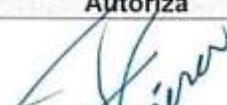


MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA DIVISIÓN DE GENÉTICA

DICIEMBRE, 2021

Responsable del Área	Cargo	Firma
Dr. Héctor Manuel Prado Calleros	Director de Enseñanza e Investigación	
Dr. Juan Pablo Ramirez Hinojosa	Subdirector de Epidemiología e Infectología	
Dr. Erick Alejandro Rodríguez Ordóñez	Director de Integración y Desarrollo Institucional	
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	

Elabora	Revisa	Autoriza
		
Dra. Gabriela Ortiz de Zárate Alarcón Jefa de División de Genética	Dra. Lorena Hernández Delgado Subdirectora de Pediatría	Dra. Irma Jiménez Escobar Directora Médica

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento para realizar diagnóstico citogenético		Hoja: 1 de 10

1. PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR DIAGNÓSTICO CITOGENÉTICO

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento para realizar diagnóstico citogenético		Hoja: 2 de 10

1. PROPÓSITO

Establecer las actividades y políticas para realizar el estudio cromosómico para el diagnóstico citogenético de enfermedades cromosómicas en pacientes.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Subdirección de Pediatría, realiza el diagnóstico citogenético, la Subdirección de Servicios Ambulatorios, envía a los pacientes oportunamente a realizarse el estudio y la Subdirección de Recursos Financieros, realizar el cobro de los estudios dependiendo el nivel socioeconómico de los pacientes.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a todos los pacientes con enfermedades cromosómicas y que requieren atención médica en esta especialidad.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

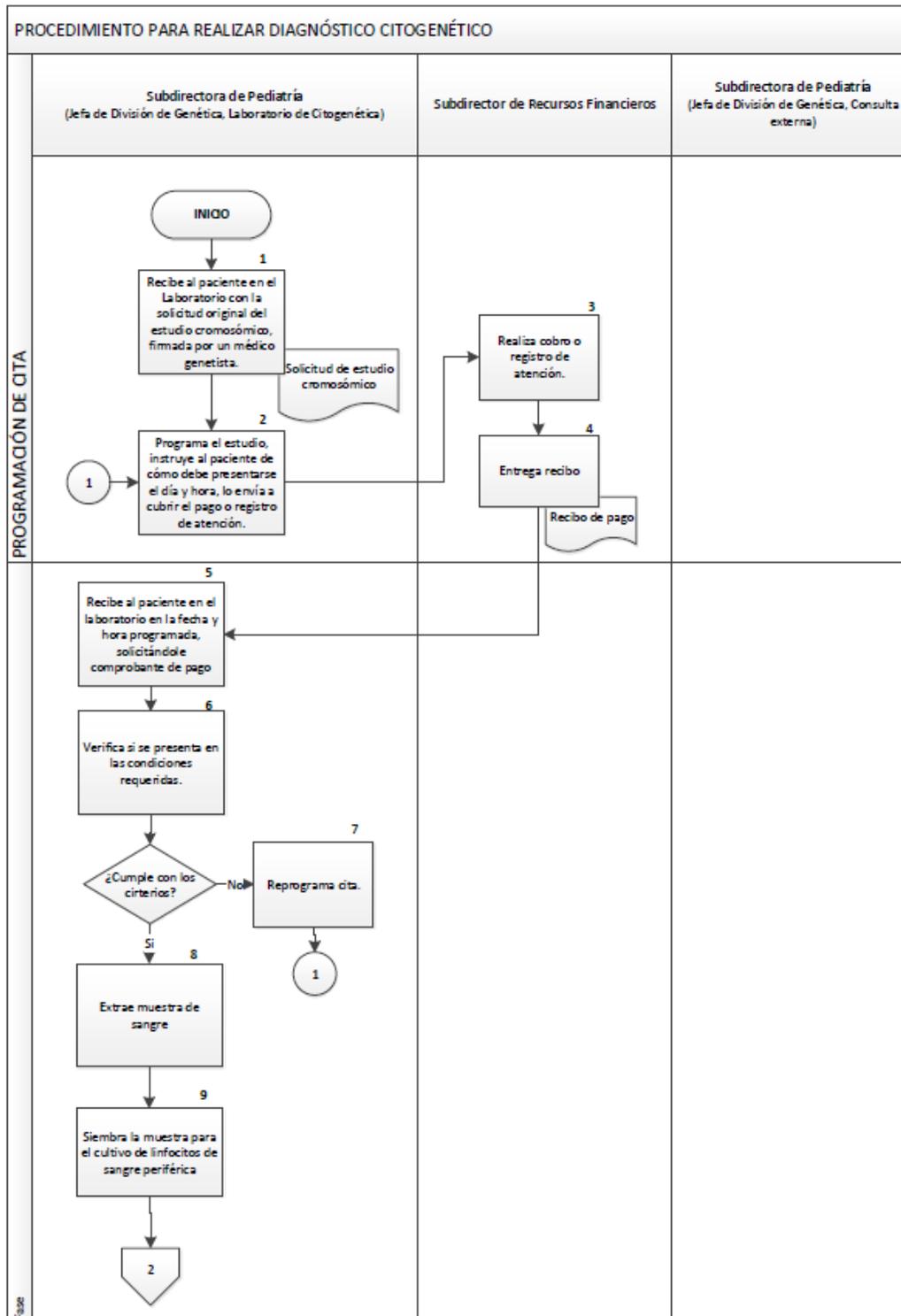
- 3.1 La Subdirección de Pediatría a través de la División de Genética es responsable de avalar las solicitudes para la realización de estudios.
- 3.2 La Subdirección de Pediatría a través de la División de Genética es responsable de darle indicaciones al paciente para presentarse en la realización del estudio, ayuno de 8 horas, sin presentar proceso infeccioso de vías respiratorias o digestivas.
- 3.3 La Subdirección de Pediatría a través de la División de Genética, es responsable de supervisar la calidad del proceso y diagnóstico citogenético.
- 3.4 La Subdirección de Pediatría a través de la División de Genética debe avalar mediante su rúbrica los resultados de los estudios cromosómicos.
- 3.5 La Subdirección de Pediatría a través de la División de Genética, realiza un informe por escrito para cada paciente, en donde se hará constar: nombre del paciente, número de registro, número de células analizadas y diagnóstico citogenético.
- 3.6 La Subdirección de Pediatría a través de la División de Genética, debe informar al paciente que el resultado del estudio practicado será integrado a su expediente clínico y que se harán de su conocimiento en la siguiente cita médica.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	PROCEDIMIENTO
	Subdirección de Pediatría
	Procedimiento para realizar diagnóstico citogenético

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

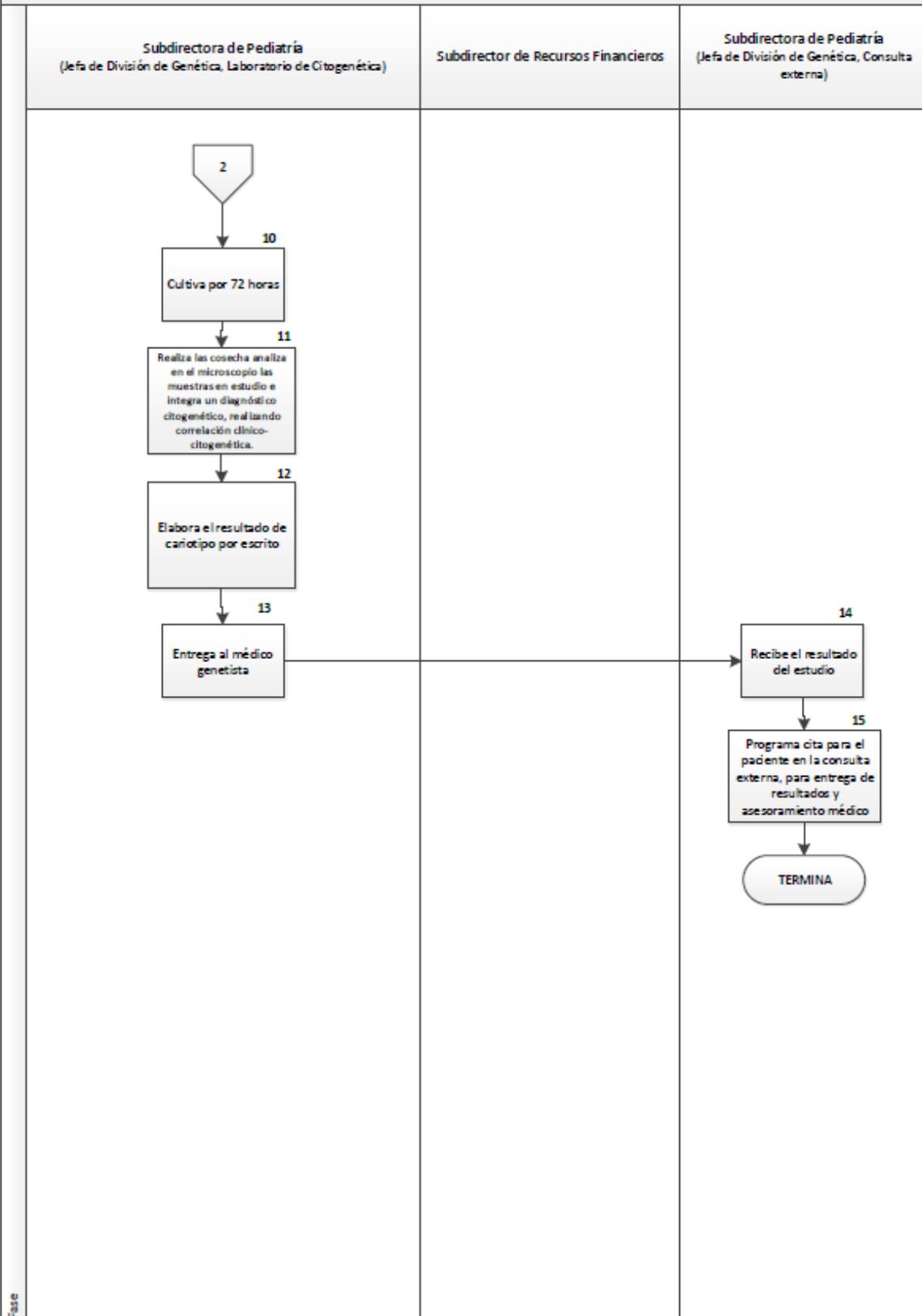
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o anexo
Subdirectora de Pediatría (Jefa de División de Genética Laboratorio citogenético)	1	Recibe al paciente en el Laboratorio de Citogenética con la solicitud original del estudio cromosómico, firmada por un médico genetista.	Solicitud de estudio cromosómico
	2	Programa el estudio en la agenda e instruye al paciente de cómo debe presentarse el día y hora señalada en el carnet, lo envía a cubrir el pago o registro de atención	Agenda
Subdirector de Recursos Financieros	3	Recibe pago en caja o registro de atención	Recibo de pago
	4	Entrega recibo	
Subdirectora de Pediatría (Jefa de División de Genética, Laboratorio citogenético)	5	Recibe al paciente en el laboratorio en la fecha y hora programada, solicitándole comprobante de pago.	
	6	Verifica si se presenta en las condiciones requeridas. ¿Cumple con los criterios?	
	7	No: Reprograma cita, regresa a actividad 2.	
	8	Si: Extrae muestra de sangre	
	9	Siembra la muestra para el cultivo de linfocitos de sangre periférica	
	10	Cultiva por 72 horas	
	11	Realiza cosechas, elabora laminillas con las células del paciente, realiza bandeo cromosómico y analiza en el microscopio las muestras en estudio e integra un diagnóstico citogenético, realizando correlación clínico-citogenética.	
	12	Elabora el resultado de cariotipo por escrito	
Subdirectora de Pediatría (Jefa de División de Genética Consulta externa)	13	Entrega al médico genetista	
	14	Recibe el resultado del estudio	
	15	Programa cita para el paciente en la consulta externa para entrega de resultados y dar asesoramiento médico.	
TERMINA			

5. DIAGRAMA DE FLUJO





PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR DIAGNÓSTICO CITOGENÉTICO



Fase

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento para realizar diagnóstico citogenético		Hoja: 6 de 10

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 Resultado de cariotipo	Después de 5 años de inactividad del expediente	Subdirección de Servicios Ambulatorios (Departamento de Admisión y Archivo Clínico)	Núm. de expediente y/o registro
7.2 Solicitud de estudios diversos	3 años	Subdirección de Pediatría División de Genética (Laboratorio de Citogenética)	Num. consecutivo

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Bando cromosómico:** Secuencias con tinción diferencial a lo largo del cromosoma.
- 8.2 Correlación clínico-citogenética:** El diagnóstico clínico se corrobora con el diagnóstico citogenético.
- 8.3 Cromosomas:** Corpúsculos que se encuentran en el núcleo de las células estudiadas y que en la especie humana tiene normalmente 46, siendo XX los cromosomas sexuales en la mujer y XY en el varón.
- 8.4 Diagnóstico Citogenético:** Se refiere a la valoración del número y de la morfología de los cromosomas.
- 8.5 Enfermedades cromosómicas:** Cuando el número o la estructura son diferentes a la normalidad y causa malformaciones congénitas y/o deficiencia mental en el individuo afectado.
- 8.6 Estudio cromosómico:** Se refiere al proceso de cultivo, cosecha y diagnóstico citogenético.
- 8.7 Malformación congénita:** Defecto estructural presente al nacimiento.
- 8.8 Médico Genetista:** Es el que tiene conocimientos de Genética Médica.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento para realizar diagnóstico citogenético		Hoja: 7 de 10

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	14 Septiembre 2018	<ul style="list-style-type: none"> Actualización de políticas de operación, normas y lineamientos.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Solicitud de Estudios

10.2 Recibo de pago

10.1 SOLICITUD DE ESTUDIOS



HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

LABORATORIO CLÍNICO
SOLICITUD DE ESTUDIOS

VILLA AVILA, MARIA
F. 70a. NEU. CE
743392 24/08/18 24080008

2408
0008



NOMBRE DEL PACIENTE: Aula Maria villa FECHA: 17.05.18
 No. DE REGISTRO: 743392 FECHA DE NACIMIENTO: 08.01.1948 SEXO: F. M.:
 NOMBRE DEL MÉDICO: Dr. Juan Pablo Venzor No. DE EMPLEADO: _____
 SERVICIO SOLICITANTE: Neurología TURNO: M. _____ V. _____ N. _____
 DIAGNÓSTICO: Epilepsia / DM / HTA C. EXTERNA: HOSPITALIZACIÓN: _____ URGENCIAS: _____ CAMA: _____

NO UTILIZAR PAPEL CARBÓN EN LA ELABORACIÓN DE ESTA SOLICITUD. GRACIAS.

HEMATOLOGÍA	
<input checked="" 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 EOSINÓFILOS 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 FOSFORO 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"/> 1805 AMILASA EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1518 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 checked="" type="checkbox"/> 1563 BILIRRUBINA TOTAL
<input type="checkbox"/> 1682 PROTEÍNA S	<input checked="" 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"/> 1861 ANTICUAGULANTE LÚPICO CONFIRMATORIO	<input checked="" type="checkbox"/> 1553 ALT
<input type="checkbox"/> 1677 FACTOR DE VON WILLEBRAND	<input checked="" 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"/> 1885 FOSFATASA ALCALINA
BIOQUÍMICA	
<input checked="" type="checkbox"/> 1588 GLUCOSA	<input type="checkbox"/> 1576 LDH
<input checked="" type="checkbox"/> 1600 BUN	<input type="checkbox"/> 1552 AMILASA
<input checked="" type="checkbox"/> 1572 CREATININA	<input type="checkbox"/> 1615 LIPASA
<input checked="" type="checkbox"/> 1636 ÁCIDO ÚRICO	<input type="checkbox"/> 1659 AMONIO
<input type="checkbox"/> 1605 SODIO	<input type="checkbox"/> 1573 CK
<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1671 COLESTEROL TOTAL	<input type="checkbox"/> 1611 TRANSFERRINA
<input checked="" type="checkbox"/> 1524 COLESTEROL HDL	<input type="checkbox"/> 1590 HAPTOGLOBINA
<input checked="" 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 PREALBUMINA
<input checked="" type="checkbox"/> 1594 HEMOGLOBINA GLICOSILADA	<input checked="" type="checkbox"/> 1581 EXAMEN GENERAL DE ORINA
<input type="checkbox"/> 1545 GLUCOSA POSPRANDIAL	<input type="checkbox"/> 1765 PRÓTIDO NATRIURÉTICO TIPO B (BNP)
<input type="checkbox"/> 1701 CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 2 HORAS	<input type="checkbox"/> 1601 PROTEÍNAS REACTIVAS
<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	


 17 MAY 2018
 PAGADO
 CAJA N. 2

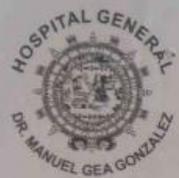


<input type="checkbox"/>	1555	ANTIESTREPTOLISINAS
<input type="checkbox"/>	1583	FACTOR REUMATOIDE
<input type="checkbox"/>	1501	NIVELES DE ÁCIDO VALPRÓICO
<input type="checkbox"/>	1521	NIVELES DE CARBAMACEPINA
<input type="checkbox"/>	1531	NIVELES DE DIGOXINA
<input type="checkbox"/>	1539	NIVELES DE FENITOÏNA
<input type="checkbox"/>	1540	NIVELES DE FENOBARBITAL
<input type="checkbox"/>	1627	NIVELES DE TEOFILINA
<input type="checkbox"/>	1552	ESTUDIO CITOQUÍMICO DE LIQ. BIOLÓGICOS
<input type="checkbox"/>	1566	COMPLEMENTO 3
<input type="checkbox"/>	1567	COMPLEMENTO 4
<input type="checkbox"/>	1595	INMUNOGLOBULINA A
<input type="checkbox"/>	1596	INMUNOGLOBULINA G
<input type="checkbox"/>	1597	INMUNOGLOBULINA M
INMUNOLOGÍA		
<input type="checkbox"/>	1549	INMUNOGLOBULINA E
<input type="checkbox"/>	1761	ACS. ANTIPEPTIDOCICLICOCITRULINADO (ANTI-CCP)
<input type="checkbox"/>	1506	ACS. ANTI DNA
<input type="checkbox"/>	1507	ACS. ANTINUCLEARES
<input type="checkbox"/>	1508	ACS. ANTI RNP
<input type="checkbox"/>	1509	ACS. ANTI Sm
<input type="checkbox"/>	1510	ACS. ANTI SSA
<input type="checkbox"/>	1511	ACS. ANTI SSB
<input type="checkbox"/>	1515	ACS. ANTI MITOCONDRIA
<input type="checkbox"/>	1737	ANTICUERPOS ANTICARDIOLIPINAS G
<input type="checkbox"/>	1738	ANTICUERPOS ANTICARDIOLIPINAS M
<input type="checkbox"/>	1841	ACS. IgG ANTI MPO
<input type="checkbox"/>	1844	ACS. IgG ANTI PR3
<input type="checkbox"/>	1556	ACS. IgG ANTI CITOMEGALOVIRUS
<input type="checkbox"/>	1557	ACS. IgM ANTI CITOMEGALOVIRUS
<input type="checkbox"/>	1756	ACS. IgG 1 ANTI HERPES SIMPLE
<input type="checkbox"/>	1759	ACS. IgG 2 ANTI HERPES SIMPLE
<input type="checkbox"/>	1512	ACS. IgM ANTI HERPES SIMPLE
<input type="checkbox"/>	1559	ACS. IgG ANTI RUBÉOLA
<input type="checkbox"/>	1560	ACS. IgM ANTI RUBÉOLA
<input type="checkbox"/>	1561	ACS. IgG ANTI TOXOPLASMA
<input type="checkbox"/>	1562	ACS. IgM ANTI TOXOPLASMA
<input type="checkbox"/>	1613	ACS. V.I.H.
<input type="checkbox"/>	1840	ACS. IgM ANTI HEPATITIS A
<input type="checkbox"/>	1513	ACS. ANTI ANTÍGENO CORE DE LA HEPATITIS B
<input type="checkbox"/>	1647	ACS. IgM ANTI ANTÍGENO CORE DE LA HEPATITIS B
<input type="checkbox"/>	1591	ACS. ANTI ANTÍGENO DE SUPERFICIE DE LA HEPATITIS B
<input type="checkbox"/>	1514	ANTÍGENO DE SUPERFICIE DE LA HEPATITIS B
<input type="checkbox"/>	1504	ACS. ANTI ANTÍGENO e DE LA HEPATITIS B
<input type="checkbox"/>	1528	ANTÍGENO e DE LA HEPATITIS B
<input type="checkbox"/>	1592	ACS. ANTI HEPATITIS C
<input type="checkbox"/>	1612	ACS. ANTI Treponema pallidum
<input type="checkbox"/>	1622	REACCIONES FEBRILES
<input type="checkbox"/>	1717	HORMONA ESTIMULANTE DE TIROIDES (TSH)
<input type="checkbox"/>	1720	HORMONA TRIYODOTIRONINA (T 3)
<input type="checkbox"/>	1726	HORMONA TRIYODOTIRONINA LIBRE (FT3)
<input type="checkbox"/>	1721	HORMONA TIROXINA (T4)
<input type="checkbox"/>	1722	HORMONA TIROXINA LIBRE (FT4)
<input type="checkbox"/>	1728	HORMONA TIROGLOBULINA (TG)
<input type="checkbox"/>	1705	ACS. ANTI TIROGLOBULINA (TGAb)
<input type="checkbox"/>	1757	ACS. ANTIPEROXIDASA
<input type="checkbox"/>	1754	PARATHORMONA
<input type="checkbox"/>	1714	HORMONA ESTRADIOL (E2)

INMUNOLOGÍA		
<input type="checkbox"/>	1718	HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE (FSH)
<input type="checkbox"/>	1719	HORMONA LUTEINIZANTE (LH)
<input type="checkbox"/>	1724	HORMONA PROGESTERONA
<input type="checkbox"/>	1725	HORMONA PROLACTINA (PRL)
<input type="checkbox"/>	1715	HORMONA GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA B
<input type="checkbox"/>	1727	HORMONA TESTOSTERONA
<input type="checkbox"/>	1716	HORMONA DE CRECIMIENTO HUMANO (HGH)
<input type="checkbox"/>	1712	CORTISOL
<input type="checkbox"/>	1713	DEHIDROANDROESTERONA SULFATADA (DHEA-S)
<input type="checkbox"/>	1708	ANTÍGENO CARCINEMBRIÓNARIO
<input type="checkbox"/>	1723	OSTASA (FOSFATASA ALCALINA ÓSEA, BAP)
<input type="checkbox"/>	1709	ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO TOTAL (PSA)
<input type="checkbox"/>	1710	ANTÍGENO PROSTÁTICO ESP. FRACC. LIBRE (FPSA)
<input type="checkbox"/>	1704	ALFA FETO PROTEÍNA (AFP)
<input type="checkbox"/>	1706	ANTÍGENO CA-125
<input type="checkbox"/>	1707	ANTÍGENO CA-15-3
<input type="checkbox"/>	1711	ANTÍGENO CA-19-9
MICROBIOLOGÍA		
<input type="checkbox"/>	1580	CULTIVO DE EXUDADO FARÍNGEO
<input type="checkbox"/>	1536	CULTIVO DE NASAL
<input type="checkbox"/>	1537	CULTIVO DE EXUDADO URETRAL
<input type="checkbox"/>	1538	CULTIVO EXUDADO VAGINAL
<input type="checkbox"/>	1620	CULTIVO DE MYCOPLASMA
<input type="checkbox"/>	1632	CULTIVO DE UREAPLASMA
<input type="checkbox"/>	1575	CHLAMYDIA
<input type="checkbox"/>	1691	CULTIVO DE EXUDADO VULVAR (Toma de muestra solo VULVA)
<input type="checkbox"/>	1693	CULTIVO DE HERIDAS O ABSCESOS
<input type="checkbox"/>	1533	CULTIVO DE ESPERMA (ESPERMOCULTIVO)
<input type="checkbox"/>	1546	CULTIVO DE SANGRE (HEMOCULTIVO)
<input type="checkbox"/>	1619	CULTIVO DE MÉDULA ÓSEA (MIELOCULTIVO)
<input type="checkbox"/>	1633	CULTIVO DE ORINA (UROCULTIVO)
<input type="checkbox"/>	1692	CULTIVO DE HECES FECALES (CORPOCULTIVO)
<input type="checkbox"/>	1689	CULTIVO DE EXPECTORACIÓN
<input type="checkbox"/>	1696	CULTIVO DE SECRECIÓN BRONQUIAL
<input type="checkbox"/>	1696	CULTIVO DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO
<input type="checkbox"/>	1897	CULTIVO DE LÍQUIDOS BIOLÓGICOS
<input type="checkbox"/>	1688	CULTIVO DE CATÉTER
<input type="checkbox"/>	1527	CULTIVO DE ANAEROBIOS
<input type="checkbox"/>	1685	CULTIVO AMBIENTAL
<input type="checkbox"/>	1523	COAGULINACIÓN DE LCR
<input type="checkbox"/>	1624	ROTAVIRUS
<input type="checkbox"/>	1629	TINTA CHINA
<input type="checkbox"/>	1657	BAAR EN EXPECTORACIÓN (TRES MUESTRAS)
<input type="checkbox"/>	1655	BAAR EN CONTENIDO GÁSTRICO
<input type="checkbox"/>	1656	BAAR EN LCR
<input type="checkbox"/>	1579	EXAMEN COPROPARASITOSCÓPICO (3 MUESTRAS)
<input type="checkbox"/>	1551	AMIBA EN FRESCO
<input type="checkbox"/>	1606	TÉCNICA DE GRAHAM (OXIUIROS)
<input type="checkbox"/>	1596	LEUCOCITOS EN MOCO FECAL
<input type="checkbox"/>	1625	SANGRE OCULTA EN HECES
<input type="checkbox"/>	1577	ESPERMATOBIOSCOPIA DIRECTA
CLAVES PARA PAGO DE ESTUDIOS DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL		
<input type="checkbox"/>	2603	GPO Rh
<input type="checkbox"/>	2607	COOMBS DIRECTO
<input type="checkbox"/>	2608	COOMBS INDIRECTO
AM-128 Versión: Mayo 2015		

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		Hoja: 10 de 10
	Procedimiento para realizar diagnóstico citogenético		

10.2 RECIBO DE PAGO



HOSPITAL GENERAL
DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ

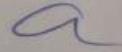
HOSPITAL GENERAL
DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ

Calz. de Tlalpan 4800, Col. Sección XVI, Deleg. Tlalpan C.P. 14080 Ciudad de México, R.F.C. HGD-720726-831 TEL.: 4000-3000

CAJA AUXILIAR No. **9** RECIBO **1** **61418**

lunes, 28 de mayo de 2018 09:13:57 a.m. Num. Operación 0000000061418

Clave	Concepto	Cantidad	Importe
1715	Hormona Gonadotropina Coriónica Humana b (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. 1
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Preconsulta		Hoja: 1 de 33

2. 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

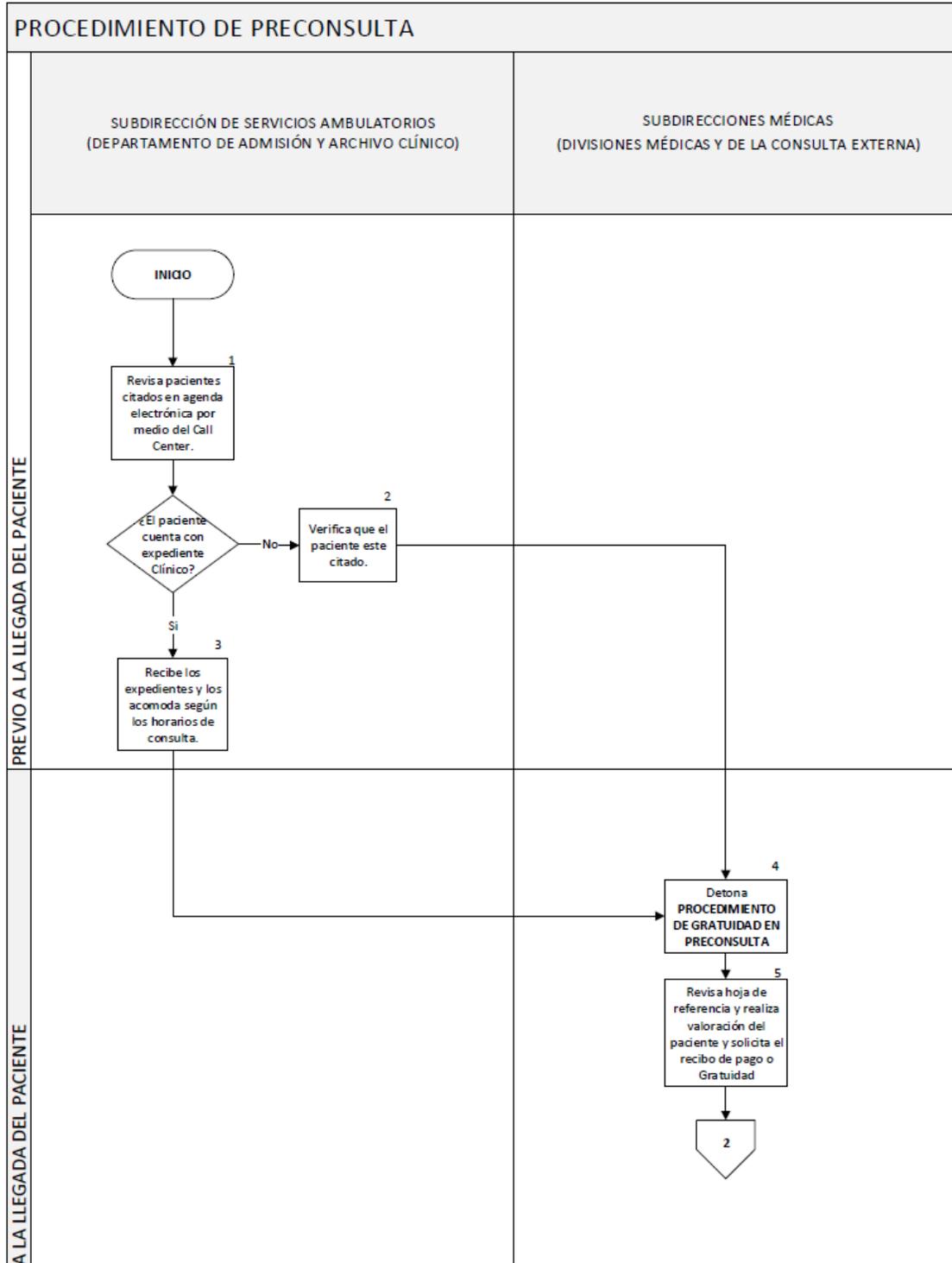
- 3.8.1. Hoja de Referencia de Centro de Salud u otra Institución del Sector Salud;
- 3.8.2. Pase de Interconsulta de otros servicios de la consulta externa del Hospital General Dr. Manuel Gea González
- 3.8.3. Hoja de atención de consulta de urgencias donde se indique envío a preconsulta;
- 3.8.4. Nota 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 realizarán una Nota de valoración médica con la cual enviarán 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.	
		<p>Detona PROCEDIMIENTO DE APERTURA DE EXPEDIENTE Y ASIGNACIÓN DE NIVEL SOCIOECONÓMICO</p> <p>TERMINA PROCEDIMIENTO</p>	

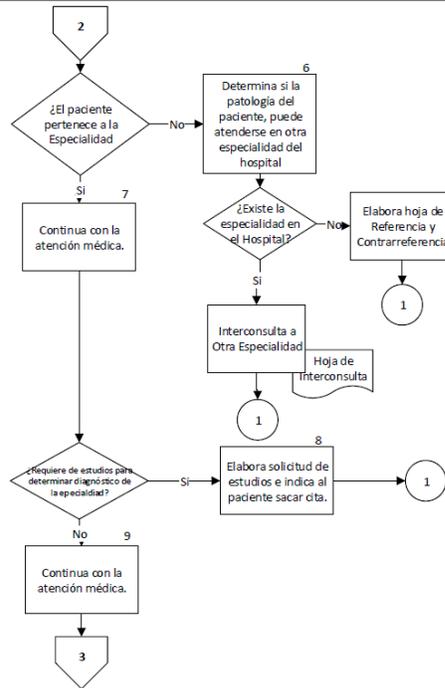
5. DIAGRAMA DE FLUJO



PROCEDIMIENTO DE PRECONSULTA

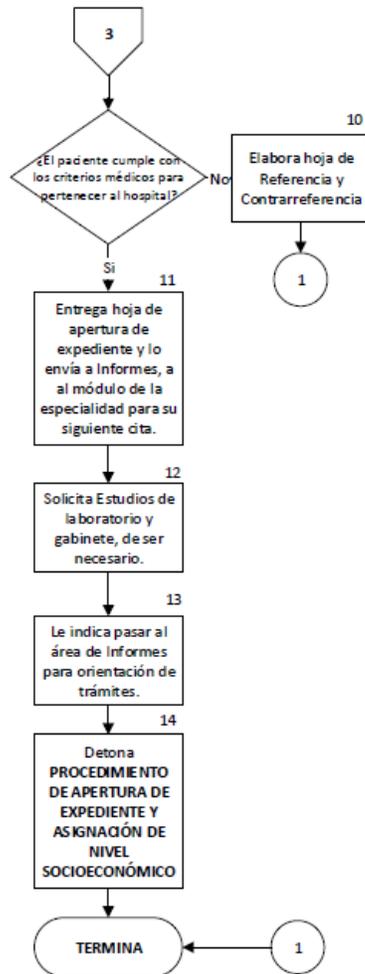
SUBDIRECCIONES MÉDICAS
(DIVISIONES MÉDICAS Y DE LA CONSULTA EXTERNA)

Fase



PROCEDIMIENTO DE PRECONSULTA

SUBDIRECCIONES MÉDICAS
(DIVISIONES MÉDICAS Y DE LA CONSULTA EXTERNA)



	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



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

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

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	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"/> 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 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

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																					
<table border="1"> <tr> <td colspan="3"> </td> </tr> <tr> <td>APELLIDO PATERNO</td> <td>MATERNO</td> <td>NOMBRE (S)</td> </tr> </table>						APELLIDO PATERNO	MATERNO	NOMBRE (S)	<table border="1"> <tr> <td>EDAD</td> <td>No. DE CAMA</td> </tr> </table>	EDAD	No. DE CAMA										
APELLIDO PATERNO	MATERNO	NOMBRE (S)																			
EDAD	No. DE CAMA																				
<table border="1"> <tr> <td colspan="4">AREA</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> C. E.</td> <td><input type="radio"/> HOSP.</td> <td><input type="radio"/> URG.</td> <td><input type="radio"/> EXTERNO</td> </tr> </table>		AREA				<input type="radio"/> C. E.	<input type="radio"/> HOSP.	<input type="radio"/> URG.	<input type="radio"/> EXTERNO	SERVICIO	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">SEXO</td> </tr> <tr> <td>MASC. <input type="radio"/></td> <td>FEM. <input type="radio"/></td> </tr> </table>	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																		
SEXO																					
MASC. <input type="radio"/>	FEM. <input type="radio"/>																				
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">ESTUDIO SOLICITADO (MARCAR CLAVE AL REVERSO)</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> </td> </tr> </table>			ESTUDIO SOLICITADO (MARCAR CLAVE AL REVERSO)				<table border="1"> <tr> <td colspan="2">URGENTE</td> </tr> <tr> <td>SI <input type="radio"/></td> <td>NO <input type="radio"/></td> </tr> </table>	URGENTE		SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>										
ESTUDIO SOLICITADO (MARCAR CLAVE AL REVERSO)																					
URGENTE																					
SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>																				
DATOS CLÍNICOS E IMPRESIÓN DIAGNOSTICA																					
<table border="1"> <tr> <td colspan="4"> </td> </tr> </table>																					
<small>*EN CASO DE QUE EL ESTUDIO SOLICITADO SEA TOMOGRAFIA CONTRASTE ENDOVENOSO, ANOTAR EL VALOR DE CREATININA (VIGENCIA DEL ESTUDIO, DOS MESES)</small>																					
<table border="1"> <tr> <td colspan="3">FECHA Y HORA DE SOLICITUD</td> </tr> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td colspan="3">HORA:</td> </tr> </table>		FECHA Y HORA DE SOLICITUD			DIA	MES	AÑO				HORA:			<table border="1"> <tr> <td>MÉDICO SOLICITANTE</td> </tr> <tr> <td>NOMBRE Y FIRMA</td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>	MÉDICO SOLICITANTE	NOMBRE Y FIRMA		<table border="1"> <tr> <td>MÉDICO JEFE DEL SERVICIO</td> </tr> <tr> <td>NOMBRE Y FIRMA</td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>	MÉDICO JEFE DEL SERVICIO	NOMBRE Y FIRMA	
FECHA Y HORA DE SOLICITUD																					
DIA	MES	AÑO																			
HORA:																					
MÉDICO SOLICITANTE																					
NOMBRE Y FIRMA																					
MÉDICO JEFE DEL SERVICIO																					
NOMBRE Y FIRMA																					
OBSERVACIONES POR RADIOLOGÍA E IMAGEN																					
<table border="1"> <tr> <td colspan="4"> </td> </tr> </table>																					
INDICACIONES AL PACIENTE																					
<table border="1"> <tr> <td colspan="4"> </td> </tr> </table>																					

	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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Preconsulta		Hoja: 21 de 33

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.- _____ 3.- _____
2.- _____ 4.- _____
Médico que solicita apertura Autorización

Nombre completo / Cédula Profesional / Firma

Nombre completo / Cédula Profesional / Firma

II.- Requisitos para Apertura de Expediente

- | | |
|--|--|
| <p>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</p> <p>2.- <input type="checkbox"/> Copia de Identificación Oficial VIGENTE con Fotografía
Credencial del INE
Pasaporte
Cartilla Servicio Militar
Cédula Profesional
INAPAM</p> <p>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</p> <p>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.</p> | <p>5.- <input type="checkbox"/> Pago por Concepto de Apertura de Expediente</p> <p>Pacientes Menores de Edad</p> <p><input type="checkbox"/> Copia de Acta de Nacimiento o Constancia de nacimiento</p> <p><input type="checkbox"/> Copia de identificación Oficial VIGENTE de Padre, Madre o Tutor
Credencial del INE
Pasaporte
Cartilla Servicio Militar
Cédula Profesional</p> <p><input type="checkbox"/> Copia de comprobante de Domicilio*
Teléfono
Agua
Predial
Cable
Comisión Federal de Electricidad
Constancia delegacional o municipal
Estado de cuenta Bancario</p> <p><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.</p> |
|--|--|

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.:

Procedencia: Destino:

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: 9 de diciembre de 2021

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:

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		
	Procedimiento de Preconsulta		Hoja: 27 de 33

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. Obstetricia: 1. Píremea en la vida 2. Píremea con después de 3 años 3. Subsecuente

13. Situación ginecológica: 1. Pausada o postmenopásea 2. Postmenopásea 3. Sin de trastornos 4. DCU 5. Histerectomía 6. Tratamiento oncológico previo 7. Menopausia espontánea 8. Tratamiento oncológico 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 Úter 2. Ovar 3. Test 4. Complejo

16. Fecha de la última regla: 15. A la exploración se observa:

1. Cefalo quejumbroso serio 2. Cervicite 3. No se observa nada

17. Responsables de la toma citológica:

18. Parto de riesgo: 1. Inicio de relaciones sexuales de los 15 años 2. Coito sin sexo 3. Antecedentes de infecciones de transmisión sexual 4. Tabaquismo 5. Ninguno

19. Fecha de toma de la muestra: CC-1991/AAAA

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: CC-1991/AAAA

23. Número citológico:

24. Laboratorio: 25. Características de la muestra: 1. Adecuada 2. Inadecuada

26. Diagnóstico Citológico:

1. Detrás de límite normal
2. Células escamosas benignas (Infectión Tricomonas)
3. Células escamosas benignas (Infectión Candidiasis)
4. Células escamosas benignas (Infectión Gardnerella)
5. Células escamosas benignas (Infectión Adenovirus ag)
6. Células escamosas benignas (Infectión Herpes)
7. Células escamosas benignas (Cervicitis reactiva Infección)
8. Células escamosas benignas (Cervicitis reactiva Sífilis)
9. Células escamosas benignas (Cervicitis reactiva Paratuberculosis)
10. Células escamosas benignas (Cervicitis reactiva DCU)

Negativo a cáncer

Negativo con proceso inflamatorio

27. Repetir estudio: 1. Sí 2. No

28. Método: 1. Adhesión, hemograma, información gín (no en caso del TPA, de edad) 2. Laminilla seca 3. Papanicolaou 4. Muestra con Spine 5. Otro (especificar)

29. R.P.C. del Citólogo:

Nombre completo, sépt. prof. y firma:

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

30.1 Diagnóstico del Patólogo:

1. Detrás de límite normal
2. Células escamosas benignas (Infectión Tricomonas)
3. Células escamosas benignas (Infectión Candidiasis)
4. Células escamosas benignas (Infectión Gardnerella)
5. Células escamosas benignas (Infectión Adenovirus ag)
6. Células escamosas benignas (Infectión Herpes)
7. Células escamosas benignas (Cervicitis reactiva Infección)
8. Células escamosas benignas (Cervicitis reactiva Sífilis)
9. Células escamosas benignas (Cervicitis reactiva Paratuberculosis)
10. Células escamosas benignas (Cervicitis reactiva DCU)

Negativo a cáncer

Negativo con proceso inflamatorio

31. R.P.C. del Patólogo:

Nombre completo, sépt. prof. y firma:

32. Prueba de laboratorio: 1. Sí 2. No 32.1 Resultado de laboratorio:

1. Negativo 2. Positivo VPH bajo riesgo (8,11,16,18,33,35,39,45,51,52,56,58,59,66)

3. Positivo VPH alto riesgo (16,18,31,33,35,39,45,51,52,56,58,59,66)

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		
	Procedimiento de Consulta de Primera vez		Hoja: 1 de 67

3. PROCEDIMIENTO DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	Subdirección de Pediatría		
	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		
	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	

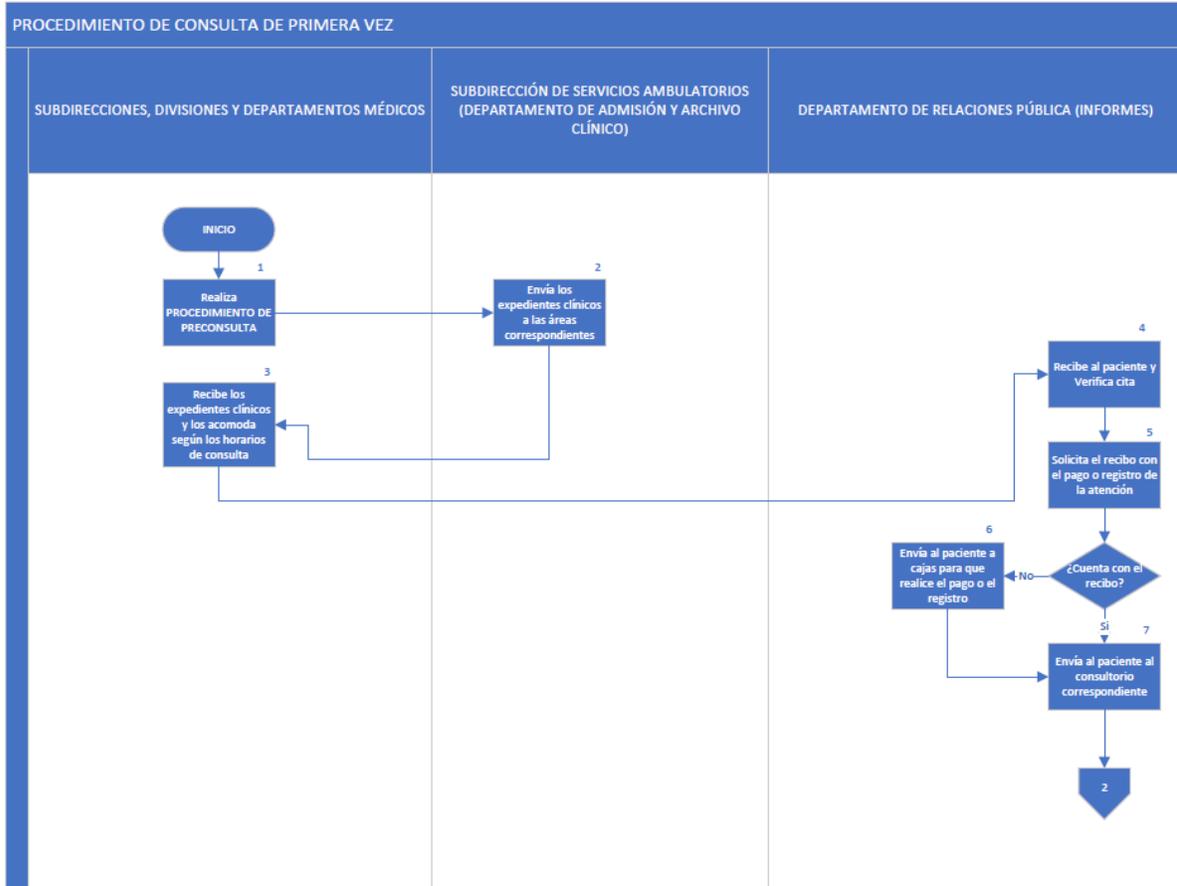


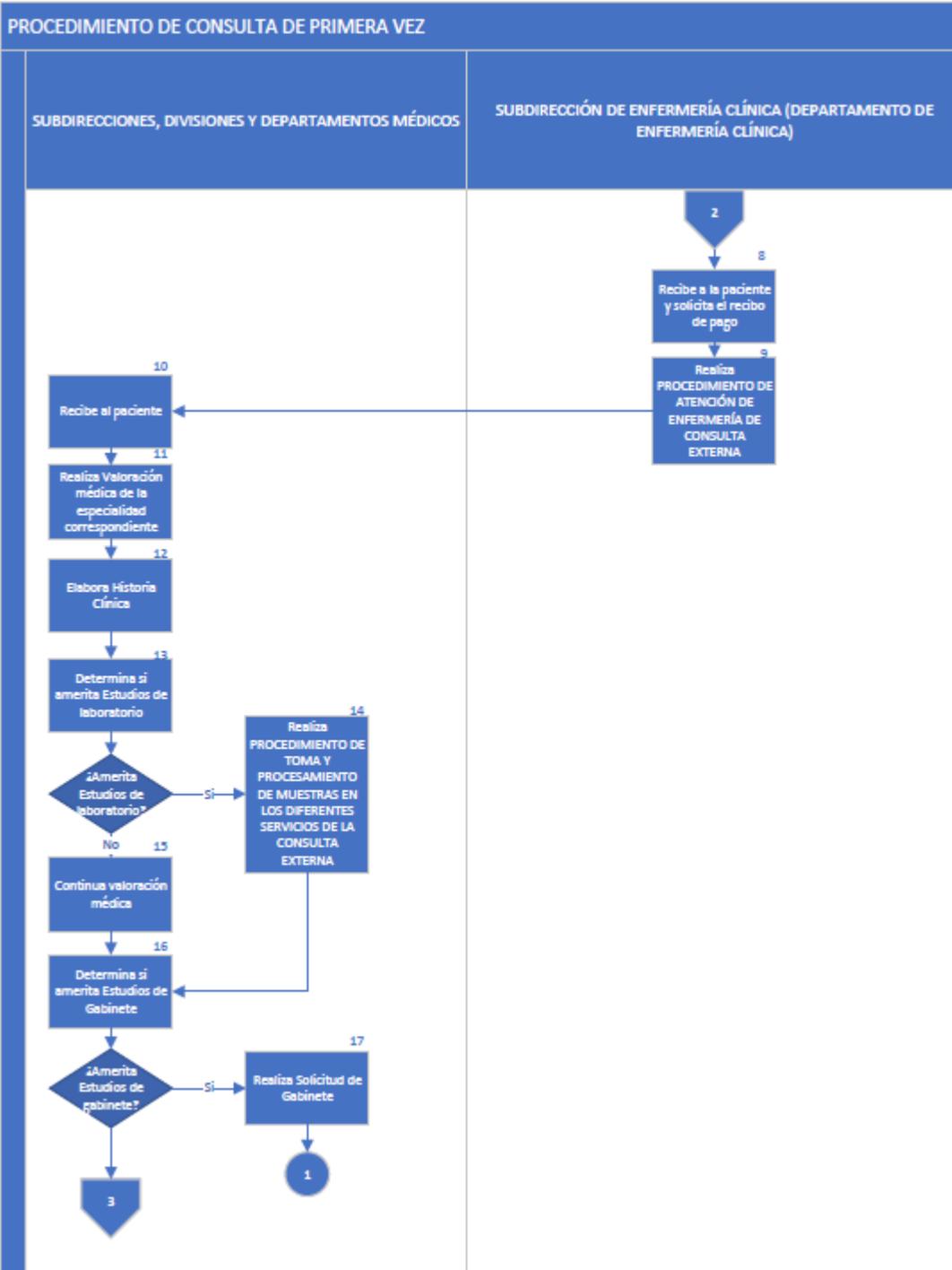
CLÍNICA)		EXTERNA	
SUBDIRECTORES Y SUBDIRECTORAS MÉDICAS (JEFES Y JEFAS DE DIVISIONES MÉDICAS Y JEFE DE LA CONSULTA EXTERNA)	10	Recibe al paciente	Historia Clínica
	11	Realiza Valoración de la Especialidad correspondiente	Hojas de Valoración o Nota Médica
	12	Elabora Historia Clínica	Estudios de Laboratorio
	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	

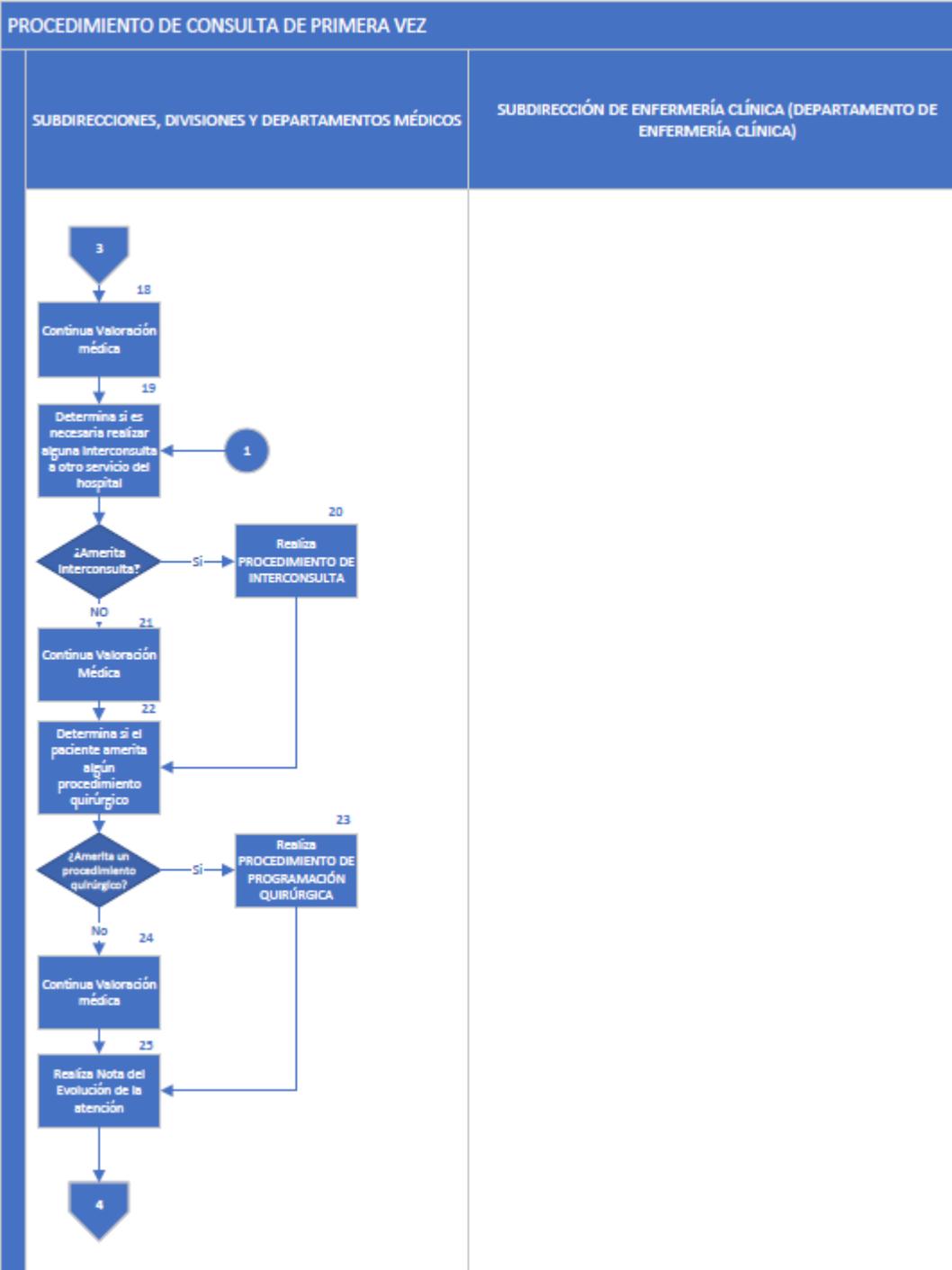


	26	Otorga tratamiento médico, en caso necesario.	
	27	Registra la consulta en la Plataforma Electrónica	
	28	Envía al paciente para asignación de cita subsecuente en el módulo correspondiente	
	29	Envía los expedientes al Departamento de Admisión Hospitalaria y Archivo Clínico	
Subdirector de Servicios 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



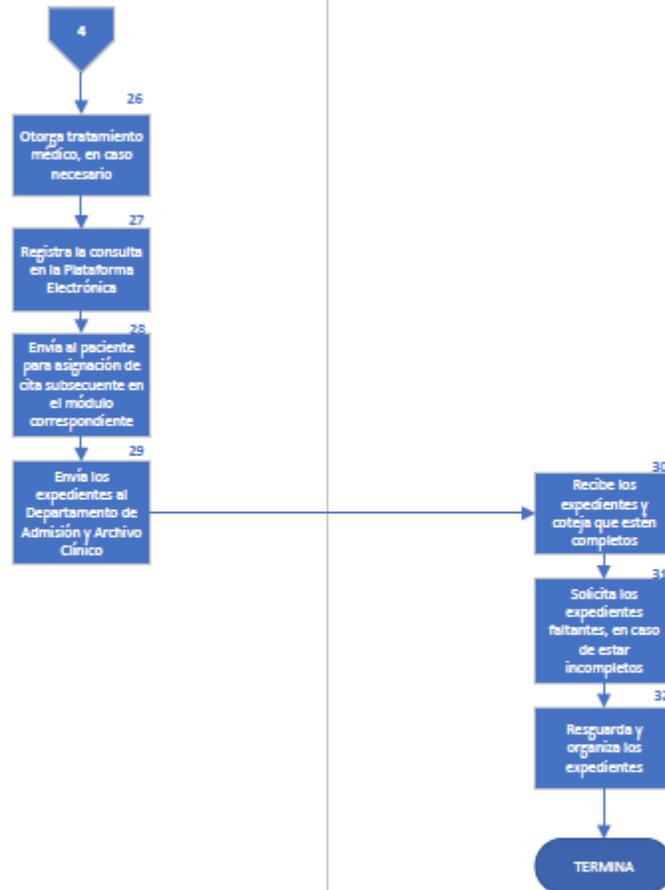




PROCEDIMIENTO DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ

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 Alcohollismo 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 Monoslabos Bislabos 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

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 16	SI NO	Ning. Med. Prim. Sup.		Casado Unión Libre Sol. Otro	NO SI	Cualquier	
ANTECEDENTES		PERSONALES		OBSTETRICOS	ABORTOS	VAGINALES	NAC. MVVOS	VIVEN MUJEREN	ALGUN RN PESO
FAMILIARES		TBC		Anterior número de	PARITOS	CESAREAS	NAC. MUJERTOS	1a. Sem. MUJEREN	MENOS DE 2500g
Diabetes		Diabetes		GESTAS				después de 30m	NO SI
TAC pulmonar		Hiperlipidemia crónica		Ninguna o más de 5 partos					NACIMIENTO CON MAYOR PESO
Cáncer		Cirugía pélvica-uterina							g
Gemelas		Intelectual							
Otras		Otras							
EMBARAZO ACTUAL		DUDAS FUM		ANTITETANICA PREVA	ACTUAL	GRUPO	HOSPITALIZACIÓN EMBARAZO	TRASLADO	
Peso anterior Embarazo		NO SI		SI NO	1° 2° R	Rh + -	NO SI	Día Mes Año	
Talla (cm)		SI		SI NO	MES GESTA	NO SI	NO SI	NO SI	
Kg		SI		SI NO		NO SI	NO SI		
EX. CLINICO NORMAL		EX. MAMAS NORMAL		EX. ODONTOL. NORMAL		PELVIS NORMAL		FRANCO CLAUO CLASE I	
SI NO		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO	
EX. VAGINAL NORMAL		E.G.O. NORMAL		VORL		Hb		Hb	
SI NO		SI NO		SI NO		Día Mes		Día Mes	
CONSULTA No.		1		2		3		4	
FECHA		5		6		7		8	
SEMANAS DE AMENORRUEA		9		10		11		12	
PESO (kg)		13		14		15		16	
TENSION ARTERIAL Mx. / Mn. (Mm Hg)		17		18		19		20	
ALT UTER / PRESENT. Pub. fondo / Cal. Pelv. Tr.		21		22		23		24	
FCF (bat / min) / MOV FETAL		25		26		27		28	
GANANCIA DE PESO NORMAL SI / NO		29		30		31		32	
ALTURA UTERINA NORMAL SI / NO		33		34		35		36	
PARTO / ABORTO		EDAD GESTA		TAMARO FETAL ACORDE		INICIO		MEMBRANAS	
CONTROL PRENATAL MEDIA UNIDAD SI / NO		Semanas Menor 37 y Máx 42		SI NO		Exp. Ind.		Fecha ruptura PREVISION	
TERMINACION		ALIMS ESP		MUERTE FETAL		NIVEL DE ATENCION		Cef. Pelv. Tran.	
Exp. Cex. Forc. Otras		SI NO		NO SI Emb. Placenta comp. Placenta SI NO		3° 2° 1° Domic. Otro		Cef. Pelv. Tran.	
EPISOTOMIA		SI NO		SI NO		Atendido Médico Enf. Part. Asist. Partera Tnd. Otro		Patología EMBARAZO	
NO SI		SI NO		SI NO		PARTO NEONATO		PARTO FUER PERIO	
NO SI		SI NO		SI NO		SI NO		Embarazo Múltiple	
RECIBIENDO		PESO AL NACER		EDAD POR Ex. FISICO		PESOGEG. Edic. Peq. Gr.		Hiperemión previa	
F. SI NO		Menor 2500 g Menor de 37		Menor de 37		Normal Anormal		Preeclampsia	
SEXO VVO		SI NO		SI NO		SI NO		Eclampsia	
M. NO SI		SI NO		SI NO		SI NO		Cardiopatía	
TALLA		EX-FISICO PRE-ALTA		EX-NEUROL. Normal Anormal Dudoso		PATOLOGICAS M. Hial S. Asp. Hemorragia		Diabetes	
Cm.		Normal Anormal		SI NO		Otras SDR Hiperb. Infec. Otro		Infección urinaria	
PER CEP.		SI NO		SI NO		SI NO		Otras infecciones	
SI NO		SI NO		SI NO		SI NO		Penalización	
RN CON LA MADRE		EGRESO RN		EDAD ALTA / TRASLADO		EDAD AL PALLICER		Anexos o parto prematuro	
SI NO		SI NO		Día Mes		Día Mes		Ninguna	
SI NO		SI NO		Día Mes		Día Mes		Hs. O DIAS POST PARTO O ABORTO	
SI NO		SI NO		Día Mes		Día Mes		TEMPERATURA	
SI NO		SI NO		Día Mes		Día Mes		PULSID (bat / min)	
SI NO		SI NO		Día Mes		Día Mes		TENSION ARTERIAL Mx. Mn. (Mm Hg)	
SI NO		SI NO		Día Mes		Día Mes		INVOL. UTERINA	
SI NO		SI NO		Día Mes		Día Mes		CARACTERISTICAS DE LOGUROS	
SI NO		SI NO		Día Mes		Día Mes		Esgreso Materno	
SI NO		SI NO		Día Mes		Día Mes		Muerte Materna	
SI NO		SI NO		Día Mes		Día Mes		Método de PF	
SI NO		SI NO		Día Mes		Día Mes		Ninguno	
SI NO		SI NO		Día Mes		Día Mes		Seno	
SI NO		SI NO		Día Mes		Día Mes		Tneado	
SI NO		SI NO		Día Mes		Día Mes		Embarazo	
SI NO		SI NO		Día Mes		Día Mes		Con dón de Trampas	
SI NO		SI NO		Día Mes		Día Mes		D.L.U.	
SI NO		SI NO		Día Mes		Día Mes		Ritmo	
SI NO		SI NO		Día Mes		Día Mes		Con. Pat.	
SI NO		SI NO		Día Mes		Día Mes		Puerperio	
SI NO		SI NO		Día Mes		Día Mes		Otro	

OBSERVACIONES:

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:					
CÚNICOS:	T.A.:	SIGNOS:			
AMB: DM	HEA	OS			
CA	DLP	OTRO			
DX MÉDICOS Y DURACIÓN:					
CIRUGÍAS:					
MEDICAMENTOS/SUPLEMENTOS:					
BIOQUÍMICOS:					
FECHA:					
ANTROPOMÉTRICOS					
TALLA:	PI:	SPi:	PH:	SPiE:	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/E					
COMPOSICIÓN CORPORAL		%MASA GRASA	Agua corporal total		Grasa visceral

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



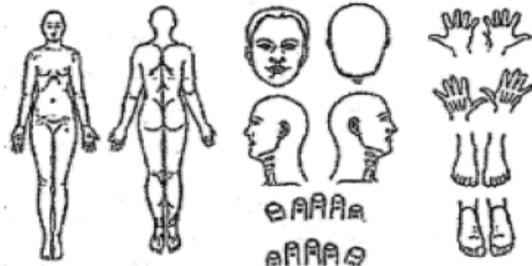
Fecha: dd/mm/aaa Hora:

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"/>
Glaucoma	<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 cervical (resultado y fecha):					
IVSA:	No. Parejas:	Gestas:	Partos:	Abortos:	Cecáreas:
Edad	Número de hijos:				FUM:
Complicaciones de los embarazos o el puerperio:			Cervicovaginitis de repetición:		
Cirugía ginecológica:					
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			

	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 _____	
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



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 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

 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 (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"/>	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

10.8 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: 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. 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: _____

	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	
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

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

 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

10.14 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

 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: 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:	_____	_____
GONIOSCOPIA:	_____	_____
EXCAVACIÓN:	_____	_____
CORRECCIÓN REFRACTIVA:	_____	_____
PAQUIMETRÍA:	_____	_____
CAMPOS VISUALES PREVIOS:	_____	_____

 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CEDULA 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. 40533205

LICENCIA SANITARIA 1014004673

 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

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

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	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
Poder LIO Rx. Esperado	Poder LIO Rx. Esperado
_____	_____
LENTE EXTRACAPSULAR	LENTE EXTRACAPSULAR
Poder LIO Rx. Esperado	Poder LIO Rx. Esperado
_____	_____
LENTE CAMARA ANTERIOR	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. 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 Insurgón 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: 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

CARDIOPATÍA ISQUEMICA	SI ()	NO ()	
INSUFICIENCIA CARDIACA	SI ()	NO ()	
HIPERTENSION ARTERIAL	SI ()	NO ()	
CARDIOPATIAS CONGENITAS	SI ()	NO ()	
NEUMOPATIAS	SI ()	NO ()	
EKG:			
Rx:			
LABORATORIO:			
CONCLUSIONES:			
PUEDER 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 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

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 ()	ENFERMEDAD CONCOMITANTE: SI () NO ()		CIRUGÍA URGENTE ()
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. CADERA	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 < 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 ()		
ÁGNOR CLASE III SC vc	10 ()	BUN > 50 mg / dl ó CREATININA > 3.0 mg / d	3 ()
ÁGNOR CLASE IV SC vc	20 ()	TOO ANORMAL O EVIDENCIA DE	
GALOPE S3 O PLETORA YUGULAR		HEPATOPATIA CRÓNICA	3 ()
ÁGNOR INESTABLE	11 ()	CIRUGIA URGENTE	4 ()
6 MESES	10 ()	INTRAPERITONEAL / NEUROCIRUGIA	3 ()
TEP < 1 SEMANA	10 ()		
TEP (ANTICOLESTERINÉS)	5 ()		
ESTENOSIS AÓRTICA	3 ()	CALIFICACIÓN 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

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: Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s):
 7. Fecha de nacimiento: CURP:
 8. Entidad de nacimiento: 9. Sexo:
 10. Domicilio: Calle y Número: Colonia: Localidad / Municipio / Delegación:
 11. Dos Domicilio: Estado/Provincia: Acatlán: Tabasco:
 Calle y Número: Colonia: Localidad / Municipio / Delegación:

III. ANTECEDENTES

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

13. Marcador glucosado: 1. Positivo o probable 2. Positivo real 3. De los anteriores 4. DDC 5. Indefinido 6. Tratamiento subsecuente previo 7. 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: 15. A la exploración se observa:
 1. Color amarillento sero 2. Cervicite 3. No se observa nada
 4. Color normal 5. Leucorrea 6. Sangrado anormal
 7. No se observa nada

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

17. Responsable de la toma citológica:

19. Fecha de toma de la muestra: 18. Puntos de riesgo:
 1. Inicio de relaciones sexuales antes de los 15 años 4. Tabaquismo
 2. Mujeres parejas sexuales 5. Ninguno
 3. Antecedentes de infecciones de transmisión sexual

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. Adecuada 2. Inadecuada

26. Diagnóstico Citológico:
 1. Dentro de límites normales } Negativo a cáncer
 2. Células escamosas benignas (Inclusión Tricómatas)
 3. Células escamosas benignas (Inclusión Cervicoides)
 4. Células escamosas benignas (Inclusión Condiloides)
 5. Células escamosas benignas (Inclusión Adhucivas ap)
 6. Células escamosas benignas (Inclusión Heces)
 7. Células escamosas benignas (Cervixite reactiva inflamación)
 8. Células escamosas benignas (Cervixite reactiva atípica)
 9. Células escamosas benignas (Cervixite reactiva Papanicolaou)
 10. Células escamosas benignas (Cervixite reactiva DDC) } Negativo con proceso inflamatorio

27. Repetir estudio: 1. Si 2. No

28. Método: 1. Adhucivas, heterocólicas, inflamación y/o leucorrea en más del 75% del estudio 2. Muestra real (Spix)
 3. Lavada viva 4. Otro (especificar):

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

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

30.1 Diagnóstico del Patólogo:
 1. Dentro de límites normales } Negativo a cáncer
 2. Células escamosas benignas (Inclusión Tricómatas)
 3. Células escamosas benignas (Inclusión Cervicoides)
 4. Células escamosas benignas (Inclusión Condiloides)
 5. Células escamosas benignas (Inclusión Adhucivas ap)
 6. Células escamosas benignas (Inclusión Heces)
 7. Células escamosas benignas (Cervixite reactiva inflamación)
 8. Células escamosas benignas (Cervixite reactiva atípica)
 9. Células escamosas benignas (Cervixite reactiva Papanicolaou)
 10. Células escamosas benignas (Cervixite reactiva DDC) } Negativo con proceso inflamatorio

31. R.P.C. del Patólogo:
 Nombre completo, sépt. 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, E5) 3. Positivo VPH alto riesgo (E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E17, E18)

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, oxicodona, 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 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. 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		
	Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 1 de 48

4. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES DE CONSULTA SUBSECUENTE

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	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		
	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

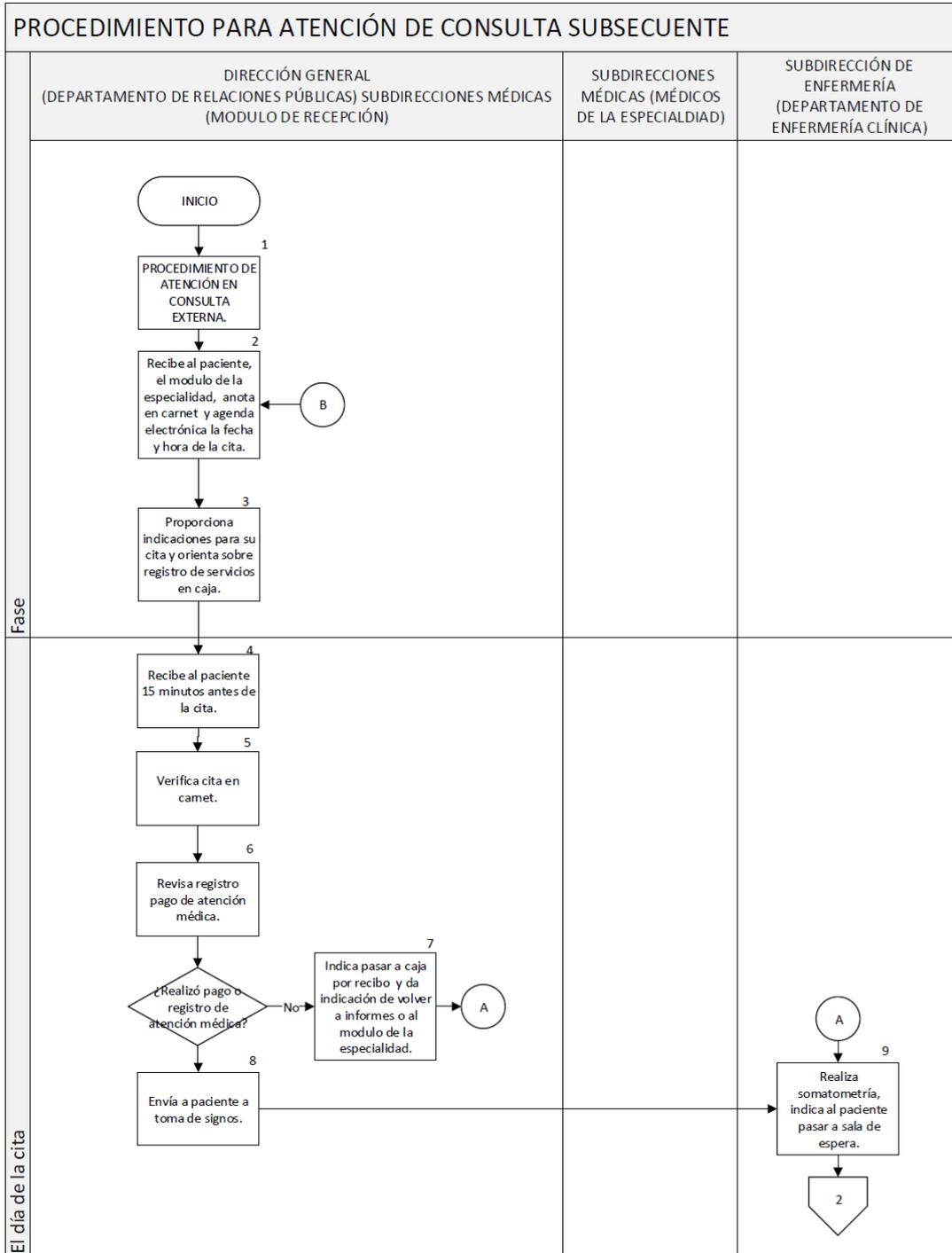
	PROCEDIMIENTO
	Subdirección de Pediatría
	Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente, Hoja: 4 de 48

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

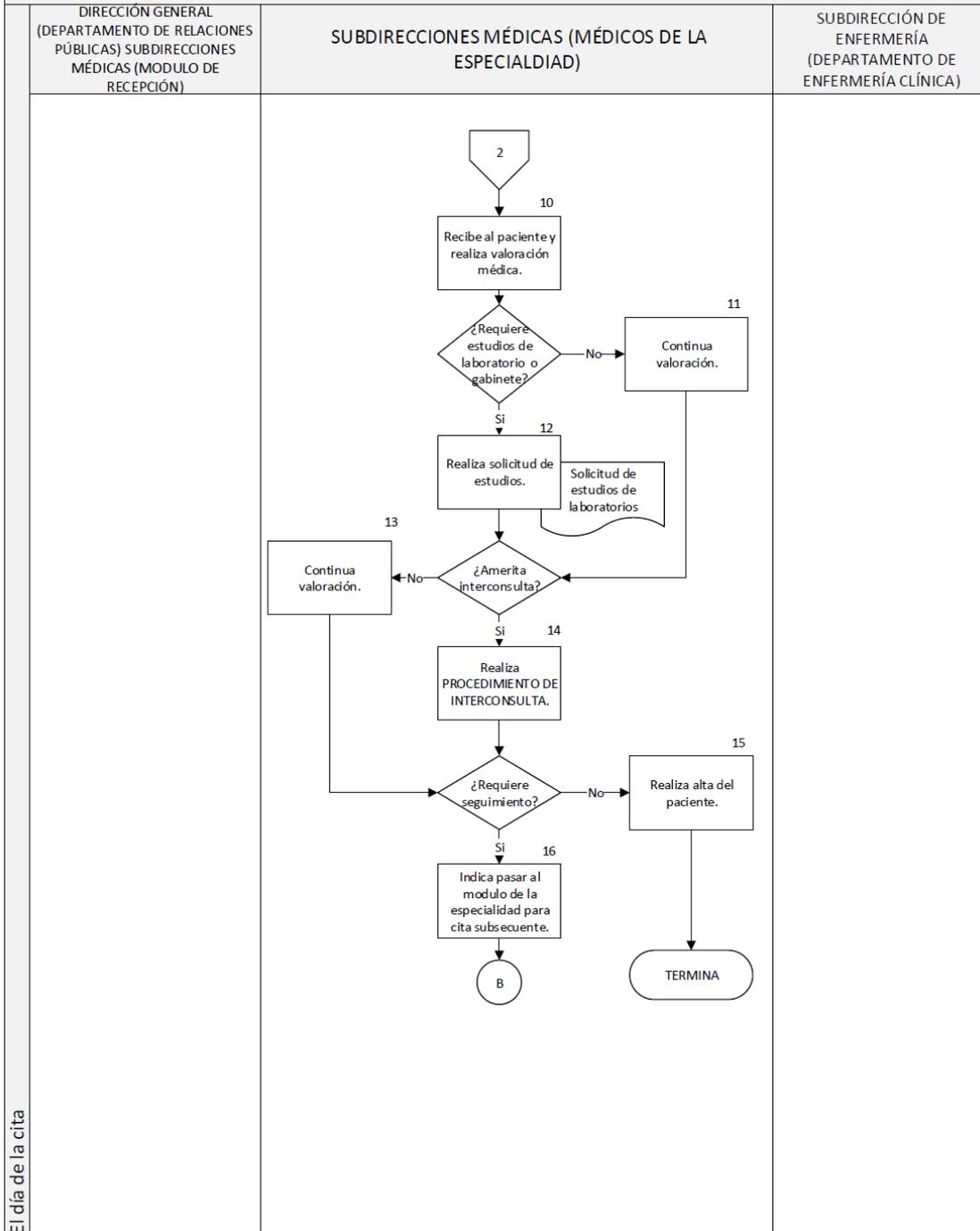
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o anexo
<p>Director General (Jefa de Departamento de Relaciones Públicas)</p> <p>Subdirectores Médicos (Módulo de Recepción)</p>	1	Recibe al paciente, inicia PORCEIDMIENTO DE ATENCIÓN DE CONSULTA EXTERNA.	Carnet
	2	Recibe al paciente la recepcionista 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
	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



PROCEDIMIENTO PARA ATENCIÓN DE CONSULTA SUBSECUENTE



 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	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		
	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		
	Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 12 de 48

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: _____

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

10.5 SOLICITUD DE ESTUDIOS CITOLOGICOS



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 CITOLOGICOS

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

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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	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: _____

FECHA



NOMBRE COMPLETO DEL DR. (A): _____

CEDULA PROFESIONAL _____ FIRMA: _____

DE-02-0055 LIC. SANIT. 1014004073

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 20 de 48

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		
	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

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 22 de 48

10.10 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>	
AW-200	Licencia sanitaria 1014004673

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	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		
	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

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 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: _____

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 28 de 48

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		
	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		
	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		
	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		Hoja: 38 de 48
	Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		

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		
	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		Hoja: 41 de 48
	Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		

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 Insurgón 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 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																													
<p>ASA I (I / V) SANO</p> <p>ASA II (II / V) ENFERMEDAD GRAL. LEVE</p> <p>ASA III (III / V) ENFERMEDAD GRAL. GRAVE</p> <p>ASA IV (IV / V) ENFERMEDAD GRAL. QUE PONE EN PELIGRO LA VIDA</p> <p>ASA V (V / V) PACIENTE MORIBUNDO</p>																													
		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

gea hospital		Hospital General Dr. Manuel Gea González Departamento de Medicina Interna - Cardiología	
HOJA DE EVALUACIÓN CARDIOVASCULAR PREOPERATORIO DE RIESGO QUIRURGICO			
NOMBRE: _____	SEXO: _____	No. EXPEDIENTE: _____	No. GRMA: _____
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	
GALOPE S3 O PLETORA YUGULAR	11 ()	HEPATOPATIA CRÓNICA	3 ()
ÁGNOR INESTABLE	10 ()	CIRUGIA URGENTE	4 ()
6 MESES	10 ()	INTRAPERITONEAL / NEUROCIURUGIA	3 ()
TEP < 1 SEMANA	10 ()		
TEP (ANTECEDENTES)	5 ()	CALIFICACIÓN TOTAL	()
ESTENOSIS AÓRTICA	3 ()		
EKG EN RITMO NO SINUSAL	7 ()		
EKG CON 5 L.P.V.S 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		
	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		
	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

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	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. Cód. Postal: _____

III. ANTECEDENTES

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

13. Menstruación: 1. Puntual o periódica 2. Irregular 3. Ausente
 4. D.C. 5. Oligomenorrea 6. Tratamiento sintomático
 7. Disfunción de la ovulación 8. Tratamiento sintomático 9. Ninguno

14. Fecha de la última regla: _____

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

17. A la exploración se observa:
 1. Color anormalmente blanco 2. Cervix 3. No se observa cuello
 4. Cervix 5. Lesiones 6. Sangrado anormal

18. Usos de métodos de control de natalidad:
 1. Píldora de alta efectividad 2. Diafragma
 3. Vaginal 4. Otros (especificar): _____

19. Fecha de toma de muestra: _____

20. ¿Centro con la Carta 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. Abundante 2. Inabundante

26. Diagnóstico Citológico:

1. Detrás de límite normal
 2. Células escamosas benignas (Inclusión Tricómatas)
 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 (Cervix escamosa inflamación)
 8. Células escamosas benignas (Cervix escamosa Atrofia)
 9. Células escamosas benignas (Cervix escamosa Papanicolaou)
 10. Células escamosas benignas (Cervix escamosa DC)

27. Repetir estudio: 1. Sí 2. No

28. Método: 1. Adhesión, hemograma, información y/o
 2. Muestra real (Spil) 3. Muestra real (Spil)
 4. Lavado vivo 5. Otro (especificar): _____
 6. Otro (especificar): _____

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

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

30.1 Diagnóstico del Patólogo:

1. Detrás de límite normal
 2. Células escamosas benignas (Inclusión Tricómatas)
 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 (Cervix escamosa inflamación)
 8. Células escamosas benignas (Cervix escamosa Atrofia)
 9. Células escamosas benignas (Cervix escamosa Papanicolaou)
 10. Células escamosas benignas (Cervix escamosa DC)

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

32. Fecha de liberación: 1. Sí 2. No 32.1 Resultado de liberación: 1. Negativo 2. Positivo VPH bajo riesgo (E1, E2, E3, E4, E5) 3. Positivo VPH alto riesgo (E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E17, E18)

LICENCIA SANITARIA: 1014084873

	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

5. 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.

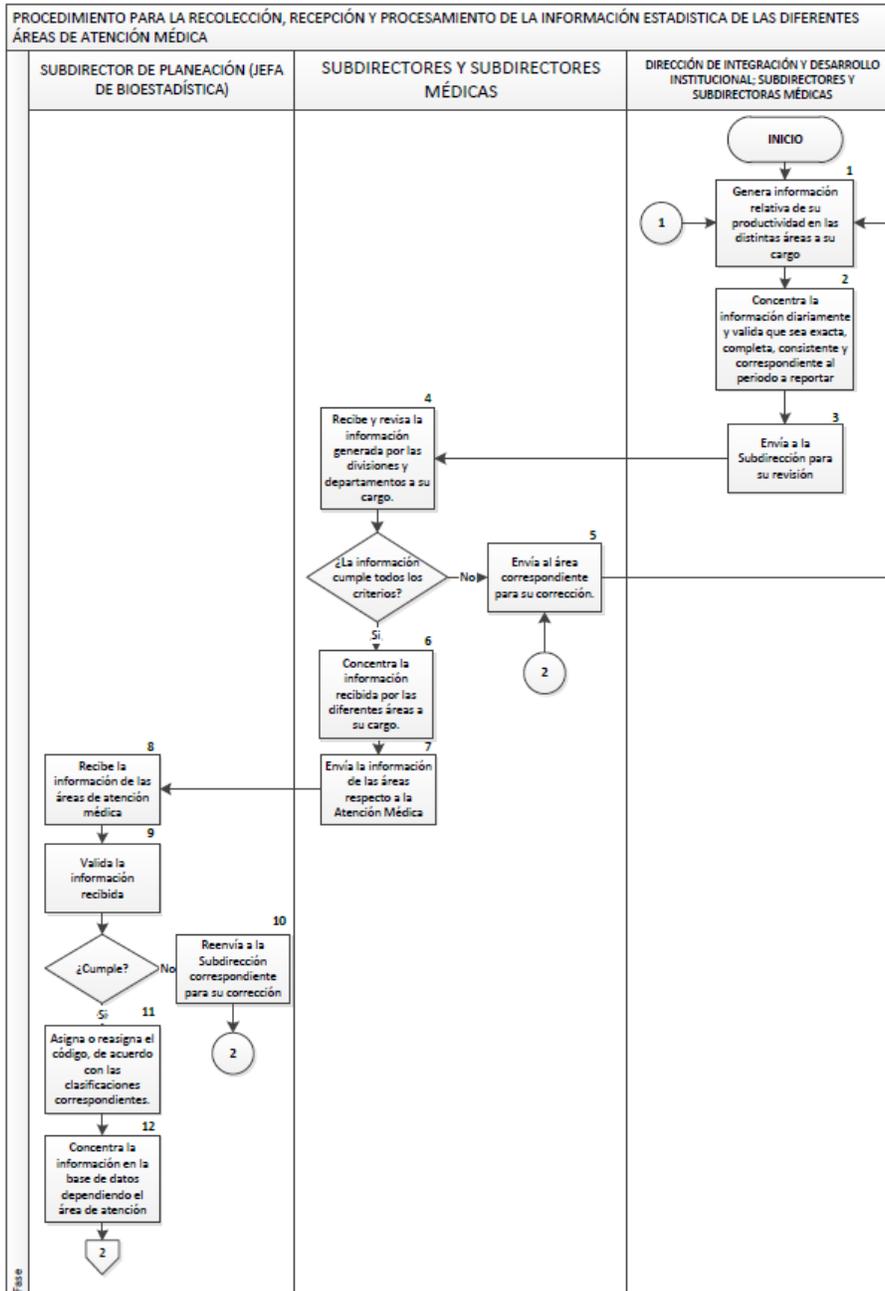
 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	PROCEDIMIENTO
	Subdirección de Pediatría
	Procedimiento para la recepción, recolección y procesamiento de información estadística por parte de las diferentes áreas médicas Hoja: 4 de 12

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

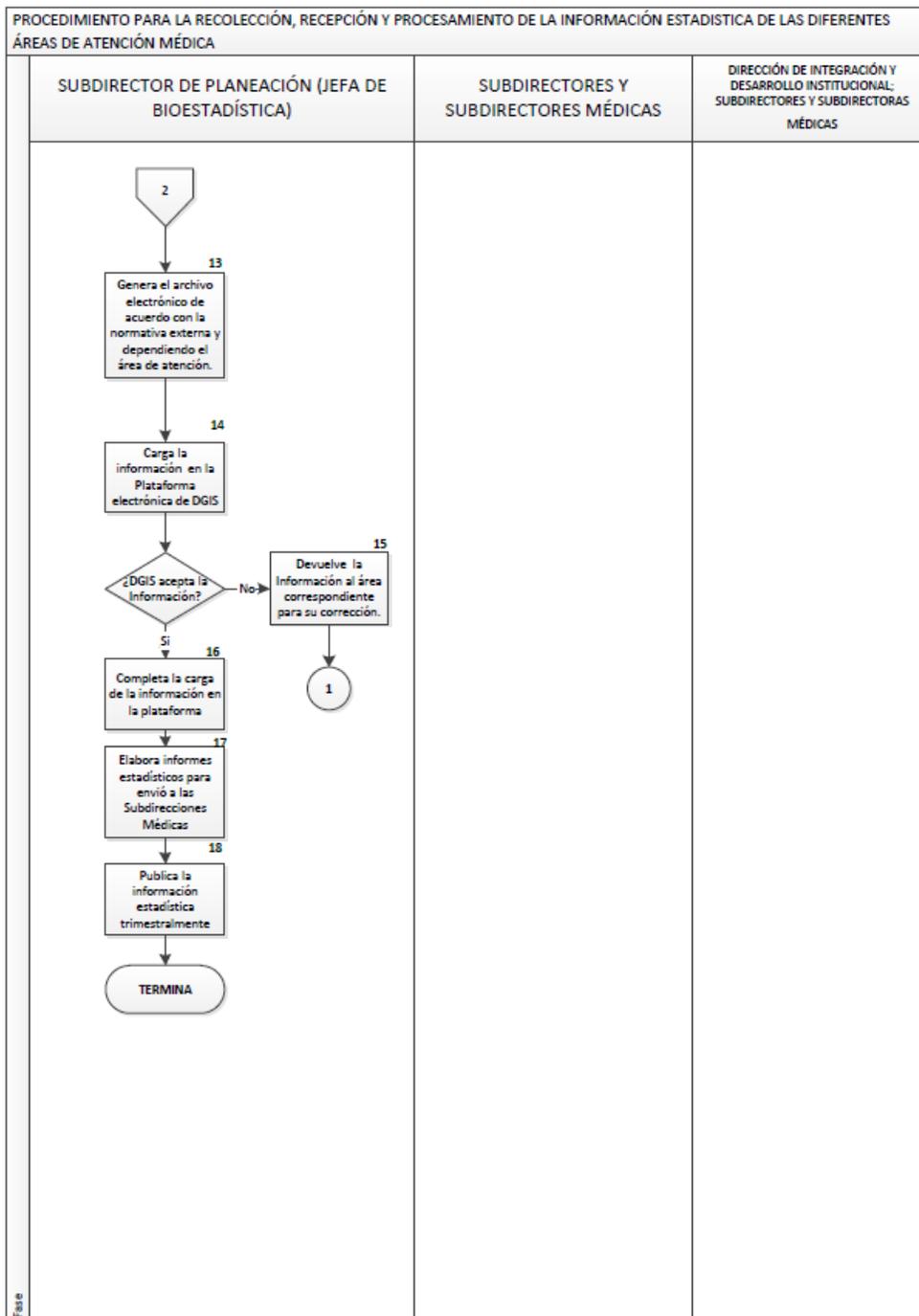
Responsable	No. Act.	Descripción de la Actividad	Documento o Anexo
Subdirectores Y Subdirectoras Médicas y Dirección de Integración y Desarrollo Institucional. (Jefes y Jefas de División y Departamento)	1	Genera información relativa de su productividad en las distintas áreas en el electrónico establecido 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



	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: 7 de 12



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

 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: 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.

	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

Fecha de Consulta

Curp
No. Expediente
Recibo de pago
Tipo de Consulta

Apellido paterno
Apellido materno
Nombre(s)
Sexo
Años
Meses

Solo llene uno de los dos (Años o Meses)

Migrante Discapacitado

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:



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento de Interconsulta		Hoja: 1 de 9

6. 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

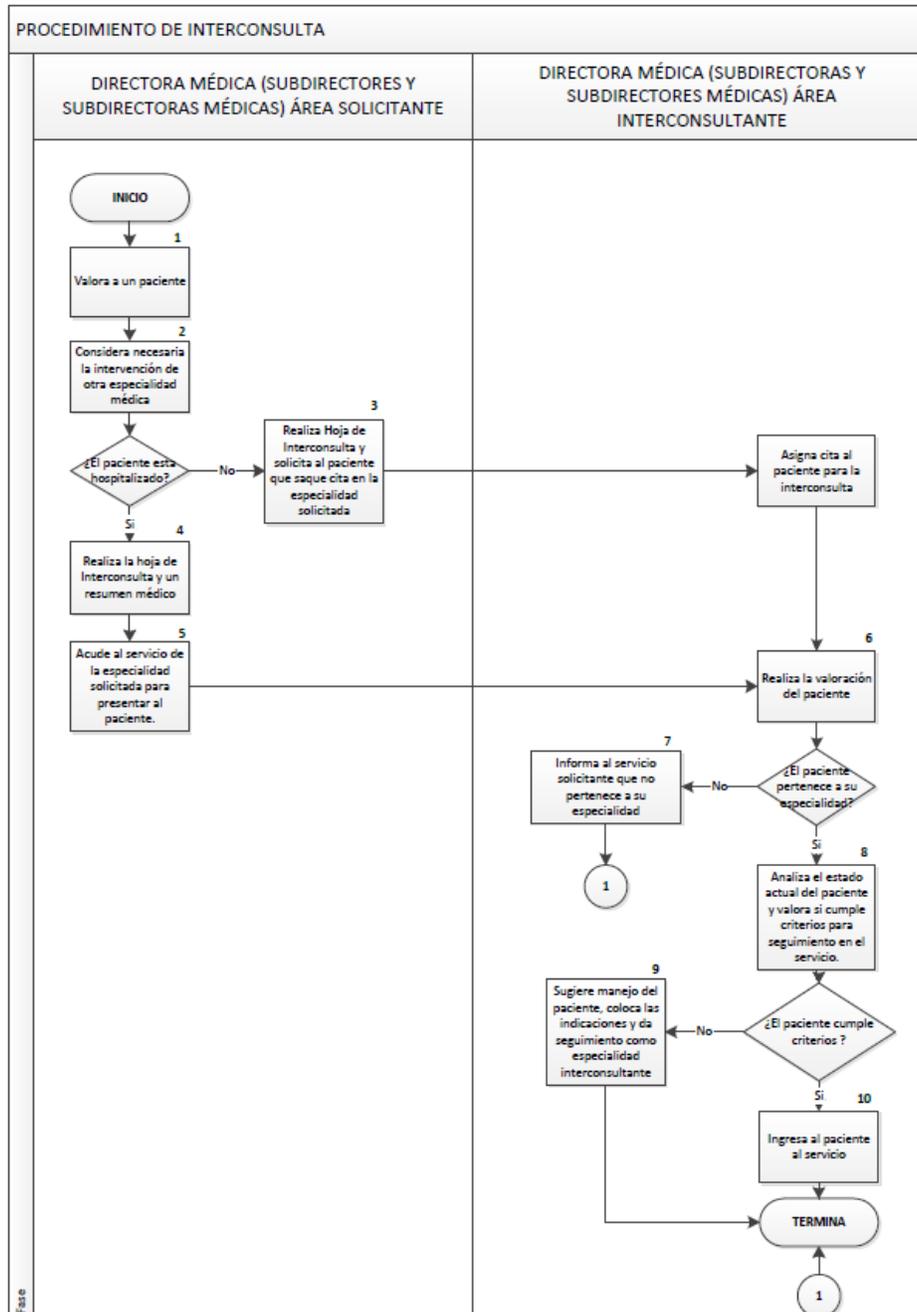
- 3.12 Las Subdirecciones Médicas, a través de sus Divisiones y Departamentos, son responsables de solicitar Interconsulta cuando sea necesario y el servicio Interconsultante después de su valoración médica podrá decidir su cambio de servicio, manejo conjunto o seguimiento.

 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 Subdirectorías 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 Subdirectorías médicas) Área Interconsultante	6	Realiza la valoración del paciente	Solicitud de interconsulta/Nota de interconsulta Nota Médica
	7	¿El paciente pertenece a su especialidad? 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	
	9	¿El paciente cumple criterios? 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



 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	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
01	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



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: _____

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:	