de Cirugía

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
	13	No: Regresa el expediente clínico para que sea completado.	
	14	Si: Coteja los expedientes recibidos con la lista de programación de cirugía	
	15	Entrega los expedientes a enfermería	
Subdirectora de Enfermería (Jefa de Enfermería de quirófanos)	16	Realiza el Ingreso de enfermería	Hoja de Enfermería (Anexo 8)
	17	Entrega el expediente a la Jefatura Cirugía Ambulatoria	Hoja de Medios Invasivos (Anexo 9)
			Hoja de identificación del paciente (Anexo 10)
			Pulsera de identificación
Subdirector de Anestesia y Terapias (Jefa del Departamento de Quirófanos)	18	Valida que los expedientes estén completos ¿Está completo el expediente?	Expediente clínico
	19	No: Regresa el expediente para que sea completado por la enfermera responsable. Regresa a la actividad 18.	
	20	Si: Captura en la base de datos de cirugía	
	21	Resguarda los expedientes hasta la llegada del paciente	
	22	Organiza los expedientes dependiendo de la programación de cirugía	
	23	Solicita a enfermería a los pacientes según la programación de cirugía	
Subdirectora de Enfermería (jefa de Enfermería de quirófanos)	24	Organiza a los pacientes que se encuentran en cirugía ambulatoria	
	25	Prepara a los pacientes para el procedimiento quirúrgico	
	26	Detona el PROCEDIMIENTO DE SUPERVISIÓN Y CONTROL DE QUIROFANOS	

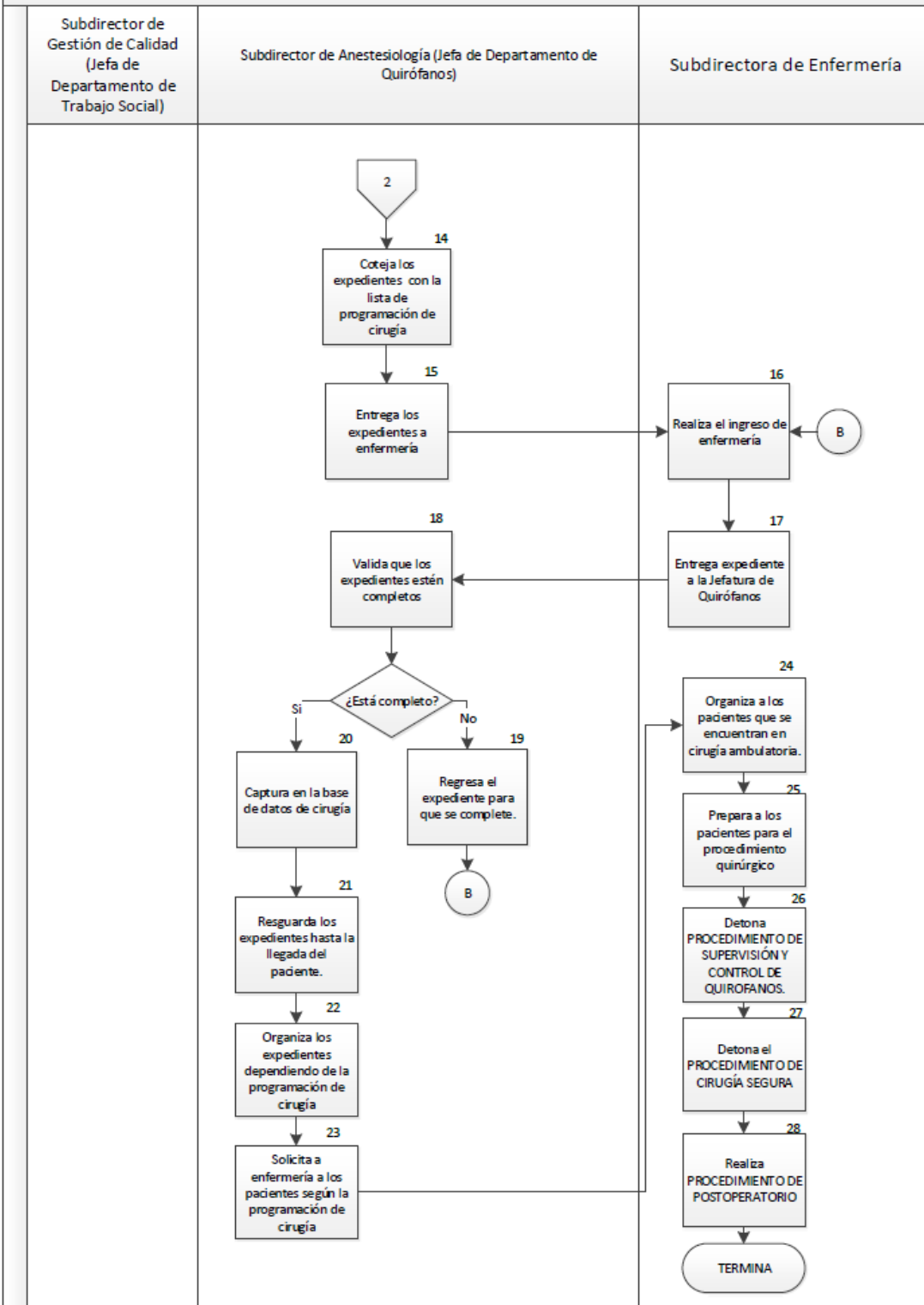




Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
	27	Detona el PROCEDIMIENTO DE CIRUGÍA SEGURA	
	28	Realiza PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO TERMINA PROCEDIMIENTO	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO A CIRUGÍA AMBULATORIA



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Ingreso a Cirugía Ambulatoria		Hoja: 10 de 25

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Funcional	No aplica
6.2 Guía Técnica para la Elaboración de Manuales de Procedimientos	No aplica
6.3 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Expediente Clínico	5 años	Departamento de Admisión Hospitalaria y Archivo Clínico	No. de registro



8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Consentimiento Informado: documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o 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.

8.2 Expediente clínico: al conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento 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 de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá 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.

8.3 Hoja de egreso voluntario: Documento por medio del cual el paciente, el familiar más cercano, tutor o representante legal, solicita el egreso, con pleno conocimiento de las consecuencias que dicho acto pudiera originar.

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



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Ingreso a Cirugía Ambulatoria		Hoja: 11 de 25

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
0	3/Noviembre/2017	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Nota de Ingreso de Trabajo Social
- 10.2 Hoja de Valoración Pre Anestésica
- 10.3 Hoja de Instrucciones de Ingreso
- 10.4 Consentimiento informado de Anestesia
- 10.5 Carta de Autorización para Hospitalización
- 10.6 Hoja de Bioestadística
- 10.7 Hoja de Enfermería
- 10.8 Hoja de Identificación del Paciente
- 10.9 Hoja de Programación y Registro Individual de Paciente
- 10.10 Nota Preoperatoria
- 10.11 Nota Postoperatoria

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Ingreso a Cirugía Ambulatoria		Hoja: 12 de 25

10.1. NOTA DE INGRESO DE TRABAJO SOCIAL



	Hospital General "Dr. Manuel Gea González" <small>Callezada de Tlalpan 4800, Col. Toriello Guerra, Deleg. Tlalpan, México 14000, D.F. Tel. Conmutador 5905-3511</small>	Page 1 of 1
Hoja de Seguimiento		
Fecha de Impresión martes, 14 de noviembre de 2017 11:26:09a.m.		
Paciente		Expediente 781182
Domicilio		Nivel Socioeconómico 2
Calle		Teléfono
		14250
	Num. Int.	Num. Ext. C.P.
<p>05 DE NOVIEMBRE DE 2017 21 29 HORAS PACIENTE FEMENINO DE 17 AÑOS DE EDAD EGRESA DE CAMA 304 CON DX: GESTA 1 CESAREA 1 + PUERPERIO FISIOLÓGICO POST CESAREA. PRESENTARA DONADORES EL 7 DE NOVIEMBRE. EL ALTA ES FIRMADA POR _____</p> <p>LA _____ REALIZA TRAMITE CORRESPONDIENTE POR ALTA. MUESTRA RECIBO CON SELLO DE SEGURO POPULAR QUE LE AMPARA CESAREA Y DIAS DE HOSPITALIZACION. LA _____ DE SEGURO POPULAR FIRMA EL DOCUMENTO. CABE MENCIONAR QUE LA POLIZA QUE PRESENTO ES DE LA MADRE DE PACIENTE. FOLIO 0913303520 CON VIGENCIA DE 11 DE ENERO DE 2016 AL 10 DE ENERO DE 2019. PACIENTE ES ESTUDIANTE DE BACHILLERES 4.</p> <p>SE DA ORIENTACION DE SIGUIENTE TRAMITE A REALIZAR.</p> <p>_____</p> <p>13 DE NOVIEMBRE DEL 2017 12: 21 HRS CON ESTA FECHA SE PRESENTA LA _____ DE LA PACIENTE QUIEN COMENTA QUE SU HIJA SE FUE DE ALTA EL DIA 5 DE NOVIEMBRE Y SOLO PASO UN DIA EN CASA REGRSO EL DIA 7 DEL MISMO AL HOSP. LA REVISARON EN URGENCIAS Y LE MENCIONARON QUE TENIA LA HERIDA INFECTADA QUE LA PASARIAN A LA CAMA 305 NO LE RESPERARON LA CAMA Y LA DEJARON EN URGENCIAS AHI LE REALIZARON EL LAVADO QUIRURGICO Y HOY SE VA DE ALTA SE LE HACE CAMBIO DE CLAVE DE LA 150 A 2018. SE ENVIA A FIRMAS</p>		

10.2. HOJA DE VALORACIÓN PRE ANESTÉSICA



Hospital General Dr. Manuel Gea González
NOTA PREANESTÉSICA

<p>Fecha y hora: _____</p> <p>Nombre del paciente: _____</p> <p>Edad: _____ Sexo: _____ Registro: _____</p> <p>Fecha de nacimiento: _____</p> <p>Diagnóstico(s) o problemas clínicos: _____</p> <p>_____</p> <p>Paciente programado para: _____</p> <p>_____</p>	<p>Vía aérea</p> <p>Predictores de ventilación difícil: SI _____ NO _____</p> <p>Especifique: _____</p> <p>_____</p> <p>Dentadura Normal _____ Anormal _____</p> <p>Especifique: _____</p> <p>Apertura bucal: _____ cm. Mallampati: _____</p> <p>Bellhouse: _____ Patil-Aldrete: _____</p> <p>Distancia esternomentoniana: _____</p> <p>Distancia tiromentoniana: _____</p> <p>Circunferencia del cuello: _____</p> <p>Se espera vía aérea: Fácil _____ Difícil _____</p>																																																												
<p>Resumen del Interrogatorio</p> <p>Antecedentes de importancia (Incluyendo comorbilidades, alérgicos, transfusionales, quirúrgicos, perinatales, etc.):</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Resultados de los servicios auxiliares y de tratamiento</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>Examen</th> <th>Resultado</th> <th>Fecha</th> <th>Examen</th> <th>Resultado</th> <th>Fecha</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hb/ Hto</td> <td></td> <td></td> <td>Sodio</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Leucositos</td> <td></td> <td></td> <td>Cloro</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Plaquetas</td> <td></td> <td></td> <td>Potasio</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>TP / INR</td> <td></td> <td></td> <td>Calcio</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>TTPa</td> <td></td> <td></td> <td>Magnesio</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Glucosa</td> <td></td> <td></td> <td>BT/BD</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Urea</td> <td></td> <td></td> <td>FA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>BON</td> <td></td> <td></td> <td>TSD/7GP</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Creatinina</td> <td></td> <td></td> <td>Albumina</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Otras: _____</p> <p>Radiografía de tórax: _____</p> <p>Electrocardiograma: _____</p> <p>_____</p> <p>Otros estudios de gabinete: _____</p> <p>_____</p>	Examen	Resultado	Fecha	Examen	Resultado	Fecha	Hb/ Hto			Sodio			Leucositos			Cloro			Plaquetas			Potasio			TP / INR			Calcio			TTPa			Magnesio			Glucosa			BT/BD			Urea			FA			BON			TSD/7GP			Creatinina			Albumina		
Examen	Resultado	Fecha	Examen	Resultado	Fecha																																																								
Hb/ Hto			Sodio																																																										
Leucositos			Cloro																																																										
Plaquetas			Potasio																																																										
TP / INR			Calcio																																																										
TTPa			Magnesio																																																										
Glucosa			BT/BD																																																										
Urea			FA																																																										
BON			TSD/7GP																																																										
Creatinina			Albumina																																																										
<p>Signos vitales:</p> <p>Peso: _____ Talla: _____ TA: _____ FC: _____ FR: _____ Temp: _____ IMC: _____</p> <p>Evaluación clínica del paciente:</p> <p>Cardiovascular: _____</p> <p>_____</p> <p>Respiratorio: _____</p> <p>_____</p> <p>Renal: _____</p> <p>_____</p> <p>Neurológico: _____</p> <p>_____</p> <p>Gastrointestinal: _____</p> <p>_____</p> <p>Musculoesquelético: _____</p> <p>_____</p> <p>Ginecológico y/o Urológico: _____</p> <p>_____</p> <p>Otros: _____</p> <p>_____</p>	<p>Tipo de anestesia propuesta: _____</p> <p>Riesgo anestésico (ASA): _____</p> <p>Medicación preanestésica: (Dosis, Vía y hora): _____</p> <p>plan anestésico, de acuerdo a las condiciones del paciente y a la cirugía programada: _____</p> <p>Pronóstico: _____</p> <p>Riesgo respiratorio: _____</p> <p>Riesgo cardiovascular (AHA/ACC): _____</p> <p>Riesgo tromboembólico: _____</p> <p>Riesgo quirúrgico: _____</p> <p>Riesgo global: _____</p>																																																												
<p>Exploración física:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Nombre completo del anestesiólogo, cédula profesional y firma</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																																																												

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Ingreso a Cirugía Ambulatoria		Hoja: 14 de 25

10.3. HOJA DE INSTRUCCIONES DE INGRESO

Si se programa para Cirugía

PASOS A SEGUIR

Para realizar el trámite debe acudir acompañado de un familiar mayor de 18 años o tutor.

1. **SU FECHA DE CIRUGÍA ES EL DÍA:** _____ MES _____ AÑO _____.
2. **PARA REALIZAR SUS TRÁMITES DEBE PAGAR SU PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EN CAJA.**
3. **VALORACIÓN PREANESTÉSICA.**
 Con su carnet y recibo de pago debe acudir al segundo piso de la Torre de Especialidades (junto al control de Oftalmología) en un horario de 9:00 a 14:00hrs. para su cita de valoración preanestésica.
 La fecha de su valoración es: _____/_____/_____.
TRABAJO SOCIAL. (AL TERMINAR SU CITA EN VALORACIÓN PREANESTÉSICA)
 Con su carnet y recibo de pago, se verificarán datos y se realizará una **NOTA DE INGRESO HOSPITALARIO**, en el segundo piso de la Torre de Especialidades en un horario de 8:00 a 13:00hrs. (DEBE ACUDIR ESE MISMO DÍA).
ADMISIÓN. (AL TERMINAR SU CITA EN TRABAJO SOCIAL DEBE ACUDIR A ADMISIÓN).
 Con recibo de pago, y esta hoja con los sellos Valoración Preanestésica y de Trabajo Social, debe presentarse en Planta Baja de la Torre de Especialidades. (48 horas previo a su cirugía). En el caso de pacientes que ameriten hospitalización este trámite lo realizaran 24 horas previas de la cirugía.
4. **EL DÍA DE SU CIRUGÍA.** Debe presentarse en la Torre de Especialidades.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Primer piso

<input type="checkbox"/> Sexto Piso | <input type="checkbox"/> Turno Matutino 7:00 horas



<input type="checkbox"/> Turno Vespertino 13:00 horas |
|---|---|

PARA SU ALTA HOSPITALARIA: con su hoja de alta y recibo de pago de la cirugía, presentarse en CAJA, TRABAJO SOCIAL Y ADMISIÓN para que le pongan los sellos correspondientes.



SELLO
Valoración Preanestésica

SELLO
Trabajo Social

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Ingreso a Cirugía Ambulatoria		Hoja: 15 de 25

10.4. CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA



Hospital General Dr. Manuel Gea González
Calzada de Tlalpan 4800, Col. Sección XVI, Alcaldía de Tlalpan, C.P. 14080, Cd. de México
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE ANESTESIA Y/O SEDACIÓN MODERADA

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ SEXO: _____
 No. DE REGISTRO: _____ CARÁCTER DE LA CIRUGÍA O PROCEDIMIENTO ELECTIVA: _____ URGENTE: _____
 NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: _____ EDAD: _____
 RELACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL: _____ DOMICILIO: _____
 DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO: _____
 CIRUGÍA Y/O PROCEDIMIENTO PLANEADO: _____

Yo _____ en pleno uso de mis facultades mentales y en mi calidad de paciente o representante legal de éste, de conformidad a lo que establece el artículo 103 de la Ley General de Salud, el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica artículos 80, 81 y 82; la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico numerales 4.2, 10.1.1 al 10.1.1.1.8, 10.1.1.2 y 10.1.1.2.3, así como la NOM-006-SSA3-2011 para la Práctica de la Anestesiología numerales 4.4, 8.2, 13.1.1, 14.1 y 15.1.1.1;

DECLARO EN FORMA LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE LO SIGUIENTE:



- En base a mi derecho inalienable de elegir a mi médico, acepto al Dr. (a) _____ como mi Médico Anestesiólogo, quien está avalado por _____, y debidamente autorizado para ejercer la Anestesiología por _____.
 - Se me ha informado que este Hospital cuenta con equipo médico para mi cuidado y manejo durante mi procedimiento, y aun así, no me exime de presentar complicaciones.
 - Entiendo que las complicaciones, aunque poco probables, son posibles y pueden ser desde leves, tales como: pérdida o daño de una pieza dental, dolor de espalda o en el sitio de punción, dolor de cabeza, alteraciones asociadas con la posición quirúrgica, dificultad transitoria para orinar, molestias oculares o de garganta, heridas de boca y tos; hasta tales como aspiración del contenido gástrico, descompensación de mis enfermedades crónicas, alteraciones cardíacas, renales, de la presión arterial, complicaciones pulmonares, reacciones medicamentosas, transfusionales, lesiones nerviosas o de médula espinal (así como las que al reverso del presente consentimiento de se señalan). Todas ellas pudieran causar secuelas permanentes e incluso llevar al fallecimiento. El beneficio que obtendré con la aplicación de la anestesia es que se pueda llevar a cabo el procedimiento diagnóstico y/o quirúrgico llamado _____ para intentar mejorar mi estado de salud.
 - Entiendo también que todo acto médico implica una serie de riesgos que puede deberse a mi estado de salud, alteraciones congénitas o anatómicas que padezca, mis antecedentes de enfermedades, tratamientos actuales y previos, a la técnica anestésica o quirúrgica, al equipo médico utilizado y/o a la enfermedad que condiciona al procedimiento médico o quirúrgico al que he decidido someterme.
 - Estoy consciente de que puedo requerir de tratamientos complementarios que aumenten mi estancia hospitalaria con la participación de otros servicios o unidades médicas, con el incremento consecuente de los costos.
 - El Médico Anestesiólogo ha respondido mis dudas y me ha explicado en lenguaje claro y sencillo las alternativas anestésicas posibles y ACEPTO anestesia tipo _____, he entendido los posibles riesgos y complicaciones de esta técnica anestésica.
 - Se me ha explicado que mi atención pudiera intervenir médicos en entrenamiento de la especialidad de anestesiología, pero siempre bajo la vigilancia y supervisión de mi Médico anestesiólogo.
 - En mi presencia han sido llenados o cancelados todos los espacios en blanco que se presentan en este documento.
 - Que existe la posibilidad de que mi procedimiento anestésico, se retrase e incluso se suspenda por causas propias a la dinámica de los procedimientos quirúrgicos y/o anestésicos, o por causas de fuerza mayor (urgencias).
 - Se me ha informado que, de no existir este documento en mi expediente, no se podrá llevar a cabo el procedimiento quirúrgico planeado.
 - En virtud de estar aclaradas todas mis dudas, DOY MI CONSENTIMIENTO para que mi persona o representado pueda ser anestesiado con los riesgos inherentes al procedimiento y autorizo al anestesiólogo para que, de acuerdo a su criterio, cambie la técnica anestésica intentando con ello resolver cualquier situación que se presente durante el acto anestésico quirúrgico o de acuerdo a mis condiciones físicas y/o emocionales.
- En Ciudad de México, a los _____ días del mes de _____ del año _____.

NOMBRE COMPLETO, FIRMA
Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O
REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Ingreso a Cirugía Ambulatoria		Hoja: 16 de 25

10.5. CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA HOSPITALIZACIÓN



Hospital General Dr. Manuel Gea González
CALZ. DE TLALPAN 4800 CDMX 14080 TEL. 4000 3000

**CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA LA HOSPITALIZACIÓN DEL PACIENTE MENOR DE EDAD,
INCONSCIENTE, CON CAPACIDADES FÍSICAS Y/O MENTALES DIFERENTES**

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, Capítulo IV, Artículos 80, 81, 82 y 83 y de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, incisos 10, 10.1, 10.1.2 y 10.1.3

Ciudad de México a

Hora:

**C. DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"**
PRESENTE.

Datos del Ingreso:

Urg () C.E. () Ref ()

No. de Registro:

Servicio:

Cama:

Dx:

Con la finalidad de dar cumplimiento a lo establecido en los artículos 80, 81, 82 y 83 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, así como el inciso 10.1.2 de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 El (la) suscrito (a) bajo protesta de decir verdad, manifiesto llamarme:

C.

Fecha de Nacimiento:

Con domicilio particular en la calle:

Número:

Colonia:

Alcaldía o Mpio.:

Estado:

Código Postal:

Teléfono:

En pleno uso de mis facultades mentales y toda vez que se me ha explicado amplia y claramente la naturaleza y el fin de este documento, autorizo al personal médico del Hospital General a su digno cargo, para que proceda al ingreso hospitalario de mi

Familiar de nombre


Sexo;

Edad;

y a efectuarle los estudios y las investigaciones que sean necesarias para el diagnóstico de su enfermedad y previa información, realizar los tratamientos médicos, quirúrgicos u otros que convengan para su beneficio.



También se me ha explicado que en mi atención puede intervenir personal de Salud en formación, pero siempre bajo la vigilancia y supervisión del profesional de Salud adscrito al Hospital.

Nombre completo y Firma del Familiar o Persona responsable


 En caso de no poder firmar
 huella digital del pulgar derecho del
 familiar o persona responsable

Nombre completo y Firma del testigo

Nombre completo y Firma del testigo

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Ingreso a Cirugía Ambulatoria		Hoja: 17 de 25



Hospital General Dr. Manuel Gea González
 CALZ. DE TLALPAN 4800 CDMX 14080 TEL. 4000 3000
CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA LA HOSPITALIZACIÓN DEL PACIENTE ADULTO

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, Capítulo IV, Artículos 80, 81, 82 y 83 y de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, incisos 10, 10.1, 10.1.2 y 10.1.3

Ciudad de México a

Hora:

**C. DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL
 "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
 PRESENTE.**

Datos del Ingreso:

Urg () C.E. () Ref ()

No. de Registro:

Servicio:

Cama:

Dx:

Con la finalidad de dar cumplimiento a lo establecido en los artículos 80, 81, 82 y 83 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, así como el inciso 10.1.2 de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, El (la) suscrito (a) bajo protesta de decir verdad, manifiesto llamarme:

C. Fecha de nacimiento: Sexo: Edad:

Con domicilio particular en la calle: Número:

Colonia: Alcaldía o Mpio.:

Estado: Código Postal: Teléfono:

En pleno uso de mis facultades mentales y toda vez que se me ha explicado amplia y claramente la naturaleza y el fin de este documento, autorizo al personal médico del Hospital General a su digno cargo, para que proceda a mi ingreso hospitalario, así como a efectuarme los estudios y las investigaciones que sean necesarias para el diagnóstico de mi enfermedad y previa información realizar los tratamientos médicos, quirúrgicos u otros que convengan para mi beneficio.

También se me ha explicado que en mi atención puede intervenir personal de Salud en formación, pero siempre bajo la vigilancia y supervisión del profesional de Salud adscrito al Hospital.



ATENTAMENTE

 Nombre completo y firma del paciente

En caso de no poder firmar
 huella digital del pulgar derecho del
 familiar o persona responsable

 Nombre completo y firma del testigo

 Nombre completo y firma del testigo

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Ingreso a Cirugía Ambulatoria		Hoja: 21 de 25

10.8. HOJA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE



Hospital General
Dr. Manuel Gea González
IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Servicio: _____

Nombre: _____



Fecha de Nacimiento: _____ **Edad:** _____

No. de Registro: _____

Fecha de Ingreso: _____

Médico tratante: _____

<u>RIESGOS</u>	
ALERGIA: _____	
CAIDA	→ Alto Riesgo <input type="checkbox"/>
	→ Mediano Riesgo <input type="checkbox"/>
	→ Bajo Riesgo <input type="checkbox"/>
NUTRICIONAL	
Riesgo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Ingreso a Cirugía Ambulatoria		Hoja: 22 de 25

10.9 HOJA DE PROGRAMACIÓN Y REGISTRO INDIVIDUAL DE PACIENTES





Hospital General
Dr. Manuel Gea González
SOLICITUD, REGISTRO DE OPERACIONES Y
NOTA POSTOPERATORIA

Nombre del Paciente:			Registro:		
Fecha de Nacimiento:			Peso:		
Edad:	Sexo: masculino ()	femenino ()	Cama:		
Servicio:		Clinica:	Tiempo quirúrgico estimado:		
Fecha de Solicitud:	_____ día _____ mes _____ año	Hora Solicitud:			
Fecha de Programación:	_____ día _____ mes _____ año	Recibe Solicitud:			
Fecha de la Cirugía:	_____ día _____ mes _____ año	Hora de Recepción:			
Electiva ()		Urgencia ()	EMERGENCIA ()	Ambulatoria (si) (no)	
Durante la Operación se requiere:					
Instrumental:			Colaboración de los servicios de:		
Nombre y firma de quien recibe la solicitud:			Riesgo Quirúrgico: I. II. III. IV. Anestesia: General () Local () Regional ()		
Médico Solicitante			Médico Jefe de la División		
Firma			Firma		
Nombre		Cédula Profesional	Nombre		Cédula Profesional
Diagnóstico Preoperatorio:			Diagnóstico Postoperatorio:		
1.-			1.-		
2.-			2.-		
3.-			3.-		
4.-			4.-		
Operación Planeada:			Operación Realizada:		
1.-			1.-		
2.-			2.-		
3.-			3.-		
4.-			4.-		
Cirujano:			Estudio Histopatológico: (si) (no)		
1er. Ayudante:			Pieza:		
2º. Ayudante:			RayosX:		
3er. Ayudante:			Drenajes: (si) (no)		Tipo:
Instrumentista:			Diferimiento de Cirugía: (si) (no)		
Circulante:			Motivo debido a: Paciente () Institución ()		
Anestesiólogo:			Especifique:		
Calidad en Quirofano	Previo al Inicio	Previo al Término	Hora de inicio Cirugía: _____ Anestesia: _____		
Pausa Quirúrgica	SI () NO ()	SI () NO ()	Hora de término Cirugía: _____ Anestesia: _____		
Gasas	SI () NO ()	SI () NO ()			
Compresas	SI () NO ()	SI () NO ()	Sangrado (ml): _____ ml.		
Instrumental	SI () NO ()	SI () NO ()	Transfusiones: (SI) (NO) _____ ml.		
Punzocortantes	SI () NO ()	SI () NO ()	Balance Hídrico: _____ ml.		

06-01-0028

LICENCIA SANITARIA 1014004673

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Ingreso a Cirugía Ambulatoria		Hoja: 23 de 25





Hospital General
Dr. Manuel Gea González
SOLICITUD, REGISTRO DE OPERACIONES Y
NOTA POSTOPERATORIA


Nombre del Paciente:		Registro:	
Fecha de Nacimiento:		Peso:	
Edad:	Sexo: masculino () femenino ()	Cama:	
Signos Vitales:	Frecuencia Cardíaca: _____ por minuto	Tensión Arterial: _____ / _____ mmHg	
Peso: _____ Kgs.	Frecuencia Respiratoria: _____ por minuto	Temperatura: _____ °C	
Talla: _____ Kgs.	Saturación de Oxígeno: _____ %		
Fecha y hora de elaboración de la Nota Postoperatoria:			
Accidentes: (SI) (NO) Especifique:		Incidentes: (SI) (NO) Especifique:	
Descripción de la Técnica Quirúrgica:			
Hallazgos Transoperatorios:			
Estudios Transoperatorios y Resultados:			
Estado Postquirúrgico Inmediato: Estable () Inestable () Fallecido ()			
Comentarios:			
Plan Manejo y Tratamiento Postoperatorio Inmediato:			
Pronóstico: Bueno () Malo ()			
Comentarios:			
Elaborado por:		Responsable de la cirugía	
Firma		Firma	
Nombre	Cédula Profesional	Nombre	Cédula Profesional



06-01-0028

LICENCIA SANITARIA 1014004673



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Ingreso a Cirugía Ambulatoria		Hoja: 24 de 25

10.10 NOTA PREOPERATORIA

NOTA PREOPERATORIA	HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"	
SERVICIO: _____		
NOMBRE COMPLETO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____		
EDAD: _____ SEXO: _____ No. EXP: _____		
SIGNOS VITALES: T.A. _____ F.C. _____ FR. _____ TEMP: _____ PESO: _____ TALLA: _____		
FECHA DE LA CIRUGÍA: _____ FECHA Y HORA DE ELABORACIÓN: _____		
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATORIO:		
PLAN QUIRÚRGICO:		
TIPO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:		
RIESGO QUIRÚRGICO:		
CUIDADOS Y PLAN TERAPÉUTICO PREOPERATORIO:		
PRONÓSTICO:		
UN INTEGRANTE DEL EQUIPO QUIRÚRGICO PODRÁ ELABORAR EL REPORTE DE LLENADO DE PROCESO DE VERIFICACIÓN PRE-PROCEDIMIENTO O LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA.		
NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO QUE ELABORÓ LA NOTA		
NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO RESPONSABLE:		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de atención médica-quirúrgica-rehabilitación fuera de quirófanos centrales		Hoja: 1 de 34

17. PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA- QUIRÚRGICA- REHABILITACIÓN FUERA DE QUIRÓFANOS CENTRALES

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de atención médica-quirúrgica-rehabilitación fuera de quirófanos centrales		
			Hoja: 2 de 34

1. PROPÓSITO

Establecer las actividades de todo el personal de salud involucrado para la atención de pacientes que ameriten un procedimiento quirúrgico fuera de quirófanos centrales, para ofrecer un trato digno, calidad y seguridad en la atención del paciente.



2. ALCANCE

2.1. A nivel interno aplica a la Dirección Médica a través de las Subdirecciones Médicas es responsable de la atención médica-quirúrgica- rehabilitación de los usuarios del Hospital, Subdirección de Enfermería responsable de otorgar los cuidados clínicos indicados para cada paciente, Subdirección de Gestión de Calidad encargada de evaluar la seguridad y calidad de atención de los usuarios, así como la evaluación del nivel socioeconómico de los pacientes y Subdirección de Recursos Financieros a través del Departamento de Tesorería es responsable de realizar los cobros de los procedimientos de acuerdo a las cuotas de recuperación establecidas.


2.2. A nivel externo aplica a todo paciente que amerite un procedimiento médico-quirúrgico-rehabilitación fuera de quirófanos centrales.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1. La Dirección Médica está conformada por todas las Subdirecciones, Divisiones y Departamentos médicos y quirúrgicos del Hospital General Dr. Manuel Gea González.
- 3.2. La Subdirecciones Médicas son responsables de realizar este procedimiento a todo paciente ya sea que provenga de la Consulta Externa o Urgencias, y amerite cualquier intervención médica-quirúrgica-rehabilitación en el momento de su atención.
- 3.3. Las Subdirecciones Médicas son responsables de registrar todos los pacientes que se les realice alguna intervención de este tipo en la plataforma electrónica correspondiente, completando todos los campos obligatorios, así como agregar una nota médica en el mismo.
- 3.4. La Subdirección de Cirugía y la Subdirección de Gestión de Calidad a través del Departamento de Trabajo social es responsable de notificar a los familiares y/o paciente que el registro de atención o pago u otro trámite administrativo, cuando el paciente se encuentre grave o inestable, se podrá realizar posterior a la atención médica.
- 3.5. La Subdirección de Cirugía es responsable de que toda Intervención que se realice fuera de quirófanos centrales, debe tener una estimación de duración no superior a 2 horas.
- 3.6. Las Subdirecciones médicas son responsables del llenado correcto y completo del Consentimiento Informado, así como corroborar que este firmado por el personal médico, paciente y sus familiares.
- 3.7. Las Subdirecciones médicas son responsables de realizar la nota médica en el expediente clínico de los pacientes provenientes de la Consulta Externa.
- 3.8. La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica es responsable del llenado de todos los formatos necesarios para este tipo de procedimientos.
- 3.9. La Subdirección de Anestesia a través de la División de Anestesia es responsable del llenado del consentimiento informado, así como todos los formatos necesarios, en caso de que participen en estas intervenciones.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de atención médica-quirúrgica-rehabilitación fuera de quirófanos centrales		
			Hoja: 3 de 34

- 3.10. Las Subdirecciones médicas son responsables de registrar en la plataforma electrónica cada vez que el mismo paciente acuda a sus citas subsecuentes.
- 3.11. En el caso de pacientes de urgencias que no será necesaria la apertura del expediente clínico, solo serán pacientes que se determine que solo se evaluarán en no más de 5 ocasiones y en un periodo no mayor a 4 meses, los cuales deberán ser registrados en la plataforma electrónica y tener consentimiento informado debidamente requisitado y firmado.
- 3.12. La Dirección Médica a través de sus Divisiones y Departamentos Médicos son responsables del resguardo de los consentimientos informados de estos pacientes.
- 3.13. La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica es responsable de apoyar al médico en todo procedimiento médico-quirúrgico, ya sea con la entrega de insumo, asistencia o movilización del paciente.
- 3.14. La Subdirección de Cirugía a través de todas sus Divisiones y Departamentos son responsables de determinar si el paciente acudió por un padecimiento que requiere seguimiento por consulta externa, por lo que realizara apertura expediente, en caso contrario se enviara a su unidad de salud correspondiente.
- 3.15. Las Subdirecciones Médicas son responsables de enviar cualquier muestra de patología con la Solicitud de Estudio Patología y deberán cumplir con todos los requerimientos establecidos en el "Procedimiento de recepción, estudio, interpretación y entrega de resultados de biopsias y especímenes quirúrgicos".

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA
	Procedimiento de atención médica-quirúrgica- rehabilitación fuera de quirófanos centrales Hoja: 4 de 34

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

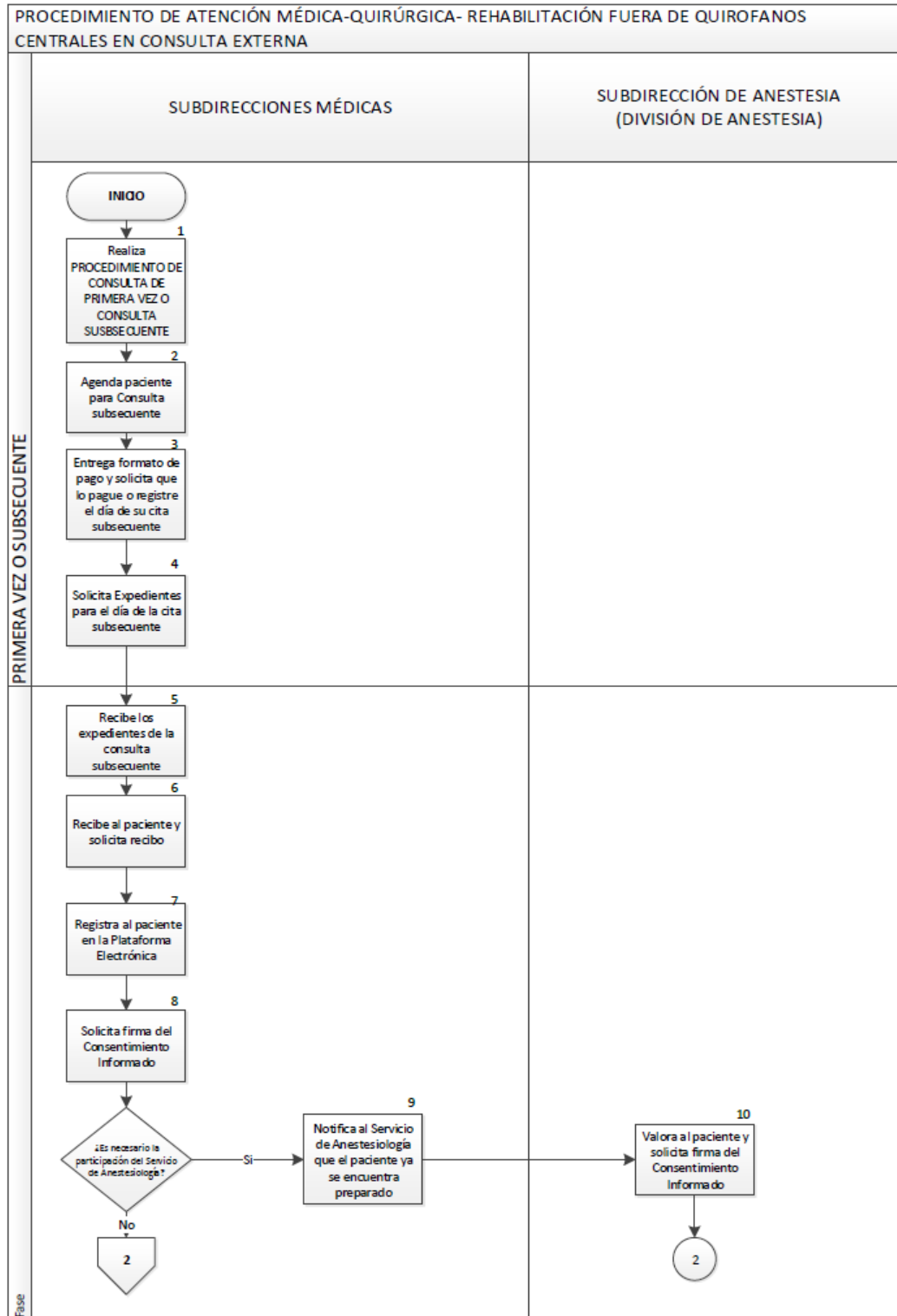
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
SUBDIRECCIONES MÉDICAS	1	Realiza PROCEDIMIENTO DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ O CONSULTA SUBSECUENTE	
	2	Agenda paciente para Consulta Subsecuente	
	3	Entrega formato de pago y solicita que lo pague o registre el día de su cita subsecuente	
	4	Solicita expedientes para el día de la Cita Subsecuente	
SUBDIRECCIONES MÉDICAS	5	Recibe los expedientes de la Consulta Subsecuente	Recibo Consentimiento Informado
	6	Recibe al paciente y solicita recibo	
	7	Registra al paciente en Plataforma electrónica	
	8	Solicita firma del Consentimiento Informado ¿Es necesario la participación del Servicio de Anestesiología?	
	9	Si: Notifica al Servicio de Anestesiología que el paciente ya se encuentra preparado.	
SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA (DIVISIÓN DE ANESTESIOLOGÍA)	10	Valora al paciente y solicita firma del Consentimiento Informado	
	11	Realiza PROCEDIMIENTO DE ANESTESIA EN PROCEDIMIENTOS MENORES FUERA DE QUIRÓFANOS CENTRALES	
SUBDIRECCIONES MÉDICAS	12	No: Prepara al paciente	Nota de la Intervención médico-quirúrgica-rehabilitación
	13	Realiza Intervención Médico-quirúrgico-Rehabilitación ¿El paciente presenta alguna complicación durante el procedimiento?	

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
	14	Si: Detona PROCEDIMIENTO DE CIRUGÍA DE URGENCIAS. Termina Procedimiento	
	15	No: Mantiene al paciente en Observación ¿El paciente amerita hospitalización?	
	16	Si: Detona PROCEDIMIENTO DE INGRESO HOSPITALARIO	
		Detona PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN	
		Detona PROCEDIMIENTO DE HOSPITALIZACIÓN. Termina Procedimiento.	
	17	No: Entrega Hoja de Indicaciones y receta	
	18	Termina el registro de toda la atención en la plataforma electrónica y en el expediente clínico	
	19	Envía al paciente para agendar cita subsecuente en el servicio.	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

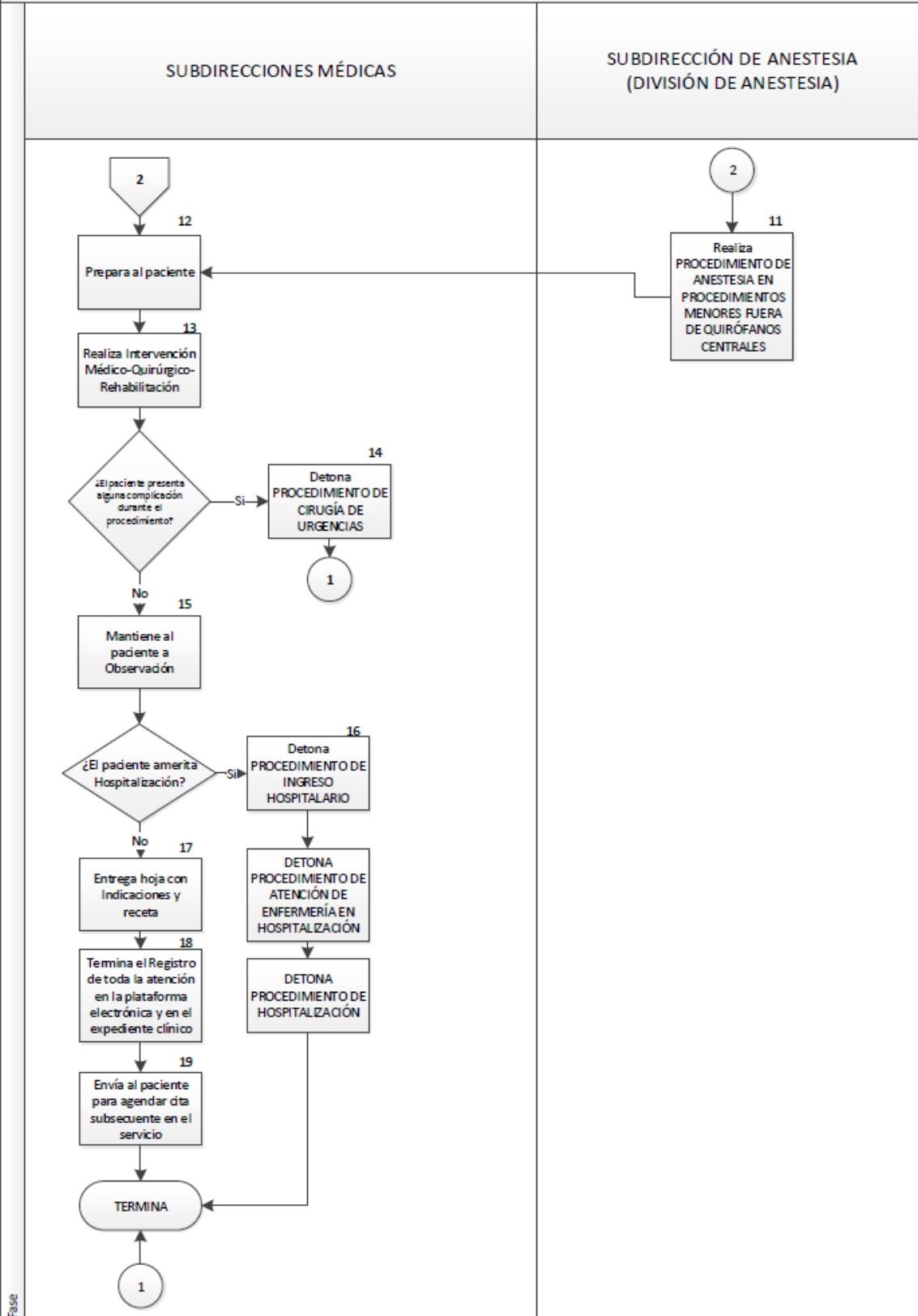
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
SUBDIRECCIONES MÉDICAS	1	Inicia PROCEDIMIENTO DE CIRUGÍA DE URGENCIAS	Recibo Consentimiento Informado
	2	Solicita al paciente que acuda a cajas a registro o pago del procedimiento	
	3	Envía al paciente a la sala o área donde se le realizara la intervención médico-quirúrgica.	
	4	Registra al paciente en la Plataforma Electrónica, la descripción del procedimiento.	
	5	Solicita firma del Consentimiento Informado ¿Es necesario la participación del Servicio de Anestesiología?	
	6	Si: Notifica al Servicio de Anestesiología que el paciente ya se encuentra preparado	
SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA (DIVISIÓN DE ANESTESIOLOGÍA)	7	Valora al paciente y solicita firma del Consentimiento Informado	
	8	Realiza PROCEDIMIENTO DE ANESTESIA EN PROCEDIMIENTOS MENORES FUERA DE QUIRÓFANOS CENTRALES	
SUBDIRECCIONES MÉDICAS	9	No: Prepara al paciente	Nota de la Intervención médico-quirúrgica-rehabilitación
	10	Realiza Intervención Médico-quirúrgico-Rehabilitación ¿El paciente presenta alguna complicación durante el procedimiento?	
	11	Si: Detona PROCEDIMIENTO DE CIRUGÍA DE URGENCIAS. Termina Procedimiento	
	12	No: Mantiene al paciente en Observación ¿El paciente amerita hospitalización?	
	13	Si: Detona PROCEDIMIENTO DE INGRESO HOSPITALARIO Detona PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN	

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
		<p>DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN</p> <p>Detona PROCEDIMIENTO DE HOSPITALIZACIÓN, termina procedimiento.</p>	
	14	No: Entrega Hoja de Indicaciones y receta	
	15	Termina el registro de toda la atención en la plataforma electrónica y en el expediente clínico	
	16	<p>Imprime Notas e Integra carpeta con ID de Plataforma Electrónica</p> <p>¿El paciente cuenta con expediente clínico?</p>	
	17	Si: Envía las Notas al Departamento de Admisión y Archivo Clínico. Va actividad 19	
	18	No: Resguarda las Notas en Carpeta de Urgencias	
	19	Envía al paciente para agendar cita subsecuente en el servicio, en caso necesario.	
	20	<p>Realiza PROCEDIMIENTO DE URGENCIAS SUBSECUENTE.</p> <p>TERMINA PROCEDIMIENTO</p>	

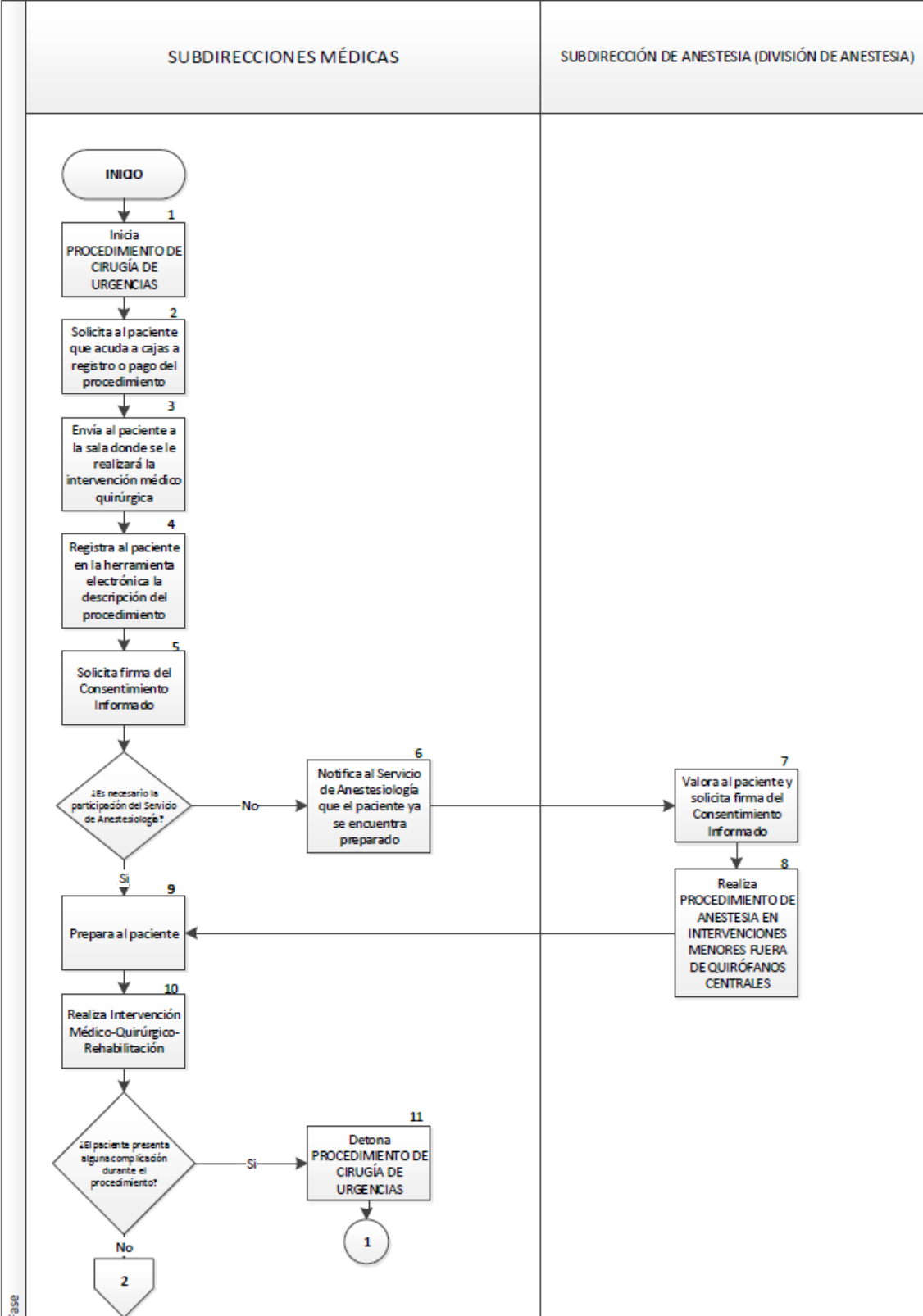
5. DIAGRAMA DE FLUJO



PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA-QUIRÚRGICA- REHABILITACIÓN FUERA DE QUIROFANOS CENTRALES EN CONSULTA EXTERNA

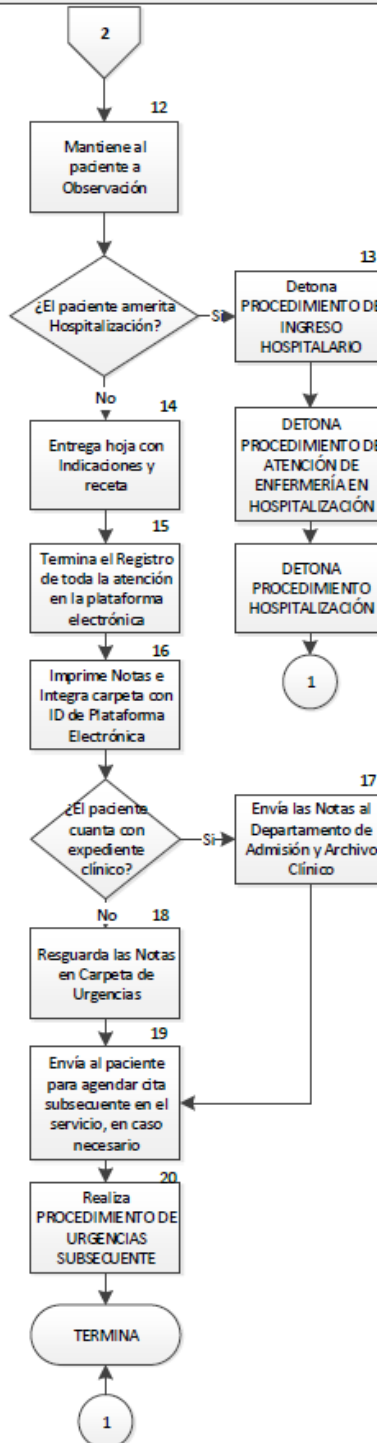




PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA-QUIRÚRGICA- REHABILITACIÓN FUERA DE QUIROFANOS CENTRALES EN URGENCIAS



PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA-QUIRÚRGICA- REHABILITACIÓN FUERA DE QUIROFANOS CENTRALES EN URGENCIAS

SUBDIRECCIONES MÉDICAS



 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de atención médica-quirúrgica-rehabilitación fuera de quirófanos centrales		Hoja: 12 de 34

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Funcional	No aplica
6.2 Guía Técnica para la Elaboración de Manuales de Procedimientos	No aplica
6.3 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico	No aplica
6.4 Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2018 que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos médicos para la atención médica de pacientes ambulatorios.	No aplica
6.5 Guías clínicas mexicanas e internacionales de cirugía menor	No aplica

7. REGISTROS



Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Expediente Clínico	5 años	Departamento de Admisión Hospitalaria y Archivo Clínico	No. de registro

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Consentimiento Informado: documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o 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.

8.2 Expediente clínico: al conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento 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 de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá 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.

8.3 Hoja de egreso voluntario: Documento por medio del cual el paciente, el familiar más cercano, tutor o representante legal, solicita el egreso, con pleno conocimiento de las consecuencias que dicho acto pudiera originar.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		Hoja: 13 de 34
	Procedimiento de atención médica-quirúrgica-rehabilitación fuera de quirófanos centrales		



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

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
0	07/12/2021	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LA DIVISIÓN DE CIRUGÍA GENERAL Y ENDOSCOPICA
- 10.2 PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LA DIVISIÓN DE CIRUGÍA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA
- 10.3 PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LA DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA
- 10.4 PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LA DIVISIÓN DE UROLOGÍA
- 10.5 PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LA DIVISIÓN DE ORTOPEDIA
- 10.6 PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LA DIVISIÓN DE OTORRINOLARINGOLOGÍA
- 10.7 PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LA DIVISIÓN DE GINECOLOGÍA
- 10.8 PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LA DIVISIÓN DE MEDICINA INTERNA
- 10.9 PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LA DIVISIÓN DE NEONATOLOGÍA
- 10.10 PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LA DIVISIÓN DE DERMATOLOGÍA
- 10.11 PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS DE LA DIVISIÓN DE ÁREAS CRÍTICAS PEDIATRICAS
- 10.12 SEU-GEA
- 10.13 RDPAC-SINBA
- 10.14 CONSENTIMIENTO INFORMADO
- 10.15 NOTA DE EVOLUCIÓN
- 10.16 SOLICITUD DE ESTUDIO DE PATOLOGIA
- 10.16 SOLICITUD DE HISTOPATOLOGÍA DE DERMATOPATOLOGÍA
- 10.17 CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de atención médica-quirúrgica-rehabilitación fuera de quirófanos centrales		Hoja: 14 de 34

10.1 PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LA DIVISIÓN DE CIRUGÍA GENERAL Y ENDOSCÓPICA

CIRUGÍA GENERAL

1. LAVADO DE INFECCIONES DE TEJIDO CELULAR SUBSCUTANEO QUE NO REQUIERA ANESTESIA
2. CURACIÓN SIMPLE
3. RETIRO DE PUNTOS
4. RECAMBIO DE VAC QUE NO REQUIERA ANESTESIA
5. EXCISIÓN DE GANGLIO SUPERFICIAL
6. EXCISIÓN DE LIPOMA Y OTRAS LESIONES SUPERFICIALES

CIRUGÍA VASCULAR

1. COLOCACIÓN DE CATETER VENOSO CENTRAL

CIRUGÍA DE TORAX



1. COLOCACIÓN DE SONDA PLEUROSTOMÍA

UTI

1. TRAQUEOSTOMIA PERCUTANEA
2. BRONCSCOPIA
3. COLOCACIÓN DE CATETER VENOSO CENTRAL



ENDOSCOPIA

1. ESTUDIOS ENDOSCÓPICOS

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de atención médica-quirúrgica-rehabilitación fuera de quirófanos centrales		Hoja: 15 de 34



10.2 PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LA DIVISIÓN DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA

1. APLICACIÓN DE PLASMA RICO EN PLAQUETAS
2. AVANCE, TRANSPOSICIÓN O ROTACIÓN DE COLGAJOS
3. BICHATECTOMÍA
4. BLEFAROPLASTIA SUPERIOR E INFERIOR (CASOS SELECCIONADOS)
5. COLGAJOS LOCALES
6. CORRECCIONES CICATRICES
7. CORRECCIÓN DE ECTOPRIÓN POR PARALISIS FACIAL, SENIL O IATROGÉNICO
8. CORRECCIÓN POSTMAMOPLASTIA, ABDOMINOPLASTÍA U OTROS PROCEDIMIENTOS CON RESECCIÓN DE PIEL (PLIGUES DE ROTACIÓN)
9. CORRECCIÓN DE PTOSIS PALPEBRAL ADQUIRIDA
10. FRENILECTOMÍA
11. LIBERACIÓN DE DEDO EN GATILLO
12. LIBERACIÓN DE PEDICULO EN COLGAJOS PEDICULADOS
13. LIBERACIÓN DEL TÚNEL DE CARPO
14. LIPOTRASNFERENCIA EN LABIOS, SURCOS NASOGENIANOS, CICATRICES DEPRIMIDAS
15. LOBULOPLASTÍAS
16. MICROINJERTOS Y NANOINJERTOS DE GRASA
17. OTOPLASTÍAS
18. PROFUNDIZACIÓN DE FONDO DE SACO VESTIBULAR
19. PROFUNDIZACIÓN DE CONCHA AURICULAR
20. PEXIA DE CEJAS
21. RECONSTRUCCIÓN DE COMPLEJO AREOLA-PEZÓN
22. REPOSICIÓN DE ALARES EN LPH
23. RESECCIÓN DE TUMORES BENIGNOS DE PIEL
24. RESECCIÓN DE TUMORES MALIGNOS DE PIEL NO PERTENECIENTES A ZONAS ESPECIALES
25. TOMA Y APLICACIÓN DE INJERTOS DE ESPESOR TOTAL
26. TOMA Y APLICACIÓN DE INJERTOS DE ESPESOR PARCIAL PEQUEÑOS
27. TOMA Y APLICACIÓN DE INJERTOS DE CONCHA AURICULAR



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de atención médica-quirúrgica-rehabilitación fuera de quirófanos centrales		Hoja: 16 de 34

10.3 PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LA DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA

1. FACOEMULSIFICACIÓN MÁS IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR
2. IMPLANTE DE VÁLVULA DE AHMED
3. TRABECULECTOMÍA
4. TRABECULOTOMÍA ASISTIDA POR GONIOSCOPIA
5. EXTRACCIÓN EXTRACAPSULAR DE CATARATA MÁS IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR
6. RECOLOCACIÓN DE PUNTO
7. EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO
8. CURETAJE DE CHALAZIÓN
9. CIERRE DE HERIDA PALPEBRAL
10. CANTOTOMÍA CANTOLISIS
11. RESECCIÓN DE PTERIGIÓN
12. IMPLANTE DE LENTE SECUNDARIO
13. RECOLOCACIÓN DE LENTE INTRAOCULAR
14. DESTECHAMIENTO DE VÁLVULA
15. CIERRE DE HERIDA CORNEAL (ALGUNOS CASOS)
16. TARSORRAFIA
17. BLEFAROPLASTIA DE AMBOS PÁRPADOS
18. REFORMACIÓN DE CÁMARA ANTERIOR
19. LAVADO DE CÁMARA ANTERIOR
20. RECOLOCACIÓN DE TUBO
21. RETIRO DE VÁLVULA
22. RETIRO DE BANDA
23. RECONSTRUCCIÓN DE CANALÍCULO
24. CANALICULOPLASTÍA
25. PUNTOPLASTÍA
26. PUNTOS DE QUICKERT
27. CORRECCIÓN DE ECTROPIÓN
28. CORRECCIÓN DE ENTROPIÓN
29. TIRATARSAL
30. LIPECTOMÍA
31. TOMA DE BIOPSIA PALPEBRAL
32. TOMA DE BIOPSIA CONJUNTIVAL O CORNEAL
33. RECONSTRUCCIÓN PALPEBRAL
34. IRIDECTOMÍA
35. PEXIA DE CEJA
36. NEUMORETINOPEXIA
37. CORRECCIÓN DE ESTRABISMO
38. ESCLERECTOMÍA PROFUNDA NO PENETRANTE
39. CICLOCRIOTERAPIA
40. TRASPLANTE DE CÉLULAS DE LIMBO
41. IMPLANTE DE ANILLOS INTRACORNEALES
42. IMPLANTE DE LENTE FAQUICO

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de atención médica-quirúrgica-rehabilitación fuera de quirófanos centrales		Hoja: 17 de 34

43. VITRECTOMÍA ANTERIOR
44. RECONSTRUCCIÓN DEL SEGMENTO ANTERIOR
45. COLGAJO CONJUNTIVAL
46. INJERTO ESCLERALES CON COLGAJO CONJUNTIVAL
47. RECUBRIMIENTO CON MUCOSA
48. LIBERACIÓN SIMBLEFARON
49. CROSSLINKING

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de atención médica-quirúrgica-rehabilitación fuera de quirófanos centrales		Hoja: 18 de 34



10.4 PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LA DIVISIÓN DE UROLOGÍA

URGENCIAS

1. URETEROSCOPIAS
2. CISTOSCOPIAS
3. URETROSTOMIAS INTERNAS
4. LIPTOTRIPSIAS
5. NEFROSTOMIAS
6. COLOCACIÓN DE CATETES URETERALES DOBLE J
7. BIOPSIA
8. COLOCACIÓN DE SONDA URETRAL



CONSULTA EXTERNA

1. CAMBIO DE SONDA
2. DILTACIONES URETRALES
3. APLICACIÓN DE INMUNOTERAPIA
4. CURACIONES
5. ESTUDIOS URODINAMICOS
6. UROFLUJOMETRÍA

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		Hoja: 19 de 34
	Procedimiento de atención médica-quirúrgica-rehabilitación fuera de quirófanos centrales		

10.5 PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LA DIVISIÓN DE ORTOPEDIA

1. SUTURAS DE PIEL Y TENDONES
2. CAMBIOS DE SISTEMAS DE PRESIÓN NEGATIVA
3. RETIRO DE TORNILLOS DE SITUACIÓN
4. RETIRO DE FIJADORES EXTERNOS
5. RETIRO DE CLAVILLOS
6. CURACIONES
7. RETIRO DE PUNTOS
8. CURACIONES SIMPLES
9. COLOCACIÓN Y RETIRO DE YESOS

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de atención médica-quirúrgica-rehabilitación fuera de quirófanos centrales		Hoja: 20 de 34

10.6 PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LA DIVISIÓN DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

OÍDO

- EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO O CERUMEN DEL CONDUCTO AUDITIVO
- MIRINGOTOMÍA
- INYECCIÓN INTRATIMPÁNICA

NARIZ Y SENOS PARANASALES

- CONTROL DE EPISTAXIS MEDIANTE TAPONAMIENTO NASAL
- CONTROL DE EPISTAXIS MEDIANTE CAUTERIZACIÓN QUÍMICA O ELÉCTRICA
- EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE FOSAS NASALES O DE NASOFARINGE
- BIOPSIA INCISIONAL DE TUMORACIÓN NASAL

CAVIDAD ORAL Y FARINGE



- BIOPSIA INCISIONAL O EXCISIONAL DE LESIONES EN CAVIDAD ORAL, NASOFARINGE, OROFARÍNGE O HIPOFARINGE
- EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN BASE DE LENGUA, FARINGE O LARINGE

LARINGE

- APLICACIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA O DE RELLENOS EN MÚSCULOS LARÍNGEOS O CUERDAS VOCALES
- BIOPSIA DE LESIÓN LARÍNGEA

CUELLO

- CIERRE DE FÍSTULA TRAQUEOCUTÁNEA
- BIOPSIA POR ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA
- BIOPSIA INCISIONAL O EXCISIONAL DE ADENOPATÍA CERVICAL

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de atención médica-quirúrgica-rehabilitación fuera de quirófanos centrales		Hoja: 21 de 34

10.7 PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LA DIVISIÓN DE GINECOLOGÍA

HISTEROSCOPIA DE CONSULTORIO

1. POLIPECTOMIA
2. MIOMECTOMIA
3. ADHERENCIOLISIS
4. RETIRO DE DIU
5. SEPTOPLASTIA
6. BIOPSIA DE ENDOMETRIO

DISPLASIAS



1. CRIOCIRUGÍA
2. ELECTROCIRUGÍA
3. COLPOSCOPIA
4. OROSCOPIA
5. ANOSCOPIAS
6. BIOPSIAS CERVICALES
7. BIOPSIAS VAGINALES
8. BIOPSIAS VULVARES
9. APLICACIÓN ATAC
10. TOMA DE CITOLOGIAS ORALES, VULVARES Y ANALES
11. RESECCIÓN DE CONDILOMAS

UROGINECOLOGÍA Y PISO PELVICO

1. COLOCACIÓN DE SONDAS
2. PRUEBA DE PESARIOS
3. ENSEÑANZA DE AUTOCATETERISMO
4. URODINAMIA
5. FLUJOMETRÍA
6. BIOPSIAS DE ÓRGANOS PELVICOS
7. INFILTRACIÓN DE MÚSCULOS PÉLVISOS
8. DILATACIÓN VAGINAL

URGENCIAS GINECO-OBSTÉTRICAS

1. ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA
2. DRENAJE DE ABSCESO DE GLÁNDULA DE BARTHOLIN
3. BIOPSIA CERVICAL
4. CURACIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA
5. DRENAJE DE ABSCESO MAMARIO



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		Hoja: 22 de 34
	Procedimiento de atención médica-quirúrgica-rehabilitación fuera de quirófanos centrales		

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

1. RETIRO DE IMPLANTE SUBDÉRMICO

CONSULTA EXTERNA

1. CURACIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA
2. BIOSIA CERVICAL
3. BIOPSIA VAGINAL
4. BIOPSIA VULVAR
5. BIOPSIA DE MAMA

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		Hoja: 23 de 34
	Procedimiento de atención médica-quirúrgica- rehabilitación fuera de quirófanos centrales		

10.8 PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LA DIVISIÓN DE MEDICINA INTERNA

CARDIOLOGÍA

1. ELECTROCARDIOGRAMA ESTÁTICO

ENDOCRINOLOGIA



1. BIOPSIA POR ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA DE GLÁNDULA TIROIDES (TOMA)

NEUROLOGÍA

1. PUNCIÓN LUMBAR
2. INFILTRACIÓN PERICRANEAL PARA CEFALÉAS



REUMATOLOGÍA

1. ARTROCENTESIS
2. ULTRASONIDO ARTICULAR (CON EQUIPO PROPIO)
3. INFILTRACIÓN ARTICULAR

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de atención médica-quirúrgica-rehabilitación fuera de quirófanos centrales		Hoja: 24 de 34



10.9 PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LA DIVISIÓN DE NEONATOLOGÍA

1. PUNCIÓN VENOSA PARA TOMA DE MUESTRA SANGUÍNEA.
2. PUNCIÓN ARTERIAL PARA GASOMETRÍA.
3. COLOCACIÓN DE SONDA OROGÁSTRICA.
4. INTUBACIÓN OROTRAQUEAL.
5. COLOCACIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL.
6. COLOCACIÓN DE CATÉTERES UMBILICALES VENOSO Y ARTERIAL.
7. COLOCACIÓN DE SONDA PLEURAL
8. COLOCACIÓN DE SONDA URINARIA
9. REANIMACIÓN NEONATAL.
10. ASPIRACIÓN DE SECRECIONES TRAQUEALES.
11. PUNCIÓN LUMBAR.
12. HEMOCULTIVO.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de atención médica-quirúrgica-rehabilitación fuera de quirófanos centrales		Hoja: 25 de 34



10.10 PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LA DIVISIÓN DE DERMATOLOGÍA

1. CIRUGÍA DE UÑA DIAGNÓSTICA
2. CIRUGÍA MENOR DIAGNÓSTICA
3. CIRUGÍA MAYOR DIAGNÓSTICA
4. BIOPSIA (BISTURÍ)
5. BIOPSIA POR SACABOCADO
6. BIOPSIA POR RASURADO
7. CIRUGÍA DE UÑA TERAPÉUTICA
8. CIRUGÍA MENOR TERAPÉUTICA
9. CIRUGÍA MAYOR TERAPÉUTICA
10. RECONSTRUCCIÓN POR COLGAJO
11. RECONSTRUCCIÓN POR INJERTO
12. *CRIOCIRUGÍA*
13. *ELECTROFULGURACIÓN*
14. *DEBRIDACIÓN*
15. *RASURADO DE FIBROMAS*
16. DESBRIDAMIENTO QUIRÚRGICO
17. TERAPIA POR PRESIÓN NEGATIVA
18. DESBRIDAMIENTO ULTRASÓNICO
19. INJERTOS
20. CURACIÓN RUTINARIA O REVISIÓN
21. INFILTRACIÓN DE SUBSTANCIAS
22. RETIRO DE PUNTOS
23. *EXTRACCIÓN DE COMEDÓN*
24. *CURETAJE CONSULTA*
25. *APLICACIÓN INTRALESIONAL DE MEDICAMENTOS*
26. DESBRIDAMIENTO BIOLÓGICO
27. YESO DE CONTACTO LOCAL
28. SISTEMA DE COMPRESIÓN DE 4 COMPONENTES
29. SISTEMA DE COMPRESIÓN DE 3 COMPONENTES
30. SISTEMA DE COMPRESIÓN DE 2 COMPONENTES
31. SISTEMA DE COMPRESIÓN DE 1 COMPONENTE
32. CURACIÓN SIN APÓSITO ANTIMICROBIANO
33. CURACIÓN CON APÓSITO ANTIMICROBIANO
34. CURETAJE TERAPÉUTICO

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de atención médica-quirúrgica-rehabilitación fuera de quirófanos centrales		Hoja: 26 de 34

10.11 PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS DE LA DIVISIÓN DE ÁREAS CRÍTICAS PEDIÁTRICAS

1. ASPIRACIÓN DE SECRECIONES
2. COLOCACIÓN DE CÁNULA INTRAÓSEA
3. COLOCACIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL
4. COLOCACIÓN DE MASCARILLA FACIAL
5. COLOCACIÓN DE PUNTAS NAALES
6. COLOCACIÓN DE SONDA DE GASTROSTOMÍA
7. COLOCACIÓN DE SONDA NASOGÁSTRICA
8. COLOCACIÓN DE SONDA OROGÁSTRICA
9. COLOCACIÓN DE SONDA PLEURAL
10. COLOCACIÓN DE SONDA URINARIA
11. COLOCACIÓN DE VENOCLISIS
12. CURACIONES
13. ENEMAS
14. GLUCOMETRÍA
15. HIDRATACIÓN
16. INMOVILIZACIÓN CERVICAL
17. INMOVILIZACIÓN DE EXTREMIDADES
18. INTUBACIÓN OROTRAQUEAL
19. LAVADO GÁSTRICO
20. NEBULIZACIONES
21. REANIMACIÓN NEONATAL
22. REANIMACIÓN PEDIÁTRICA
23. REDUCCIÓN DE FRACTURAS
24. SEDACIÓN
25. SUTURAS
26. TAPONAMIENTO NASAL
27. GASOMETRÍA ARTERIAL
28. TOMA DE LABORATORIOS EN VENA (VENODISECCIÓN)
29. VENTILACIÓN NO INVASIVA CON PUNTAS NAALES DE ALTO FLUJO

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		Hoja: 27 de 34
	Procedimiento de atención médica-quirúrgica-rehabilitación fuera de quirófanos centrales		

10.12 SEU-GEA


Login

08/12/2021 06:14:24 p. m

Usuario:

Contraseña:

Ingresar Salir de la aplicación



Menú

Fecha: 08/12/2021 Hora de Ingreso: 06:14:50 p. m.




BUSCAR PACIENTE


IMPRIMIR HOJAS DE TRIAGE

Menú Consulta



Salir

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de atención médica-quirúrgica-rehabilitación fuera de quirófanos centrales		Hoja: 28 de 34

10.13 RDPAC-SINBA



10.14 CONSENTIMIENTO INFORMADO



SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
Calz. De Tlalpan 4800, Col. XVI
Tlalpan D.F. C.P. 14080 Tel. 40 0030 00

**CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN
(AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS E INVASIVOS)
DE ACUERDO CON EL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE
SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA, CAPÍTULO IV, ARTÍCULOS, 80, 81, 82 Y 83.**

El (a) suscrito (a) paciente de esta institución, con fecha de nacimiento _____ con expediente número _____ en pleno uso de mis facultades mentales, declaro que el DR. _____ me ha explicado ampliamente que en mi situación es conveniente realizar el siguiente acto médico _____

En un lenguaje claro y sencillo que he comprendido, se me han expuesto los riesgos que todo acto médico, diagnóstico o terapéutico, sea quirúrgico o no quirúrgico lleva implícito así como las complicaciones mayores y menores que pueden surgir, en ocasiones potencialmente serias que pueden provocar la muerte o que requieran procedimientos y/o tratamientos complementarios, médicos o quirúrgicos que incrementen la estancia hospitalaria

También se ha mencionado que dichas complicaciones pueden ser derivadas directamente de la propia técnica, pero otras dependerán del procedimiento, del estado previo del paciente y de los tratamientos que esté recibiendo o de las posibles anomalías anatómicas y/o de la utilización de equipos médicos. Entre las complicaciones que pueden surgir en mi caso, se encuentran _____

Y dentro de los beneficios esperados del procedimiento quirúrgico y/o invasivo son: _____

Así como las posibles alternativas al tratamiento médico y/o quirúrgico _____

Se me ha explicado que en mi atención podrían intervenir médicos en formación de la especialidad, pero siempre bajo la vigilancia y supervisión de mi Médico responsable

El médico me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado, por ello manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y que comprende el alcance y los riesgos del acto médico y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice el procedimiento _____ así mismo Autorizo al personal médico del Hospital General "DR. Manuel Gea González", para que atienda las contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva

Me ha quedado claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo.

En México, D.F. a los _____ días del mes de _____ del 20 _____



Hora: _____

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE COMPLETO, FIRMA
Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		Hoja: 31 de 34
	Procedimiento de atención médica-quirúrgica-rehabilitación fuera de quirófanos centrales		

10.16 SOLICITUD DE ESTUDIO DE PATOLOGÍA



HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"



DIVISIÓN DE ANATOMÍA PATOLÓGICA
SOLICITUD DE ESTUDIO BIOPSIAS Y PIEZAS QUIRÚRGICAS

BIOPSIA No. _____

NOMBRE: _____ No. EXPEDIENTE: _____
(APELLIDO PATERNO MATERNO NOMBRE "S")

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ SEXO: F ____ M ____

CAMA: _____ PISO: _____ SERVICIO: _____ FECHA: _____

MÉDICO RESPONSABLE _____
(NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL)

PIEZA OPERATORIA ENVIADA:

DATOS CLÍNICOS:

DIAGNÓSTICO DE PRESUNCIÓN:



OBSERVACIONES:

NOTA: PARA UNA INTERPRETACIÓN ADECUADA DEL ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO ES INDISPENSABLE INFORMACIÓN CLÍNICA. LE SOLICITAMOS LLENAR ADECUADAMENTE LA SOLICITUD.

No. LICENCIA SANITARIA: 101404673

10.16 SOLICITUD DE HISTOPATOLOGÍA DE DERMATOPATOLOGÍA

Nombre	<input type="text"/>	CURP	<input type="text"/>	Biopsia GEA-	<input type="text"/>
Fecha Recepción Muestra	<input type="text"/>	Fecha Emisión Reporte	<input type="text"/>	Registro	<input type="text"/>
Sexo	<input type="text"/>	Edad años	<input type="text"/>	Teléfono	<input type="text"/>
Origen	<input type="text"/>	Residencia	<input type="text"/>	Servicio solicitante	DermaGea - Piso <input type="text"/>
		Ocupación	<input type="text"/>		
Topografía	<input type="text"/>				
Morfología	<input type="text"/>				
Tiempo de Evolución	<input type="text"/>				
Datos clínicos y tratamiento	<input type="text"/>				
Diagnóstico Clínico	<input type="text"/>				
Médico Clínico	<input type="text"/>			Reportar Márgenes	Si - No
Sitio de Biopsia	<input type="text"/>		Tipo Biopsia	Excisional-Incisional Huso-	
Descripción Macroscópica	<input type="text"/>				
Descripción Histológica	<input type="text"/>				
Diagnóstico Histológico	<input type="text"/>				
Nota:	<input type="text"/>				
Médico Patólogo	<input type="text"/>				

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		Hoja: 33 de 34
	Procedimiento de atención médica-quirúrgica- rehabilitación fuera de quirófanos centrales		

10.17 CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL
“DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ”
 Calz. De Tlalpan 4800, Col. Sección 16,
 Tlalpan Ciudad de México C.P 14080 Tel. 55 40 00 30 00



CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN
(AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO PARA LA COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO
INTRAUTERINO)
DE ACUERDO A LA LEY GENERAL DE SALUD TITULO TERCERO EN MATERIA DE
PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD, CAPÍTULO VI. SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN
FAMILIAR ART. 67, 68, 69, 70 Y 71.

La suscrita paciente de esta institución, con fecha de nacimiento _____ con número de expediente clínico _____ en pleno uso de mis facultades, declaro que el Dr. (la Dra.)

_____ Adscrito (a) a la División de _____ me ha proporcionado

información amplia y precisa de usar método anticonceptivo para cuidar mi salud y prevenir embarazos, por lo que entiendo y declaro lo siguiente:

En un lenguaje claro y sencillo que he comprendido, que el DIU es un dispositivo de distintos materiales, recubierto por metales o que contiene medicamentos, que se coloca dentro del útero con fines anticonceptivos y/o como tratamiento de algunas metrorragias.

La colocación del DIU y del modelo serán indicados en consulta ambulatoria, unidad toco quirúrgica y hospitalización por el médico la(médica) ginecólogo (o) que indicará los controles posteriores a los que debo someterme, así como la duración del mismo.

Beneficios: Anticonceptivos () tratamiento de algunas metrorragias ().

Alternativas. Existen otros muchos métodos anticonceptivos, tanto temporales, como anticoncepción hormonal (tanto por vía oral, transcutánea o vaginal), preservativos, etc., como permanentes como la obstrucción tubárica o la vasectomía masculina. De todos estos métodos he sido ampliamente informada.

También en caso de DIU HORMONAL con progestágenos, existe la alternativa de hormonoterapia por otras vías como la oral.

Consecuencias previsibles de su realización anticoncepción. En el caso del DIU hormonal, el derivado de la propia hormona que lleva.

Consecuencias previsibles de su no realización. En el caso de que no se inserte no se estará protegida con un método anticonceptivo. En caso del DIU hormonal, no recibirá la hormonoterapia, que su patología endometrial aconseja recibir, y se puede evolucionar con metrorragias u otras patologías endometriales más graves.

RIESGOS FRECUENTES

1. En el momento de la inserción:

- Dolor. - Perforación uterina. - Infección en un período menor de un mes. Pasado este período de tiempo la infección se debe a otras causas y no al DIU.

2. En la evolución:

- Gestación (0.3 Y0.15%). Si ésta se produce, existe un mayor riesgo de aborto y de embarazo ectópico.

- Descenso y expulsión.

Puede ser asintomático o cursar con dolor o sangrado.



- Alteraciones menstruales: aumento de la cantidad y/o duración del sangrado menstrual, manchado intermenstrual, así como disminución e incluso ausencia de menstruación con los DIUs con medicación.

- Dolor.

- Migración a cavidad abdominal con las complicaciones subsiguientes.

3. En su extracción: - Pérdida de referencia de los hilos y la rotura con retención de un fragmento.

En caso de producirse alguna de estas complicaciones el ginecólogo me indicará la necesidad de someterme a las pruebas o tratamientos complementarios necesarios, que pueden ser: Extracción

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de atención médica-quirúrgica-rehabilitación fuera de quirófanos centrales		Hoja: 34 de 34

si hubiera gestación o infección, tratamiento antibiótico, laparoscopia/microlaparotomía si perforación o embarazo ectópico, histeroscopia.

4. En caso de DIU hormonal:

El derivado del gestágeno que lleva el dispositivo. Sus riesgos son similares al tratamiento por vía oral u otras vías de administración.

Riesgos poco frecuentes, cuando sean de especial gravedad y estén asociados al procedimiento por criterios científicos.

Riesgos y consecuencias en función de la situación clínica del paciente y de sus circunstancias personales o profesionales.

Contraindicaciones

Cuando la paciente tenga contraindicado el cobre, en caso de ciertas enfermedades. En caso de DIU hormonal, cuando la paciente tenga contraindicado los gestágenos.

Se me ha explicado que en mi atención podrían intervenir médicos en formación de la especialidad, pero siempre bajo la vigilancia y supervisión de mi Médico (a) responsable.

El médico me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

Por lo anterior es mi decisión libre, consciente e informada, aceptar el siguiente método: **Dispositivo intrauterino (DIU)**

así mismo Autorizo al personal médico del Hospital General "Dr. Manuel Gea González" para que atienda las contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva.

Me ha quedado claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo.

Lugar y fecha:

Aceptante. _____ **Edad:** _____
Nombre completo y firma

Testigo

Testigo

Nombre completo y firma



Nombre completo y firma

Unidad Médica donde se otorgó el método



Persona que otorgo el método

Hospital General Dr. Manuel Gea González

Nombre completo y firma

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA DE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO O INTERCONSULTA EN INSTITUCIONES DE APOYO		Hoja: 1 de 14

18. PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA DE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO O INTERCONSULTA EN INSTITUCIONES DE APOYO

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA DE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO O INTERCONSULTA EN INSTITUCIONES DE APOYO		Hoja: 2 de 14

1. PROPÓSITO



Establecer y difundir los lineamientos operativos para la Referencia de pacientes del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” a otras Unidades Hospitalarias e Institutos de Salud en el caso de requerir de Estudios Auxiliares de Diagnóstico o Interconsulta de Especialidad con los que no se cuente en esta unidad y sean necesario para concluir el proceso diagnóstico y/o coadyuvar al tratamiento del paciente.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno es aplicable a las Subdirecciones Médicas responsables de las valoraciones médicas y solicitar los estudios auxiliares para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes, Subdirección de Gestión de Calidad a través del Departamento de Trabajo Social responsable de elaborar la hoja frontal, Dirección Médica responsable de autorizar los traslados de los pacientes, Departamento de Enfermería Clínica (supervisoras) responsables de coordinar el traslado, Subdirección de Servicios Ambulatorios, a la División de Consulta Externa, Referencia y Contrarreferencia responsable de dar seguimiento de las referencias realizadas en todos los servicios del hospital
- 2.2. A nivel externo aplica al paciente que amerita algún Estudio de Auxiliar de Diagnóstico y/o Interconsulta en Instituciones de Apoyo.


3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través de la Jefatura de la División de Consulta Externa, Referencia y Contrarreferencia es la responsable de coordinar a todas las áreas médicas y administrativas para que se apliquen los lineamientos para la Referencia de Estudios Auxiliares de Diagnóstico o Interconsulta en Instituciones de Apoyo.
- 3.2. Las Subdirecciones Médicas a través de las Jefaturas de División y Departamento son responsables de valorar la necesidad de solicitud de Estudios Auxiliares de Diagnóstico y / o Interconsulta en Instituciones de Apoyo de acuerdo con el proceso diagnóstico y terapéutico del paciente particular.
- 3.3. Las Subdirecciones Médicas a través de las Jefaturas de División y Departamento son responsables, en el caso que lo requiera, de gestionar directamente el Estudio Auxiliar de Diagnóstico o Interconsulta en la Institución de Apoyo.
- 3.4. Las Subdirecciones Médicas a través de las Jefaturas de División y Departamento son responsables de autorizar y firmar la Referencia de Estudios Auxiliares de Diagnóstico y/o Interconsulta en Instituciones de Apoyo, previa valoración y presentación del caso por el Médico Tratante.
- 3.5. Las Subdirecciones Médicas a través de las Jefaturas de División y Departamento son responsables de designar al Médico adscrito o residente mayor encargado de acompañar al Paciente el día y a la hora que se programó la cita en la Institución de apoyo. El mismo médico recibirá y resguardará la Hoja de Contrarreferencia para ser integrada al expediente y una copia deberá ser entregada a la Jefatura de la Consulta Externa para que sea registrada en el Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
- 3.6. El Departamento de Trabajo Social es responsable de orientar al familiar sobre los tramites a realizar en la Institución de Apoyo y elaborará la Hoja Frontal de la Referencia escrita con nivel socioeconómico y firma. El Departamento de Trabajo Social deberá realizar el registro de

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA DE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO O INTERCONSULTA EN INSTITUCIONES DE APOYO		Hoja: 3 de 14


las Hojas Frontales realizadas y entregar una copia al Sistema de Referencia y Contrarreferencia para el registro y realización de la Estadística Correspondiente.

- 3.7. La Dirección Médica es responsable de Gestionar el Traslado notificando a Enfermería y Transportes para se lleve a cabo en la fecha y hora que se requiera de manera que el paciente llegue puntualmente a su cita para el Estudio Auxiliar de Diagnóstico y/o Interconsulta en la Institución de apoyo.
- 3.8. La Subdirección de enfermería es la responsable de preparar al paciente hospitalizado que requiere la realización de Estudio Auxiliar de Diagnóstico y/o Interconsulta y solicita el apoyo del Servicio de Camillería.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	PROCEDIMIENTO
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA
	PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA DE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO O INTERCONSULTA EN INSTITUCIONES DE APOYO

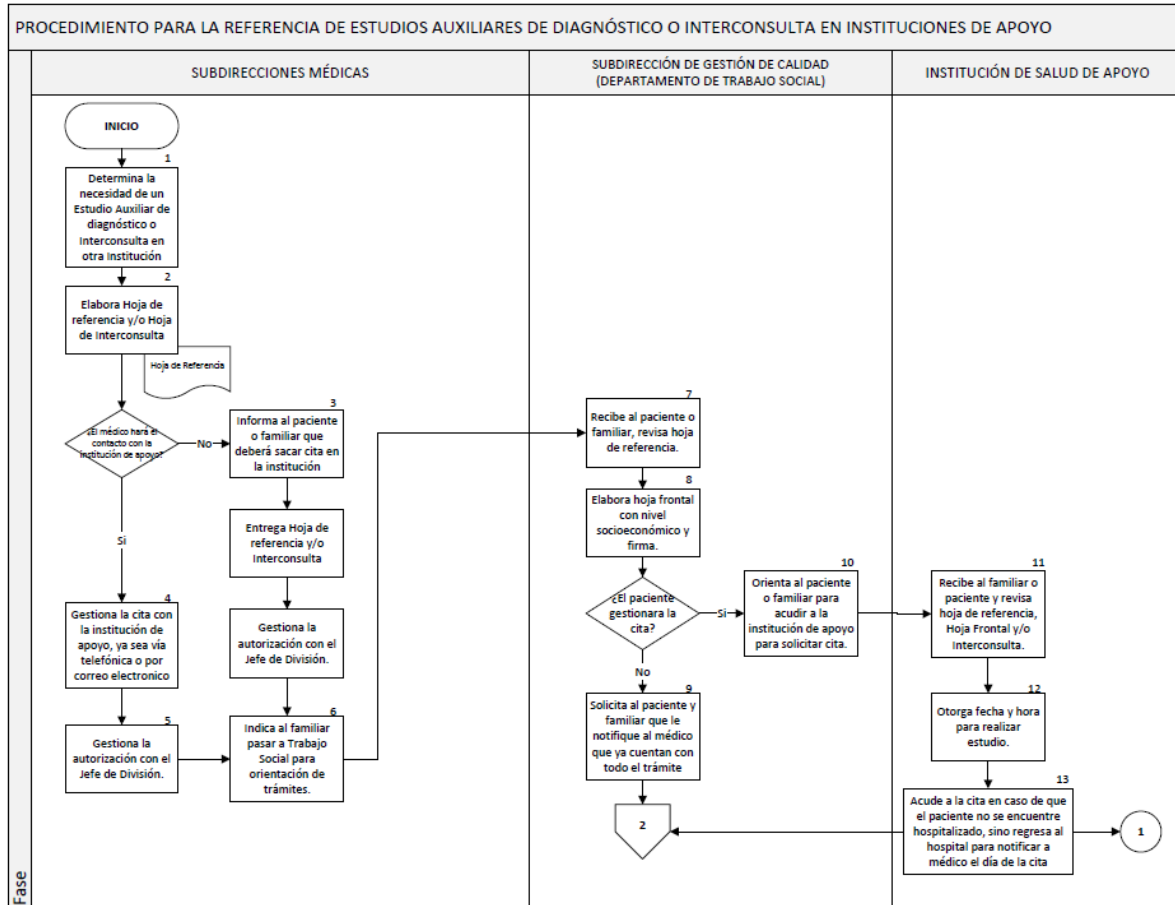
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

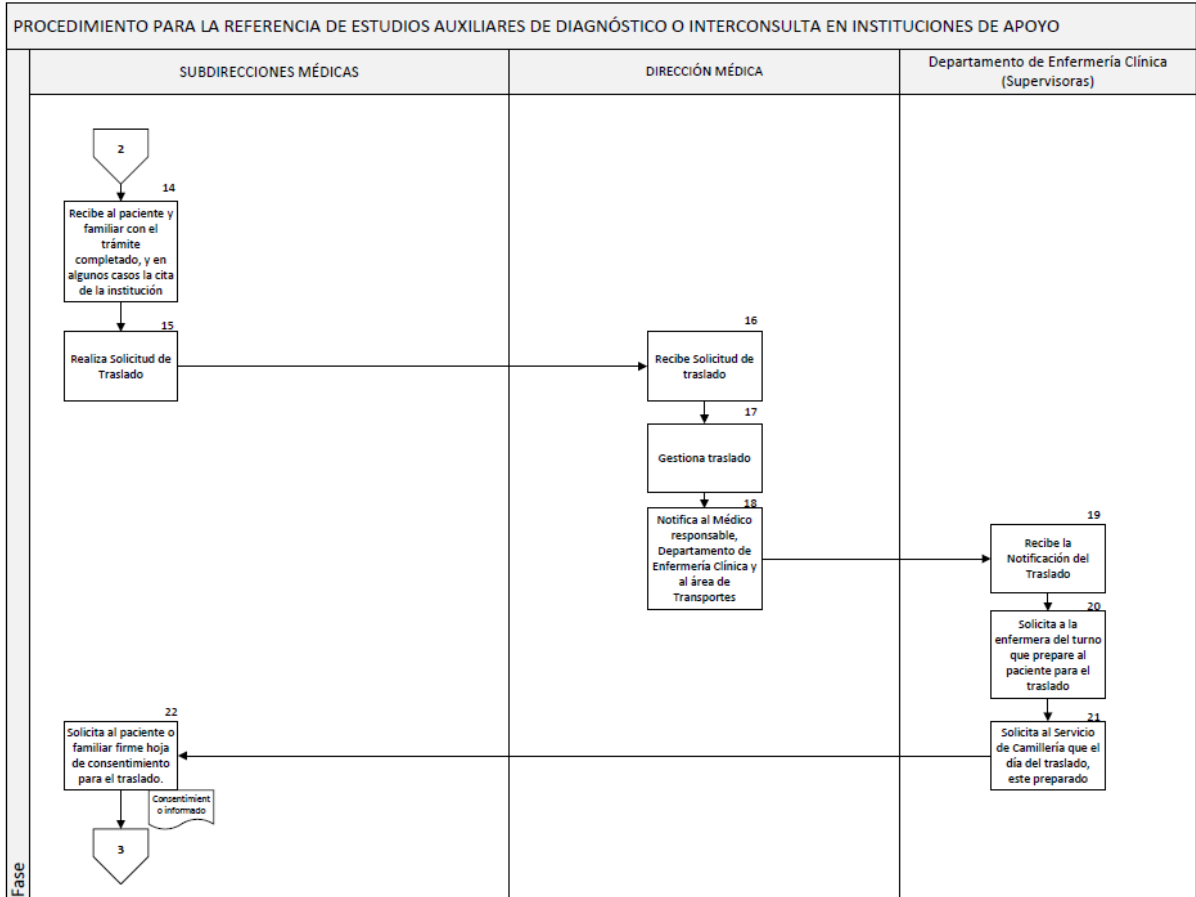
Responsable	No. Act.	Descripción de la Actividades	Documento o Anexo
SUBDIRECCIONES MÉDICAS	1	Determina la necesidad de un Estudio Auxiliar de diagnóstico o Interconsulta en otra Institución	Hoja de Referencia Hoja de Interconsulta
	2	Elabora Hoja de Referencia y/o Hoja de Interconsulta ¿El médico hará el contacto con la Institución de apoyo?	
	3	No: Informa al paciente o familiar que deberá sacar cita en la Institución <hr/> Entrega Hoja de Referencia y/o Interconsulta Gestiona la autorización con el jefe de División, va actividad 6.	
	4	Si: Gestiona la cita con la Institución de apoyo, ya sea vía telefónica o por correo electrónico	
	5	Gestiona la autorización con el jefe de División	
	6	Indica al familiar pasar a trabajo social para orientación de trámites	
SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DE CALIDAD (DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL)	7	Recibe al paciente o familiar, revisa hoja de referencia	Hoja Frontal
	8	Elabora hoja frontal con nivel socioeconómico y firma ¿El paciente gestionara la cita?	
	9	No: Solicita al paciente y familiar que le notifique al médico que ya cuentan con todo el trámite, va a actividad 13.	
	10	Si: Orienta al paciente o familiar para acudir a la institución de apoyo para solicitar cita	
INSTITUCIÓN DE APOYO	11	Recibe al familiar o paciente y revisa hoja de referencia, hoja frontal y/o Interconsulta	
	12	Otorga fecha y hora para realizar estudio	

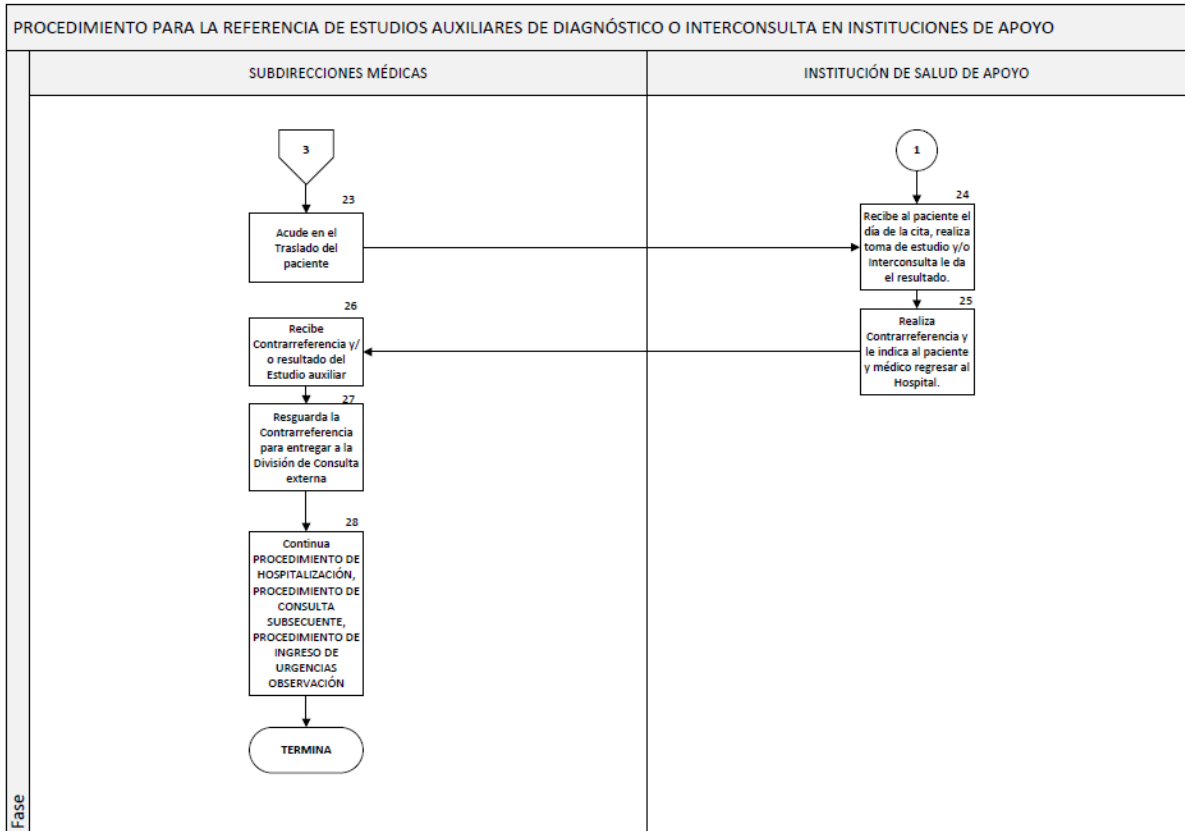
 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	PROCEDIMIENTO	
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA	
	PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA DE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO O INTERCONSULTA EN INSTITUCIONES DE APOYO	

	13	Acude a la cita en caso de que el paciente no se encuentre hospitalizado, sino regresa al hospital para notificar al médico el día de la cita. Puede ir a actividad 24.	
SUBDIRECCIONES MÉDICAS	14	Recibe al paciente y familiar con el trámite completado, y en algunos casos la cita de la Institución.	Solicitud de Traslado
	15	Realiza Solicitud de Traslado	
DIRECCIÓN MÉDICA	16	Recibe solicitud de Traslado	
	17	Gestiona Traslado	
	18	Notifica al médico responsable, Departamento de Enfermería Clínica y Área de Transportes.	
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA CLÍNICA (SUPERVISORAS)	19	Recibe la Notificación del Traslado	
	20	Solicita a la enfermera del turno que prepare al paciente para el traslado	
	21	Solicita al servicio de Camillería que el día del traslado este preparado	
SUBDIRECCIONES MÉDICAS	22	Solicita al paciente o familiar firma Hoja de Consentimiento para el traslado.	
	23	Acude en el traslado del paciente	
INSTITUCIÓN DE SALUD DE APOYO	24	Recibe al paciente el día de la cita, realiza toma de estudio y/o Interconsulta le da el resultado	
	25	Realiza contrarreferencia y le indica al paciente y médico regresar al hospital	
SUBDIRECCIONES MÉDICAS	26	Recibe Contrarreferencia y/o resultado del Estudio Auxiliar	
	27	Resguarda la Contrarreferencia para entregar a la División de Consulta externa	
	28	Continúa PROCEDIMIENTO DE HOSPITALIZACIÓN, PROCEDIMIENTO DE CONSULTA SUBSECUENTE, PROCEDIMIENTO DE INGRESO DE URGENCIAS OBSERVACIÓN	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	



5. DIAGRAMA DE FLUJO







6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA DE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO O INTERCONSULTA EN INSTITUCIONES DE APOYO		Hoja: 9 de 14

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Específico	No aplica
6.2 Lineamientos para la Integración y Funcionamiento del Comité de Referencia y Contrarreferencia de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México. Secretaría de Salud, 2018.	No aplica
6.3 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Formato de Referencia y Contrarreferencia del Hospital General "Dr. Manuel Gea González"	5 años	División de Consulta Externa, Referencia y Contrarreferencia	No. De Registro
7.2 Expediente Clínico del Hospital General "Dr. Manuel Gea González"	5 años	Departamento de Admisión y Archivo Clínico	No. De Registro
7.3 Hoja frontal		Unidad a la que se refiere	No. De Registro



8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Referencia: Es la solicitud de evaluación diagnóstica y/o tratamiento de un paciente derivado de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad, con la finalidad de asegurar la continuidad de la atención médica.

8.2 Contrarreferencia: Es la acción de enviar de regreso el resultado de la evaluación solicitada a un paciente, a la Unidad Médica que originalmente lo refirió, con la finalidad de continuar su atención.

8.3 Hoja frontal: Documento expedido por el Departamento de Trabajo Social, que contiene los datos personales del paciente, su número de registro y el nivel socioeconómico asignado en el Hospital de origen. Esta se envía con la Hoja de Referencia a la Unidad donde se solicita la atención.

8.4 Sistema de Referencia y Contrarreferencia: Es el procedimiento médico administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención para facilitar el envío-recepción regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de salud.



 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA DE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO O INTERCONSULTA EN INSTITUCIONES DE APOYO		Hoja: 10 de 14

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	Diciembre de 2021	Se realizan cambios en el diagrama y la descripción del procedimiento

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Hoja de Referencia y Contrarreferencia
- 10.2 Solicitud de Laboratorio
- 10.3 Solicitud de Gabinete
- 10.4 Hoja de Programación de Traslado
- 10.5 Hoja Frontal

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA DE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO O INTERCONSULTA EN INSTITUCIONES DE APOYO		Hoja: 11 de 14

10.1 HOJA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA



Hospital General Dr. Manuel Gea González
 Calzada de Tlalpan No. 4800, Col. Sección XVI, Alcaldía Tlalpan, Ciudad de México C.P. 14080
 Sistema de Referencia y Contrareferencia
HOJA DE REFERENCIA

FECHA _____	No. DE EXPEDIENTE _____
NOMBRE PACIENTE _____	
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
NOMBRE (S)	
SEXO M () F ()	FECHA DE NACIMIENTO _____ / _____ / _____
	DÍA MES AÑO
EDAD _____	
DOMICILIO _____	
CALLE Y NÚMERO	COLONIA
DELEGACIÓN / MUNICIPIO _____	
ESTADO _____	
NOMBRE DE FAMILIAR / RESPONSABLE _____	
PARENTESCO _____	
UNIDAD MÉDICA A LA QUE SE REFIERE _____	
DOMICILIO _____	
SERVICIO AL QUE ENVÍA _____	
FECHA DE CAPTACIÓN _____	
INTERCONSULTA () TRATAMIENTO () ESTUDIO DE GABINETE () ESTUDIO DE LABORATORIO ()	
ESPECIFIQUE ESTUDIO _____	
MOTIVO DE ENVÍO:	
TENSIÓN ARTERIAL _____ mm. Hg	FRECUENCIA: CARDIACA _____ por min. RESPIRATORIA _____ por min
TEMPERATURA _____ °C	PESO _____ Kg. TALLA _____ cm.
RESUMEN CLÍNICO:	

TERAPÉUTICA EMPLEADA:	



IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:	

06-01-0030

 MÉDICO TRATANTE
 NOMBRE COMPLETO
 FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL

 JEFE DEL DEPARTAMENTO
 NOMBRE COMPLETO
 FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL

 DIRECTOR MÉDICO
 NOMBRE COMPLETO
 FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA DE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO O INTERCONSULTA EN INSTITUCIONES DE APOYO		Hoja: 12 de 14



Hospital General Dr. Manuel Gea González
 Calzada de Tlalpan No. 4800, Col. Sección XVI, Alcaldía Tlalpan, Ciudad de México C.P. 14080
 Sistema de Referencia y Contrareferencia
HOJA DE CONTRAREFERENCIA

FECHA _____	No. DE EXPEDIENTE _____
NOMBRE DEL PACIENTE _____	
SERVICIO QUE ATENDIÓ _____	
UNIDAD A LA QUE SE ENVÍA _____	
MANEJO DEL PACIENTE:	
TENSIÓN ARTERIAL _____ mm. Hg FRECUENCIA: CARDIACA _____ por min RESPIRATORIA _____ por min	
TEMPERATURA _____ °C PESO _____ Kg. TALLA _____ cm	
PADECIMIENTO ACTUAL	

TERAPÉUTICA EMPLEADA:	

ESTUDIOS CLÍNICOS (ANEXAR):	



DIAGNÓSTICO DE INGRESO/REFERENCIA:	

DIAGNÓSTICO DE INGRESO/CONTRAREFERENCIA:	

RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE:	

 MÉDICO TRATANTE
 NOMBRE COMPLETO
 FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL

 MÉDICO TRATANTE
 NOMBRE COMPLETO
 FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA DE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO O INTERCONSULTA EN INSTITUCIONES DE APOYO		Hoja: 13 de 14

10.2 SOLICITUD DE LABORATORIO





HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
LABORATORIO CLÍNICO
SOLICITUD DE ESTUDIOS



NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____
 No. DE REGISTRO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: F: ___ M: ___
 NOMBRE DEL MÉDICO: _____
 SERVICIO SOLICITANTE: _____ TURNO: M ___ V ___ N ___
 DIAGNÓSTICO: _____ C. EXTERNA: ___ HOSPITALIZACIÓN: ___ URGENCIAS: ___ CAMA: ___

NO UTILIZAR PAPEL CARBÓN EN LA ELABORACIÓN DE ESTA SOLICITUD. GRACIAS.					
HEMATOLOGÍA					
<input type="checkbox"/>	1565	BIOMETRÍA HEMÁTICA	<input type="checkbox"/>	1529	DEPURACIÓN DE CREATININA ORINA 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1604	RECUENTO DE RETICULOCITOS	<input type="checkbox"/>	1760	CISTATINA C
<input type="checkbox"/>	1593	ESTUDIO DE PLASMODIUM	<input type="checkbox"/>	1500	ÁCIDO ÚRICO EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1635	VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR	<input type="checkbox"/>	1519	BUN EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1535	EOSINOFILOS EN MOCO NASAL	<input type="checkbox"/>	1534	ELECTROLITOS EN ORINA 24 HORAS (Na, K, Cl)
<input type="checkbox"/>	1763	PROCALCITONINA	<input type="checkbox"/>	1731	CALCIO EN ORINA DE 24 HORAS
HEMOSTASIA					
<input type="checkbox"/>	1607	TIEMPO DE PROTROMBINA	<input type="checkbox"/>	1543	FÓSFORO EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1609	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL	<input type="checkbox"/>	1730	MAGNESIO EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1608	TIEMPO DE TROMBINA	<input type="checkbox"/>	1505	AMILASA EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1516	ANTITROMBINA III	<input type="checkbox"/>	1502	ALBÚMINA EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1584	FIBRINOGENO	<input type="checkbox"/>	1616	MICROALBÚMINA EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1532	DÍMERO D	<input type="checkbox"/>	1563	BILIRRUBINA TOTAL
<input type="checkbox"/>	1682	PROTEÍNA S	<input type="checkbox"/>	1564	BILIRRUBINA DIRECTA
<input type="checkbox"/>	1681	PROTEÍNA C CLOT	<input type="checkbox"/>	1602	PROTEÍNAS TOTALES
<input type="checkbox"/>	1660	ANTICUAGULANTE LÚPICO TAMIZAJE	<input type="checkbox"/>	1503	ALBÚMINA
<input type="checkbox"/>	1661	ANTICUAGULANTE LÚPICO CONFIRMATORIO	<input type="checkbox"/>	1553	ALT
<input type="checkbox"/>	1677	FACTOR DE VON WILLEBRAND	<input type="checkbox"/>	1554	AST
<input type="checkbox"/>	1670	CUANTIFICACIÓN DE FACTOR VII	<input type="checkbox"/>	1544	GGT
<input type="checkbox"/>	1671	CUANTIFICACIÓN DE FACTOR VIII	<input type="checkbox"/>	1585	FOSFATASA ALCALINA
BIOQUÍMICA					
<input type="checkbox"/>	1588	GLUCOSA	<input type="checkbox"/>	1576	LDH
<input type="checkbox"/>	1600	BUN	<input type="checkbox"/>	1552	AMILASA
<input type="checkbox"/>	1572	CREATININA	<input type="checkbox"/>	1615	LIPASA
<input type="checkbox"/>	1636	ÁCIDO ÚRICO	<input type="checkbox"/>	1659	AMONIO
<input type="checkbox"/>	1605	SODIO	<input type="checkbox"/>	1573	CK
<input type="checkbox"/>	1648	POTASIO	<input type="checkbox"/>	1574	CK MB
<input type="checkbox"/>	1570	CLORURO	<input type="checkbox"/>	1617	MIOGLOBINA
<input type="checkbox"/>	1568	CALCIO	<input type="checkbox"/>	1631	TROPONINA
<input type="checkbox"/>	1586	FÓSFORO	<input type="checkbox"/>	1522	CINÉTICA DE HIERRO
<input type="checkbox"/>	1599	MAGNESIO	<input type="checkbox"/>	1541	FERRITINA
<input type="checkbox"/>	1571	COLESTEROL TOTAL	<input type="checkbox"/>	1611	TRANSFERRINA
<input type="checkbox"/>	1524	COLESTEROL HDL	<input type="checkbox"/>	1590	HAPTÓGLOBINA
<input type="checkbox"/>	1630	TRIGLICERIDOS	<input type="checkbox"/>	1542	FOLATOS
<input type="checkbox"/>	1517	APOLIPOPROTEÍNA A	<input type="checkbox"/>	1634	VITAMINA B12
<input type="checkbox"/>	1518	APOLIPOPROTEÍNA B	<input type="checkbox"/>	1643	PREALBÚMINA
<input type="checkbox"/>	1594	HEMOGLOBINA GLICOSILADA	<input type="checkbox"/>	1581	EXAMEN GENERAL DE ORINA
<input type="checkbox"/>	1545	GLUCOSA POSPRANDIAL	<input type="checkbox"/>	1765	PEPTIDO NATRIURETICO TIPO B (BNP)
<input type="checkbox"/>	1701	CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 2 HORAS	<input type="checkbox"/>	1601	PROTEÍNA C REACTIVA
<input type="checkbox"/>	1603	CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 3 HORAS			
<input type="checkbox"/>	1646	CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 5 HORAS			
<input type="checkbox"/>	1703	TAMIZ METABÓLICO			
<input type="checkbox"/>	1550	INSULINA			
<input type="checkbox"/>	1525	CREATININA EN ORINA			
<input type="checkbox"/>	1526	CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS			

ZONA PARA EL SELLO DE PAGADO
FAVOR DE NO OBSTRUIR PETICION DE ESTUDIOS. GRACIAS

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO		Hoja: 1 de 40

19. PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO		Hoja: 2 de 40

1.0 PROPOSITO



- 1.1 Establecer la metodología a seguir para el adecuado y oportuno traslado, instalación y vigilancia del paciente en su cama de recuperación, posterior a su egreso del quirófano, para evitar complicaciones y mantener estable su estado general. Así como el adecuado manejo del dolor agudo post-operatorio.

2.0 ALCANCE



- 2.1 A nivel interno el procedimiento aplica a Subdirección de Anestesia y Terapias, a través de la División de Anestesiología responsable de los cuidados post-anestésicos de todo paciente quirúrgico, División de Cuidados Paliativos y Clínica del dolor responsable del manejo del dolor post-operatorio de todo paciente que se someta a un procedimiento quirúrgico. Subdirección Cirugía responsable del cuidado del paciente post-quirúrgico, y Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica responsable de los cuidados de enfermería, así como la valoración del dolor en conjunto con el médico tratante.
- 2.2 A nivel externo aplica a todo paciente que sea sometido a un procedimiento quirúrgico.

3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS



- 3.1 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable de que la instalación de todo paciente postquirúrgico en su cama de recuperación implica una vigilancia de su recuperación satisfactoria en el postoperatorio inmediato.
- 3.2 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología, así como la Subdirección de Cirugía a través de todas sus Divisiones y Departamentos son responsables de que todo paciente instalado en su cama correspondiente, deberán contar con las respectivas indicaciones médicas, registradas en su expediente clínico por el médico cirujano y el anestesiólogo de ser necesario.
- 3.3 La Subdirección de Cirugía a través de todas sus Divisiones y Departamentos son responsables de informar al paciente y familiares al término de la cirugía, de los hallazgos de la misma, operación efectuada, posibles complicaciones y sus condiciones actuales, así como el plan médico.
- 3.4 La Subdirección de Cirugía a través de todas sus Divisiones y Departamentos son responsables de realizar la Nota Postoperatoria y Notas de cuidados del paciente en su expediente.
- 3.5 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable de recibir los cuidados y la vigilancia post-anestésicos en todos los pacientes que reciban anestesia general, neuroaxial, regional o sedación.
- 3.6 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología, así como la Subdirección de Cirugía a través de todas sus Divisiones y Departamentos son responsables de la supervisión médica general y la coordinación del cuidado del paciente en la sala de recuperación.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO		Hoja: 3 de 40


- 3.7 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología, Subdirección de Cirugía a través de todas sus Divisiones y Departamentos, La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica y Personal de Camillería son responsables de entregar el paciente en el área de recuperación, con la hoja de registro preanestésica, trans-anestésica y el expediente clínico al médico del servicio de anestesiología responsable del área de recuperación.
- 3.8 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable de incluir en el expediente clínico la Nota de evolución Trans-anestésica que incluya: técnica anestésica, medicamentos inductores, medicamentos de mantenimiento, datos de emersión, balance hídrico, medicamentos revertidores si se utilizó, líquidos parenterales, analgésicos (esto podrá anotarse por indicación del cirujano) y calificación de ALDRETE, que es una clasificación que se utiliza en anestesiología para determinar o conocer la condición del paciente después del evento anestésico y valora los siguientes parámetros: respiración, función cardiovascular, relajación muscular, coloración y estado de conciencia.
- 3.9 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable de registrar en el programa de control digital (Excel) los siguientes datos: Nombre, edad, sexo, fecha y número de registro, diagnóstico preoperatorio, cirugía proyectada, ASA, tiempos quirúrgicos y anestésicos, tipo de anestesia, nombre de anestesiólogos y cirujanos implicados en el procedimiento efectuado y observaciones.
- 3.10 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable que, durante la recuperación post-anestésica, es necesario observar minuciosamente el monitoreo de oxigenación, ventilación y circulación, mediante métodos adecuados a las condiciones físicas del paciente, cada cinco, diez o más minutos, o menos si así se considera. Deberá emplearse un método cuantitativo para evaluar la oxigenación, como la oximetría de pulso. Además, se deberá evaluar la tensión arterial, la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria y la temperatura. Se recomienda el uso de una escala de evaluación del paciente (ALDRETE), donde sólo pasará o se recibirá al paciente en la Unidad de Cuidados post-anestésicos con una calificación igual o mayor de 8 de ALDRETE.
- 3.11 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable de solicitar por medio de Interconsulta a la Unidad de Terapia Intensiva, cuando las condiciones del paciente lo requieran, y sea necesaria su intervención.
- 3.12 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable del alta de los pacientes de la Sala de Recuperación.
- 3.13 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología, Subdirección de Cirugía a través de todas sus Divisiones y Departamentos son responsables de facilitar el egreso del paciente ambulatorio, acompañado al paciente y familiar.
- 3.14 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable de cumplir los siguientes criterios para trasladar a un paciente de quirófano a sala de recuperación:
- Deberá haber concluido el evento quirúrgico anestésico.
 - Deberá verificarse que no haya evidencia de sangrado activo anormal.
 - Deberá haberse extubado al paciente, en caso de anestesia general, y no tener datos de insuficiencia respiratoria.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO		Hoja: 4 de 40

- Es aceptable el apoyo de la vía aérea con cánula orofaríngea.
 - La oximetría de pulso debe encontrarse en límites normales, de acuerdo a la edad y condiciones previas del paciente.
 - Deberá tener signos vitales estables y en límites normales.
 - Deberá tener instalada y funcionando cuando menos una venoclisis.
 - En caso de tener sondas o drenajes, éstos deberán estar funcionando óptimamente.
 - Deberá contar con hoja de registro anestésico adecuadamente elaborada y completa incluyendo incidentes o accidentes sucedidos.
 - Deberá entregarse la hoja trans-anestésica que incluya: medicamentos inductores, intubación requerida, medicamentos de mantenimiento, datos de emersión, balance hidroelectrolítico, medicamentos revertidores, total de administración de líquidos parenterales y de analgésicos postoperatorios y calificación de ALDRETE, que es una clasificación que se utiliza en anestesiología para determinar o conocer la condición del paciente después del evento anestésico y valora los siguientes parámetros: respiración, función cardiovascular, relajación muscular, coloración y estado de la conciencia, al llegar a recuperación.
 - En caso de tratarse de un bloqueo neuroaxial, regional o sedación, así mismo la hoja trans-anestésica deberá incluir todos los datos referentes a dicha metodología.
 - Se entregará personalmente el paciente, la hoja de registro trans-anestésica y el expediente clínico al médico del servicio de anestesiología responsable del área de recuperación.
- 3.15 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable de firmar la Nota Post-anestésica y la Nota egreso de Recuperación. La primera médico anestesiólogo responsable del paciente en sala quirúrgica, y la segunda el anestesiólogo del Área de recuperación.
- 3.16 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable de elaborar la Nota Post-anestésica con los datos siguientes:
- a. Tipo de anestesia aplicada.
 - b. Medicamentos utilizados.
 - c. Duración de la anestesia.
 - d. Incidentes y accidentes atribuibles a la anestesia.
 - e. Cantidad de sangre y soluciones aplicadas.
 - f. Estado clínico del enfermo a su egreso de quirófano.
 - g. Plan de manejo y tratamiento inmediato.
- 3.17 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable, durante la recuperación post-anestésica, de emplearse un método cuantitativo para evaluar la oxigenación, con la oximetría de pulso, así como monitoreo tipo I (no invasivo que miden la tensión arterial=TA, frecuencia cardíaca=FC, frecuencia respiratoria por pletismografía=FR, Temperatura= T°C y saturación de oxígeno= SaO₂).

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO		Hoja: 5 de 40

- 3.18 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable de aplicar la escala de evaluación del paciente post-anestésico ALDRETE, que es una clasificación que se utiliza en anestesiología para determinar o conocer la condición del paciente después del evento anestésico y valora los siguientes parámetros: respiración, función cardiovascular, relajación muscular, colaboración y estado de la conciencia, siempre y cuando no se usen revertidores al final de la operación o se consigne qué revertidores se han empleado.
- 3.19 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología, así como la Subdirección de Cirugía a través de todas sus Divisiones y Departamentos son responsables de la supervisión médica general y la coordinación del cuidado del paciente en esta unidad.
- 3.20 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable la vigilancia continua en la unidad de cuidados post-anestésicos, que sea capaz de manejar las complicaciones que se originen y en caso necesario proceder a la reanimación cardiopulmonar.
- 3.21 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable del área de recuperación dará de alta a los pacientes de la unidad de cuidados post-anestésicos.
- Los criterios utilizados para dar de alta a los pacientes de esta unidad, serán los establecidos por el departamento de anestesiología en el manual de procedimientos respectivo, que establecerá en qué momento puede retirarse el médico responsable y hacia dónde se envía al paciente (a cama, a su domicilio, Unidad de cuidados intensivos etc.).
- 3.22 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Anestesiología es responsable de elaborar la nota de egreso con los datos siguientes:
- a. Resumen de la evolución y estado actual del paciente.
 - b. Llenar el rubro de Egreso en la hoja de alta

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	PROCEDIMIENTO
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA
	PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO

4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
DIVISIÓN DE ANESTESIOLOGÍA	1	Realiza PROCEDIMIENTO DE ANESTESIA SEGURA Y CIRUGÍA SEGURA	
	2	Instala al paciente en sala de recuperación, en coordinación con el personal de enfermería	
		Acompaña la instalación del paciente en sala de recuperación	
	3	Proporciona al médico encargado del área de recuperación, las condiciones pre-anestésicas y del desarrollo anestésico-quirúrgico del paciente.	
	4	Elabora reporte sobre el estado general del paciente y lo entrega al personal del área de recuperación	
SUBDIRECCIÓN DE CIRUGÍA (DIVISIONES Y DEPARTAMENTOS QUIRÚRGICOS)	5	Realiza Nota Post-Operatoria e Indicaciones Médicas	
DIVISIÓN DE ANESTESIOLOGÍA (DIVISIÓN DE CIRUGÍA AMBULATORIA, SALA DE RECUPERACIÓN, MÉDICO DE RECUPERACIÓN)	6	Recibe reporte sobre el estado general del paciente, a la llegada de paciente en sala de recuperación.	
	7	Registra el estado del paciente a la llegada de la sala de recuperación	
	8	Registra datos en libretas de control y da indicaciones sobre el manejo médico	
	9	Vigila periódicamente al paciente	
	10	Elabora reporte por escrito mientras el paciente permanezca en sala de recuperación	




SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

PROCEDIMIENTO


SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA

PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO

	11	Valora al paciente y determina alta en la sala de recuperación ¿Requiere hospitalización?	
	12	No: Determina alta hospitalaria Valoran en conjunto tanto anestesiología como cirugía al paciente Elabora reporte en conjunto con cirugía para el alta del paciente de la sala de recuperación Realiza PROCEDIMIENTO DE PREALTA Y ALTA HOSPITALARIA, TERMINA PROCEDIMIENTO	
	13	Si: Notifica al médico adscrito	
	14	Verifica si el paciente es de cirugía ambulatoria ¿Fue cirugía ambulatoria?	
	15	Si: Notifica al médico adscrito y da alta de cirugía ambulatoria Realiza PROCEDIMIENTO DE INGRESO DE URGENCIAS, continua actividad 15.	
	16	No: Valoran al paciente en conjunto anestesiología y cirugía, y deciden el momento indicado para que baje a piso de hospitalización	
	17	Realiza PROCEDIMIENTO DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO	
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA CLÍNICA	18	Entrega al paciente en el piso de Hospitalización con su expediente clínico e Indicaciones Médicas	
	19	Instala al paciente en su cama y revisa indicaciones médicas	

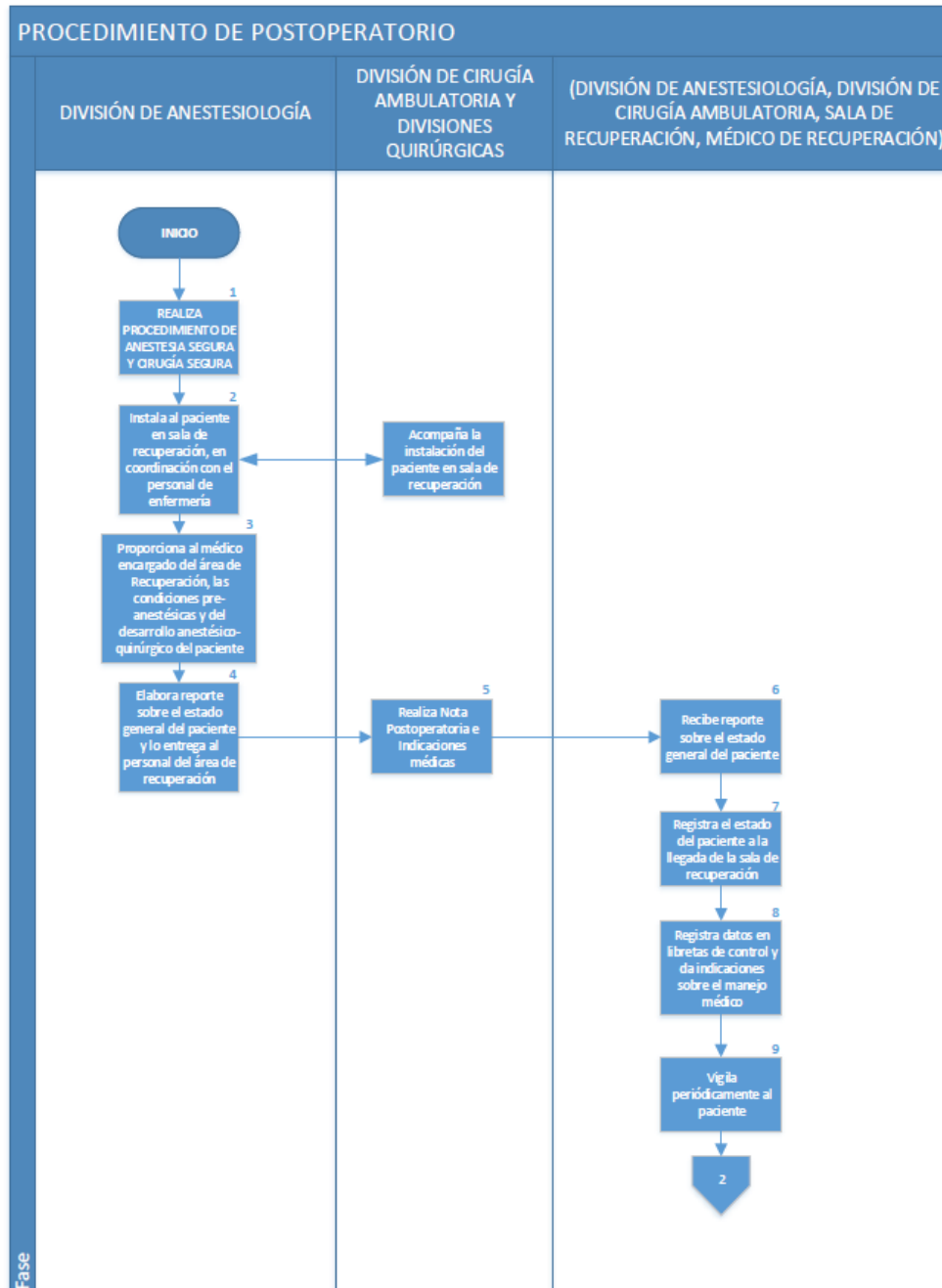
 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	PROCEDIMIENTO	
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA	
	PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO	

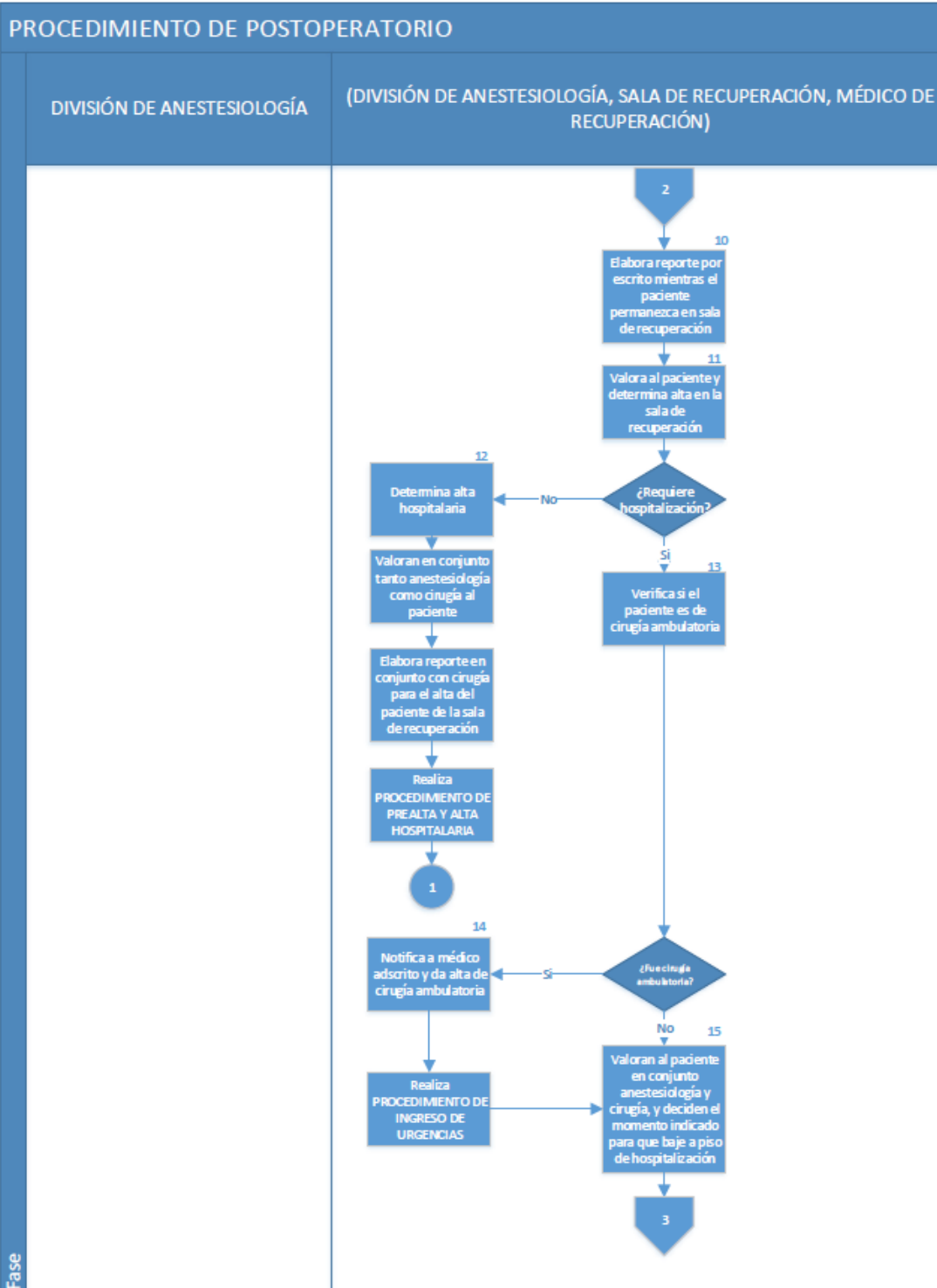
	20	Realiza cuidados del paciente de acuerdo a las indicaciones médicas.	
	21	Realiza PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN.	
SUBDIRECCIÓN DE CIRUGÍA (DIVISIONES Y DEPARTAMENTOS QUIRÚRGICOS)	22	Evalúa el estado de salud del paciente y evolución	
	23	Elabora nota de evolución del paciente según su evolución	
	24	Elabora Indicaciones médicas	
DIVISIÓN DE ANESTESIOLOGÍA (CLÍNICA DEL DOLOR)	25	Pasa visita para valorar si el paciente tiene dolor postoperatorio	
	26	Determina tipo de dolor	
	27	Establece la necesidad que sea atendido por todo el equipo multidisciplinario ¿Amerita Intervención?	
	28	Si: Realiza la valoración por el equipo y determina si la evaluación se realiza cada 24 horas o cada 12 horas Indica manejo y realiza nota de evolución Notifica al médico adscrito de la intervención y en caso necesario al egreso del paciente le solicita que lo envíe a la clínica del dolor, continua en la actividad 30.	
	29	No: Continúa valoración En caso de dolor se realiza cambios de medicación en las indicaciones médicas	
SUBDIRECCIÓN DE CIRUGÍA (DIVISIONES Y DEPARTAMENTOS QUIRÚRGICOS)	30	Continúa atención del paciente	
	31	Determina el Alta hospitalaria del paciente ¿El paciente cumple criterios de egreso?	

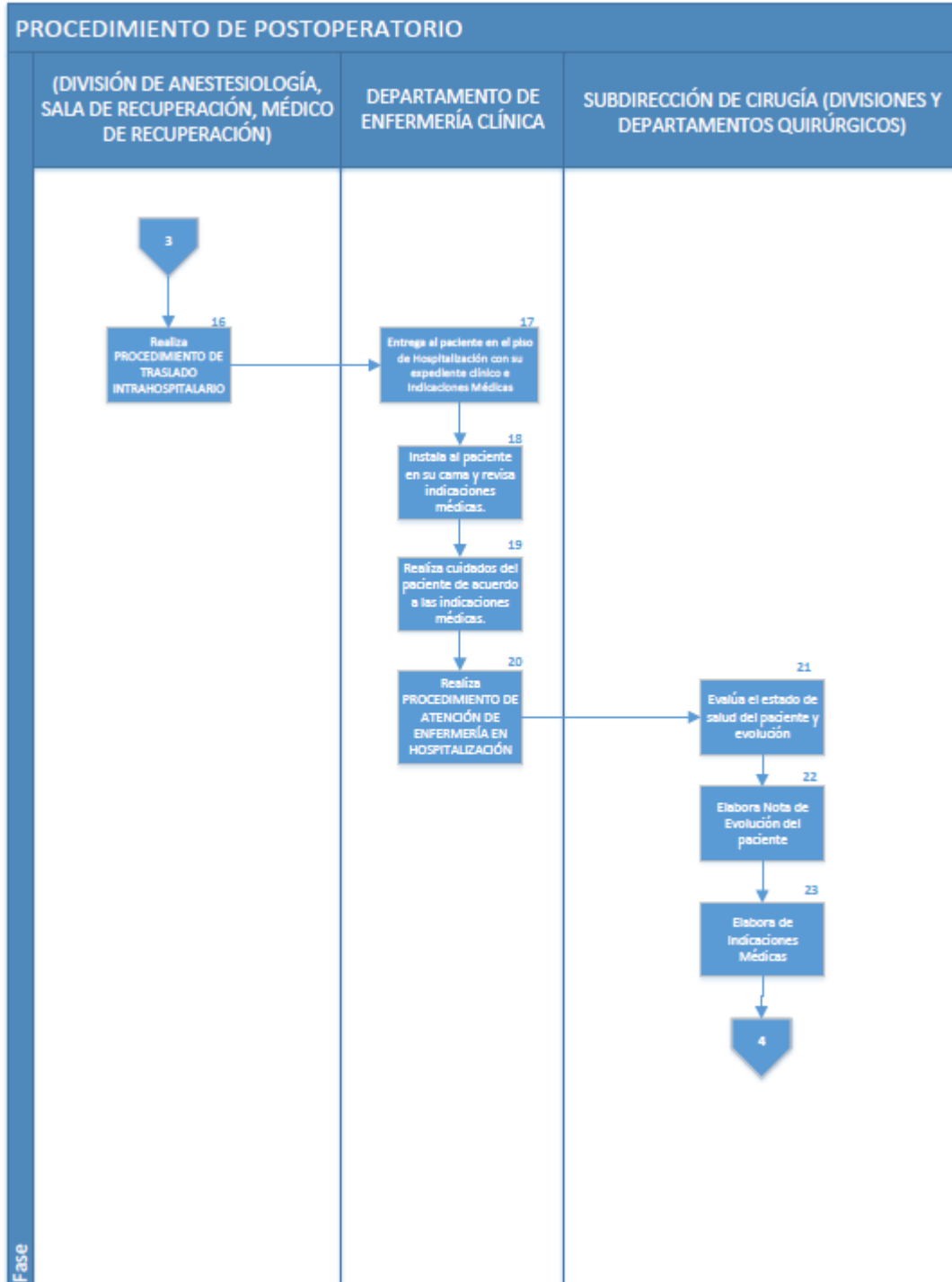
 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	PROCEDIMIENTO	
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA	
	PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO	

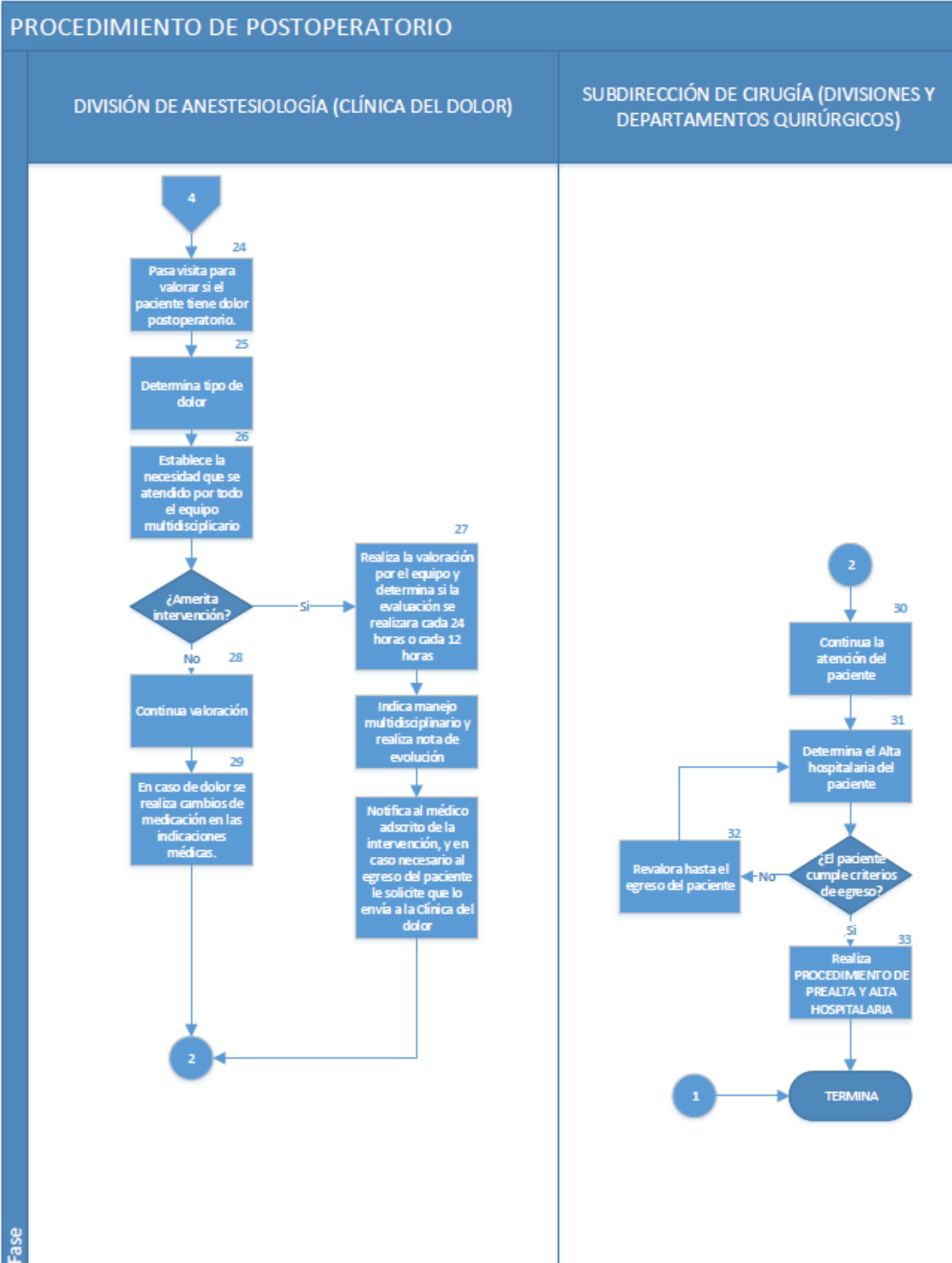
	32	No: Revalora hasta el egreso del paciente, regresa a la actividad 31	
	33	Si: REALIZA PROCEDIMIENTO DE PRE ALTA Y ALTA HOSPITALARIA	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

5.0 DIAGRAMA DE FLUJO









	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO		Hoja: 14 de 40

6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA



Documentos	Código (cuando aplique)
Manual de Organización Funcional	No aplica
Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011 Para la práctica de la Anestesiología	No aplica
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico	No aplica
Estándares de Calidad de Hospitales Edición 2018	No aplica

7.0 REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Hojas de Anestesia	5 años	Departamento de Admisión y Archivo Clínico	Núm. de registro

8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Sala de recuperación.** - En general la monitorización para el período postoperatorio inmediato debe de ser la misma que durante la intervención quirúrgica. En la sala de Recuperación debe haber; Oxígeno, aspirador, tomas eléctricas. Aparato de toma de presión arterial automático o manual, oxímetro de pulso, E.C.G. en monitor cada camilla y un aparato de electrocardiograma. laringoscopio, ambú, tubos endotraqueales, máscaras de oxígeno etc. Dependiendo del tipo de cirugía o de la gravedad de los pacientes, puede ser necesaria la presencia de algún respirador, así como monitorización invasiva y todos los elementos precisos para la seguridad de los pacientes.



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO		Hoja: 15 de 40

9.0 CAMBIOS DE ESTA VERSIÓN

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10.0 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Solicitud de Ingreso Hospitalario
- 10.2 Nota de evolución
- 10.3 Hojas de Enfermería
- 10.4 Carta de Autorización de Hospitalización
- 10.5 Nota de Egreso hospitalario
- 10.6 Receta medica
- 10.7 Consentimiento Informado para la aplicación de Anestesia y/o sedación
- 10.8 Hoja de Programación y Registro individual de pacientes
- 10.9 Nota de Postoperatoria
- 10.10 Lista de Verificación de la Seguridad en la cirugía
- 10.11 Formato de valoración anestésica
- 10.12 Nota Transanestésica
- 10.13 Carta de Consentimiento informado para recibir tratamiento para dolor y/o paliación de síntomas con opioides
- 10.14 Carta de consentimiento informado para ingreso recibir sedación paliativa
- 10.15 Carta de Consentimiento Informado para recibir tratamiento paliativo

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO		Hoja: 16 de 40



10.1 SOLICITUD DE INGRESO HOSPITALARIO

HOSPITAL GENERAL
DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ





SOLICITUD DE INGRESO HOSPITALARIO

	No. REGISTRO
NOMBRE COMPLETO DEL (LA) PACIENTE:	
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
NOMBRE (S)	
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:
SEXO:	M () F ()
DIRECCIÓN DEL PACIENTE	
EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:	
TELÉFONO:	
DIAGNÓSTICO DE INGRESO:	
INGRESO POR:	URGENCIAS () CONSULTA EXTERNA () REFERIDO ()
TIPO DE INGRESO:	AMBULATORIO () HOSPITALIZACIÓN ()
INGRESA A:	ESPECIALIDAD
FISO:	CAMA:
NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO QUE ORDENA EL INGRESO:	
OBSERVACIONES:	
FECHA:	HORA:

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO		Hoja: 19 de 40

10.4 NOTA DE EGRESO HOSPITALARIO

NOTA DE EGRESO HOSPITALARIO	HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
SERVICIO: _____	
NOMBRE COMPLETO DEL (LA) PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ SEXO: _____ No. EXP: _____ SIGNOS VITALES: TA. _____ F.C. _____ F.R. _____ TEMP.: _____ PESO: _____ TALLA: _____ FECHA Y HORA DE ELABORACIÓN: _____	
PROBLEMAS CLÍNICOS PENDIENTES:	
PLAN DE MANEJO Y TRATAMIENTO:	
RECOMENDACIONES PARA VIGILANCIA AMBULATORIA:	
ATENCIÓN DE FACTORES DE RIESGO (INCLUIDO ABUSO Y DEPENDENCIA DEL TABACO, DEL ALCOHOL Y DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS):	
PRONÓSTICO:	
EN CASO DE DEFUNCIÓN, SEÑALAR LAS CAUSAS DE LA MUERTE ACORDE AL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN Y SI SE SOLICITÓ Y SE LLEVÓ A CABO EL ESTUDIO DE NECROPSIA HOSPITALARIA:	
<small>NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO QUE ELABORÓ LA NOTA:</small>	
<small>NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO RESPONSABLE:</small>	

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO		Hoja: 21 de 40

10.6 RECETA MÉDICA



HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

RECETA MÉDICA

FOLIO: _____

CALZADA DE TLALPAN 4800, COL. SECCIÓN XVI C.P. 14080, CDMX TEL. 4000-3000

Rp. NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____



FECHA



NOMBRE COMPLETO DEL DR. (A): _____

CEDULA PROFESIONAL _____ FIRMA: _____

08-02-2005 LIC. SANIT. 101-0004673

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO		Hoja: 22 de 40

10.7 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE ANESTESIA Y/O SEDACIÓN



Hospital General Dr. Manuel Gea González
Calzada de Tlalpan 4800, Col. Sección XVI, Alcaldía de Tlalpan, C.P. 14080, Cd. de México
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE ANESTESIA Y/O SEDACIÓN MODERADA

NOMBRE DEL PACIENTE: _____	FECHA: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____	EDAD: _____ SEXO: _____
No. DE REGISTRO: _____	CARÁCTER DE LA CIRUGÍA O PROCEDIMIENTO ELECTIVA: _____ URGENTE: _____
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: _____	EDAD: _____
RELACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL: _____	DOMICILIO: _____
DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO: _____	
CIRUGÍA Y/O PROCEDIMIENTO PLANEADO: _____	

Yo _____ en pleno uso de mis facultades mentales y en mi calidad de paciente o representante legal de éste, de conformidad a lo que establece el artículo 103 de la Ley General de Salud, el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica artículos 80, 81 y 82; la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico numerales 4.2, 10.1.1 al 10.1.1.1.8, 10.1.1.2 y 10.1.1.2.3, así como la NOM-006-SSA3-2011 para la Práctica de la Anestesiología numerales 4.4, 8.2, 13.1.1, 14.1 y 15.1.1.1;

DECLARO EN FORMA LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE LO SIGUIENTE:



1. En base a mi derecho inalienable de elegir a mi médico, acepto al Dr. (a) _____ como mi Médico Anestesiólogo, quien está avalado por _____ y debidamente autorizado para ejercer la Anestesiología por _____.
2. Se me ha informado que este Hospital cuenta con equipo médico para mi cuidado y manejo durante mi procedimiento, y aun así, no me exime de presentar complicaciones.
3. Entiendo que las complicaciones, aunque poco probables, son posibles y pueden ser desde leves, tales como: pérdida o daño de una pieza dental, dolor de espalda o en el sitio de punción, dolor de cabeza, alteraciones asociadas con la posición quirúrgica, dificultad transitoria para orinar, molestias oculares o de garganta, heridas de boca y tos; hasta tales como aspiración del contenido gástrico, descompensación de mis enfermedades crónicas, alteraciones cardíacas, renales, de la presión arterial, complicaciones pulmonares, reacciones medicamentosas, transfusionales, lesiones nerviosas o de médula espinal (así como las que al reverso del presente consentimiento se señalan). Todas ellas pudieran causar secuelas permanentes e incluso llevar al fallecimiento. El beneficio que obtendré con la aplicación de la anestesia es que se pueda llevar a cabo el procedimiento diagnóstico y/o quirúrgico llamado _____ para intentar mejorar mi estado de salud.
4. Entiendo también que todo acto médico implica una serie de riesgos que puede deberse a mi estado de salud, alteraciones congénitas o anatómicas que padezca, mis antecedentes de enfermedades, tratamientos actuales y previos, a la técnica anestésica o quirúrgica, al equipo médico utilizado y/o a la enfermedad que condiciona al procedimiento médico o quirúrgico al que he decidido someterme.
5. Estoy consciente de que puedo requerir de tratamientos complementarios que aumenten mi estancia hospitalaria con la participación de otros servicios o unidades médicas, con el incremento consecutivo de los costos.
6. El Médico Anestesiólogo ha respondido mis dudas y me ha explicado en lenguaje claro y sencillo las alternativas anestésicas posibles y ACEPTO anestesia tipo _____, he entendido los posibles riesgos y complicaciones de esta técnica anestésica.
7. Se me ha explicado que mi atención pudiera intervenir médicos en entrenamiento de la especialidad de anestesiología, pero siempre bajo la vigilancia y supervisión de mi Médico anestesiólogo.
8. En mi presencia han sido llenados o cancelados todos los espacios en blanco que se presentan en este documento.
9. Que existe la posibilidad de que mi procedimiento anestésico, se retrase e incluso se suspenda por causas propias a la dinámica de los procedimientos quirúrgicos y/o anestésicos, o por causas de fuerza mayor (urgencias).
10. Se me ha informado que, de no existir este documento en mi expediente, no se podrá llevar a cabo el procedimiento quirúrgico planeado.
11. En virtud de estar aclaradas todas mis dudas, DOY MI CONSENTIMIENTO para que mi persona o representado pueda ser anestesiado con los riesgos inherentes al procedimiento y autorizo al anestesiólogo para que, de acuerdo a su criterio, cambie la técnica anestésica intentando con ello resolver cualquier situación que se presente durante el acto anestésico quirúrgico o de acuerdo a mis condiciones físicas y/o emocionales. En Ciudad de México, a los _____ días del mes de _____ del año _____.

NOMBRE COMPLETO, FIRMA
Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O
REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO		Hoja: 23 de 40

10.8 HOJA DE PROGRAMACIÓN Y REGISTRO INDIVIDUAL DE PACIENTES





Hospital General
Dr. Manuel Gea González
SOLICITUD, REGISTRO DE OPERACIONES Y
NOTA POSTOPERATORIA

Nombre del Paciente:		Registro:	
Fecha de Nacimiento:		Peso:	
Edad:	Sexo: masculino () femenino ()	Cama:	
Servicio:	Clinica:	Tiempo quirúrgico estimado:	
Fecha de Solicitud:	dia mes año	Hora Solicitud:	
Fecha de Programación:	dia mes año	Recibe Solicitud:	
Fecha de la Cirugía:	dia mes año	Hora de Recepción:	
Electiva () Urgencia () EMERGENCIA () Ambulatoria (si) (no)			
Durante la Operación se requiere:			
Instrumental:		Colaboración de los servicios de:	
Nombre y firma de quien recibe la solicitud:		Riesgo Quirúrgico: I. II. III. IV. Anestesia: General () Local () Regional ()	
Médico Solicitante		Médico Jefe de la División	
Firma		Firma	
Nombre	Cédula Profesional	Nombre	Cédula Profesional
Diagnóstico Preoperatorio:		Diagnóstico Postoperatorio:	
1.-		1.-	
2.-		2.-	
3.-		3.-	
4.-		4.-	
Operación Planeada:		Operación Realizada:	
1.-		1.-	
2.-		2.-	
3.-		3.-	
4.-		4.-	
Cirujano:		Estudio Histopatológico: (si) (no)	
1er. Ayudante:		Pieza:	
2°. Ayudante:		RayosX:	
3er. Ayudante:		Drenajes: (si) (no)	Tipo:
Instrumentista:		Diferimiento de Cirugía: (si) (no)	
Circulante:		Motivo debido a: Paciente () Institución ()	
Anestesiólogo:		Especifique:	
Calidad en Quirofano	Previo al Inicio	Previo al Término	Hora de inicio Cirugía: _____ Anestesia: _____
Pausa Quirúrgica	SI () NO ()	SI () NO ()	Hora de término Cirugía: _____ Anestesia: _____
Gasas	SI () NO ()	SI () NO ()	Sangrado (ml): _____ ml.
Compresas	SI () NO ()	SI () NO ()	Transfusiones: (SI) (NO) _____ ml.
Instrumental	SI () NO ()	SI () NO ()	Balance Hídrico: _____ ml.
Punzocortantes	SI () NO ()	SI () NO ()	

06-01-0028

LICENCIA SANITARIA 1014004673

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO		Hoja: 24 de 40



Hospital General
Dr. Manuel Gea González
SOLICITUD, REGISTRO DE OPERACIONES Y
NOTA POSTOPERATORIA

Nombre del Paciente:		Registro:	
Fecha de Nacimiento:		Peso:	
Edad:	Sexo: masculino () femenino ()	Cama:	
Signos Vitales:	Frecuencia Cardíaca: _____ por minuto	Tensión Arterial: _____ / _____ mmHg	
Peso: _____ Kgs.	Frecuencia Respiratoria: _____ por minuto	Temperatura: _____ °C	
Talla: _____ Kgs.	Saturación de Oxígeno: _____ %		
Fecha y hora de elaboración de la Nota Postoperatoria:			
Accidentes: (SI) (NO) Especifique:		Incidentes: (SI) (NO) Especifique:	
Descripción de la Técnica Quirúrgica:			
Hallazgos Transoperatorios:			
Estudios Transoperatorios y Resultados:			
Estado Postquirúrgico Inmediato: Estable () Inestable () Fallecido ()			
Comentarios:			
Plan Manejo y Tratamiento Postoperatorio Inmediato:			
Pronóstico: Bueno () Malo ()			
Comentarios:			
Elaborado por:		Responsable de la cirugía	
Firma		Firma	
Nombre	Cédula Profesional	Nombre	Cédula Profesional

06-01-0028

LICENCIA SANITARIA 1014004673

10.9 FORMATO DE VALORACIÓN ANESTÉSICA



VALORACION PREOPERATORIA – HOJA FRONTAL ANESTESIOLOGÍA/ALTO RIESGO PERIOPERATORIO/MEDICINA INTERNA/CARDIOLOGÍA

PARA SER LLENADO POR EL SERVICIO SOLICITANTE

Fecha y hora de solicitud _____

Datos generales del paciente

Nombre: _____	Sexo: _____	N° Expediente: _____
Fecha de nacimiento: _____	Edad: _____	Ocupación: _____
Lugar de residencia: _____	Religión: _____	Estado civil: _____
Teléfono de contacto: _____	Diagnóstico preoperatorio: _____	Escolaridad: _____
Cirugía planeada: _____	Electiva <input type="checkbox"/> Urgente <input type="checkbox"/>	Hemotipo: _____
	<input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/>	
Tiempo quirúrgico estimado _____	Sangrado estimado: _____	

Datos de riesgo

- ASA 3 o mayor
- Edad 65 años o mayor
- IMC mayor a 35 kg/m2

Cardiopatía diagnosticada

- Síndrome coronario agudo o angina inestable.
- Intervencionismo coronario.
- Insuficiencia cardíaca de NOVO o descompensada.
- Arritmias o bloqueos.
- Enfermedad vascular periférica adquirida o congénita

Condición clínica de riesgo

- Glucosa sérica >126mg/Dl
- TA > 140/90 mmHg
- Creatinina >1.5mg/Dl
- Equimosis, gingivorragia sin explicación por otra condición.
- Albumina < 3.0
- Pérdida inexplicable <10% en los últimos 6 meses
- Edema importante de miembros pélvicos
- Plétora yugular
- Disnea
- SpO2 <94% en aire ambiente

Comorbilidad diagnosticada de impacto cardiovascular

- Diabetes mellitus
- Hipertensión
- Dislipidemia
- Enf. reumáticas



Cirugía de Alto Riesgo

- Vascular periférico
- Cirugía aórtica y/o vascular mayor
- Cirugía de revascularización o embolectomía de miembros
- Cirugía de duodeno o páncreas
- Resección hepática y/o cirugía biliar compleja
- Esofagectomía
- Fístula intestinal
- Resección adrenal
- Neumonectomía
- Cirugía ortopédica mayor (cadera o columna)
- Cirugía de emergencia.
- Cirugía alto riesgo a criterio quirúrgico

Clasificación estado físico ASA	
ASA I	Paciente sano
ASA II	Paciente con enfermedad sistémica leve
ASA III	Paciente con enfermedad sistémica severa
ASA IV	Paciente con enfermedad sistémica severa que es un constante riesgo para su vida
ASA V	Paciente moribundo quien no se espera que sobreviva si no se opera
ASA VI	Paciente con muerte cerebral, donación de órganos

Médico y Servicio Solicitante

Nombre completo, firma, cédula profesional

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO		Hoja: 26 de 40



Hospital General Dr. Manuel Gea González

Subdirección de Anestesia y Terapias
División Anestesiología

**FORMATO DE VALORACION PREOPERATORIA
ANESTESIOLOGÍA/ALTO RIESGO PERIOPERATORIO**



Antecedentes personales patológicos

1. Infarto al miocardio <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Angina <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Marcapasos o cardiodesfibrilador implantable <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stent coronario <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Palpitaciones <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Disnea <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ángor <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Soplos cardiacos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2. Asma <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO EPOC/Bronquitis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SAOS/Síndrome <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hipoventilación del obeso <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ronquidos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3. Epilepsia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ICTUS/AIT <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> EVC <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Síncope/Hipotensión ortostática <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad placa motora <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas articulares <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedades colágena <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad reumatológica <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Enfermedad tiroidea <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedad hepática no obstructiva <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ictericia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad renal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedades urológicas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5. ERGE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Hernia hiatal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Úlcera gástrica o duodenal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad intestinal (malabsorción, intestino corto) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad inflamatoria intestinal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6. Anemia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO TEP / TVP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Discrasias sanguíneas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otros hematológicos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. Cáncer previo de cualquier tipo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Tratamiento <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Si afirmativo, fecha de diagnóstico: <input type="checkbox"/> Última consulta de seguimiento <input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> ¿Se encuentra en remisión? <input type="checkbox"/>		

Antecedentes personales patológicos – información adicional

Antecedentes personales no patológicos

Alergias:	Especificar reacciones:	Uso crónico de opioides Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Especificar:
Alcoholismo (si afirmativo, cantidad por semana): Tabaquismo <input type="checkbox"/> No fumador <input type="checkbox"/> Exposición a biomasa <input type="checkbox"/> Fumador <input type="checkbox"/> Toxicomanías (si afirmativo, especificar producto y frecuencia)		Ex fumador <input type="checkbox"/> Cigarrillos por día:
Possible embarazo:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	FUM:

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO		Hoja: 27 de 40



Hospital General Dr. Manuel Gea González

Subdirección de Anestesia y Terapias
División Anestesiología

Antecedentes anestésico-quirúrgicos

Fecha	Cirugía	Requirió UCI o Hemotransfusión	
		SI	NO
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HISTORIA ANESTÉSICA			
Problemas anestésicos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si afirmativo, ¿cuál fue el problema?			
Paro cardiorrespiratorio		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anafilaxia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intubación difícil o fallida		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertermia maligna		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Náusea y/o vómito postoperatorio		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mal control del dolor en el postoperatorio		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cefalea pos punción		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloqueo neuroaxial difícil		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesión neurológica		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros (especificar):		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Exploración física e interrogatorio por aparatos y sistemas

Observaciones basales							
Altura	m	Peso	kg	Índice de masa corporal			
Presión arterial	mmHg	Frecuencia de pulso	lpm	Ritmo de pulso	Regular	<input type="checkbox"/>	Irregular
A. Vía aérea							
Predictores de ventilación difícil		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Dentadura	NORMAL	<input type="checkbox"/>	ANORMAL <input type="checkbox"/>
Especifique				Especifique			
Cirugía cervical previa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Movimiento cervical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apertura bucal	Mallampati			Protrusión mandibular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patil Aldreti	Circunferencia cuello			Distancia esternomentoniana			
Se espera vía aérea difícil		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
B. Respiratorio				C. Cardiovascular			
Frecuencia respiratoria	/min			SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Campos pulmonares claros		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Ortopnea	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Expansión	Buena <input type="checkbox"/>	Der <input type="checkbox"/>	Izq <input type="checkbox"/>	*Número de almohadas para dormir:			
Entrada de aire	Buena <input type="checkbox"/>	Mod <input type="checkbox"/>	Pobre <input type="checkbox"/>	Disnea en reposo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sibilancias		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Disnea en esfuerzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	*Subir 1 piso de escaleras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espujo		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	*Subir 2 pisos de escaleras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemoptisis		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Ángor/angina con el esfuerzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tráquea	Central <input type="checkbox"/>	Desviada <input type="checkbox"/>		Distancia mínima que camina en promedio en superficie plana:			
SpO2	% aire ambiente			Caminata limitada por:			
Espirometría (en caso de contar con el estudio):				Dolor articular <input type="checkbox"/>	Angina <input type="checkbox"/>	Dolor de piernas <input type="checkbox"/>	
Flujo pico	L/min			Desequilibrio <input type="checkbox"/>	Fatiga <input type="checkbox"/>	Falta de aire <input type="checkbox"/>	
FEV1				Otro(s) síntoma(s):			
FVC				Ruidos cardiacos	Normales <input type="checkbox"/>	Anormales <input type="checkbox"/>	
PEFR				Si anormales, describir:			
				Edema periférico	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Extensión:
				Ingurgitación yugular	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	



Hospital General Dr. Manuel Gea González

Subdirección de Anestesia y Terapias
División Anestesiología

Otros hallazgos a la exploración física:

Exámenes de laboratorio y gabinete

Fecha:

Examen	Resultado	Examen	Resultado	Examen	Resultado	Examen	Resultado
Hemoglobina		Urea*		Fosforo*		TFG*	
Hematocrito		Creatinina*		Magnesio*		Insulina*	
Plaquetas		BUN*		BT/BD*		HOMA*	
TP		Sodio*		TGO/TGP*		HbA1C*	
INR		Potasio*		FA*		Otros exámenes de Laboratorio:	
TPT		Calcio*		GGT*			
Glucosa*		Cloro*		Albúmina*			

*EN PACIENTES CUYA COMORBILIDAD, TIPO DE CIRUGÍA O SITUACIÓN CLÍNICA ASÍ LO AMERITE

Estudios de gabinete

Rx tórax	Fecha	EKG	Fecha
Ecocardiograma	Fecha	Otros:	

Valoración de la capacidad funcional

Duke Activity Score Index (DASI)

TOTAL PUNTOS DASI = _____ (máximo puntaje 58.2) METs = _____

Requiere prueba de caminata SI NO (En caso afirmativo, ver hoja anexa de caminata)

Otras valoraciones

En caso de paciente obeso (Aplica: Sí No)

STOP-BANG: _____ puntos Riesgo: Bajo Intermedio Alto



S		T		O		P		B		A		N		G	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

Si alto riesgo para SAOS, resultado valoración ESS: _____

En caso de paciente geriátrico (Aplica: Sí No)

Valoración cognitiva (Mini-Cog®)				Valoración fragilidad (Robinson Critería)			
Escala:		Puntaje:	_____	Escala:		Puntaje:	_____
Déficit:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		Fragilidad	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Grado:	Leve <input type="checkbox"/>	Moderado <input type="checkbox"/>	Severo <input type="checkbox"/>	Grado:	Leve <input type="checkbox"/>	Moderado <input type="checkbox"/>	Severo <input type="checkbox"/>

Requiere valoración por el servicio de geriatría: SI NO

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO		Hoja: 30 de 40

10.10 LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD EN LA CÍRUGIA



Hospital General "Dr. Manuel Gea González"
LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD EN LA CIRUGÍA

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ No. de Registro: _____ Fecha: _____
Edad: _____ Especialidad: _____ Procedimiento Quirúrgico: _____

ANTES DE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA	ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA	ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DE LA SALA QUIRÚRGICA
<p style="text-align: center;">ENTRADA</p> <p><input type="checkbox"/> EL PACIENTE HA CONFIRMADO</p> <ul style="list-style-type: none"> - SU IDENTIDAD - EL SITIO QUIRÚRGICO - EL PROCEDIMIENTO - SU CONSENTIMIENTO <hr/> <p><input type="checkbox"/> MARCADO DEL SITIO QUIRÚRGICO</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> NO PROCEDE</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> SE HA COMPLETADO EL CONTROL DE LA SEGURIDAD DE LA ANESTESIA</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> OXÍMETRO DE PULSO COLOCADO Y EN FUNCIONAMIENTO</p> <p>¿TIENE EL PACIENTE:</p> <p>ALERGIAS CONOCIDAS? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI _____</p> <p>VÍA AÉREA DIFÍCIL/ RIESGO DE ASPIRACIÓN? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, Y HAY INSTRUMENTAL Y EQUIPO / AYUDA DISPONIBLE</p> <hr/> <p>RIESGO DE HEMORRAGIA > 500 ML (7 ML/KG EN NIÑOS)? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI _____</p> <p><input type="checkbox"/> SE HA PREVISTO LA DISPONIBILIDAD DE ACCESO INTRAVENOSO Y LÍQUIDOS ADECUADOS</p> <p><input type="checkbox"/> CRUCE DE SANGRE</p> <p><input type="checkbox"/> HEMODERIVADOS DISPONIBLES</p> <hr/> <p>NOMBRE Y FIRMA DEL ANESTESIOLOGO Y CED. PROF.</p>	<p style="text-align: center;">PAUSA QUIRÚRGICA</p> <p><input type="checkbox"/> CONFIRMAR QUE TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO SE HAYAN PRESENTADO POR SU NOMBRE Y FUNCIÓN</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> ENTRE EL CIRUJANO, ANESTESIOLOGO Y ENFERMERÍA CONFIRMAN VERBALMENTE: (Time Out/Tiempo Fuera)</p> <ul style="list-style-type: none"> - LA IDENTIDAD DEL PACIENTE - EL SITIO QUIRÚRGICO - EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR <hr/> <p style="text-align: center;">PREVISIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS</p> <p><input type="checkbox"/> EL CIRUJANO COMENTA: LOS PASOS CRÍTICOS O IMPREVISTOS, LA DURACIÓN DE LA OPERACIÓN Y LA PÉRDIDA DE SANGRE PREVISTA</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> EL EQUIPO DE ANESTESIA COMENTA: SI EL PACIENTE PRESENTA ALGÚN PROBLEMA ESPECÍFICO</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> EL EQUIPO DE ENFERMERÍA REvisa: SI SE HA CONFIRMADO LA ESTERILIDAD (CON RESULTADOS DE LOS INDICADORES) Y SI EXISTEN DUDAS O PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS Y EL CONTEO DEL MISMO</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> CONTEO INICIAL DE GASAS Y COMPRESAS</p> <hr/> <p>¿SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LOS ÚLTIMOS < 60 MINUTOS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO PROCEDE</p> <hr/> <p>¿PUEDEN VISUALIZARSE LAS IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ESENCIALES? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO PROCEDE</p> <hr/> <p>NOMBRE Y FIRMA DEL CIRUJANO Y CED. PROF.</p>	<p style="text-align: center;">SALIDA</p> <p>EL EQUIPO DE ENFERMERÍA CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO QUIRÚRGICO</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> EL NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> QUE EL RECUEENTO DE INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO, GASAS, COMPRESAS Y AGUJAS SEA CORRECTO.</p> <p><input type="checkbox"/> LA IDENTIFICACIÓN Y ELETIQUETADO DE LAS</p> <p><input type="checkbox"/> MUESTRAS (QUE FIGURE EL NOMBRE DEL PACIENTE) SI HAY PROBLEMAS QUE RESOLVER RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> EL CIRUJANO, EL ANESTESIOLOGO Y EL EQUIPO DE ENFERMERÍA COMENTAN LOS PRINCIPALES ASPECTOS DE LA RECUPERACIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE (EJEM. PLAN ANALGESIA, PROFILAXIS TROMBOEMBOLICA, CUIDADOS ESPECIALES, ETC.)</p> <hr/> <p>¿EXISTIERON EVENTOS ADVERSOS? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI _____</p> <p>REPORTE DEL EVENTO ADVERSO</p> <hr/> <p>NOMBRE Y FIRMA DE LA ENFERMERA CIRCULANTE Y CED. PROF.</p>

PROTOCOLO UNIVERSAL: Marcado del Sitio Quirúrgico / Proceso de verificación preoperatoria / Paciente correcto / Sitio correcto / Procedimiento correcto

SÍMBOLO MARCAJE * (ASTERISCO)

Esta hoja se debe anexar al expediente clínico

10.11 NOTA TRANSANESTÉSICA

NOTA TRANSANESTÉSICA

Nombre del paciente: _____ Fecha y hora de elaboración: _____
 Edad: _____ Sexo: _____ Registro: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Diagnósticos y problemas clínicos: _____
 Cirugía programada: _____
 Cirugía realizada: _____
 Signos vitales: TA _____ FC _____ FR _____ Temp _____ Peso _____ Talla _____ SpO2 _____
 Inicio de anestesia: _____ Término de anestesia: _____ Inicio cirugía: _____ Término cirugía _____
 Dosis de los medicamentos y/o agentes que fueron utilizados y los tiempos en que fueron administrados: _____

 Técnica anestésica utilizada: _____ Intubación: SI _____ NO _____
 Dispositivo supraglótico: SI _____ NO _____ Especifique: _____
 Se utilizaron fármacos para revertir: SI _____ NO _____ ¿Cuáles? _____
 En caso de tratarse de un bloqueo de conducción _____
 Tipo de bloqueo: _____ Localización: _____

Redón nacido
 Hora de nacimiento: _____ Sexo: _____ Peso: _____ Talla: _____ APGAR: _____ Capurro: _____ Silvermann: _____
Balace hídrico
 Tipo y cantidad de líquidos administrados: Cristaloides: _____ Coloides: _____ Otros: _____
 Hemoderivados: _____ Especifique: _____
 Ingresos: _____ Egresos: _____ Balance total: _____
 Contingencias, accidentes o incidentes: _____

 Estado del paciente al salir de la sala: _____
 Nombre completo del anestesiólogo, cédula profesional y firma _____

NOTA POSTANESTÉSICA

Fecha y hora de elaboración: _____
 Signos vitales: TA _____ FC _____ FR _____ Temp _____ Peso _____ Talla _____ SpO2 _____
 Técnica anestésica utilizada: _____ Duración de la anestesia: _____
 Fármacos y medicamentos administrados: _____

 Resultado de estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento transanestésicos: _____

 Balance Hídrico: Ingresos: _____ Egresos: _____ Balance total: _____
 Cuantificación de sangre y/o soluciones administradas: Cristaloides: _____ Coloides: _____ Otros: _____
 Hemoderivados: _____ Especifique: _____ Diuresis: _____ Sangrado: _____
 Incidentes y accidentes atribuibles a la anestesia: _____



 Aldrete del paciente a su egreso: _____ Egreso a Hospitalización _____ UCPA _____ UCI _____ Domicilio _____ Otra _____
 Plan de manejo y tratamiento inmediato (Indicaciones) _____

 Analgesia planeada: IV _____ Regional _____ Otra _____ Especifique _____
 Nombre completo del anestesiólogo, cédula profesional y firma _____

NOTA DE RECUPERACIÓN Y EGRESO

Fecha y hora: _____
 Cirugía realizada: _____
 Signos vitales: TA _____ FC _____ FR _____ Temp _____ Peso _____ Talla _____ SpO2 _____ Aldrete _____ Bromaje _____ EVA _____
 Evolución y tratamiento durante su estancia en UCPA: _____

 Sitio a donde egresa: Hospitalización _____ UCI _____ Domicilio _____ Otro _____ Náusea y/o vómito SI _____ NO _____
 Observaciones: _____
 Nombre completo del anestesiólogo, cédula profesional y firma _____



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO		Hoja: 32 de 40



**HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
HOJA TRANS-ANESTESICA**



NOMBRE DEL PACIENTE:			FECHA:	HORA:	NO DE REGISTRO:							
DIAGNOSTICO PREOPERATORIO:			FECHA DE NACIMIENTO:									
OPERACIÓN PROPUESTA:			OPERACIÓN REALIZADA:									
INICIO DE ANESTESIA:	TERMINO DE ANESTESIA:	DURACIÓN DE LA ANESTESIA:										
INICIO DE CIRUGÍA:	TERMINO DE CIRUGÍA:	DURACIÓN DE LA CIRUGÍA:										
RIESGO ANESTÉSICO QUIRÚRGICO:	MEDICACIÓN PRE ANESTÉSICA: (SI) (NO)		ANOTAR:									
HORAS DE AYUNO:	POSICIÓN DEL PACIENTE:											
TIPO DE ANESTESIA: Total Intravenosa () General Balanceada () Sedación () Bloqueo Subaracnoideo () Bloqueo Peridural () Combinada () Mixta () Local ()												
Bloqueo Caudal () Bloqueo Interscalénico () Bloqueo Axilar () Bloqueo Supraclavicular () Otros: Nivel Bloqueo												
VÍA AÉREA: Mascara Laríngea () Numero Tubo endotraqueal: Nasal () Oral () Calibre Gbbo (SI) (NO) Pneumotaponamiento OTROS ADITAMENTOS												
TIPO DE VENTILACIÓN: Manual (M) Mecánica (MC) Asistida (A) Controlada (C) PEEP			Volumen Tidal		Frecuencia Respiratoria							
RTE												
HORA:	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
AGENTES												
FÁRMACO	DOSIS	VIA										
X Presión Arterial	220											
* Frecuencia cardiaca	200											
° Respiración	180											
Δ Temperatura	160											
1 Ingreso	140											
2 Inicio de Anestesia	120											
3 Inicio de cirugía	100											
4 Final cirugía	80											
5 Final Anestesia	60											
6 Recuperación	40											
	20											
Tiempos:	1 al 6											

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO		Hoja: 33 de 40

10.12 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR TRATAMIENTO PARA EL DOLOR Y/o PALIACIÓN DE SÍNTOMAS CON OPIOIDES



Hospital General Dr. Manuel Gea González
Calzada de Tlalpan 4800, Tlalpan Centro I, Tlalpan, CDMX

Carta de Consentimiento Informado Para Recibir Tratamiento Para el Dolor y/o Paliación de Síntomas con Opioides.

División de Cuidados Paliativos y Clínica de Dolor.

La carta de consentimiento informado le proporciona información sobre el tratamiento que el médico le está proponiendo, los riesgos, beneficios, otras opciones y los objetivos de la terapia. Este documento debe ser firmado por el paciente o su representante legal después de haber leído y comprendido la información que contiene y una vez que usted haya podido hacer las preguntas que considere necesarias para aclarar sus dudas con respecto al manejo médico que se le está proponiendo.

Información sobre el tratamiento para el dolor y/o paliación con opioides

El dolor crónico es un síntoma frecuente a lo largo de muchas enfermedades y es una obligación y derecho humano el proporcionar tratamiento.

Cada persona experimenta el dolor de diferente manera y por esto el plan de tratamiento debe ajustarse para responder a las necesidades de cada paciente. Cuando usted tiene dolor intenso es frecuente que sea necesario combinar distintas medicinas (analgésicos) y/o utilizar un tipo de medicamento que se llama opioides.

De acuerdo a la información que nos ha proporcionado, usted tiene un dolor severo y es necesario que le prescribamos este tipo de medicamentos. Los opioides (también conocidos como narcóticos) son los analgésicos más frecuentes utilizados en el manejo del dolor moderado a severo debido a que son muy efectivos, puedes ajustarse a la dosis que usted necesita fácilmente y los beneficios que usted tendrá son mucho mayores que los riesgos. Los beneficios son: un mejor alivio del dolor ya que son medicamentos más potentes y otro beneficio será que son medicamentos muy seguros de usar y no afectan otros órganos durante el uso crónico.

Como todos los medicamentos, los opioides tienen varios efectos secundarios, que incluyen: Somnolencia, mareo, náusea, vómito, disminución de la frecuencia respiratoria, confusión, disminución de los reflejos, estreñimiento, náusea, retención urinaria, sedación, boca seca, sabor amargo, comezón, reacciones alérgicas. No debe utilizar maquinaria pesada, manejar o realizar actividades peligrosas si está utilizando opioides.



En el hombre el uso crónico de opioides ocasiona disminución en los niveles hormonales como testosterona y estradiol, lo que puede afectar el estado de ánimo, vigor, y el rendimiento físico y sexual, osteoporosis.

En las mujeres embarazadas el uso de opioides ocasiona dependencia física y/o malformaciones en el bebé, dependiendo del medicamento que usted utilice. Si está o planea embarazarse coméntelo a su médico.

Los opioides pueden producir dependencia física, tolerancia a la analgesia y adicción. La dependencia física es normal después del uso de opioides por más de 3 semanas; sin embargo, la dependencia física no es lo mismo que la adicción. Si usted tiene antecedentes de abuso en el consumo de drogas es importante que le informe al médico.

Si usted suspende bruscamente el uso de opioides puede presentar un síndrome de abstinencia, que se caracteriza por: escorrimiento nasal, bostezos, dilatación de pupilas, piel erizada, cólicos abdominales, diarrea, irritabilidad, ansiedad, desesperación, dolor corporal y sensación similar a la gripe.

Existen diferentes tipos de opioides de acuerdo a la manera en la que actúan. En un primer grupo están por ejemplo, la morfina, hidromorfona codeína, tramadol, oxycodona, hidrocodona, metadona, levorfanol, fentanilo. La buprenorfina pertenece a otro grupo y a un tercer grupo incluye la pentazocina, butorfanol, dezocina y nalbufina. Esta información es importante porque los pacientes que estén recibiendo opioides de primer grupo no deben recibir un opioide del tercer grupo, pues al hacerlo se pueden precipitar un síndrome de abstinencia y aumentar el dolor. De la misma manera si algún otro médico me indica otros medicamentos debo informar a mi médico tratante.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO		Hoja: 34 de 40



Es importante que no cambie o suspenda los medicamentos sin consultar al médico.

Recibir este tratamiento es voluntaria y en cualquier momento puede decidir no continuar con este sin que sus derechos como paciente del hospital se pierdan.

En caso de cualquier duda comunicarse con la a la clínica del dolor y cuidados paliativos que se la haya asignado o a los teléfonos 40003000 Ext 3206

CDMX a de de 201

Nombre _____ No de Expediente _____

He sido informado de que recibiré opioides para el tratamiento para el dolor y/o otros síntomas.

El medicamento que tomaré es: _____

La dosis que recibiré es de: _____

El médico me ha informado de los riesgos y beneficios del uso de este tipo de medicamentos, la posibilidad de causar dependencia física y dicción. Entiendo que es importante que no cambie o suspenda los medicamentos sin consultar al médico.

Deseo voluntariamente aceptar el tratamiento que se me propone.

Nombre/Firma del Paciente

Testigos



Nombre: _____ Firma _____
 Dirección: _____
 Teléfono: _____ Parentesco _____

Nombre: _____ Firma _____
 Dirección: _____
 Teléfono: _____ Parentesco _____

Nombre y firma del Médico: _____ Fecha: _____

Si la persona no es competente para de decidir, es necesario el **CONSENTIMIENTO** de su representante legal (si este es el caso escriba el nombre, dirección, teléfono y parentesco del representante.)

Nombre: _____ Firma _____
 Dirección: _____
 Teléfono: _____ Parentesco _____

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO		Hoja: 35 de 40

10.13 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INGRESO RECIBIR SEDACIÓN PALIATIVA



Hospital General Dr. Manuel Gea González
Calzada de Tlalpan 4800, Tlalpan Centro I, Tlalpan, CDMX

Carta de Consentimiento Informado Para Ingreso recibir Sedación Paliativa.

División de Cuidados Paliativos y Clínica de Dolor.

La carta de consentimiento informado le proporciona información sobre el tratamiento que el médico le está proponiendo, los riesgos, beneficios, otras opciones de tratamiento y los objetivos de la terapia.

Este documento del Servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos debe ser firmado por el paciente o su representante legal y dos testigos después de haber leído y comprendido la información que contiene y una vez que usted haya podido hacer las preguntas que considere necesarias para aclarar sus dudas con respecto al manejo médico que se le está proponiendo.

Información sobre Sedación Paliativa.

Los cuidados paliativos son una forma de atención que se brinda para mejorar la calidad de vida de los pacientes de una enfermedad grave o en donde los tratamientos no han funcionado o no hay opción de recibirlos.

Los cuidados paliativos es prevenir y tratar los síntomas y el sufrimiento que la enfermedad le ocasiona, los efectos secundarios de los tratamientos y ayudar a resolver algunos psicológicos, sociales y espirituales que se presentan en los enfermos, y sus familias. El tratamiento es proporcionado por un equipo en el que participan médicos, psicólogos, enfermeras, trabajadoras sociales, nutriólogos, tanatólogos, etc.

Sedación Paliativa.



Se entiende por "sedación en el enfermo paliativo en fase terminal" a la administración intencionada de medicamentos (en las dosis y combinaciones) con el fin de reducir la consciencia superficial o profundamente, de forma transitoria o permanente con la intención de aliviar el sufrimiento físico y/o psicológico no alcanzable con otras medidas, con el consentimiento implícito, explícito o delegado del paciente.

La sedación terminal tiene como finalidad disminuir su nivel de consciencia y no acortar la vida del enfermo y evitar sufrimiento al final de la vida.

Esta puede ser ligera, profunda, continua o intermitente. Los medicamentos aplicados para realizarla son exclusivamente para reducir el estado de consciencia, sin acortar o prolongar la sobrevida por la enfermedad que padezca.

Existen indicaciones clínicas claras para la aplicación de sedación paliativa, éstas son:

- Cualquier síntoma refractario que no sea controlable a pesar de haber establecido los tratamientos específicos.
 - o Delirium hiperactivo refractario al tratamiento (agitación terminal extrema),
 - o Convulsiones (status epilepticus),
 - o Sofocación (falta de aire incontrolable con otros métodos, y obstrucción aguda e irreversible de las vías aéreas),
 - Sangrado masivo.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO		Hoja: 36 de 40



Se me ha informado claramente que la indicación específica en mi caso es la siguiente: _____

Firme este documento solo después de que usted y su familia consideren que está suficientemente informado de este manejo. Una copia de este documento permanecerá en el servicio y usted recibirá el documento original firmado.

Recibir este tratamiento es voluntaria y en cualquier momento puede decidir no continuar con este sin que sus derechos como paciente del hospital se pierdan.

En caso de cualquier duda comunicarse con la a la clínica del dolor y cuidados paliativos que se la haya asignado o a los teléfonos 40003000 Ext 3206

CDMX a _____ de _____ de 201

Nombre _____ No de Expediente _____
 Dirección _____ Teléfono _____

Se me ha informado los objetivos de la sedación paliativa, el estado de mi enfermedad, los beneficios y riesgos que este tratamiento conlleva. Entiendo que este tipo de terapia esta encaminada controlar los síntomas que mi enfermedad o tratamiento me están ocasionando y que recibiré tratamiento médico, apoyo psicológico, orientación nutricional y consejería. También se me ha explicado que mi familia forma parte importante de este esfuerzo. **Deseo voluntariamente aceptar el tratamiento que se me propone.**

Nombre/Firma _____

Testigos:



Nombre: _____ Firma _____
 Dirección: _____
 Teléfono: _____ Parentesco _____

Nombre: _____ Firma _____
 Dirección: _____
 Teléfono: _____ Parentesco _____

Persona que obtiene el consentimiento: Nombre, firma y fecha.

Si la persona no es competente para de decidir, es necesario el **CONSENTIMIENTO** de su representante legal (si este es el caso escriba el nombre, dirección, teléfono y parentesco del representante.)

Nombre: _____ Firma _____
 Dirección: _____
 Teléfono _____ Parentesco _____

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		Hoja: 37 de 40
	PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO		

10.15 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR TRATAMIENTO PALIATIVO



**Hospital General Dr. Manuel Gea González Calzada de
Tlalpan 4800, Tlalpan Centro I, Tlalpan, CDMX**

Carta de Consentimiento Informado Para recibir tratamiento Paliativo.

División de Cuidados Paliativos y Clínica de Dolor.

De acuerdo con las disposiciones contenidas en la Normas Oficial Mexicanas: Agregar como fundamento legal el artículo 4° párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y el artículo 166 Bis 3, fracciones V y VI de la Ley General de Salud. De igual forma se recomienda verificar la aplicabilidad de las Normas Oficiales Mexicanas NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico y la NOM-011-SSA3-2014 sobre Criterios para la Atención de Enfermos en Situación Terminal a Través de Cuidados Paliativos. NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico, la NOM-016-SSA3-2012, que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada, se me ha informado que:



La carta de consentimiento informado le proporciona información sobre el tratamiento que el médico y equipo multidisciplinario le está proponiendo, los riesgos, beneficios, otras opciones de tratamiento, objetivos y filosofía de los Cuidados Paliativos.

Este documento del Servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos debe ser firmado por el paciente o su representante legal y dos testigos después de haber leído y comprendido la información que contiene y una vez que usted haya podido hacer las preguntas que considere necesarias para aclarar sus dudas con respecto a las intervenciones que se le está proponiendo.

Información sobre el Tratamiento Paliativo.

Los cuidados paliativos son una forma de atención que se brinda para mejorar la calidad de vida de los pacientes de una enfermedad grave o en donde los tratamientos no han funcionado o no hay opción de recibirlos. Los cuidados paliativos ayudan a prevenir y tratar los síntomas y el sufrimiento que la enfermedad le ocasiona, los efectos secundarios de tratamientos ya instaurados y además apoyan a resolver algunos psicológicos, sociales y espirituales que se presentan en los enfermos, y sus familias. El tratamiento es proporcionado por un equipo en el que participan médicos, psicólogos, enfermeras, trabajadoras sociales, nutriólogos, rehabilitadores, entre otros.

La mayor parte de los tratamientos que se proporciona no son invasivos, pero en ocasiones, de acuerdo a su evolución y a las necesidades que detectemos a lo largo de su enfermedad podríamos recomendar algún procedimiento que ayude a el alivio de los síntomas que ocasionan sufrimiento.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO		Hoja: 38 de 40



En estos casos su médico tratante y /o el equipo de Cuidados Paliativos le informará de los riesgos y beneficios de estos tratamientos, antes de realizarlos y le solicitará autorización para realizarlos.

Uno de los objetivos de los cuidados paliativos es tratar de mejorar la calidad de vida del enfermo, preservar la dignidad en todo momento durante la enfermedad y procurar la autonomía de decisiones informadas. Este se puede llevar a cabo en el Hospital o en el Domicilio bajo una capacitación previa y atención ambulatoria en la consulta externa. El médico tratante le informará cuales son las opciones posibles de acuerdo al curso de su enfermedad. En ambos casos contamos con una línea telefónica de apoyo donde el equipo multidisciplinario puede responder dudas o realizar asesorías.



Este tratamiento está orientado a mejorar algunos síntomas que muchos enfermos tienen a lo largo de la enfermedad como el dolor, náusea, vómito, la falta de aire, problemas del apetito, problemas urinarios, estreñimiento, la falta de sueño, la angustia y la tristeza y así mismo, el apoyo psicológico le ayudará a enfrentar la enfermedad y le dará recursos para aceptar los posibles desenlaces. A su familia y/o cuidadores del paciente este programa les puede ayudar a afrontar el proceso de la enfermedad o de ver a un ser querido enfermo y lo que esto le ocasiona, sin dejar de lado el recibir alguna opción curativa si es candidato(a).

Usted y sus cuidadores primarios (Los cuidadores primarios son aquellas personas que, pudiendo ser familiar o no del paciente incapacitado o enfermo, mantiene contacto humano más estrecho con ellos y realizan los cuidados) en todo momento tendrán la garantía de recibir respuesta por cualquier duda o aclaración como riesgo beneficios y todo lo relacionado con su atención en este Servicio. Tendrá la libertad de retirar mi consentimiento en cualquier momento, así como el compromiso de notificar esta decisión al personal que le está brindando la atención sin que por ello se creen prejuicios para continuar mi cuidado y tratamiento de parte del médico.

En caso de que presente algún malestar debido al medicamento, se me brindará la oportunidad de cambiar a y así poder recibir la mejor alternativa para el tratamiento de curativo o paliativo mi enfermedad.

Para facilitar la comunicación, en el caso de egreso a domicilio le pediremos nos apoye al llenado de un cuaderno de control de síntomas en este le pondremos por escrito el tratamiento para escribir en este el tratamiento que le estamos indicando, las recomendaciones dietéticas y nuestros nombres y teléfonos. En este cuaderno también le pediremos nos escriba los síntomas diariamente para de esta manera conocer si el tratamiento que le estamos dando está siendo efectivo o si requiere ser modificado.

Algunos de los medicamentos empleados para el alivio de síntomas son medicamentos controlados, esto es que requieren una receta especial para su prescripción. En este caso su médico le explicará que tratamiento le está dando, y que síntomas le aliviará.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO		Hoja: 39 de 40



Al someterse al tratamiento sintomático paliativo los beneficios son los que han planteado anteriormente y los riesgos serían el control inadecuado de síntomas en caso de tratarse de un síntoma refractario es decir un síntoma de difícil control. En ese caso le informaremos de otras alternativas de manejo.

En algunas ocasiones de acuerdo a la evolución de su enfermedad algunos procedimientos médicos ya no son beneficiosos o se pueden considerar desproporcionadas porque pueden ocasionar efectos adversos o sufrimiento cuando nos encontramos frente a una enfermedad muy avanzada. En este sentido su médico proporcionará a usted información y a sus familiares para que decida de manera libre e informada el no instaurar o interrumpir algún tratamiento. De ser así usted deberá llenar y firmar el anexo a este consentimiento sobre Adecuación de Esfuerzo Terapéutico.

Se me ha informado claramente que mi paciente cumple criterios para las siguientes enfermedades:

Firme este documento solo después de que usted y su familia consideren que está suficientemente informado de este manejo. Este documento permanecerá en su expediente clínico y se dará una copia al paciente o familiar responsable. En caso de cualquier duda comunicarse con la División de Cuidados Paliativos y Clínica del dolor a los teléfonos 40003000 Ext 8010 y 8017.

Recibir este tratamiento es voluntaria y en cualquier momento puede decidir no continuar con este sin que sus derechos como paciente del hospital se pierdan. (Aplica página 1 a 5 del presente documento)



CDMX a de del 20

Nombre del paciente



Expediente _____

Dirección _____

_____ Teléfono _____

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento de traslado intrahospitalario		Hoja: 1 de 11

20. PROCEDIMIENTO DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento de traslado intrahospitalario		Hoja: 2 de 11

1. PROPÓSITO



Describir las actividades para efectuar de manera ordenada y apropiada la movilización del paciente dentro de las diferentes áreas del hospital, de tal forma que éste implique el menor riesgo posible y no repercuta sobre la salud del paciente, lo anterior para su estancia hospitalaria, apoyo diagnóstico o tratamiento quirúrgico.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno aplica a la Dirección Médica y Subdirecciones Médicas a través de las Jefaturas de División y Departamento son responsables de brindar la atención médica a los pacientes y deciden el traslado intrahospitalario, cuidando la seguridad del mismo, ofreciendo un servicio de calidad. Subdirección de Enfermería, coordina los traslados de los pacientes en apoyo a los médicos y pacientes, en coordinación con el personal de camillería, Subdirección de Servicios Ambulatorios, responsable del expediente clínico en los servicios de consulta externa y hospitalización, y Subdirección de Gestión de Calidad responsable de evaluar los servicios médicos ofrecidos.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a los pacientes que requieren movilización a diferentes áreas del hospital (Consulta Externa, Áreas de diagnóstico y Quirófanos).

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS


- 3.1 La Dirección Médica y las Subdirecciones Médicas son responsables del traslado intrahospitalario de los pacientes a cualquier área del hospital, buscando siempre la seguridad del paciente, la integridad y el buen funcionamiento de los diferentes dispositivos.
- 3.2 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica es responsable de la integridad y funcionamiento de los dispositivos de acceso venoso (bomba de infusión, aminas, sedación/vasopresor) monitor de signos vitales, oxímetro de pulso y maletín de traslado.
- 3.3 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica es responsable de asegurar el equipo de infusión compatible con resonancia en pacientes con aminas.
- 3.4 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Terapia Respiratoria es responsable de la integridad y funcionamiento de los dispositivos de ventilación mecánica y tanque de oxígeno.
- 3.5 Las Subdirecciones Médicas están conformadas por la Subdirección de Cirugía, Subdirección de Pediatría, Subdirección de Anestesia y Terapias, Subdirección de Urgencias y Medicina y Subdirección de Servicios Ambulatorios.
- 3.6 Las Subdirecciones Médicas a través de las Jefaturas de División y Departamento son responsables de realizar la movilización del paciente, considerando sus características clínicas, siempre y cuando exista ya una comunicación interna entre el servicio emisor y receptor.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento de traslado intrahospitalario		Hoja: 3 de 11

- 3.7 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Departamento de Admisión Hospitalaria y Archivo Clínico, en el caso de los pacientes que se ingresan a hospitalización, es responsable de asignar una cama al paciente antes de su traslado intrahospitalario.
- 3.8 Las Subdirecciones Médicas a través de los médicos adscritos y médicos residentes son responsables de clasificar a los pacientes en las siguientes categorías y de esta forma determinar el riesgo de traslado de los pacientes:
- Grupo 1: Pacientes hemodinámicamente estables, que solo necesitan monitorización básica. Baja Complejidad=Riesgos mínimos.
 - Grupo 2: Pacientes hemodinámicamente inestables que requieren monitorización invasiva y soporte farmacológico cardiovascular. Media Complejidad=Riesgo medio
 - Grupo 3: Paciente hemodinámicamente inestables que además requieren soporte ventilatorio. Alta complejidad=Riesgo alto.
- 3.9 Las Subdirecciones Médicas a través de los médicos adscritos y residentes y la Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica son responsables de contar con el personal indicado para el traslado intrahospitalario, dependiendo de la categoría. Grupo 1: Camillero, enfermera y médico, Grupo 2: Camillero, enfermera y médico y Grupo 3: Camillero, médico adscrito o residente y personal de inhaloterapia.
- 3.10 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica (enfermeras y camilleros) es responsable de verificar el llenado completo y correcto de la hoja de traslado seguro del paciente, de lo contrario podrá detener momentáneamente el traslado hasta que las áreas médicas complementen el formato.
- 3.11 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica son responsables del expediente clínico, en cualquier traslado intrahospitalario, por lo que deberán verificar que no falte ningún documento y que estén debidamente firmados por los médicos tratantes.
- 3.12 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica es responsable de agregar la hoja de traslado seguro del paciente pre llenada con los datos generales del paciente y las notas de enfermería al expediente clínico.
- 3.13 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Departamento de Admisión Hospitalaria y Archivo Clínico es responsable de la entrega del expediente clínico al médico tratante, cuando este se lo requiera.
- 3.14 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica es responsable de entregar el expediente clínico al servicio emisor en los Grupos 2 y 3.
- 3.15 Las Subdirecciones Médicas a través del médico adscrito o médico residente son responsable del traslado intrahospitalario para estudios de Imagenología Grupo 1, 2 y 3, con la documentación de consentimiento informado y la solicitud del estudio debidamente requisitados.
- 3.16 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Departamento de Admisión y Archivo Clínico, es responsable de anexar la hoja de traslado seguro del paciente cuando genere el expediente clínico para pacientes de hospitalización.

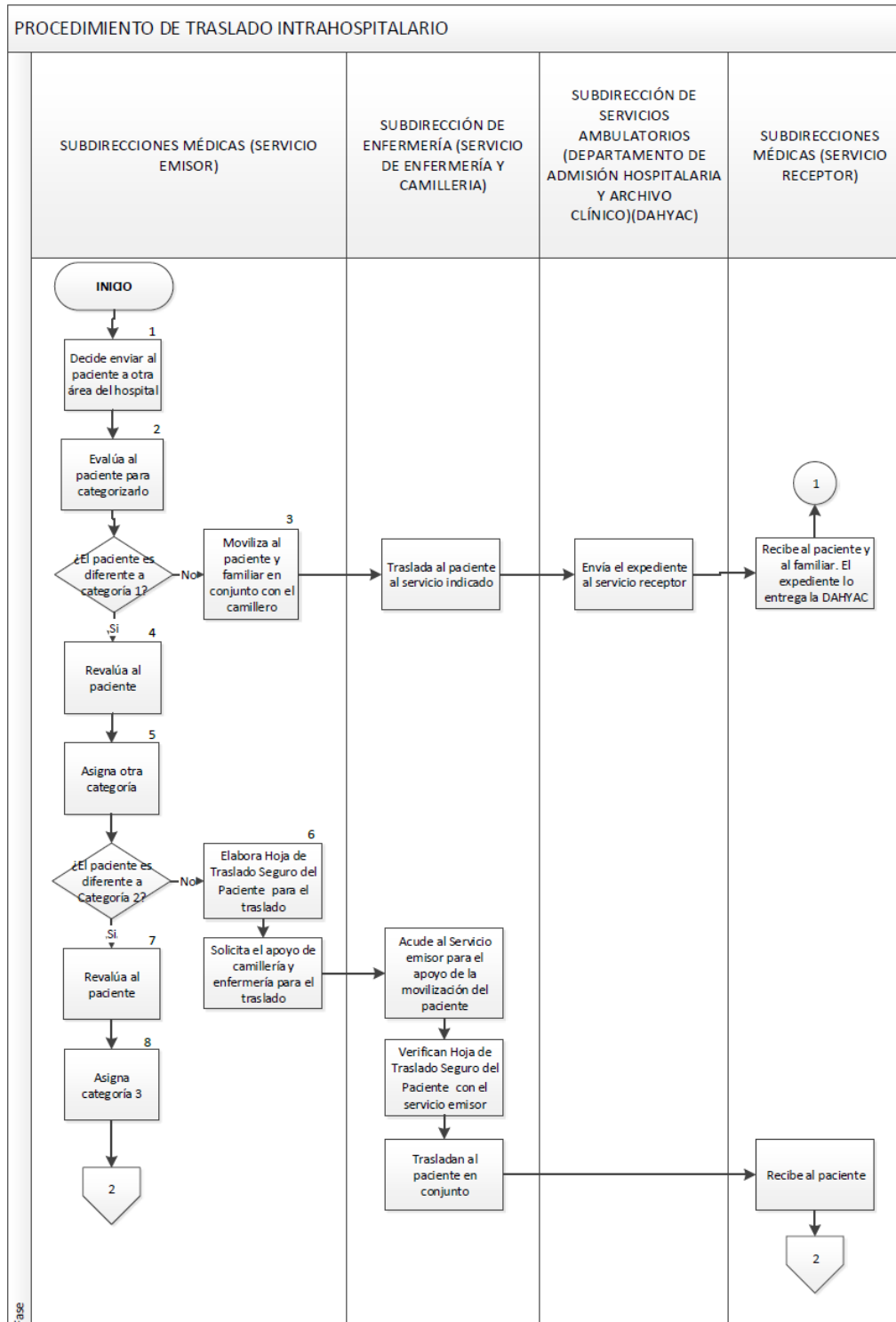
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

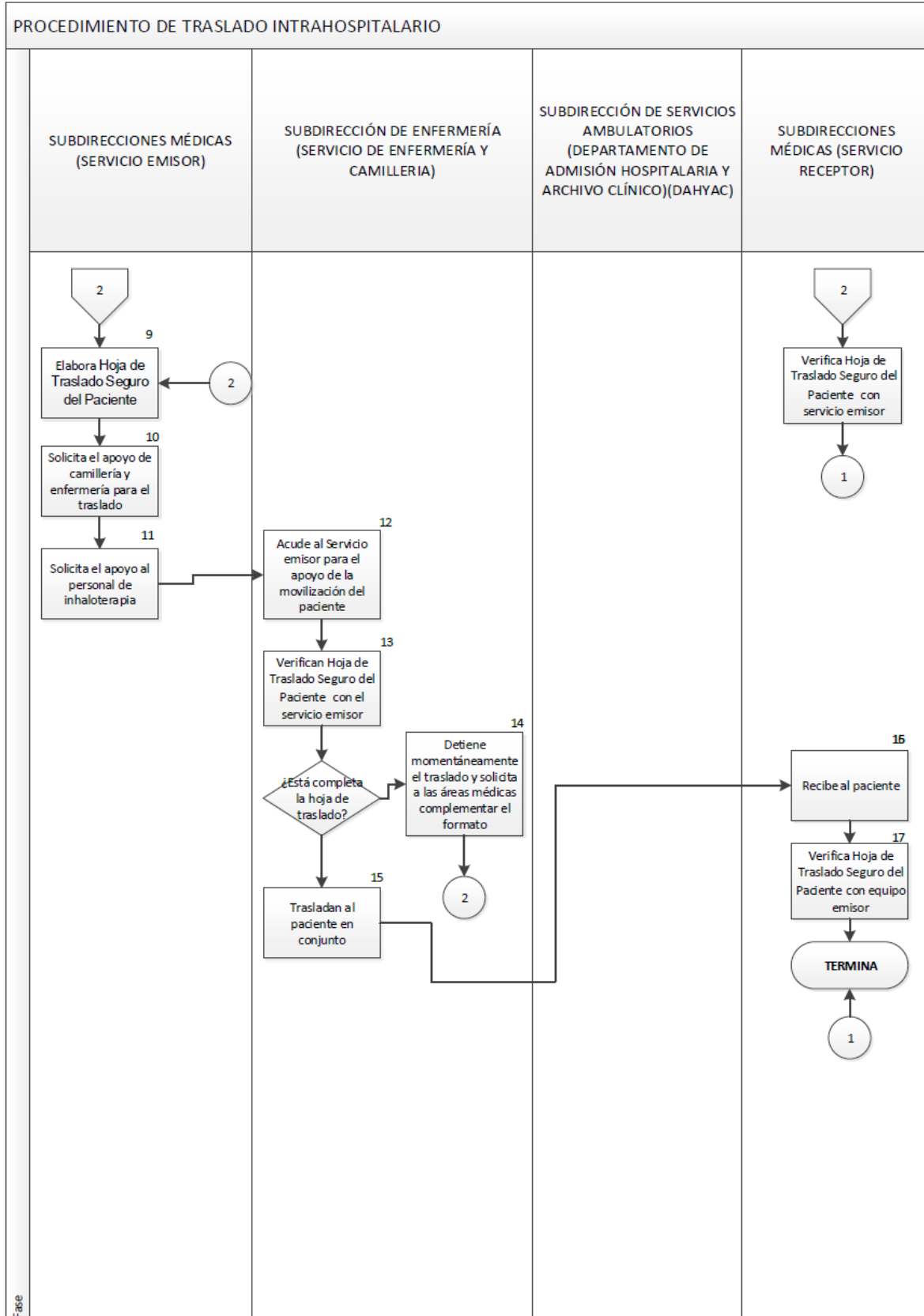
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirectores Médicos (Servicio Emisor- Médicos adscritos o residentes de más alto rango)	1	Decide enviar al paciente a otra área del hospital.	Hoja de traslado seguro del paciente
	2	Evalúa al paciente para categorizarlo. ¿El paciente es diferente a categoría 1?	
	3	No: Moviliza al paciente y familiar en conjunto con el camillero. Traslada al paciente al servicio indicado. Envía el expediente al servicio receptor. Recibe al paciente y familiar y el expediente lo entrega al servicio de enfermería. Termina procedimiento	
	4	Si: Revalúa al paciente	
	5	Asigna otra categoría ¿El paciente es diferente a Categoría 2?	
	6	No: Elabora hoja de traslado seguro del paciente. Solicita el apoyo de camillería y enfermería para el traslado Acude al servicio para el apoyo de la movilización del paciente. Verifican la hoja de traslado seguro del paciente con el servicio emisor. Trasladan al paciente en conjunto. Recibe al paciente. Verifica la hoja de traslado seguro del paciente con servicio emisor y receptor. Termina el procedimiento.	
	7	Si: Revalúa al paciente	



 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	PROCEDIMIENTO
	Subdirección de Pediatría
	Procedimiento de traslado intrahospitalario Hoja: 5 de 11

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
	8	Asigna categoría 3	
	9	Elabora la hoja de traslado seguro del paciente para el traslado.	
	10	Solicita el apoyo de camillería y enfermería para el traslado.	
	11	Solicita el apoyo al personal de inhaloterapia.	
Subdirectora de Enfermería (Departamento de Enfermería Clínica y Camillería)	12	Acude al servicio emisor para el apoyo de la movilización del paciente	Hoja de traslado seguro del paciente
	13	Verifica hoja de traslado seguro del paciente con el servicio emisor. ¿Está completa la hoja de traslado?	
	14	No: Detiene momentáneamente el traslado y solicita a las áreas médicas complementar el formato, regresa a paso 9.	
	15	Si: Traslada al paciente en conjunto con el personal médico.	
Subdirectores Médicos (Servicio Emisor)	16	Recibe al paciente.	Hoja de traslado seguro del paciente
	17	Verifica la hoja de traslado seguro del paciente con el servicio emisor y receptor.	
TERMINA PROCEDIMIENTO			

5. DIAGRAMA DE FLUJO





	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento de traslado intrahospitalario		Hoja: 8 de 11

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA



Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Específico	No Aplica
6.2 Norma Oficial Mexicana-027-SSA3-2013 Regulación de los servicios de salud, que establece los criterios de funcionamiento y servicios de urgencias de los establecimientos de la atención médica.	No Aplica
6.3 Norma Oficial Mexicana Nom-034-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Atención médica Prehospitalaria	No Aplica
6.4 Estándares para implementar el Modelo en Hospitales Edición 2018 SiNaCEAM	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Lista de Cotejo	5 años	Subdirección de Urgencias y Medicina (División de Urgencias Observación)	Fecha/Nombre

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 **Diagnóstico sindromático:** procedimiento médico a través del cual se toman en cuenta, y de forma general los síntomas y rasgos de una determinada situación, condición o padecimiento.
- 8.2 **Documentación de Urgencias:** está conformado por los siguientes documentos: Solicitud de Ingreso hospitalario, Nota de Ingreso Hospitalario, Notas de Evolución, Notas de Interconsulta, Nota de referencia, Nota de Atención médica de Urgencias, Nota de Egreso, Hojas de Enfermería, Indicaciones Médicas, Resultados de Laboratorio y Gabinete, Registro de transfusión sanguínea, Estudio Socioeconómico, Educación del paciente, Consentimiento Informado, Hoja de Egreso voluntario, Conciliación de medicamentos y Estudio Nutricional. No todos los documentos van a existir, depende de la evolución de cada paciente.
- 8.3 **Hoja de Atención médica de urgencias:** Criterios para evaluar la sintomatología que presenta el paciente y los datos arrojados tras la exploración física; la correlación con los hallazgos, así como el plan inmediato y posterior a seguir.
- 8.4 **Ingreso hospitalario o internamiento:** Acción requerida para que un paciente reciba atención médica en Observación y Reanimación.
- 8.5 **Servicio de urgencias:** conjunto de áreas, equipos, personal profesional y técnico de salud, ubicados dentro de un establecimiento público, social o privado, destinados a la atención inmediata de una urgencia médica o quirúrgica.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento de traslado intrahospitalario		Hoja: 9 de 11

8.6 **Servicio emisor:** área médica que solicita la movilización de un paciente a otra área del hospital.

8.7 **Servicio receptor:** área médica que recibe al paciente de otro servicio del hospital.

8.8 **Traslado intrahospitalario de un paciente:** es el desplazamiento de este de una unidad a otra, o bien dentro de la misma unidad, con el fin de realizar alguna prueba, ubicarlo en la unidad a cuyo servicio pertenezca, o bien cambiarlo de habitación dentro de la misma unidad por los motivos que se considere.

8.9 **Urgencia:** a todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función


9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
0	22 de noviembre de 2018	<ul style="list-style-type: none"> No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Lista de Cotejo

10.1 LISTA DE COTEJO



Hospital General "Dr. Manuel Gea González"

HOJA DE TRASLADO SEGURO DEL PACIENTE

Salida

Nombre completo del paciente:	Fecha de Nacimiento:	No. de Expediente:
Servicio Solicitante:	Fecha de Traslado:	Hora de Traslado:
Servicio al que se traslada:	Diagnóstico:	Médico Tratante:

Parámetros Clínicos		
	Antes del traslado	Al llegar al servicio de traslado
TA		
SpO ₂		
FC		
Glasgow		

Condición Clínica	
Categoría 1 (Estable)	<input type="checkbox"/>
Categoría 2 (Delicado)	<input type="checkbox"/>
Categoría 3 (Grave)	<input type="checkbox"/>

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 30%;"></td> </tr> <tr> <td>Urgente</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Programado</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hora Programada:</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				Urgente	<input type="checkbox"/>		Programado	<input type="checkbox"/>		Hora Programada:			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 30%;"></td> </tr> <tr> <td>Urgente</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Programado</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hora Programada:</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				Urgente	<input type="checkbox"/>		Programado	<input type="checkbox"/>		Hora Programada:		
Urgente	<input type="checkbox"/>																								
Programado	<input type="checkbox"/>																								
Hora Programada:																									
Urgente	<input type="checkbox"/>																								
Programado	<input type="checkbox"/>																								
Hora Programada:																									

Observaciones:	

Lista de verificación	Equipos			
	SI	NO	NA	Batería/Alarma
Ventilación mecánica				
Inmovilización de paciente politraumatizado				
Tanque de Oxígeno				
Acceso Venoso: Venoclisis				
Bomba de Infusión				
Aminas				
Sedación/Vasopresor				
Monitor de Signos Vitales				
Óxímetro de Pulso				
Maletín de Traslado*				
Expediente Clínico				
Consentimiento Informado				
Solicitud Completa				
Ayuno				
Médico				
Enfermera				
Inhaloterapeuta				
Camillero				

Observaciones:	

Traslado	
Intrahospitalario	<input type="checkbox"/>
Extrahospitalario	<input type="checkbox"/>
Camilla	<input type="checkbox"/>
Silla de Ruedas	<input type="checkbox"/>

Motivo de Traslado	
Interconsulta	<input type="checkbox"/>
Procedimiento	<input type="checkbox"/>
Estudio	<input type="checkbox"/>
Quirófano	<input type="checkbox"/>
Hospitalización	<input type="checkbox"/>



Riesgo de Caída	
Alto Riesgo	<input type="checkbox"/>
Mediano Riesgo	<input type="checkbox"/>
Bajo Riesgo	<input type="checkbox"/>

Regreso

Hora de Regreso al Servicio:	

¿El paciente regresó en las mismas condiciones?	
	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Explique Brevemente:	

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento de traslado intrahospitalario		Hoja: 11 de 11

INSTRUCTIVO DE LLENADO

<p>INFORMACIÓN QUE SERÁ LLENADA POR EL MÉDICO TRATANTE</p> <p>Nombre completo del paciente- Anotar apellido paterno, materno y nombre (s). Ejemplo Martínez Dávila María Cristina</p> <p>Fecha de nacimiento- Anotar día, mes y año. Ejemplo: 04/08/1960</p> <p>No. de Expediente- Anotar el número completo del expediente. En caso de no contar aún con el número de registro, se utilizarán los dos indicadores institucionales de identificación del paciente que son nombre completo y fecha de nacimiento.</p> <p>Servicio Solicitante- Anotar el nombre del servicio que solicita el traslado.</p> <p>Servicio a donde se traslada- Anotar el nombre completo del servicio que recibe al paciente.</p> <p>Fecha de traslado- Anotar la fecha, iniciando con día, mes y año. Ejemplo 29/11/2019</p> <p>Hora de Traslado- Anotar la hora en que se realizará el traslado, utilizando la nomenclatura de 8 hrs. o 20 hrs. o especificar am o pm.</p> <p>Diagnóstico- Anotar el nombre completo del Diagnóstico, sin ABREVIATURAS. Si aún no se ha integrado el diagnóstico, anotar el probable. Ejemplo: Evento Vascular Cerebral (no EVC)</p> <p>Médico Tratante- Anotar el nombre completo del médico tratante. Ejemplo: Dr. Armando Medina González</p> <p>Parámetros Clínicos- Anotar las cifras obtenidas en el momento que el paciente se traslada. Y anotar las cifras en el momento en que llega al servicio que recibe al paciente o donde fue trasladado.</p> <p>Condición Clínica- El médico tratante marcará con una <input checked="" type="checkbox"/> la categoría según la condición clínica del paciente Estable, Delicado o Grave.</p> <p>Y se marcará con una <input checked="" type="checkbox"/> si el traslado es Urgente o Programado. Se anotará la hora programada del estudio, cirugía, procedimiento, interconsulta u hospitalización.</p> <p>Observaciones- Anotar aspectos clínicos relevantes que prevengan eventualidades que puedan presentarse durante el traslado (para minimizar al máximo los riesgos).</p>

<p>INFORMACIÓN QUE SERÁ LLENADA POR LA ENFERMERA RESPONSABLE DEL PACIENTE</p> <p>Lista de verificación- Anotar una <input checked="" type="checkbox"/> dentro del cuadro si cumple, no cumple o no aplica.</p> <p>Con relación a Bateria(Alarma, el personal de enfermería revisa donde proceda, si están cargadas y en buenas condiciones anotar una <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Acceso venoso- Indicar con una <input checked="" type="checkbox"/> el tipo de acceso: venaoclisis o catéter central.</p> <p>TRASLADO, MOTIVO DE TRASLADO Y RIESGO DE CAÍDA</p> <p>Anotar una <input checked="" type="checkbox"/> en el recuadro correspondiente.</p> <p>REGRESO</p> <p>Anotar la hora de regreso al servicio utilizando la nomenclatura de 8 hrs. o 20 hrs. o especificar am o pm.</p> <p>Si el paciente regresa en las mismas condiciones si o no anotar <input checked="" type="checkbox"/> en el recuadro correspondiente.</p> <p>En caso necesario explicar brevemente algún incidente que se haya presentado.</p>
--