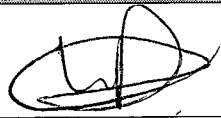


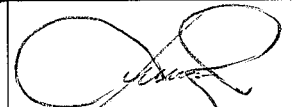
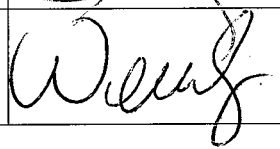
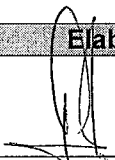
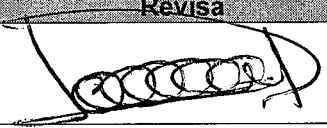





**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA DIVISIÓN DE
NEONATOLOGÍA**







MAYO, 2022

Responsable del Área	Cargo	Firma
Dr. Héctor Manuel Prado Calleros	Director de Enseñanza e Investigación	
Dr. Juan Pablo Ramírez 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. Guadalupe Dorantes Mendoza	Subdirectora de Servicios Ambulatorios	
Mtra. Wendy Melina Suasto Gómez	Subdirectora de Enfermería	



Elabora	Revisa	Autoriza
		
Dra. Patricia Torres Narváez Jefa de la División de Neonatología	Dra. Lorena Hernández Delgado Subdirectora de Pediatría	Dra. Arlene Orta Guerrero Directora Médica

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
			Hoja: 2 de 8

INDICE

	PAG.
INTRODUCCIÓN	4
I.- OBJETIVO DEL MANUAL	5
II.- MARCO JURÍDICO	6
III.- PROCEDIMIENTOS	
1. PROCEDIMIENTO PARA LA REANIMACIÓN INMEDIATA Y EVALUACIÓN DEL RECÉN NACIDO	
2.- PROCEDIMIENTO DE INGRESO Y ESTANCIA EN LA TERAPIA NEONATAL	
3.- PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES DE LA CONSULTA SUBSECUENTES	
4. PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD Y RECEPCIÓN DE LA NUTRICIÓN PARENTERAL	
5.- PROCEDIMIENTO PARA LA PRE ALTA Y ALTA HOSPITALARIA.	
6.- PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN, RECEPCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA POR PARTE DE LAS DIFERENTES ÁREAS DE ATENCIÓN MÉDICA.	
7.- PROCEDIMIENTO DE INTERCONSULTA.	
8.- PROCEDIMIENTO DE TOMA Y PROCESAMIENTO DE MUESTRAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN	W5
9.- PROCEDIMIENTO DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO	
10.- PROCEDIMIENTO PARA PROGRAMAR Y ELABORAR ESTUDIOS RADIOLÓGICOS Y DE IMAGENOLOGÍA.	
11.- PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA-QUIRÚRGICA-REHABILITACIÓN FUERA DE QUIROFANOS CENTRALES	
12.- PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA DE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO O INTERCONSULTA EN INSTITUCIONES DE APOYO	



 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01 Hoja: 3 de 7
--	---------------------------------	---	---

INTRODUCCIÓN

La División de Neonatología forma parte de la Subdirección de Pediatría, su función es ofrecer atención médica especializada y de calidad a los pacientes recién nacidos sanos y enfermos que nacen en este hospital.

El presente Manual de Procedimientos se elaboró de acuerdo a la Estructura Orgánica Funcional autorizada y considerando la Guía Técnica para la elaboración de Manuales de Procedimientos, emitido por la Dirección General de Programación Organización y Presupuesto de la Secretaría de Salud, y la actualización se realizará de acuerdo con los cambios que surjan de la dinámica cotidiana en el desempeño de las funciones y atribuciones encomendadas, así como por modificaciones a la estructura Orgánica Funcional.


Las actividades de enseñanza e investigación de la División de Neonatología estarán apegadas conforme a los manuales de procedimientos de las Divisiones adscritas a la Subdirección de Enseñanza y la Subdirección de Investigación Biomédica adscritas a la Dirección de Enseñanza e Investigación.

La actualización se realizará de acuerdo con los cambios que surjan de la dinámica cotidiana en el desempeño de las funciones y atribuciones encomendadas, así como por modificaciones a la estructura Orgánica Funcional.

Las áreas responsables de la elaboración y actualización del Manual de Procedimientos son: esta área con Revisión Técnica de la Subdirección de Planeación, a través del Departamento de Organización y Métodos de este hospital.



Una vez autorizado este manual por las instancias competentes, será de observancia general y para su difusión se hará del conocimiento del personal del área.

El presente manual consta de 12 procedimientos, congruentes con las atribuciones del Hospital General “Dr. Manuel González” y concuerdan con las actividades que se llevan a cabo en las áreas que lo conforman: Áreas Sustantivas o Médico-Asistenciales, Enseñanza, Investigación y Administrativas.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
			Hoja: 4 de 7

I.- OBJETIVO DEL MANUAL

El presente manual de procedimientos tiene como objetivo dar a conocer los procesos y establecer los mecanismos que permitan a la División de Neonatología, ofrecer la atención médica necesaria para los pacientes recién nacidos que nacen en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01 Hoja: 5 de 7
---	---------------------------------	---	---

II.- MARCO JURÍDICO

CONSTITUCIÓN

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

LEYES

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
 Ley Federal de las Entidades Paraestatales.
 Ley General de Salud.
 Ley General de Archivos.
 Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
 Ley General de Responsabilidades Administrativas.
 Ley General de Bienes Nacionales.
 Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.
 Ley Federal de Austeridad Republicana
 Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
 Ley Federal de los Trabajadores al servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B, del Artículo 123 Constitucional.
 Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
 Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.
 Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.
 Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.



REGLAMENTOS

Reglamento de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales.
 Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.
 Reglamento de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente de Trabajo.
 Reglamento por el que se establecen las bases para la realización del Internado de Pregrado de la Licenciatura en Medicina.
 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.
 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos.
 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Sanidad Internacional.
 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.
 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes.
 Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

CÓDIGOS

Código Civil Federal.
 Código Penal Federal.
 Código de Ética de la Administración Pública Federal.

ACUERDOS

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01 Hoja: 6 de 7
---	---------------------------------	---	---

Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos Generales para la integración y funcionamiento de los Comités de Ética.

Acuerdo por el que se establecen las bases generales para la rendición de cuentas de la Administración Pública Federal y para realizar la entrega-recepción de los asuntos a cargo de los servidores públicos y de los recursos que tengan asignados al momento de separarse de su empleo, cargo o comisión.

Acuerdo por el que el Comité Coordinador del Sistema Nacional Anticorrupción da a conocer que los formatos de declaración de situación patrimonial y de intereses son técnicamente operables con el Sistema de Evolución Patrimonial y de Declaración de Intereses de la Plataforma Digital Nacional, así como el inicio de la obligación de los servidores públicos de presentar sus respectivas declaraciones de situación patrimonial y de intereses conforme a los artículos 32 y 33 de la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

Acuerdo mediante el cual se aprueban los Lineamientos que establecen el procedimiento para la atención de solicitudes de ampliación del periodo de reserva por parte del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales.

Acuerdo mediante el cual el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales, aprueba el padrón de sujetos obligados del ámbito federal, en términos de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Acuerdo del Consejo Nacional del Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales, por el que se aprueban los Lineamientos para la Organización y Conservación de los Archivos.

OTROS ORDENAMIENTOS Y DISPOSICIONES

Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024.

Programa Sectorial de Salud 2020-2024.

Lineamientos generales en materia de clasificación y desclasificación de la información, así como para la elaboración de versiones públicas.

Lineamientos Generales para la regulación de los procesos de entrega-recepción y de rendición de cuentas de la Administración Pública Federal.

Lineamientos para la aplicación y seguimiento de las medidas para el uso eficiente, transparente y eficaz de los recursos públicos, y las acciones de disciplina presupuestaria en el ejercicio del gasto público, así como para la modernización de la Administración Pública Federal.

Lineamientos en materia de austeridad republicana de la administración pública.

Relación de entidades paraestatales de la Administración Pública Federal.

Manual de Percepciones de los Servidores Públicos de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.

Acuerdo mediante el cual se aprueban los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales para el Sector Público.

Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.

Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud.

Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA3-2013, Que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.

Norma Oficial Mexicana NOM-001-NUCL-2013, Factores para el cálculo del equivalente de dosis.

Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en Salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01 Hoja: 7 de 7
---	---------------------------------	---	---

Norma Oficial Mexicana NOM-234-SSA1-2003, Utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado.

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.

Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2013, Para la Prevención y Control de los defectos al nacimiento.

Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología.

Norma Oficial Mexicana NOM-026-SSA3-2012, Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria.

NORMA Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.

NORMATIVIDAD INTERNA DEL HOSPITAL GENERAL DOCTOR MANUEL GEA GONZÁLEZ.

Decreto del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

Estatuto Orgánico del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

Manual de Trámites y Servicios al Público del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

Manual de Organización Específico del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

Manual de Procedimientos del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

Bases Generales para el Registro, Afectación, Disposición Final y Baja de Bienes Muebles del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

Políticas Generales para el Funcionamiento de las Jefaturas de División y de Departamento del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

Reglas de Propiedad Intelectual del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

Políticas de Transferencia de Tecnología del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

Código de Conducta del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

Condiciones Generales de Trabajo del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

Reglamento que rige y norma las Condiciones Generales de Trabajo del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

Reglamento de la Comisión Mixta de Escalafón para los Trabajadores de Base del Hospital General Doctor Manuel Gea González.



Disposiciones generales para la celebración de contratos plurianuales de obras públicas, adquisiciones, arrendamientos y servicios del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

Políticas, bases y lineamientos en materia de adquisiciones, arrendamientos y servicios del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

Manual para prevenir y disminuir riesgos de trabajo e indicar el otorgamiento de derechos adicionales en el Hospital General del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

Políticas, Bases y Lineamientos Generales para la recepción, aceptación y registro y control de las donaciones en especie que reciba el Hospital General del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

Normas, criterios, políticas y bases para la celebración de actos jurídicos mediante los cuales se podrá otorgar el uso o enajenar espacios físicos no hospitalarios en el Hospital General Doctor Manuel Gea González.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento para la reanimación inmediata y evaluación del recién nacido		Hoja: 1 de 28

1. PROCEDIMIENTO PARA LA REANIMACIÓN INMEDIATA Y EVALUACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento para la reanimación inmediata y evaluación del recién nacido		Hoja: 2 de 28

PROPÓSITO



- 1.1 Establecer los lineamientos y actividades para asegurar que todo recién nacido sea evaluado clínicamente, cumpliendo todos los criterios que solicita la Norma oficial mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida y la Norma oficial mexicana NOM-034-SSA2-2002, para la prevención y control de los defectos al nacimiento, así como todas las guías clínicas. Así como garantizar la reanimación adecuada dependiendo de su estado de salud y su canalización al área de hospitalización que requiera, con los procedimientos y precauciones necesarias para evitar cualquier enfermedad infecciosa, como el virus SARS-CoV-2.

ALCANCE



- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Subdirección de Pediatría que es responsable de instruir a la División de Neonatología asignado a la Unidad de Tococirugía para la reanimación inmediata del recién nacido y la atención médica posterior. Subdirección de Cirugía a través de la División de Obstetricia responsable de la atención del parto o cesárea. La Subdirección de Enfermería, que instruye al personal de enfermería asignado a la Unidad Toco quirúrgica, para asistir al médico pediatra durante la reanimación, y la vigilancia y atención del recién nacido posterior a la reanimación inmediata. Al Departamento de Admisión y Archivo Clínico responsable de la recepción de solicitud de ingreso y apertura de expediente clínico y asignación de registro hospitalario.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a todo neonato que nace en la institución.

POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La Subdirección de Pediatría a través de la División de Neonatología asignado en el Departamento de la Unidad Toco quirúrgica es responsable de realizar y supervisar que todo recién nacido reciba reanimación neonatal inmediata en el primer minuto de vida, con base en el Manual de Reanimación de la Academia Americana de Pediatría y Asociación Americana del Corazón, última edición.
- 3.2 La Subdirección de Cirugía a través de la División de Obstetricia es responsable de la atención del parto o cesárea según la Norma Oficial Mexicana para la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. NOM-007-SSA2-2016.
- 3.3 La Subdirección de Pediatría a través de la División de Neonatología es responsable, en los casos necesarios, de realizar la reanimación neonatal en base a la guía interna del hospital, para disminuir el riesgo de contagio por virus SARS-Cov-2., así como cualquier enfermedad infecto-contagiosa.
- 3.4 La Subdirección de Pediatría a través de la División de Neonatología en la Unidad Toco quirúrgica es responsable de asignar al personal médico encargado de la reanimación del recién nacido. La reanimación neonatal será realizada en toda ocasión al menos por un médico pediatra que cuente con la certificación como reanimador. En los casos de recién nacidos de alto riesgo, la reanimación deberá ser realizada por al menos dos médicos pediatras con certificación como reanimador.
- 3.5 La Subdirección de Pediatría a través de la División de Neonatología en la Unidad Toco quirúrgica es responsable de verificar todos los días mediante una "Lista de Verificación" que se cuenta con el equipo y material necesario para la reanimación del recién nacido.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento para la reanimación inmediata y evaluación del recién nacido		Hoja: 3 de 28

- 3.6 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica es responsable de solicitar los insumos requeridos a los servicios específicos (Farmacia Intrahospitalaria, Departamento de Almacenes Generales, etc.).
- 3.7 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica es responsable de realizar la preparación de la incubadora, así como la entrega del bulto de ropa quirúrgica estéril para la reanimación del recién nacido.
- 3.8 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica es responsable de asignar al personal de enfermería encargado de la atención al recién nacido, en apoyo al personal médico de pediatría y para el cuidado posterior a la reanimación.
- 3.9 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica es responsable del cuidado posterior a la reanimación inmediata al recién nacido incluye la vigilancia de signos vitales, control térmico, aplicación de vitamina K y antibiótico ocular, identificación del recién nacido, alimentación y aplicación de soluciones intravenosas y medicamentos en los casos necesarios. Elaborará los documentos necesarios para la identificación del recién nacido, hoja de enfermería y resguardo de Certificado de Nacimiento, todo en base al Procedimiento de Identificación.
- 3.10 La Subdirección de Pediatría a través de la División de Neonatología es responsable de la vigilancia, diagnóstico y tratamiento, durante y después de la reanimación neonatal.
- 3.11 La Subdirección de Pediatría a través de la División de Neonatología es responsable de la elaboración de los documentos necesarios para la atención del recién nacido: historia clínica neonatal, certificado de nacimiento, nota de evolución, solicitud de ingreso hospitalario (en los casos que lo requieran), solicitud de tamiz metabólico neonatal, nota de egreso de alojamiento conjunto; los cuales deben ser llenados completamente y deben estar firmados debidamente por el médico adscrito.
- 3.12 La Subdirección de Pediatría a través de la División de Neonatología es responsable de evaluar conjuntamente las condiciones maternas y fetales.
- 3.13 La Subdirección de Pediatría a través de la División de Neonatología es responsable de canalizar a todo recién nacido que no responda a la reanimación inmediata al área correspondiente, según su estado de salud: terapia intensiva neonatal, terapia intermedia neonatal o crecimiento y desarrollo.
- 3.14 La Subdirección de Pediatría a través de la División de Neonatología es responsable de cumplir con los lineamientos establecidos en el Manual de Reanimación Neonatal de la Academia Americana del Corazón, así como los lineamientos de la Norma oficial mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida y la Norma oficial mexicana NOM-034-SSA2-2002, para la prevención y control de los defectos al nacimiento y la NOM-004-SSA3-2016, del expediente clínico.
- 3.15 La Subdirección de Pediatría a través de la División de Neonatología es responsable de evaluar a través del personal médico, a todo recién nacido vivo con: Valoración de Apgar al primer y quinto minuto, valoración de estado respiratorio de Silverman Andersen, cálculo de edad gestacional con Valoración de Capurro y de Ballard para cálculo de edad gestacional (para recién nacidos prematuros), somatometría y exploración física completa.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento para la reanimación inmediata y evaluación del recién nacido		Hoja: 4 de 28

- 3.16 La Subdirección de Pediatría a través de la División de Neonatología es responsable de realizar las siguientes medidas: Perímetro cefálico, perímetro torácico, perímetro abdominal, segmento inferior, talla, longitud de pie y peso corporal.
- 3.17 La Subdirección de Pediatría a través de la División de Neonatología es responsable que todo recién nacido se le realice el tamiz metabólico mediante muestra sanguínea de cordón umbilical y de realizar solicitud de tamiz metabólico para toma de muestra confirmatoria, a partir del segundo día de vida y hasta el quinto día de vida del recién nacido.
- 3.18 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica es responsable de realizar la identificación del recién nacido, según el Procedimiento de Identificación.
- 3.19 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Departamento de Admisión y Archivo Clínico es responsable de realizar el Ingreso Hospitalario de todo recién nacido que lo amerite. Además de solicitar la firma del Consentimiento informado para la hospitalización.
- 3.20 La Subdirección de Pediatría y la Subdirección de Enfermería, a través de la División de Neonatología y el personal médico y de enfermería asignado a la Unidad Toco quirúrgica son responsables de la promoción de la Lactancia materna.
- 3.21 La Subdirección de Pediatría a través de la División de Neonatología es responsable de considerar la atención del recién nacido de madre con COVID-19:
- Estableciendo rutas y áreas físicas de atención del recién nacido durante el nacimiento y posterior a este.
 - Realizar prueba diagnóstica al recién nacido, lo más pronto posible, para lo cual solicitará interconsulta a la Subdirección de Epidemiología e Infectología.
- 3.22 La Subdirección de Pediatría a través de la División de Neonatología es responsable de que todo recién nacido asintomático, de madre con sospecha o confirmación de COVID-19, permanezca en alojamiento conjunto, en incubadora cerrada, a dos metros de su madre.
- 3.23 La Subdirección de Pediatría a través de la División de Neonatología es responsable de que todo recién nacido de madre con sospecha o confirmación de COVID-19, podrá continuar con Alimentación al seno materno, tomando las precauciones necesarias.
- 3.24 La Subdirección de Pediatría a través de la División de Neonatología y la Subdirección de Enfermería, a través del personal de enfermería en la Unidad tocoquirúrgica, son responsables de la vigilancia y tratamiento de los recién nacidos, en el área de Transición Neonatal, hasta que se decida el área a la que serán enviados: hospitalización en la División de Neonatología o en el área de Alojamiento Conjunto al lado de su madre.
- 3.25 La Subdirección de Pediatría a través de la División de Neonatología es responsable de realizar una Nota de Evolución por día del recién nacido durante su estancia en alojamiento conjunto.
- 3.26 La Subdirección de Pediatría a través de la División de Neonatología es responsable de realizar la Nota de Egreso del recién nacido cuando la madre se vaya de Alta Hospitalaria en alojamiento conjunto.
- 3.27 La Subdirección de Pediatría a través de la División de Neonatología es responsable de Ingresar a hospitalización a cualquier recién nacido que lo amerite que se encuentre en alojamiento conjunto.

4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
SUBDIRECCIÓN DE CIRUGÍA (DIVISIÓN DE OBSTETRICIA)	1	Realiza PROCEDIMIENTO PARA INGRESAR Y ATENDER A LA PACIENTE EN LA UNIDAD DE TOCO QUIRÚRGICA POR PARTO O CESÁREA	
	2	Determina que la paciente se encuentra en trabajo de parto activo	
	3	Informa a la División de Neonatología los antecedentes de la madre y los posibles riesgos	
SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA (DIVISIÓN DE NEONATOLOGÍA)	4	Decide lo necesario en cuanto insumos para la reanimación neonatal, dependiendo de los antecedentes y riesgos de la madre	Solicitud de Tamiz Metabólico
	5	Verifica que no falte ningún insumo para la reanimación neonatal, en caso de faltar algo, notifica a enfermería	
	6	Realiza reanimación neonatal	
		Asiste al neonatólogo o pediatra durante la reanimación del recién nacido	
		Provee de los insumos necesarios durante la reanimación y evaluación del recién nacido.	
	7	Realiza evaluación del recién nacido	
	8	Realiza Somatometría	
	9	Realiza exploración física completa	
10	Toma Muestra de cordón umbilical para tamiz neonatal		
11	Toma muestra de cordón umbilical para gasometría, cuando el neonatólogo lo determine		

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
	12	necesario. Determina la necesidad de que el recién nacido amerite algún tipo de canalización.	
SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA (DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA CLÍNICA)	13	Canaliza vena periférica y asiste en caso de aplicación de catéter venoso umbilical, cuando el recién nacido lo amerita	Hoja de Evaluación de Enfermería
	14	Aplica Vitamina K y antibiótico ocular	
	15	Realiza Hoja de Evaluación de Enfermería con los datos del recién nacido	
	16	Realiza PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN	
SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA (DIVISIÓN DE NEONATOLOGÍA)	17	Elabora Historia Clínica Neonatal y Nota de Atención Médica	Historia Clínica Neonatal
	18	Elabora Certificado de Nacimiento	Nota de Atención Médica
	19	Determina la necesidad de Hospitalización del recién nacido ¿Amerita hospitalización?	Certificado Médico
	20	No: Realiza Ingreso del recién nacido a Alojamiento Conjunto	Solicitud de Ingreso Hospitalario
		Traslada al recién nacido, en cuanto la madre se envía a alojamiento conjunto	Nota de Ingreso a Alojamiento conjunto
	21	Si: Realiza Solicitud de Ingreso Hospitalario	Carta para la Autorización para la hospitalización del paciente menor de edad, inconsciente, con capacidades físicas y/o mentales diferentes.
	22	Entrega al Departamento de Admisión y Archivo Clínico la solicitud de Ingreso	
	23	Realiza PROCEDIMIENTO DE INGRESO HOSPITALARIO POR URGENCIAS	



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

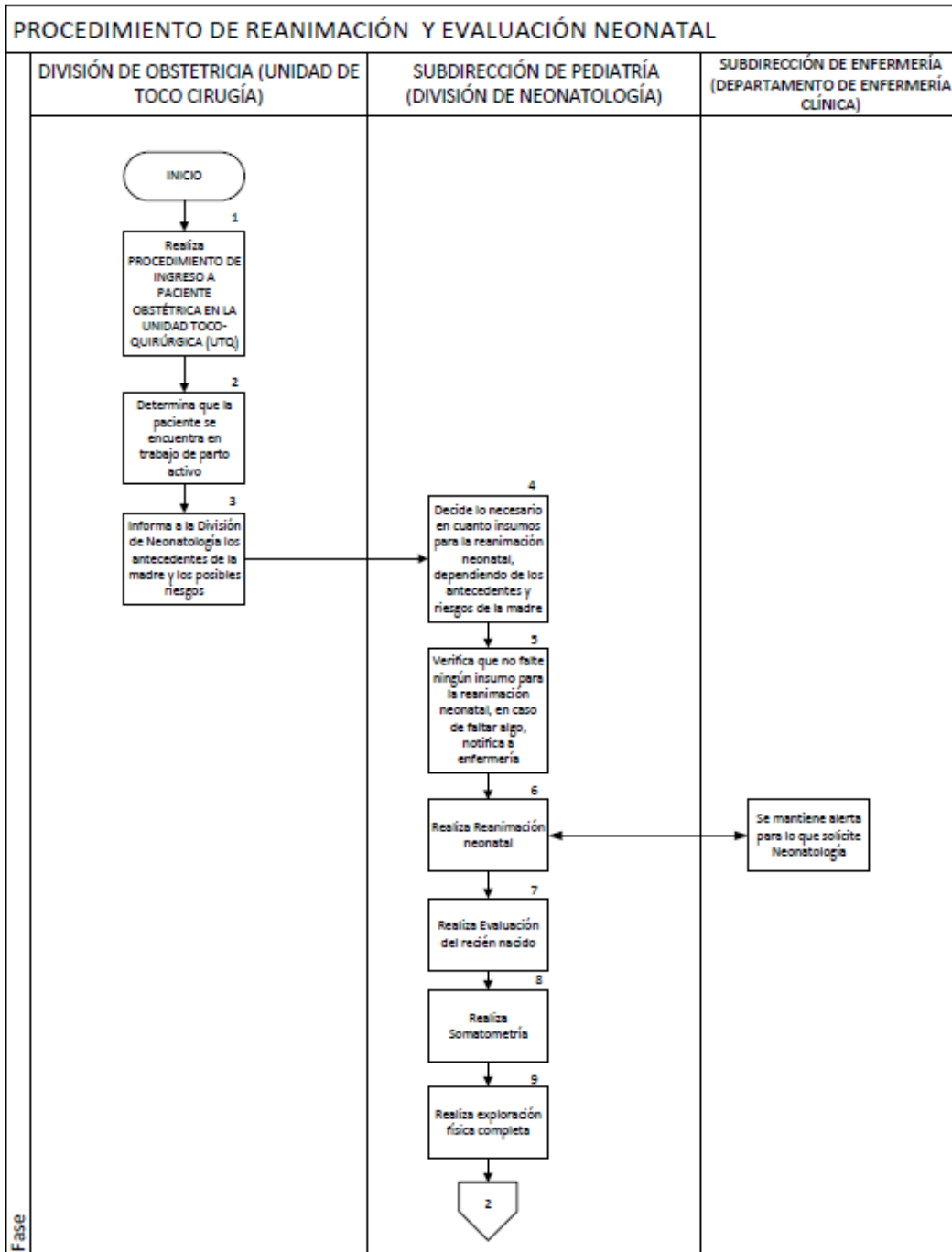
PROCEDIMIENTOS

Subdirección de Pediatría

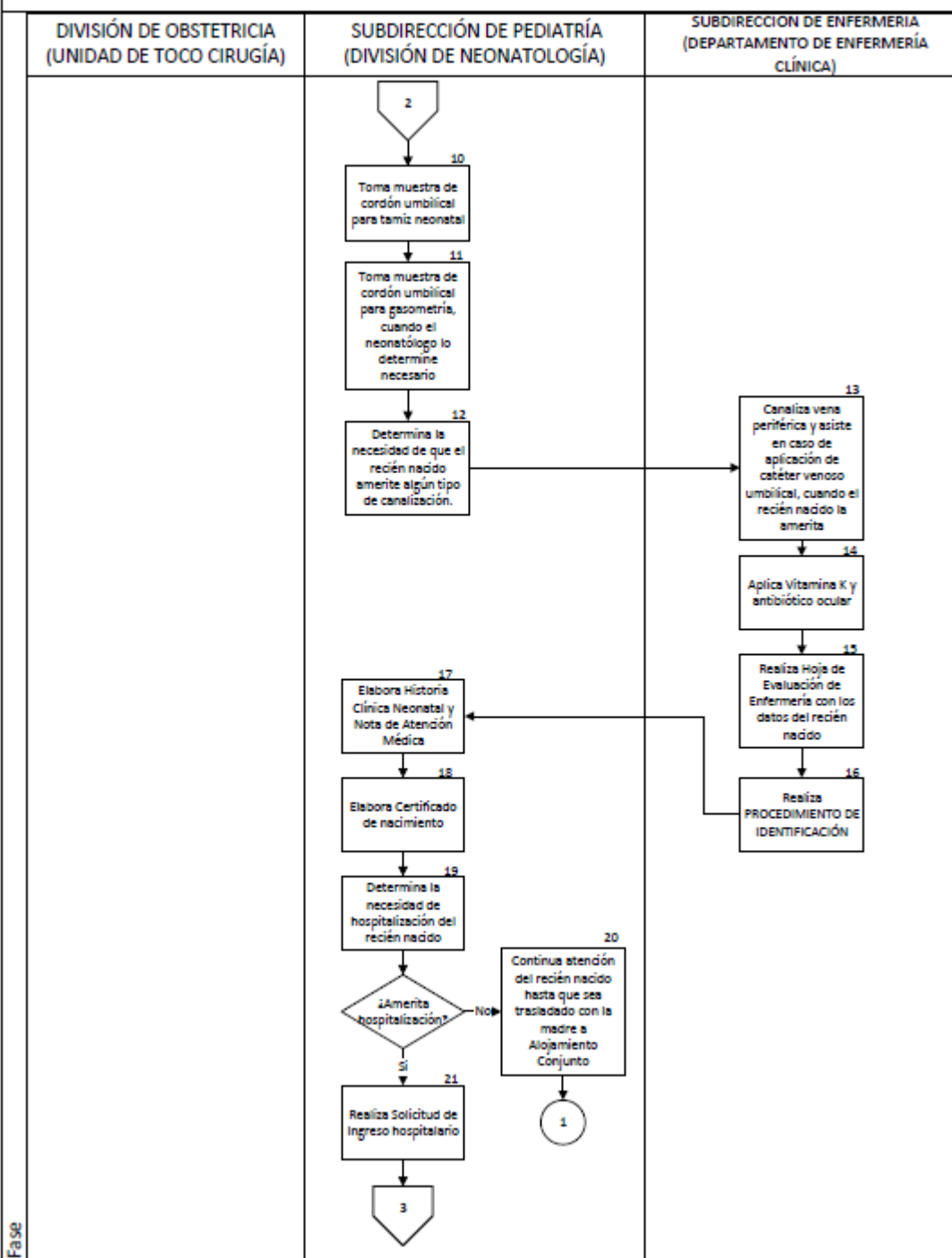
PROCEDIMIENTO PARA LA REANIMACIÓN INMEDIATA Y EVALUACIÓN DEL RECIÉN NACIDO
Hoja: 7 de 28

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
	24	Notifica al Departamento de Enfermería Clínica que solicite una cama en Terapia Intensiva Neonatal, Terapia Intermedia Neonatal o Crecimiento y Desarrollo.	
SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA (DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA CLÍNICA)	25	Recibe la notificación de Ingreso y se comunica vía telefónica al área correspondiente para solicitar la cama.	
	26	Realiza PROCEDIMIENTO DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO TERMINA PROCEDIMIENTO	

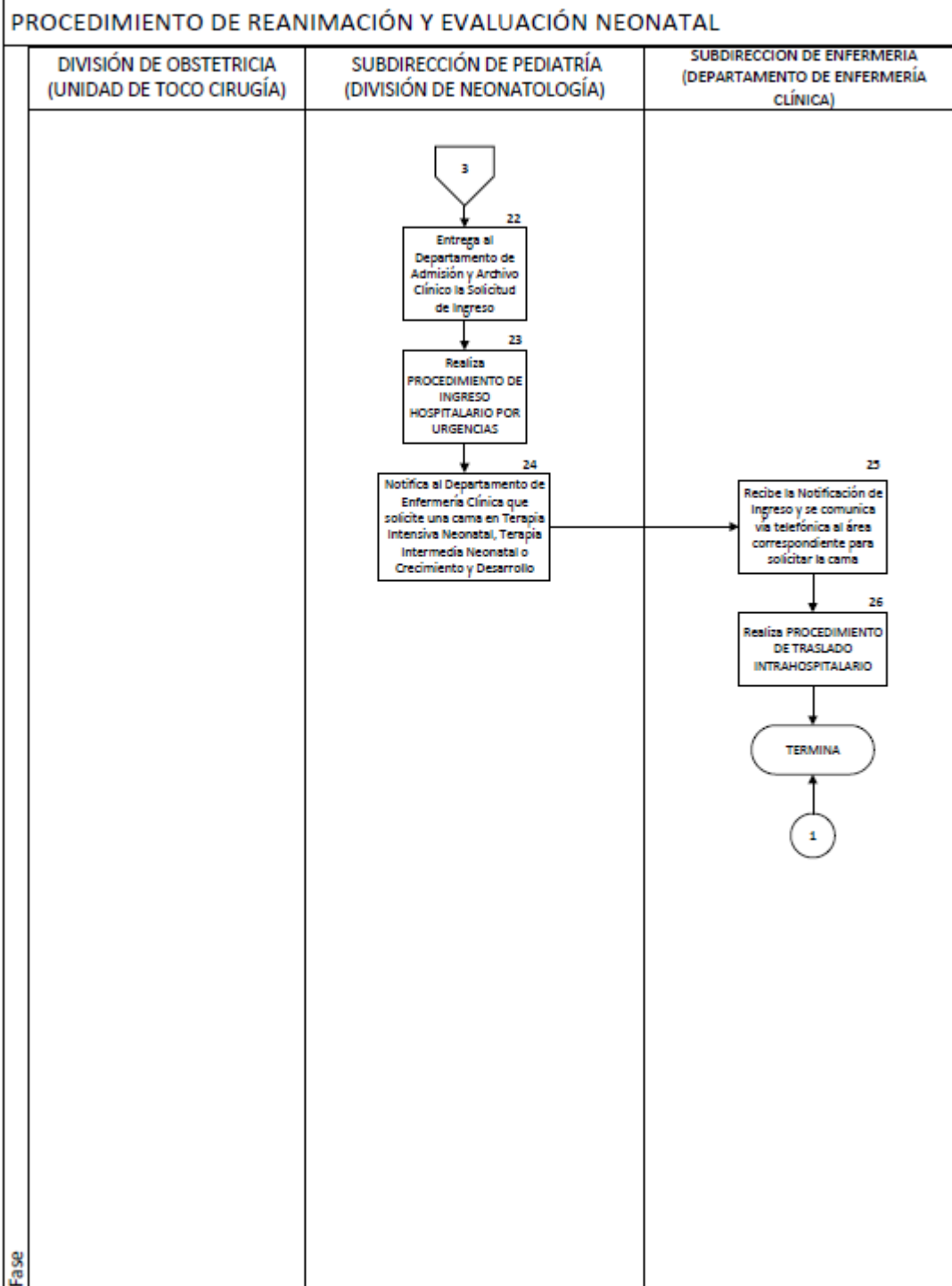
5.0 DIAGRAMA DE FLUJO



PROCEDIMIENTO DE REANIMACIÓN Y EVALUACIÓN NEONATAL



Fase



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento para la reanimación inmediata y evaluación del recién nacido		Hoja: 11 de 28

6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA



Documentos	Código (cuando aplique)
Manual de Reanimación Neonatal. American Heart Association	No aplica
Rutas de Diagnóstico y Tratamiento. División de Neonatología	No aplica
Norma Oficial Mexicana de atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. NOM-007-SSA2-2016	No aplica
Norma Oficial Mexicana del expediente clínico. NOM-004-SSA3-2012	No aplica
Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de los defectos al nacimiento. NOM-034-SSA2-2013	No aplica

7.0 REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Historia clínica del recién nacido	Después de 5 años de inactividad del expediente	Departamento de Admisión y Archivo Clínico	Número de expediente y/o registro del recién nacido y/o expediente de la madre

8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Apgar:** Calificación que se usa para determinar las condiciones con las que nace un neonato.
- 8.2 Ballard:** Método para determinar la edad de gestación en el recién nacido mediante la exploración física.
- 8.3 Capurro:** Método para determinar la edad de gestación en el recién nacido mediante la exploración física.
- 8.4 Neonatología:** Especialidad de la medicina que estudia a los recién nacidos sanos y enfermos.
- 8.5 Silverman-Andersen:** Calificación que sirve para determinar el grado de dificultad respiratoria en el recién nacido.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento para la reanimación inmediata y evaluación del recién nacido		Hoja: 12 de 28

9.0 CAMBIOS DE ESTA VERSIÓN

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

10.0 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Solicitud para tamiz metabólico
- 10.2 Hoja de Evaluación de Enfermería
- 10.3 Historia clínica Neonatal, que contiene calificación de Apgar y valoración de Silverman-Andersen, valoración de Capurro
- 10.4 Nota de Atención Médica
- 10.5 Certificado de nacimiento.
- 10.6 Solicitud de Ingreso Hospitalario.
- 10.7 Nota de Ingreso a Alojamiento Conjunto
- 10.8 Carta para la Autorización para la hospitalización del paciente menor de edad, inconsciente, con capacidades físicas y/o mentales diferentes.
- 10.9 Nota de Ingreso de Alojamiento Conjunto
- 10.10 Nota de Egreso de Alojamiento Conjunto

10.1 SOLICITUD PARA TAMIZ METABÓLICO



Hospital General Dr. Manuel Gea González
Departamento de Medicina Nuclear
SOLICITUD DE ESTUDIO GAMMAGRÁFICO Y TAMIZ NEONATAL

Nombre del paciente: _____ Edad: _____ Fecha Nacimiento: ____/____/____

Número de registro: _____ Sexo: _____ Cama No. _____

Servicio solicitante: _____ Fecha de la solicitud: ____/____/____


Marque con una cruz el estudio solicitado en el espacio que antecede a la clave de cobro:

CARDIOLOGÍA		
2340 Valoración de Corto circuitos Cardiacos	2350 Fracción de expulsión ventricular (MUGA)	
2344 Gammagrafia perfusoria con 201 Tl/99mTc-MIBI		
ENDOCRINOLOGÍA - PEDIATRÍA		
2320 Determinación del índice de captación de 131I	2330 Gammagrama Tiroideo con 99mTcO4	
2348 Gammagrama Tiroideo con 131I		
GASTROENTEROLOGÍA-PEDIATRÍA-URGENCIAS		
2300 Búsqueda de Mucosa Gástrica Ectópica	2317 Gammagrafia de Glándulas Salivales	
2301 Búsqueda de Reflujo - Gastroesofágico	2319 Gammagrafia de Vías Biliares	
2302 Búsqueda de Sangrado de Tubo Digestivo	2324 Gammagrafia Hepato - esplénica	
2313 Gammagrafia con eritrocitos Dañados (Bazo)	2352 Gammagrama de vaciamiento gástrico	
2314 Gammagrafia de tránsito esofágico		
INFECTOLOGÍA - PEDIATRÍA		
2339 Rastreo con Leucocitos Marcados	REUMATOLOGÍA	
	2316 Gammagrama articular con 99mTcO4	
URGENCIAS		
2327 Gammagrama Pulmonar Ventilatorio	2332 Gammagrama Pulmonar Perfusorio/ Ventilatorio	
UROLOGÍA - NEFROLOGÍA -ONCOLOGÍA		
2325 Gammagrama óseo de una a tres fases	2346 Gammagrafia renal con furosemide F. Glomerular	
2328 Gammagrafia Renal con DTPA- 99mTcO4	2349 Gammagrafia Renal con MAG-3- 99mTcO4	
2345 Gammagrafia renal con DTPA con Captopril	2351 Gammagrafia Renal con DMSA- 99mTcO4	
VASCULAR - PERIFÉRICO		
2326 Gammagrafia venosa de miembros inferiores	2333 Linfogammagrafia	
2341 Venocavogammagrafia		
ONCOLOGÍA		
2305 Rastreo con 67Ga	2337 Rastreo con Metadoyo benzilguanidina	
2315 Gammagrafia Paratiroidea	2338 Rastreo con Octeotrido	
2335 Rastreo con Norcoesterol	2347 Terapia del dolor con Estroncio/ Samario	
2336 Rastreo corporal con 131I	2353 Viabilidad Tumoral con Talio/MIBI	
NEUROLOGÍA		
2303 Cisternogammagrafia	2321 Gammagrafia Cerebral con EC D-99 TcO4	
TERAPIA CON YODO RADIOACTIVO - OTORRINOLARINGOLOGÍA - ONCOLOGÍA		
2308 Dosis de Yodo -131 de 1 a 10mCi (131I)	2309 Dosis de Yodo - 131 de 11 a 30mCi (131I)	
TRAUMA - ORTOPEDIA		
2325 Gammagrama ósea de 1 a 3 fases	2318 Gammagrama de Medula Ósea	
PEDIATRÍA - NEONATOLOGÍA		
2342 Tamiz Metabólico Neonatal ampliado		
TOMOGRÁFIA POR EMISIÓN DE POSITRONES (PET)		
2343 PET/CT (Especifique el órgano de estudio):		
OTROS ESTUDIOS		
Especifique el estudio gammagráfico:		

Nombre y Firma del Médico solicitante: _____

Cédula Profesional _____

Necesidades de aprendizaje _____ Fecha _____

PERFIL DEL DOLOR EN EL NEONATO PRETERMINO (PPP)					Escala de valoración del dolor (S-GIVENS BELLI RNT)				Escala de valoración de riesgo de caida (Bajo < 10, alto > 11 puntos)			
PROCESO	INDICADOR	0	1	2	3	0	1	2	3	CRITERIO	DESCRIPCIÓN	ESCALA
COMPORTAMIENTO Observar por 15 seg.	Edad Gestacional	36 semanas o más	32-35 semanas + 6 días	28-31 semanas + 6 días	28 semanas	Duerme durante la hora precedente	Ninguno	Duerme entre 5-10 minutos	Duerme de 10 minutos	Equipo	Inubiertos cerrada	0
	Estado de conducta	Despierto/activo ojos abiertos movimientos faciales	Despierto/quieto ojos abiertos sin movimientos faciales	Despierto/activo ojos cerrados movimientos faciales	Despierto/quieto ojos cerrados sin movimiento facial	Expresión Facial de dolor	Marcado constante	Menos marcado intermitente	Calmado/relajado	Cables previos	Cable relajante	1
	Aumento de la frecuencia cardíaca	5-4 latidos por minuto	5-14 latidos por minuto	15-24 latidos por minuto	25 latidos por minuto	Actividad motora espontánea	Agitación incesante o ninguna actividad	Agitación moderada o actividad disminuida	Normal	Caliente	Si	1
	Disminución SpO2	Disminución 92-94%	Disminución 2.5-4.9%	Disminución 5-7.4%	Disminución >7.8%	Tono global	Hipertonía/fuerte o hipotonía/debilidad	Hipertonía/moderada o hipotonía/moderada	Normal	Color	No	0
Observar por 30 segundos	Cejas frías	No 0 a 3 seg.	Mínimo >3-12 seg.	Moderado >12 a 21 seg.	Máximo >21 a 30 seg.	Consuelo	Ninguno después de 2 minutos	Consuelo después de 1 minuto de esfuerzo	Consuelo dentro de un minuto	Tipo de manipulación	Traslado de peso	1
	Cejas apretadas	No 0 a 3 seg.	Mínimo >3-12 seg.	Moderado >12 a 21 seg.	Máximo >21 a 30 seg.	Signos fisiológicos	2	1	0	Traslado de ropa	Cambio de ropa	1
	Puntaje		<8 puntos	1-12 puntos	>12 puntos	Frecuencia Cardíaca	>20% de aumento	10-20% de aumento	Dentro de la normalidad	Traslado para estudios	Traslado para estudios	1
	INTERPRETACIÓN		Sin dolor o dolor leve	Dolor moderado	Dolor intenso	Presión arterial (mmHg)	>10 mmHg de aumento	10 mmHg de aumento	Dentro de la normalidad	Traslado de rayos X	Traslado de rayos X	1
CÓDIGO FACIAL NEONATAL NFCS					Medicamentos							
					Presencia respiratoria y características Apnea o taquepnea Pausas respiratorias							
0 Sin dolor: 1 frente "abultada", con pliegues marcados 2 ojos apretados 3 arco nasolabial profundizado 4 labios abiertos 5 boca apretada 6 labios fríos 7 lengua tensa 8 bordes temblorosos					SpO2 10% aumento FiO2 <10% aumento FiO2 5 a 8 puntos >8							
INTERPRETACIÓN No estar Dolor moderado Dolor intenso					Puntaje Intervenciones Maniobra Vigilarlo No hacer							
TURNO	HORA	CALIFICACIONES DE DOLOR			TERAPÉUTICA EMPLEADA	HORA	REVALORACIÓN			OBSERVACIONES		
MATUTINO												
VESPERTINO												
NOCTURNO												
ESCALA DE VALORACIÓN DE RIESGO DE LA PIEL NEONATAL (NISRAS)												
PUNTOS		1		2		3		4				
CONDICIÓN FÍSICA GENERAL		Edad gestacional >38 semanas a post término		Edad gestacional >38 semanas pero <38 semanas		Edad gestacional >28 pero <33 semanas		Edad gestacional <28 semanas				
ESTADO MENTAL		Sin limitaciones		Ligeramente		Muy limitado		Completamente limitado				
MOVILIDAD		Sin limitaciones		Ligeramente		Muy limitado		Completamente inmovil				
ACTIVIDAD		Sin limitaciones		Ligeramente limitada		Encomamiento limitado		Completamente encomado				
NUTRICIÓN		Excelente		Adecuada		Inadecuada		Muy pobre				
HUMEDAD		Piel raramente húmeda		Piel ocasionalmente húmeda		Piel húmeda		Piel constantemente húmeda				
R I E S G O : > 6												
TURNO	HORA	PUNTAJE			INTERVENCIONES			OBSERVACIONES				
MATUTINO												
VESPERTINO												
NOCTURNO												

10.3 HISTORIA CLÍNICA NEONATAL, QUE CONTIENE CALIFICACIÓN DE APGAR Y VALORACIÓN DE SILVERMAN-ANDERSEN, VALORACIÓN DE CAPURRO



HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZALEZ"
 SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA
 DEPARTAMENTO DE NEONATOLOGÍA
 HISTORIA CLÍNICA DEL RECIÉN NACIDO

FECHA Y HORA DE ELABORACIÓN:	
NOMBRE Y APELLIDOS MATERNOS: _____ REGISTRO: _____ CAMA: _____ <small>DÍA MES AÑO HORA MIN MASC. FEM. INDIFFERENCIADO</small>	
FECHA DE NACIMIENTO: [] [] [] HORA DE [] [] SEXO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	PRODUCTO: ÚNICO <input type="checkbox"/> MÚLTIPLE <input type="checkbox"/> NÚMERO: _____
MOTIVO DE CONSULTA A OBSTETRICIA: _____ ANTECEDENTES MATERNOS EDAD GESTACIONAL: FUM <input type="checkbox"/> USG <input type="checkbox"/> SEMANAS DE GESTACIÓN: _____ CARACTERÍSTICAS DE LÍQUIDO AMNIÓTICO: _____ PESO ESTIMADO: _____ GRAMOS: _____	
EXPEDIENTE MATERNO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: / / EDAD: _____ AÑOS. ORIGINARIA: _____ ESTADO CIVIL: UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> SOLTERA <input type="checkbox"/> CASADA <input type="checkbox"/> SEPARADA <input type="checkbox"/> DIVORCIADA <input type="checkbox"/> VIUDA <input type="checkbox"/> RESIDENTE: _____ RELIGIÓN: _____ OCCUPACIÓN: _____ ESCOLARIDAD: _____ INDÍGENA: _____ LENGUA: _____	
DIRECCIÓN: _____ CALLE _____ NÚMERO _____ LOCALIDAD _____ <small>ALCALDÍA/MUNICIPIO ENTIDAD FEDERATIVA CÓDIGO POSTAL</small> TELÉFONO CASA: _____ TELÉFONO CELULAR: _____ TIEMPO DE TRASLADO AL HOSPITAL: _____	
ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICO ALIMENTACIÓN: COMIDAS REALIZADAS _____ /DÍA. POLLO: ___/___ CARNE: ___/___ PESCADO: ___/___ CERDO: ___/___ CEREALES: ___/___ LEGUMINOSAS: ___/___ LÁCTEOS: ___/___ FRUTAS: ___/___ VERDURAS: ___/___ AGUA: ___LITROS/DÍA HÁBITOS HIGIÉNICOS: CAMBIO DE ROPA: _____ BAÑO: _____ HIGIENE DENTAL: _____ VIVIENDA: CASA <input type="checkbox"/> DEPARTAMENTO <input type="checkbox"/> CUARTO <input type="checkbox"/> PROPIA <input type="checkbox"/> RENTADA <input type="checkbox"/> PRESTADA <input type="checkbox"/> NÚMERO DE HABITACIONES: _____ NÚMERO DE HABITANTES: _____ SERVICIOS DE URBANIZACIÓN: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CONVIVENCIA CON ANIMALES: _____ CARECE: _____	
ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICAS TELARCA: _____ AÑOS PUBARCA: _____ AÑOS MENARCA: _____ AÑOS RITMO: _____ FRECUENCIA Y DURACIÓN: ___x___ INICIO DE VIDA SEXUAL: _____ AÑOS NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES: _____ ENF. DE TRANSMISIÓN SEXUAL: _____ CITOLOGÍA CERVICAL: (NÚM. FECHA, RESULTADOS) _____ EXPLORACIÓN DE MAMAS: _____ GESTA [] [] PERIODO INTERGENÉSICO: _____ AÑOS MESES _____ FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN: _____ DÍA _____ MES _____ AÑO _____ CESÁREAS: _____ ESPECIFIQUE (FECHA, INDICACIÓN, CONDICIÓN CLÍNICA ACTUAL): _____ PARTOS: _____ ESPECIFIQUE (FECHA, CONDICIÓN CLÍNICA ACTUAL): _____ ABORTOS: _____ ESPECIFIQUE (FECHA, SEMANAS, INDICACIÓN): _____	
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS MATERNOS ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES MATERNOS: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ESPECIFIQUE: _____ CRÓNICO DEGENERATIVOS: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ESPECIFIQUE: _____ QUIRÚRGICOS: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ESPECIFIQUE: _____ HOSPITALIZACIONES: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ESPECIFIQUE: _____ TRAUMÁTICOS: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ESPECIFIQUE: _____ TRANSFUSIONALES: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ESPECIFIQUE: _____ ALÉRGICOS: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ESPECIFIQUE: _____ ALCOHOLISMO: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ESPECIFIQUE: _____ TABAQUISMO: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ESPECIFIQUE: _____ OTRAS TOXICOMANÍAS: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ESPECIFIQUE: _____	GRUPO ABO Y RH MATERNO A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> RH POSITIVO <input type="checkbox"/> NEGATIVO <input type="checkbox"/> NO ISOINMUNIZADA <input type="checkbox"/> ISOINMUNIZADA <input type="checkbox"/> VACUNA ANTI D: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <small>(DOB, FECHA)</small> RECIÉN NACIDO A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> RH POSITIVO <input type="checkbox"/> NEGATIVO <input type="checkbox"/> COOMBS DIRECTO: _____ TÍTULO: _____

ANTECEDENTES PERSONALES PATERNOS			
EDAD: _____ AÑOS.	ORIGINARIO: _____	RESIDENTE: _____	RELIGIÓN: _____
GRUPO Y RH: _____	ESTADO CIVIL: _____	Ocupación: _____	ESCOLARIDAD: _____
ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES PATERNOS:			
CRÓNICO DEGENERATIVOS:			
QUIRÚRGICOS:	HOSPITALIZACIONES:		
TRAUMÁTICOS:	TRANSFUSIONALES:		
ALÉRGICOS:	ALCOHOLISMO:		
TABAQUISMO:	OTRAS TOXICOMANÍAS:		

ANTECEDENTES PRENATALES		
CONTROL PRENATAL SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NÚMERO TOTAL <input style="width: 40px;" type="text"/> LUGAR: _____ TRIMESTRE: <input style="width: 20px;" type="text"/> 1° <input style="width: 20px;" type="text"/> 2° <input style="width: 20px;" type="text"/> 3°	ESTUDIOS: ULTRASONIDOS SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NÚMERO TOTAL <input style="width: 40px;" type="text"/> HALLAZGOS: _____ TRIMESTRE: <input style="width: 20px;" type="text"/> 1° <input style="width: 20px;" type="text"/> 2° <input style="width: 20px;" type="text"/> 3°	MEDICAMENTOS DURANTE EMBARAZO SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (MEDICAMENTO, DOSIS) TRIMESTRE: <input style="width: 20px;" type="text"/> 1° <input style="width: 20px;" type="text"/> 2° <input style="width: 20px;" type="text"/> 3°
INMUNIZACIONES DURANTE EL EMBARAZO: NINGUNA <input type="checkbox"/> HEPATITIS B <input type="checkbox"/> DIFTERIA-TÉTANOS <input type="checkbox"/> INFLUENZA <input type="checkbox"/> OTRAS: _____ PRUEBAS SEROLÓGICAS: NINGUNA <input type="checkbox"/> VDRL <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> OTRAS: _____		
PATOLOGÍA MATERNA DURANTE EL EMBARAZO ACTUAL* (PATOLOGÍA, DIAGNÓSTICO, CONTROLES, TRATAMIENTO, SEGUIMIENTO, RESOLUCIÓN) TRIMESTRE <input style="width: 20px;" type="text"/> 1° <input style="width: 20px;" type="text"/> 2° <input style="width: 20px;" type="text"/> 3° _____ _____ _____		
<small>*AMENAZA DE ABORTO, AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO, INFECCIÓN DEL TRACTO GENITOURINARIO, DIABETES GESTACIONAL, TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO, COLESTASIS, ENF. QUIRÚRGICA, ETC.</small>		

ANTECEDENTES PERINATALES			
TRABAJO DE PARTO ESPONTÁNEO <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> INDUCIDO <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> CONDUCIDO <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> ÚTERO-INHIBIDO <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> FARMACOS Y DOSIS: _____ TIEMPO AL NACIMIENTO: <input style="width: 40px;" type="text"/> HORAS	MEMBRANAS ÍNTEGRAS <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> AMNIOREXIS <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> PREMATURA <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> CORIOAMNIONITIS <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> FECHA Y HORA DE RUPTURA: / / : H TIEMPO AL NACIMIENTO: <input style="width: 40px;" type="text"/> HORAS	ESQUEMA DE MADURACIÓN PULMONAR NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> MEDICAMENTO: _____ DOSIS: _____ HORA Y FECHA DE APLICACIÓN: / / : H TIEMPO AL NACIMIENTO: <input style="width: 40px;" type="text"/> HORAS	LÍQUIDO AMNIÓTICO NORMAL <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> AUMENTADO <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> DISMINUIDO <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> MECONIAL <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> FÉTIDO <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> ESPECIFIQUE: _____ _____
ANALGESIA - ANESTESIA ANESTESIA GENERAL <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> BLOQUEO <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> LOCAL <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> SEDACIÓN <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> FÁRMACO/ DOSIS / TIEMPO: _____ COMPLICACIONES MATERNAS _____ _____	TERMINACIÓN EUTOCICO <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> FORTUITO <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> PÉLVICO <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> CESÁREA* <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> FORCEPS* <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> KRISTELLER* <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> OTRA DISTOCIA* <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> *INDICACIÓN: _____ _____	PLACENTA CORDÓN UMBILICAL NORMAL <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> NORMAL <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> DPPNI <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> CIRCULAR* <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> PREVIA <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> PROLAPSO <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> OTRA* <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> CORTO <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> PINZAMIENTO INMEDIATO <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> PINZAMIENTO TARDÍO <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> *ESPECIFIQUE: _____ _____	SUFRIMIENTO FETAL SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DIAGNÓSTICO CLÍNICO: LABORATORIO: HALLAZGOS: _____ LESIONES ASOCIADAS A LA VÍA DE NACIMIENTO SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ESPECIFIQUE: _____ _____

EVALUACIÓN DE CONDICIÓN CLÍNICA AL NACIMIENTO:

FRECUENCIA CARDIACA LPM

PUNTUACIÓN	APARIENCIA	PULSO				GESTICULACIÓN				ACTIVIDAD				RESPIRACIÓN				TOTAL		
		1'	5'	1'	5'	1'	5'	1'	5'	1'	5'	1'	5'	1'	5'	1'	5'			
0	CIANOSIS					AUSENTE					FLACIDEZ					AUSENTE				
1	ACROCIANOSIS					<100 LPM					GESTICULACIÓN					LIGERA FLEXIÓN				
2	ROSADO					>100 LPM					ESTORNUDOS O TOS					FLEXIÓN GENERALIZADA				

PROPORCIONAR CALOR <input type="checkbox"/>	OXÍGENO <input type="checkbox"/>	INTUBACIÓN	EXTUBACIÓN	REINTUBACIÓN	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3">APGAR ADICIONAL</th> </tr> <tr> <td>10'</td> <td>15'</td> <td>20'</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	APGAR ADICIONAL			10'	15'	20'			
APGAR ADICIONAL														
10'	15'	20'												
REPOSICIONAR VÍA AÉREA <input type="checkbox"/>	CPAP <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>										
ASPIRAR SECRESIONES* <input type="checkbox"/>	PRESIÓN POSITIVA <input type="checkbox"/>	INTENTOS: _____	INTENTOS: _____	INTENTOS: _____										
*PERILLA <input type="checkbox"/> SONDA <input type="checkbox"/>	CICLOS: _____	NUM. TUBO: _____	NUM. TUBO: _____	EQUIPO: _____										
SECAR Y ESTIMULAR <input type="checkbox"/>		FIJACIÓN: _____	FIJACIÓN: _____	FIJACIÓN: _____										

<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>MINUTO</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>10</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>METAS DE SATURACIÓN</td> <td>60-65%</td> <td>65-70%</td> <td>70-75%</td> <td>75-80%</td> <td>80-85%</td> <td>85-90%</td> </tr> <tr> <td>PACIENTE</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	MINUTO	1	2	3	4	5	10	METAS DE SATURACIÓN	60-65%	65-70%	70-75%	75-80%	80-85%	85-90%	PACIENTE							<p>HALLAZGOS LARINGOSCOPIA: _____</p> <p>APLICACIÓN DE SURFACTANTE: _____</p> <p>DOSIS: _____</p> <p>VÍA: _____</p> <p>COMPRESIONES CARDIACAS</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>CICLOS: _____</p> <p>FRECUENCIA: _____</p>
MINUTO	1	2	3	4	5	10																
METAS DE SATURACIÓN	60-65%	65-70%	70-75%	75-80%	80-85%	85-90%																
PACIENTE																						

CATETERIZACIÓN: NINGUNA UMBILICAL: ARTERIAL: FIJACIÓN: _____ VENOSO: FIJACIÓN: _____ PERIFÉRICA:

MEDICAMENTOS: NINGUNO ADRENALINA: DOSIS: _____ VÍA DE ADMINISTRACIÓN: _____ TOTAL DE DOSIS: _____

OTROS: _____

EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN RESPIRATORIA					SILVERMAN-ANDERSEN		EVENTUALIDADES O ACCIDENTES DURANTE LA REANIMACIÓN: _____ _____ _____
PARÁMETROS	CERO	UNO	DOS	TOTAL			
ALETEO NASAL	AUSENTE	DISCRETO	ACENTUADO		FRECUENCIA RESPIRATORIA <input type="text"/> RPM		
TIRAJE INTERCOSTAL	AUSENTE	DISCRETO	ACENTUADO				
MOVIMIENTOS TORACOABDOMINALES	RÍTMICOS Y REGULARES	SOLO ABDOMINALES	DISOCIACIÓN TORACO-ABDOMINAL				
RETRACCIÓN XIFOIDEA	AUSENTE	DISCRETA	ACENTUADA				
GUEJIDO RESPIRATORIO	AUSENTE	LEVE E INCONSTANTE	ACENTUADO Y CONSTANTE				

SOMATOMETRÍA






<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>PESO</td> <td><input type="text"/></td> <td>KG</td> <td>PERÍMETRO BRAQUIAL</td> <td><input type="text"/></td> <td>CM</td> </tr> <tr> <td>TALLA</td> <td><input type="text"/></td> <td>CM</td> <td>PERÍMETRO ABDOMINAL</td> <td><input type="text"/></td> <td>CM</td> </tr> <tr> <td>PERÍMETRO CEFÁLICO</td> <td><input type="text"/></td> <td>CM</td> <td>SEGMENTO INFERIOR</td> <td><input type="text"/></td> <td>CM</td> </tr> <tr> <td>PERÍMETRO TORÁCICO</td> <td><input type="text"/></td> <td>CM</td> <td>PIE</td> <td><input type="text"/></td> <td>CM</td> </tr> </table>	PESO	<input type="text"/>	KG	PERÍMETRO BRAQUIAL	<input type="text"/>	CM	TALLA	<input type="text"/>	CM	PERÍMETRO ABDOMINAL	<input type="text"/>	CM	PERÍMETRO CEFÁLICO	<input type="text"/>	CM	SEGMENTO INFERIOR	<input type="text"/>	CM	PERÍMETRO TORÁCICO	<input type="text"/>	CM	PIE	<input type="text"/>	CM	<p>TÉRMINO <input type="checkbox"/> ADECUADO PARA EDAD GESTACIONAL</p> <p>PRETÉRMINO <input type="checkbox"/> PESO BAJO PARA EDAD GESTACIONAL</p> <p>POSTÉRMINO <input type="checkbox"/> PESO ELEVADO PARA EDAD GESTACIONAL</p> <p>RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO <input type="checkbox"/></p> <p>PONDERACIÓN: _____ MILLER: _____</p>
PESO	<input type="text"/>	KG	PERÍMETRO BRAQUIAL	<input type="text"/>	CM																				
TALLA	<input type="text"/>	CM	PERÍMETRO ABDOMINAL	<input type="text"/>	CM																				
PERÍMETRO CEFÁLICO	<input type="text"/>	CM	SEGMENTO INFERIOR	<input type="text"/>	CM																				
PERÍMETRO TORÁCICO	<input type="text"/>	CM	PIE	<input type="text"/>	CM																				

EXPLORACIÓN FÍSICA INTENCIONADA	EXPLORACIÓN FÍSICA
COANAS PERMEABLES <input type="checkbox"/> CADENA NORMAL <input type="checkbox"/> LABIO ÍNTEGRO <input type="checkbox"/> ANO PERMEABLE <input type="checkbox"/> PALADÁR ÍNTEGRO <input type="checkbox"/> CORDÓN UMBILICAL* <input type="checkbox"/> ESÓFAGO PERMEABLE <input type="checkbox"/> *UNA VENA/DOS ARTERIAS <input type="checkbox"/>	CABEZA <input type="checkbox"/> TÓRAX <input type="checkbox"/> ABDOMEN <input type="checkbox"/> GENITALES <input type="checkbox"/> EXTREMIDADES <input type="checkbox"/>
TEMPERATURA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> °C	PRESENTA: URESIS <input type="checkbox"/> EVACUACIONES <input type="checkbox"/>
	ESPECIFICAR ANORMALIDADES: _____ _____ _____



ESTIMACIÓN DE LA EDAD GESTACIONAL

CAPURRO B BALLARD (ANEXAR ESCALA)

1	Forma de la oreja 	0	8	16	24	<input type="text"/>	
2	Tamaño de las glándulas mamarias 	0	5	10	15	<input type="text"/>	
3	Formación del pezón 	0	5	10	15	<input type="text"/>	
4	Textura de la piel 	0	5	10	15	20	<input type="text"/>
5	Pliegues Plantares 	0	5	10	15	20	<input type="text"/>

PUNTAJE TOTAL	<input type="text"/>	
	204 + SUMA DE PUNTOS/7	
SEMANAS DE GESTACIÓN		
FUM	USG	CAPURRO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BALLARD		
<input type="text"/>		

ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE SOLICITADOS

NINGUNO <input type="checkbox"/> GRUPO Y RH <input type="checkbox"/> COOMBS DIRECTO <input type="checkbox"/> BIOMETRÍA HEMÁTICA <input type="checkbox"/> RAYOS X <input type="checkbox"/>	GLUCOMETRÍA <input type="checkbox"/> TAMIZ NEONATAL <input type="checkbox"/> GASOMETRÍA* <input type="checkbox"/> HEMOCULTIVO <input type="checkbox"/>	_____ MG/DL. FOLIO: _____ SANGRE: _____ CENTRAL <input type="checkbox"/> PERIFÉRICO <input type="checkbox"/> CORD <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th>TIEMPO DE VIDA</th><td style="width:50px;"></td></tr> <tr><td>PH</td><td></td></tr> <tr><td>PAO2</td><td></td></tr> <tr><td>PCO2</td><td></td></tr> <tr><td>HCO3</td><td></td></tr> <tr><td>EB</td><td></td></tr> </table>	TIEMPO DE VIDA		PH		PAO2		PCO2		HCO3		EB	
TIEMPO DE VIDA															
PH															
PAO2															
PCO2															
HCO3															
EB															


DIAGNÓSTICOS

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

PRONÓSTICO: _____

<p style="text-align: center;">DESTINO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ALOJAMIENTO CONJUNTO <input type="checkbox"/> CRECIMIENTO Y DESARROLLO <input type="checkbox"/> TERAPIA INTERMEDIA NEONATAL <input type="checkbox"/> TERAPIA INTENSIVA NEONATAL <input type="checkbox"/> PATOLOGÍA 	<p>HISTORIA CLÍNICA ELABORADA POR:</p> <p>_____ (NOMBRE COMPLETO, CÉDULA PROFESIONAL, FIRMA)</p> <p>HISTORIA CLÍNICA SUPERVISADA POR:</p> <p>_____ (NOMBRE COMPLETO, CÉDULA PROFESIONAL, FIRMA)</p>
---	---

10.5 CERTIFICADO DE NACIMIENTO



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE NACIMIENTO
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Marzo 2020
FOLIO
028635859

ESTE DOCUMENTO NO SUSTITUYE AL ACTA DE NACIMIENTO, SE DEBE INSCRIBIR EL NACIMIENTO EN EL REGISTRO CIVIL EN LOS PRÓXIMOS 60 DÍAS. PON MANDO REGISTRO MUNICIPAL (ART. 4. PARRAFO BIVO.) LA INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO CIVIL Y LA PRIMER ACTA DE NACIMIENTO SON GRATUITAS. LOS DEMÁS SON DE PAGAR. SE DEBE INSCRIBIR EN LA SECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICIPARES.



1. NOMBRE Nombre (s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) _____	
2. LUGAR DE NACIMIENTO 2.1 Municipio o Alcaldía _____ 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjero) _____	
3. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____	4. EDAD Años _____
5. CONDICIÓN INDÍGENA 5.1 ¿Es indígena? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ignora <input type="checkbox"/> 5.2 ¿Habla alguna lengua indígena? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ignora <input type="checkbox"/> *Especifique _____	
6. SITUACIÓN CONYUGAL Soltero <input type="checkbox"/> 12 En unión libre <input type="checkbox"/> 15 Casado <input type="checkbox"/> 11 Separado <input type="checkbox"/> 16 Divorciado <input type="checkbox"/> 13 Viudo <input type="checkbox"/> 14 Se ignora <input type="checkbox"/> 19	
7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO 7.1 Tipo de vivienda _____ 7.2 Nombre de la vivienda _____ 7.3 Núm. Ext. _____ 7.4 Núm. Int. _____ 7.5 Tipo de asentamiento humano _____ 7.6 Nombre del asentamiento humano _____ 7.7 Código Postal _____ 7.8 Localidad _____ 7.9 Municipio o Alcaldía _____ 7.10 Entidad federativa _____ 7.11 Teléfono _____	
8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) _____ 8.1 Nacidos vivos _____ Si ignora <input type="checkbox"/> 99 8.2 Nacidos vivos _____ Si ignora <input type="checkbox"/> 99 8.3 Sobrevivientes _____ Si ignora <input type="checkbox"/> 99	10. LA (EL) HIJO(A) ANTERIOR NACIÓ Vivo <input type="checkbox"/> 1 Muerto <input type="checkbox"/> 2 No ha tenido otros hijos _____ 10.1 Vive aún <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ignora <input type="checkbox"/> 99
11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples) _____ Si ignora <input type="checkbox"/> 99	
12. ATENCIÓN PRENATAL 12.1 ¿Recibió atención? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ignora <input type="checkbox"/> 99 12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta: Primero <input type="checkbox"/> 1 Segundo <input type="checkbox"/> 2 Tercer <input type="checkbox"/> 3 Si ignora <input type="checkbox"/> 99 12.3 Total de consultas recibidas _____ Si ignora <input type="checkbox"/> 99	
13. ¿VIVE LA MADRE O GESTANTE DE LA (DEL) NACIDO(A) VIVO(A)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción _____	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> 1 ISSSTE <input type="checkbox"/> 3 SEDENA <input type="checkbox"/> 5 Seguro Popular <input type="checkbox"/> 7 ISSFAM <input type="checkbox"/> 11 Otra <input type="checkbox"/> 1 IMSS <input type="checkbox"/> 2 PEMEX <input type="checkbox"/> 4 SEMAR <input type="checkbox"/> 6 IMSS Bienestar <input type="checkbox"/> 10 14.1 Número de seguridad social o afiliación _____ Si ignora <input type="checkbox"/> 99	
15. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> 1 Técnico terminal con secundaria <input type="checkbox"/> 11 Profesional <input type="checkbox"/> 15 Primaria <input type="checkbox"/> 3 Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> 7 Posgrado <input type="checkbox"/> 10 Secundaria <input type="checkbox"/> 5 Técnico terminal con preparatoria <input type="checkbox"/> 12 Si ignora <input type="checkbox"/> 99	15.1 La escolaridad seleccionada es <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Si ignora <input type="checkbox"/> 99
16. OCUPACIÓN HABITUAL _____ 16.1 Trabajo actualmente <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 Si ignora <input type="checkbox"/> 99	
17. EDAD DEL PADRE _____ Si ignora <input type="checkbox"/> 99	
18. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____	19. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 2 20. EDAD GESTACIONAL _____ Semanas
21. TALLA _____ Centímetros	22. PESO AL NACER _____ Gramos
23. ADAPTACIÓN DE LA (DEL) NACIDO(A) EN SUS PRIMEROS MINUTOS 23.1 APGAR (A los 5 minutos) _____ 23.2 SILVERMAN (A los 10 minutos) _____	
24. TAMIZ AUDITIVO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2	
25. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 25.1 BCG <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 25.2 Hepatitis B <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 25.3 Vitamina A <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 25.4 Vitamina K <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 25.5 Vitamina K <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2	
26. PRODUCTO DE UN EMBARAZO Únicos <input type="checkbox"/> 1 Gemelos <input type="checkbox"/> 2 Tres o más <input type="checkbox"/> 3 *Especifique: _____	
27. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES, LESIONES O VARIACIÓN DE LA (DEL) NACIDO(A) VIVO(A) a) _____ b) _____	
28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 1 ISSSTE <input type="checkbox"/> 4 SEDENA <input type="checkbox"/> 6 IMSS <input type="checkbox"/> 2 Bienestar <input type="checkbox"/> 8 IMSS <input type="checkbox"/> 3 PEMEX <input type="checkbox"/> 5 SEMAR <input type="checkbox"/> 7 28.1 Nombre de la unidad médica _____ 28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ Via pública <input type="checkbox"/> 11 Hogar <input type="checkbox"/> 12 Otro lugar <input type="checkbox"/> 13 *Especifique: _____	
29. TIEMPO DE TRASLADO DESDE SU HOGAR HASTA EL SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO _____ Horas _____ Minutos	
29. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO Eutócico <input type="checkbox"/> 1 Distócico <input type="checkbox"/> 2 *Especifique: _____ ¿Se usaron fórceps? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> 4 Programada <input type="checkbox"/> 1 De urgencia <input type="checkbox"/> 2	
30. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO Médico <input type="checkbox"/> 1 Enfermero <input type="checkbox"/> 2 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 3 Parto <input type="checkbox"/> 4 Otro <input type="checkbox"/> 5 *Especifique: _____ Especifique tipo de médico: Gineco-obstetra <input type="checkbox"/> 11 Otro especialista <input type="checkbox"/> 12 Residente <input type="checkbox"/> 13 General <input type="checkbox"/> 14 MPS <input type="checkbox"/> 15 MIP <input type="checkbox"/> 16	
31. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO 31.1 Tipo de vivienda _____ 31.2 Nombre de la vivienda _____ 31.3 Núm. Ext. _____ 31.4 Núm. Int. _____ 31.5 Tipo de asentamiento humano _____ 31.6 Nombre del asentamiento humano _____ 31.7 Código Postal _____ 31.8 Localidad _____ 31.9 Municipio o Alcaldía _____ 31.10 Entidad federativa _____	
32. NOMBRE Nombre (s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
33. CERTIFICADO POR Médico pediatra <input type="checkbox"/> 1 Médico Gineco-obstetra <input type="checkbox"/> 7 Otro médico <input type="checkbox"/> 2 Enfermero <input type="checkbox"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 4 Parto <input type="checkbox"/> 5 Autoridad civil <input type="checkbox"/> 6 *Especifique: _____	
34. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES PROFESIONAL DE LA SALUD Número de cédula profesional _____	
35. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA 35.1 Nombre de la unidad médica _____ 35.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____	
36. DOMICILIO Y TELÉFONO 36.1 Tipo de vivienda _____ 36.2 Nombre de la vivienda _____ 36.3 Núm. Ext. _____ 36.4 Núm. Int. _____ 36.5 Tipo de asentamiento humano _____ 36.6 Nombre del asentamiento humano _____ 36.7 Código Postal _____ 36.8 Localidad _____ 36.9 Municipio o Alcaldía _____ 36.10 Entidad federativa _____	
37. FIRMA _____	38. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____

DATOS DE LA (DEL) CERTIFICANTE

HUELLA DEL DEDO PULGAR
DERECHO DE LA MADRE O GESTANTE

FIRMA DE LA MADRE O GESTANTE

SELLO OFICIAL DE LA UNIDAD MÉDICA CERTIFICANTE

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento para la reanimación inmediata y evaluación del recién nacido		Hoja: 24 de 28



10.6 SOLICITUD DE INGRESO HOSPITALARIO.

HOSPITAL GENERAL
DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ



SOLICITUD DE INGRESO HOSPITALARIO

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

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento para la reanimación inmediata y evaluación del recién nacido		Hoja: 25 de 28

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



Hospital General Dr. Manuel Gea González
 CALZ. DE TLALPAN 4800 CDMX 14080 TEL. 4000 3000
**CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA LA HOSPITALIZACIÓN DEL PACIENTE MENOR DE EDAD,
 INCONSCIENTE, CON CAPACIDADES FÍSICAS Y/O MENTALES DIFERENTES**

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

Ciudad de México a

Hora:

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

Datos del Ingreso:

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

No. de Registro:

Servicio:

Cama:

Dx:

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

C.

Fecha de Nacimiento:

Con domicilio particular en la calle:

Número:

Colonia:

Alcaldía o Mpio.:

Estado:

Código Postal:

Teléfono:

En pleno uso de mis facultades mentales y toda vez que se me ha explicado amplia y claramente la naturaleza y el fin de este documento, autorizo al personal médico del Hospital General a su digno cargo, para que proceda al ingreso hospitalario de mi

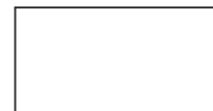
Familiar de nombre

Sexo;

Edad;

y a efectuarle los estudios y las investigaciones que sean necesarias para el diagnóstico de su enfermedad y previa información, realizar los tratamientos médicos, quirúrgicos u otros que convengan para su beneficio.

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




 Nombre completo y Firma del Familiar o Persona responsable

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

 Nombre completo y Firma del testigo

 Nombre completo y Firma del testigo

10.9 NOTA DE INGRESO DE ALOJAMIENTO CONJUNTO



Hospital General Dr. Manuel Gea González
 Subdirección de Pediatría
 División de Neonatología
Nota de Ingreso a Alojamiento Conjunto

Fecha y hora de nacimiento: _____ Fecha y hora actual: _____

Nombre: _____ Sexo: _____ Registro: _____

SIGNOS VITALES:

FC _____ x' FR _____ x' Temp _____ °C Tensión Arterial _____

Apgar 1' _____ 5' _____ Silverman - Andersen _____ Grupo y Rh _____

Somatometría: Peso: _____ gr. Talla: _____ cm.

Vía de Nacimiento: VAGINAL CESÁREA FORCEPS

TAMIZ SI NO CAPURRO

EXPLORACIÓN FÍSICA

CEBEZA	NORMAL	ANORMAL		
CUELLO	NORMAL	ANORMAL		
TÓRAX	NORMAL	ANORMAL		
ABDOMEN	NORMAL	ANORMAL		
CADERA	NORMAL	ANORMAL		
GENITALES	NORMAL	ANORMAL		
NEUROLÓGICO	NORMAL	ANORMAL		
PIEL	NORMAL	ANORMAL		

DIAGNÓSTICO RECIÉN NACIDO

TERMINO PRETERMINO

PESO ADECUADO BAJO ELEVADO

OTROS DIAGNÓSTICOS: _____

TRATAMIENTO: _____

ESTADO DE SALUD

BUENO DELICADO



PRONÓSTICO:

ENVÍO A: CONSULTA EXTERNA CENTRO DE SALUD

OTROS ESPECIFIQUE: _____

OBSERVACIONES: _____

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO RESPONSABLE _____

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento para la reanimación inmediata y evaluación del recién nacido		Hoja: 27 de 28



10.10 NOTA DE EGRESO DE ALOJAMIENTO CONJUNTO

NOTA DE EGRESO HOSPITALARIO	"HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
SERVICIO: SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA, ALOJAMIENTO CONJUNTO	



NOMBRE DEL PACIENTE:		EXPEDIENTE MATERNO:	
FECHA Y HORA DE NACIMIENTO:		MOTIVO DE EGRESO:	FECHA Y HORA DE ELABORACIÓN
EDAD:	SEXO:	MEJORÍA:	<input type="checkbox"/>
SIGNOS VITALES Y SOMATOMETRÍA AL NACIMIENTO			
PESO: gr.	TALLA: cm	Perímetro cefálico cm.	Segmento inferior
Perímetro Torácico cm	Perímetro Abdominal cm.	PIE cm.	cm
Grupo y RH	APGAR:	SILVERMAN ANDERSEN	CAPURRO: _____
MADRE Recién Nacido	1' 5'	5 minutos	SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL
Frecuencia cardíaca por minuto	por	Frecuencia respiratoria por minuto	TEMPERATURA °C
DIAGNÓSTICO (s) DE INGRESO:		FECHA DE INGRESO	
		HORA DE INGRESO	
		FECHA DE EGRESO:	
		HORA DE EGRESO:	
DIAGNÓSTICO (s) DE EGRESO:			
RESUMEN DE LA EVOLUCIÓN Y ESTADO ACTUAL: ANTECEDENTES PERINATALES:			
DÍAS DE ESTANCIA EN LA UNIDAD:			
MANEJO DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA (indicaciones médicas, vía, dosis, periodicidad):			

AM-16
LICENCIA SANITARIA 1014004673



 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento para la reanimación inmediata y evaluación del recién nacido		Hoja: 28 de 28

NOTA DE EGRESO HOSPITALARIO	"HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
SERVICIO: SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA, ALOJAMIENTO CONJUNTO	





FECHA Y HORA DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS DURANTE SU ESTANCIA:	
<ul style="list-style-type: none"> -Aplicación de 1mg de Vitamina K intramuscular dosis única. Cloranfenicol 2 gotas en cada ojo dosis única. -Grupo sanguíneo y Rh -Tamiz Metabólico Neonatal FOLIO: _____ 	
PROBLEMAS CLÍNICOS PENDIENTES:	
<ul style="list-style-type: none"> -Solicitar cita en su Centro de Salud para valoración y seguimiento de Niño sano, a la semana de su alta y posteriormente cada mes hasta el año de edad. -Aplicación de vacunas en su Centro de Salud. -Favor de acudir a toma de Tamiz Metabólico Neonatal Ampliado durante la primer semana de vida, al departamento de Medicina Nuclear que se encuentra a un lado del banco Santander dentro de este hospital, de 8 a 12 horas, lunes a viernes. -Acudir a toma de Tamiz Auditivo en consultorio de Otoneurología en consulta externa de 8 a 12 horas, lunes a viernes. 	
PLAN DE MANEJO Y TRATAMIENTO:	
<ul style="list-style-type: none"> -Lactancia materna a libre demanda. Antes de amamantar al (a) bebé, debe lavarse las manos. -Después de alimentarlo hacerlo eructar, poniéndolo en posición vertical sobre el hombro y dándole golpecitos en la espalda. -Por ningún motivo acueste a su bebé boca abajo (sólo puede hacerlo cuando el (a) bebé está despierto (a) y un adulto lo vigile todo el tiempo que se encuentre en esta posición) esto disminuye el riesgo de muerte de cuna. -Completar tomas, solo en caso necesario con leche o fórmula de inicio etapa 1, preparar por cada onza de agua una medida al ras de leche. Primero agregar el agua y después la leche. Lavarse las manos antes de preparar el biberón y no dejar la cuchara dentro de la lata. -Baños de sol 1 vez al día, 15 minutos de un lado y 15 del otro a través de una ventana protegiendo sus ojos, durante 2 semanas. 	
RECOMENDACIONES PARA VIGILANCIA AMBULATORIA: ACUDIR A URGENCIAS DE PEDIATRÍA EN CASO DE:	
<ul style="list-style-type: none"> -Que presente elevación de temperatura de 38° o más. -Presente succión débil, dificultad para pasar alimento, llanto débil. -Presente coloración AZULADA de labios y uñas. Signos de fatiga y sudoración abundante durante la alimentación. -Si presenta vómitos en "proyectil", evacuaciones líquidas o con moco y sangre, distensión abdominal, rechazo al alimento o ausencia de evacuaciones. -Un recién nacido sano no debe vomitar si se le saca bien el aire, sus evacuaciones son de 5 o 6 en 24 horas, pastosas, amarillas y el abdomen debe estar blando. -Deberá observar el color de piel de su hijo (a) con la luz del sol, en caso de coloración amarilla progresiva deberá acudir inmediatamente a urgencias. -Cualquier otra situación que usted note anormal y que le preocupe de su bebé. 	
PRONÓSTICO:	
NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO RESPONSABLE.	NOMBRE COMPLETO, FIRMA DE LA MADRE

AM-16
LICENCIA SANITARIA 1014004673

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO Y ESTANCIA EN LA TERAPIA NEONATAL		Hoja: 1 de 27

2. PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO Y ESTANCIA EN LA TERAPIA NEONATAL

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO Y ESTANCIA EN LA TERAPIA NEONATAL		Hoja: 2 de 27

1.0 PROPÓSITO



Establecer los lineamientos y actividades para asegurar que todos los recién nacidos que requieran ser hospitalizados en la Terapia Neonatal (Terapia Intensiva, Terapia Intermedia o Crecimiento y Desarrollo), reciban una adecuada atención hospitalaria en base al diagnóstico y tratamiento específicos para la patología que presente, con el objetivo de lograr curación o mejoría de sus condiciones físicas y de desarrollo. Y los casos desafortunados en que el paciente fallece, realizar el procedimiento médico y administrativo necesario para completar la atención hospitalaria.

2.0 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Subdirección de Pediatría que es responsable de instruir a la División de Neonatología asignado a la Unidad de Tococirugía, para la solicitud de ingreso hospitalario y traslado del recién nacido enfermo a las áreas de hospitalización (terapia intensiva neonatal, terapia intermedia neonatal y crecimiento y desarrollo). La División de Neonatología responsable de la atención de todo recién nacido enfermo, que recibe en las áreas de hospitalización y continúa vigilancia y tratamiento de la patología que presenta, hasta el momento de su alta hospitalaria. La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica responsable de la atención adecuada de los recién nacidos enfermos hospitalizados en las áreas de terapia intensiva, terapia intermedia y crecimiento y desarrollo, en base a las normas oficiales mexicanas y guías de manejo. Departamento de Admisión y Archivo Clínico responsable de la apertura de expediente clínico, asignación de registro hospitalario y elaboración de carta de autorización para la hospitalización del paciente menor de edad, inconsciente, con capacidades físicas y/o mentales diferentes. Departamento de Trabajo Social responsable de entrevistar a los padres del recién nacido para elaborar carnet hospitalario y estudio socio-económico. Departamento de Organización y Seguridad responsable verificar los datos del recién nacido que se hospitaliza, de la identificación del personal de enfermería y personal médico que se encargará del cuidado del recién nacido durante cualquier traslado.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a todo recién nacido hospitalizado en la Terapia Neonatal.



3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La Subdirección de Pediatría a través de la División de Neonatología es responsable de la decisión de solicitar el ingreso de un recién nacido enfermo, que por sus condiciones requiere diagnóstico y tratamiento especializado, con base en la NOM-025-SSA3-2013, Para la Organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos y la NOM-004-SSA3-2016, Del expediente Clínico. Además, se encargará del resguardo del Certificado de Nacimiento y elaborará durante todo el tiempo de hospitalización del recién nacido, hoja de valoración de enfermería, incluidos todos los turnos
- 3.2 La Subdirección de Pediatría a través de la División de Neonatología es responsable de elaborar el formato de solicitud de ingreso y entregarlo al Departamento de Admisión y Archivo Clínico, que elabora el expediente clínico, otorga número de registro hospitalario y carta de autorización para la hospitalización del paciente menor de edad, inconsciente, con capacidades físicas y/o mentales diferentes.
- 3.3 La Subdirección de Pediatría a través de la División de Neonatología asignado a la Unidad Tocoquirúrgica, es responsable de solicitar el ingreso al área que requiere el recién nacido enfermo (terapia intensiva, terapia intermedia o crecimiento y desarrollo) vía telefónica, informando el diagnóstico principal y estado

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO Y ESTANCIA EN LA TERAPIA NEONATAL		Hoja: 3 de 27



clínico, así como las necesidades de equipo médico para su atención (ventilador mecánico, monitor de signos vitales, incubadora, etc.).

- 3.4 La Subdirección de Pediatría a través de la División de Neonatología es responsable del cuidado del recién nacido enfermo durante el traslado de la Unidad Tocoquirúrgica hasta el área de hospitalización.
- 3.5 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica es responsable de la vigilancia y cuidado de enfermería del recién nacido enfermo, durante el traslado de la Unidad Tocoquirúrgica hasta el área de hospitalización. Es responsable de la recepción del paciente en el área asignada (terapia intensiva, terapia intermedia o crecimiento y desarrollo), coloca al recién nacido en incubadora radiante, incubadora cerrada o bacinete, según la indicación médica. Verifica los datos del recién nacido en todos los documentos. Revisa las indicaciones médicas e inicia tratamiento. Toma signos vitales y realiza control térmico. En caso necesario, coloca monitor de signos vitales y oxígeno suplementario.
- 3.6 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Departamento de Archivo Clínico es responsable de elaborar y entregar la carpeta del Expediente clínico y asignar número de registro hospitalario. La Subdirección de Pediatría a través de la División de Neonatología, y la Subdirección de Enfermería, son responsables del resguardo del expediente clínico.
- 3.7 La Subdirección de Calidad a través del Departamento de Trabajo Social es responsable de realizar estudio socioeconómico a los padres del recién nacido enfermo, y elaborar carnet de atención.
- 3.8 La Subdirección de Pediatría es responsable, a través de la División de Neonatología de elaborar los documentos necesarios para las atención del recién nacido, con base en la NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico: Historia Clínica Neonatal, Nota de Ingreso Hospitalario, Nota de evolución, Indicaciones médicas, Solicitud de estudios de gabinete (radiografías, ultrasonido, tomografía, resonancia magnética) y de solicitud de estudios de Laboratorio Clínico (exámenes sanguíneos, orina, secreciones, etc.).
- 3.9 La Subdirección de Pediatría a través de la División de Neonatología es responsable de elaborar el Tamiz Nutricional a cada paciente hospitalizado, para definir el riesgo nutricional en base a la patología de base, y clasificación por peso con la Curva de Jurado García.
- 3.10 La Subdirección de Pediatría a través de la División de Neonatología es responsable de elaborar las indicaciones médicas necesarias para el tratamiento de la patología del recién nacido.
- 3.11 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica es responsable de corroborar que los datos del recién nacido sean correctos y verificar que el Procedimiento de Identificación del recién nacido es correcto.
- 3.12 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica es responsable de elaborar la tarjeta de identificación que contiene: servicio, nombre completo, registro hospitalario, fecha de

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO Y ESTANCIA EN LA TERAPIA NEONATAL		Hoja: 4 de 27

nacimiento, reingreso por la misma afección, nombre del médico tratante y riesgos de alergia, caída y nutricional, la cual deberá pegar en la incubadora o cuna del recién nacido, a la vista de todo el personal.

- 3.13 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica es responsable del cuidado de enfermería y la realización estricta de las indicaciones médicas que pueden incluir: ayuno o alimentación, soluciones intravenosas, medicamentos, medidas generales (posición, confort, baño, toma de signos vitales, monitorización de signos vitales, toma de glucosa semicuantitativa, recolección de muestras de secreciones corporales y orina, colocación y cuidado de sonda orogástrica y urinaria, etc.).
- 3.14 La Subdirección de Pediatría a través de la División de Neonatología es responsable de la vigilancia y tratamiento de cada uno de los pacientes que ingresan a terapia intensiva, terapia intermedia y crecimiento y desarrollo, evaluando todos los días el estado clínico del paciente, indicando el tratamiento que requiere hasta el momento del Alta Hospitalaria.
- 3.15 La Subdirección de Pediatría a través de la División de Neonatología es responsable de solicitar la valoración y atención de médicos de otras especialidades médicas, mediante el formato de Solicitud de Interconsulta, cuando el recién nacido enfermo así lo requiera.
- 3.16 La Subdirección de Pediatría a través de la División de Neonatología es responsable de solicitar Consentimiento bajo información para transfusión de componentes sanguíneos, mediante el formato con el mismo nombre, cuando el recién nacido enfermo así lo requiera.
- 3.17 La Subdirección de Pediatría a través de la División de Neonatología es responsable de solicitar Consentimiento bajo información para la realización de procedimientos quirúrgicos e invasivos, mediante el formato Carta de Consentimiento bajo Información (Autorización de Procedimientos Quirúrgicos e Invasivos) de acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, Capítulo IV, Artículos 80,81,82,83, cuando el recién nacido enfermo así lo requiera.
- 3.18 La Subdirección de Pediatría a través de la División de Neonatología es responsable de solicitar Nutrición Parenteral Total, a los pacientes que lo requieran según la valoración médica, mediante el formato de Solicitud de Nutrición Parenteral que se integra al expediente clínico, y envía la solicitud a través de SAFE®, Centro de Mezclas, vía electrónica websafe2.com.mx, cuando el recién nacido enfermo así lo requiera, por sus condiciones clínicas
- 3.19 La Subdirección de Pediatría a través de la División de Neonatología es responsable de decidir si un recién nacido requiere hospitalización, y decidir el área de hospitalización que corresponda según su patología, con base en la NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos: pacientes menores de 30 días de vida extrauterina, que presenten inestabilidad de algún aparato o sistema que comprometa la vida, que requieran apoyo mecánico de ventilación y tengan posibilidades de recuperación, además de alguna de las siguientes condiciones: Nacido a término, gravemente enfermo, prematuro o desnutrición intrauterina, con peso bajo, malformaciones congénitas mayores, urgencias quirúrgicas, tumores, errores innatos del metabolismo.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO Y ESTANCIA EN LA TERAPIA NEONATAL		Hoja: 5 de 27

- 3.20 La Subdirección de Pediatría a través de la División de Neonatología es responsable de la valoración diaria del estado clínico del recién nacido enfermo, de elaborar las indicaciones médicas y de vigilar la respuesta al tratamiento, realizando los cambios necesarios cuando las condiciones clínicas del paciente lo requieran.
- 3.21 La Subdirección de Pediatría a través de la División de Neonatología es responsable de realizar los procedimientos médicos necesarios para la atención del recién nacido enfermo (intubación orotraqueal, colocación de catéter venoso central percutáneo o umbilical, catéter arterial umbilical, toma de muestras sanguíneas por punción, reanimación cardiopulmonar, transfusión de componentes sanguíneos, etc.), solicitando en todos los casos consentimiento informado.
- 3.22 La Subdirección de Pediatría a través de la División de Neonatología es responsable de la valoración de aquellos pacientes que requieran Nutrición Parenteral y de la solicitud de la misma vía electrónica al centro de mezclas SAFE.
- 3.23 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica es responsable de realizar las indicaciones médicas y de la asistencia al médico durante los procedimientos necesarios para el cuidado y tratamiento del recién nacido enfermo.
- 3.24 La Subdirección de Pediatría a través de la División de Neonatología es responsable de asignar el área de hospitalización del recién nacido enfermo según sus condiciones clínicas:
- Terapia intensiva neonatal: los pacientes que ingresan a esta área tienen estado clínico grave, requieren asistencia urgente y monitorización continua. Pueden requerir terapia respiratoria invasiva o no invasiva y múltiples procedimientos (intubación orotraqueal, aplicación de surfactante, colocación de catéteres venosos y/o arteriales, nutrición parenteral, múltiples medicamentos, etc.)
 - Terapia Intermedia Neonatal: los pacientes que ingresan a esta área requieren cuidado especializado, pero su patología no es tan severa. Puede requerir soluciones intravenosas, medicamentos intravenosos, colocación de catéter percutáneo, oxígeno suplementario, entre otros.
 - Crecimiento y Desarrollo: los pacientes que ingresan a esta área se encuentran estables, sin patología respiratoria aguda, que requieren vigilancia por peso bajo, peso elevado, patología materna que puede afectar al recién nacido, ictericia neonatal no complicada y prematuridad (> 34 semanas de gestación).
- 3.25 La Subdirección de Pediatría a través de la División de Neonatología es responsable de decidir, el cambio de área de hospitalización de los recién nacidos enfermos cuando su estado clínico mejora: de terapia intensiva a terapia intermedia, y de terapia intermedia a crecimiento y desarrollo.
- 3.26 La Subdirección de Pediatría a través de la División de Neonatología es responsable de decidir el alta hospitalaria de los recién nacidos, en base a su estado de salud y mejoría o resolución de su patología clínica, de las áreas terapia intermedia o crecimiento y desarrollo.
- 3.27 La Subdirección de Pediatría a través de la División de Áreas Críticas Pediátricas es responsable del ingreso de aquellos recién nacidos que por diversas causas nacen en esa área y requieran hospitalización en la División de Neonatología.

4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

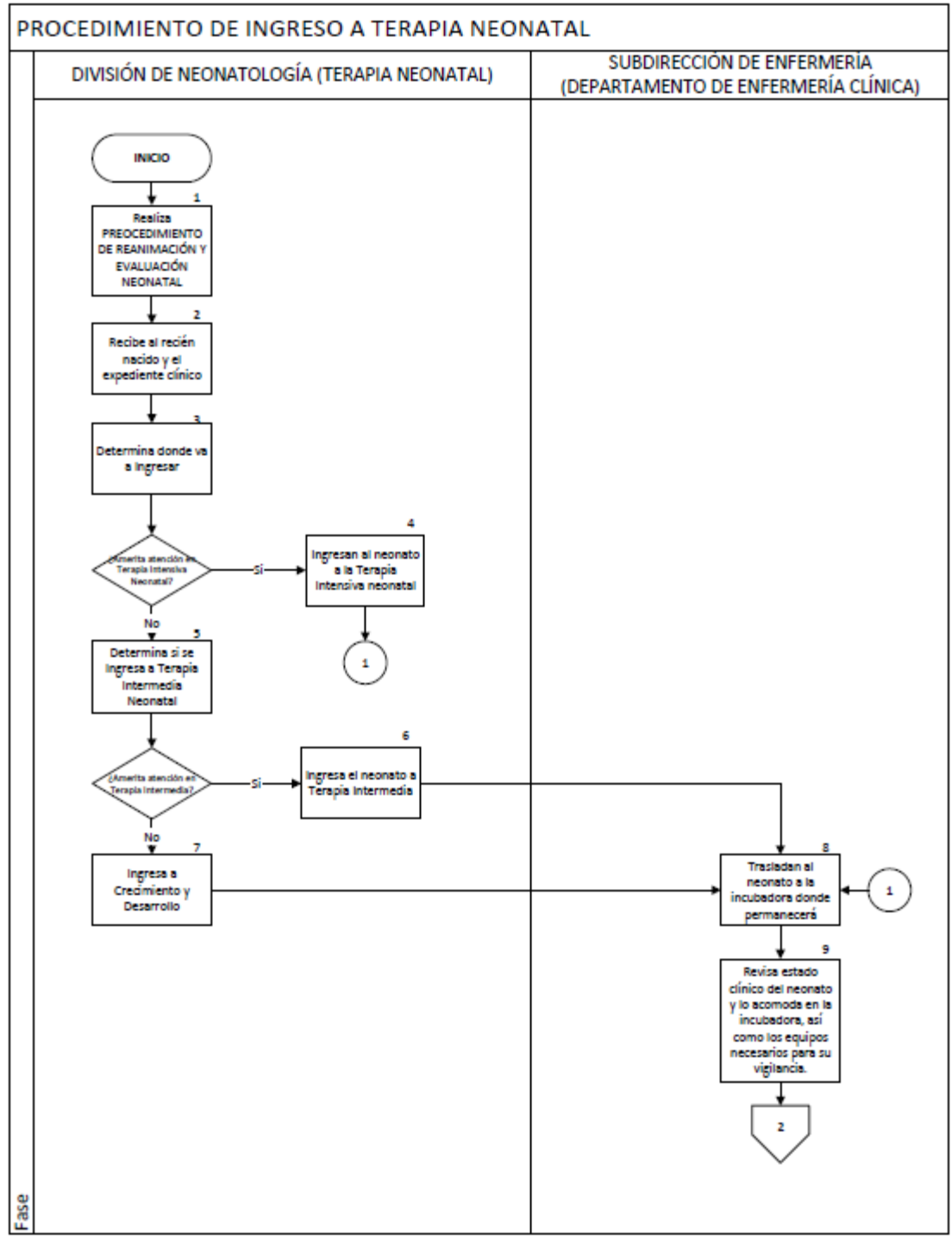
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
DIVISIÓN DE NEONATOLOGÍA (TERAPIA NEONATAL)	1	Realiza PROCEDIMIENTO DE REANIMACIÓN Y EVALUACIÓN NEONATAL	
	2	Recibe al recién nacido y el expediente clínico	
	3	Determina donde va a Ingresar ¿Amerita atención en Terapia Intensiva Neonatal?	
	4	Si: Ingresan al Neonato a la Terapia Intensiva Neonatal, va actividad 8.	
	5	No: Determina si se Ingresa a Terapia Intermedia Neonatal ¿Amerita atención en Terapia Intermedia?	
	6	Si: Ingresa al neonato a Terapia Intermedia, va actividad 8	
	7	No: Ingresa a Crecimiento y Desarrollo	
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA CLÍNICA	8	Trasladan al neonato a la incubadora donde permanecerá	Libreta de Ingresos Hojas de Enfermería Tarjeta de Identificación
	9	Revisa estado clínico del neonato y lo acomoda en la incubadora, así como los equipos necesarios para su vigilancia.	
	10	Realiza PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
	11	Registra al paciente en la Libreta de Ingresos	
	12	Realiza PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN	
DIVISIÓN DE NEONATOLOGÍA	13	Revisa Indicaciones médicas y si es necesario las modifica	Nota de Evolución Solicitud de Laboratorio Solicitud de Gabinete Hoja Frontal
	14	Notifica al personal de enfermería de los cambios	
	15	Solicita firma del familiar del Consentimiento Informado para procedimientos quirúrgicos e	

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
		invasivos cuando es necesario.	Tamiz Nutricional del recién nacido
		¿Requiere Estudios de laboratorio?	
	16	Si: Realiza PROCEDIMIENTO DE TOMA DE MUESTRAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN, va actividad 17.	Solicitud de Interconsulta
	17	No: Realiza Valoración del neonato, en cuanto el neonato se encuentre instalado	Carta de Consentimiento bajo Información (Autorización de Procedimientos Quirúrgicos e Invasivos)
	18	Realiza Hoja Frontal, Nota de recepción en el servicio correspondiente, Indicaciones médicas y Tamiz Nutricional del recién nacido	
	19	Determina si amerita Estudio de Gabinete o Imagen	Consentimiento bajo información para transfusión de componentes sanguíneos
		¿Amerita Estudio de Gabinete o Imagen?	
	20	Si: Realiza solicitud de Estudio de Gabinete, va actividad 21.	Solicitud de Nutrición Parenteral
	21	No: Continua Valoración	
		¿Amerita Interconsulta por otro servicio?	
	22	Si: Realiza PROCEDIMIENTO DE INTERCONSULTA, va actividad 23	
	23	No: Continua Valoración	
		¿Amerita Interconsulta o Estudio complementario en otra Institución?	
	24	Si: Realiza PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA DE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO O INTERCONSULTA EN INSTITUCIONES DE APOYO, va actividad 25	
	25	No: Continua atención	
		¿Amerita Transfusión de algún hemoderivado?	
	26	Si: Realiza Toma de piloto y Solicitud de Transfusión de algún hemoderivado	



Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
		Solicita firma de Consentimiento Informado para la Transfusión de Componentes Sanguíneos. Va actividad 28	
	27	No: Continúa Atención	
	28	Determina si amerita uso de Mezcla de Nutrición Parenteral ¿Amerita Nutrición Parenteral?	
	29	Si: Realiza PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD Y RECEPCIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL, continua actividad 30.	
	30	No: Continúa Atención medica	
	31	Realiza Notas de evolución e indicaciones médicas, cuando es necesario	
	32	Determina Alta de cada servicio y cambia al neonato dependiendo de su evolución	
	33	Valora Pre-alta y Alta del paciente	
	34	Realiza PROCEDIMIENTO DE PREALTA Y ALTA HOSPITALARIA	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

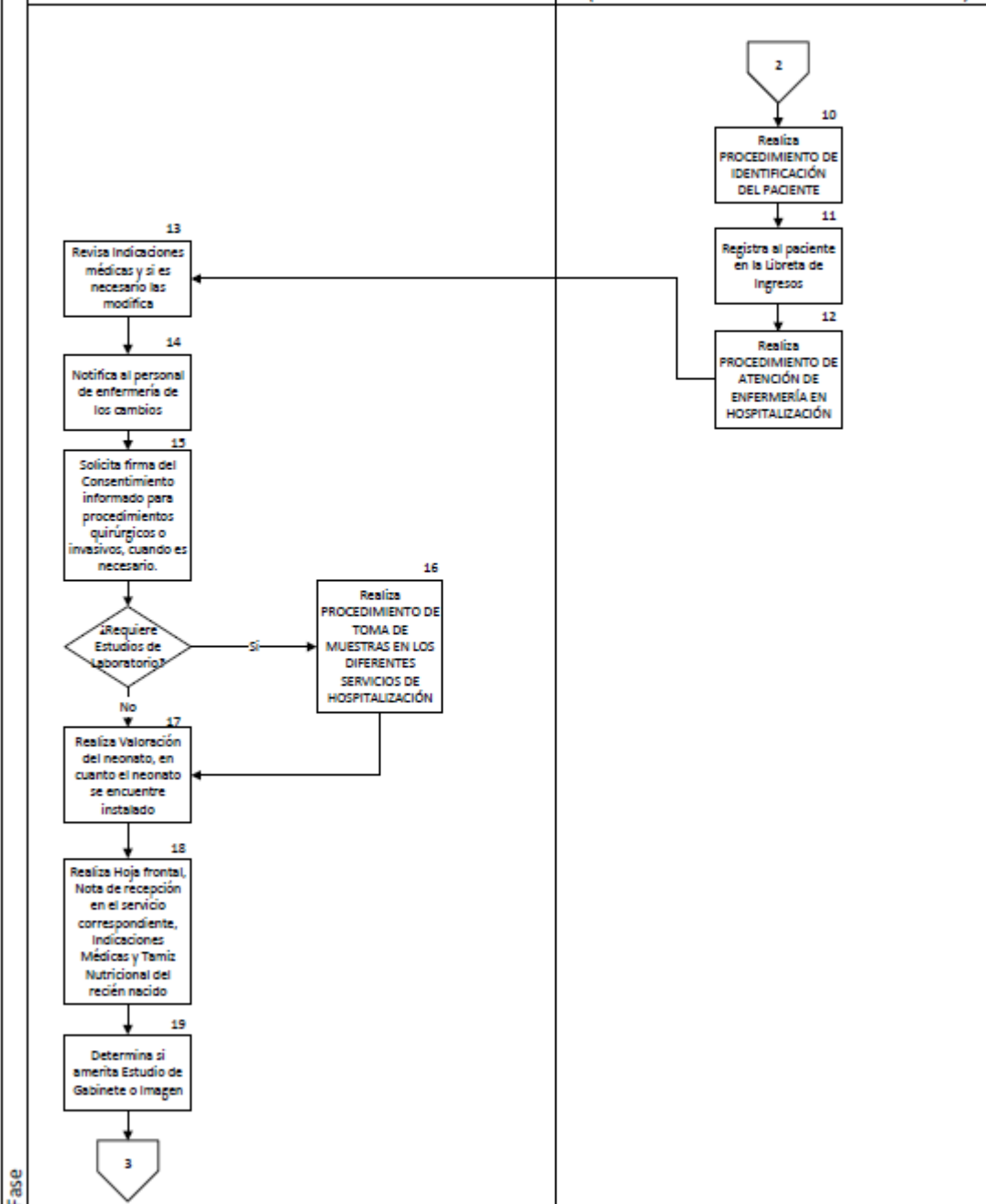
5.0 DIAGRAMA DE FLUJO



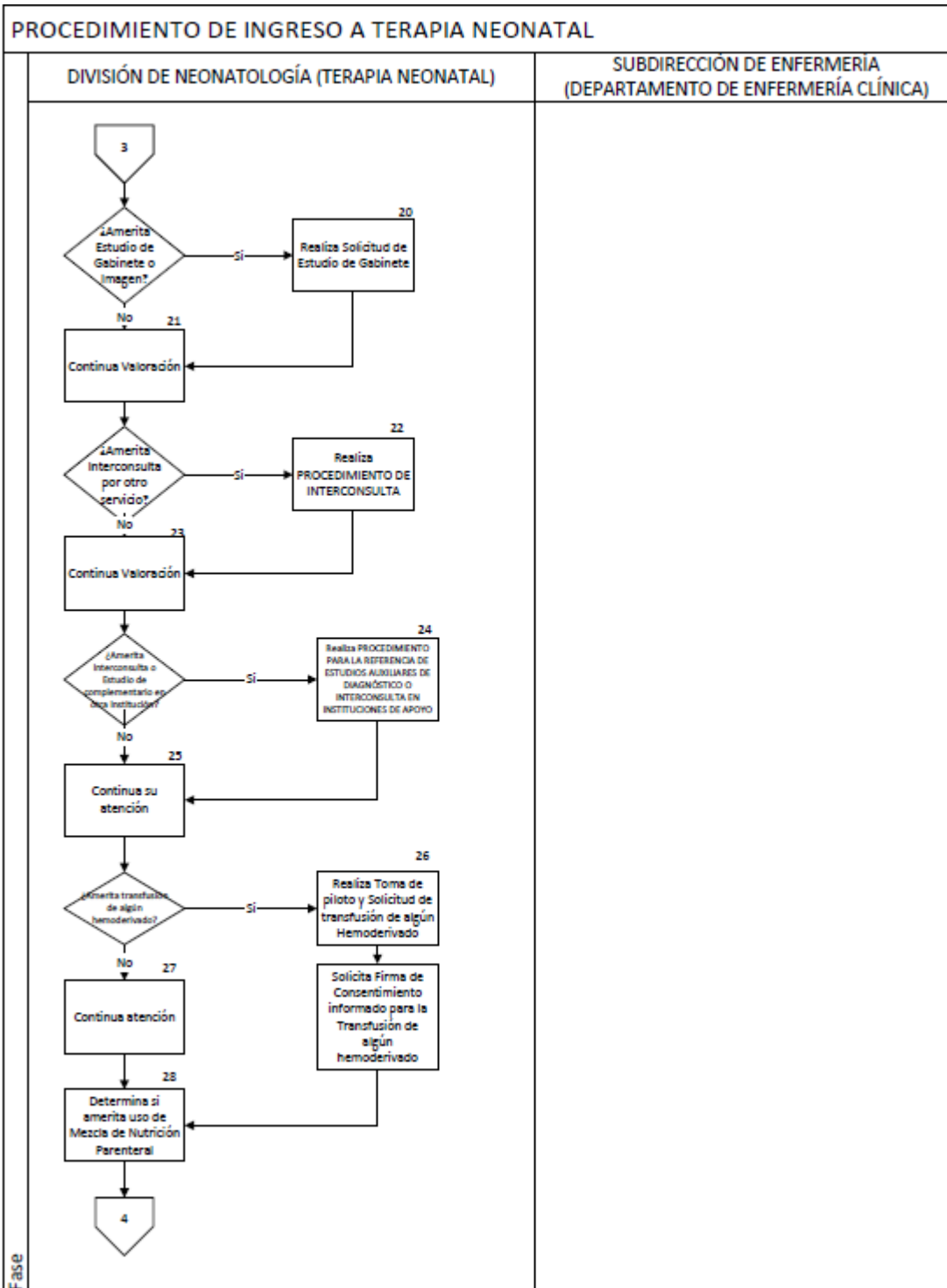
PROCEDIMIENTO DE INGRESO A TERAPIA NEONATAL

DIVISIÓN DE NEONATOLOGÍA (TERAPIA NEONATAL)

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA (DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA CLÍNICA)



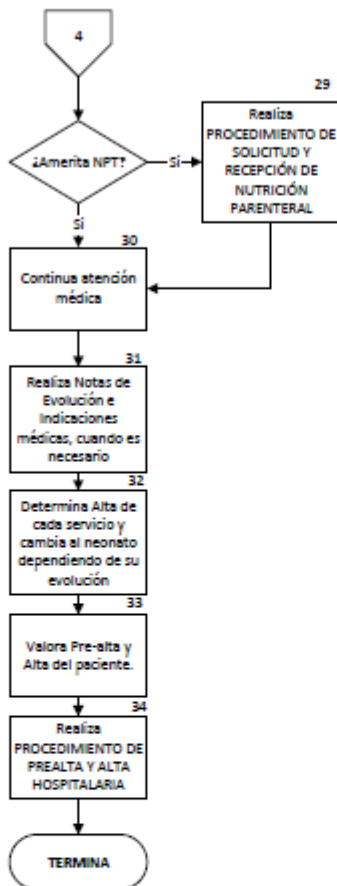
Fase





PROCEDIMIENTO DE INGRESO A TERAPIA NEONATAL

DIVISIÓN DE NEONATOLOGÍA (TERAPIA NEONATAL)

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA
(DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA CLÍNICA)



Fase



 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO Y ESTANCIA EN LA TERAPIA NEONATAL		Hoja: 13 de 27

6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
Manual de Organización Funcional	No aplica
Manual de Políticas para el Funcionamiento de Infraestructuras y Departamentos	No aplica
Rutas Críticas de Diagnóstico de la División de Neonatología	No aplica
Guías de Práctica Clínica CENETEC	No aplica
Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico	NOM-004-SSA3-2012
Norma Oficial Mexicana Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida	NOM-007-SSA2-2016
Norma Oficial Mexicana para la Prevención de los defectos al nacimiento	NOM-034-SSA2-2013
Norma oficial Mexicana para la Vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales	NOM-045-SSA2-2015
Norma Oficial Mexicana para la Organización y Funcionamiento de las Unidades de Cuidados Intensivos	NOM-025-SSA2-2013

7.0 REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Solicitud de ingreso hospitalario	5 años	Departamento de Admisión y Archivo clínico	No de registro
Solicitud de interconsulta	5 años	Departamento de Admisión y Archivo clínico	No de registro
Solicitud de estudios de Radiología e Imagen	5 años	Departamento de Admisión y Archivo clínico	No de registro
Tamiz Nutricional del Recién Nacido	5 años	Departamento de Admisión y Archivo clínico	No de registro
Tarjeta de Identificación	5 años	Departamento de Admisión y Archivo clínico	No de registro

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO Y ESTANCIA EN LA TERAPIA NEONATAL		Hoja: 14 de 27

Hoja frontal del expediente clínico	5 años	Departamento de Admisión y Archivo clínico	No de registro
Consentimiento informado para transfusión de componentes sanguíneos	5 años	Departamento de Admisión y Archivo clínico	No de registro
Consentimiento informado para la realización de procedimiento quirúrgico	5 años	Departamento de Admisión y Archivo clínico	No de registro
Historia Clínica Neonatal	5 años	Departamento de Admisión y Archivo clínico	No de registro

8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 **Certificado de nacimiento:** al formato único nacional establecido por la Secretaría de Salud, de expedición gratuita y obligatoria, con carácter individual e intransferible, que hace constar el nacimiento de un nacido vivo y las circunstancias que acompañaron el hecho.
- 8.2 **Consentimiento informado:** al proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y el paciente y que se consolida en un documento escrito signado por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico, rehabilitatorios, paliativos o de investigación una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados.
- 8.3 **Edad gestacional:** al periodo transcurrido desde el primer día de la última menstruación normal en una mujer con ciclos menstruales regulares, sin uso de anticonceptivos hormonales, con la fecha de última menstruación confiable, hasta el nacimiento o hasta el evento el evento gestacional en estudio. Se expresa en semanas y días completos.
- 8.4 **Lactancia materna:** a la proporcionada a la persona recién nacida, con leche humana, sin adición de otros líquidos o alimentos.
- 8.5 **Nacido vivo:** al producto de la concepción expulsado o extraído de forma completa del cuerpo de su madre independientemente de la duración del embarazo, que después de dicha separación respire y presente signos vitales como frecuencia cardiaca, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta.
- 8.6 **Nacimiento:** a la expulsión completa o extracción del organismo materno del producto de la concepción. Término empleado tanto para nacidos vivos o defunciones fetales.
- 8.7 **Nacimiento con producto pretérmino:** al que ocurre antes de las 37 semanas completas (menos de 259 días) de gestación.
- 8.8 **Nacimiento con producto a término:** al que ocurre entre las 37 semanas y menos de 42 semanas completas (259 a 293 días) de gestación.
- 8.9 **Nacimiento con producto postérmino:** al que ocurre a las 42 semanas completas o más (294 días o más) de gestación.
- 8.10 **Recién nacido (persona recién nacida):** al producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad.
- 8.11 **Recién nacido (persona recién nacida) pretérmino:** a aquel cuya gestación haya sido de 22 a menos de 37 semanas. Cuando no se conoce la edad gestacional, se considerará así a un producto que pese

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO Y ESTANCIA EN LA TERAPIA NEONATAL		Hoja: 15 de 27

menos de 2500 gramos. Cuando no se conoce la edad gestacional se valora con métodos clínicos como el Capurro y Ballard modificado.



- 8.12** Recién nacido inmaduro: a aquél cuya gestación haya sido de 22 semanas a menos de 28 semanas, o que su peso al nacer sea de 501 a 1000 gramos. Cuando no se conoce la edad gestacional se valora con métodos clínicos como el Capurro y Ballard modificado.
- 8.13** **Recién nacido a Término:** a aquél cuya gestación haya sido de 37 semanas a menos de 42 semanas. Se considerará a un producto que pese más de 2500 gramos. Cuando no se conoce la edad gestacional se valora con métodos clínicos como el Capurro y Ballard modificado.
- 8.14** **Recién nacido Postérmino:** al producto de la concepción con 42 o más semanas completas de gestación o más.
- 8.15 **Restricción en el crecimiento intrauterino:** a la incapacidad del feto para alcanzar un potencial genético de crecimiento de acuerdo a las condiciones propias de la gestación y del entorno.
- 8.16 **Tamiz metabólico neonatal:** al examen de laboratorio practicado a la persona recién nacida, para detectar padecimientos de tipo metabólico
- 8.17 **Valoración de Apgar:** a la valoración de la persona recién nacida al minuto y a los cinco minutos, de frecuencia cardiaca, respiración, tono muscular, irritabilidad refleja y la coloración tegumentos.

9.0 CAMBIOS DE ESTA VERSIÓN

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

10.0 ANEXOS

- 10.1 Hojas de enfermería
- 10.2 Tarjeta de identificación
- 10.3 Nota de evolución
- 10.4 Solicitud de laboratorio
- 10.5 Solicitud de gabinete
- 10.6 Hoja frontal
- 10.7 Tamiz nutricional del recién nacido
- 10.8 Solicitud de interconsulta
- 10.9 Carta de Consentimiento bajo Información (Autorización de Procedimientos Quirúrgicos e Invasivos)
- 10.10 Consentimiento bajo información para transfusión de componentes sanguíneos
- 10.11 Solicitud de componentes sanguíneos a medicina transfusional
- 10.12 Solicitud de Nutrición Parenteral

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO Y ESTANCIA EN LA TERAPIA NEONATAL		Hoja: 17 de 27

10.2 TARJETA DE IDENTIFICACIÓN



Hospital General
 Dr. Manuel Gea González
IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Servicio: _____

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Edad:** _____

No. de Registro: _____

Fecha de Ingreso: _____

Médico tratante: _____

<u>RIESGOS</u>	
ALERGIA:	_____
CAIDA	→ Alto Riesgo <input type="checkbox"/>
	→ Mediano Riesgo <input type="checkbox"/>
	→ Bajo Riesgo <input type="checkbox"/>
NUTRICIONAL	
Riesgo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

10.4 SOLICITUD DE LABORATORIO



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

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

NO UTILIZAR PAPEL CARBÓN EN LA ELABORACIÓN DE ESTA SOLICITUD. GRACIAS.	
HEMATOLOGÍA	
<input type="checkbox"/> 1565 BIOMETRÍA HEMÁTICA	<input type="checkbox"/> 1529 DEPURACIÓN DE CREATININA ORINA 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1604 RECUENTO DE RETICULOCITOS	<input type="checkbox"/> 1760 CISTATINA C
<input type="checkbox"/> 1593 ESTUDIO DE PLASMODIUM	<input type="checkbox"/> 1500 ÁCIDO ÚRICO EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1635 VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR	<input type="checkbox"/> 1519 BUN EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1535 EOSINOFILOS EN MOCO NASAL	<input type="checkbox"/> 1534 ELECTROLITOS EN ORINA 24 HORAS (Na, K, Cl)
<input type="checkbox"/> 1763 PROCALCITONINA	<input type="checkbox"/> 1731 CALCIO EN ORINA DE 24 HORAS
	<input type="checkbox"/> 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
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	

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

10.6 HOJA FRONTAL

FRONTAL	HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
	HOJA _____

NOMBRE: _____ REGISTRO _____

EDAD: _____ SEXO _____ CAMA _____ FECHA _____ HORA _____ HOJA _____

FECHA INGRESO	MOTIVO INGRESO	FECHA EGRESO	DIAGNÓSTICO (s)

10.7 TAMIZ NUTRICIONAL DEL RECIÉN NACIDO



Hospital General Dr. Manuel Gea González
Subdirección de Pediatría
División de Neonatología
TAMIZAJE NUTRICIONAL DEL RECIÉN NACIDO



Hospital General Dr. Manuel Gea González
Subdirección de Pediatría
División de Neonatología
TAMIZAJE NUTRICIONAL DEL RECIÉN NACIDO

GUÍA DE USO DE HERRAMIENTA DE TAMIZAJE DE RIESGO DE DESNUTRICIÓN EN RECIÉN NACIDO

1. Registro de datos generales del paciente.
2. A) Clasificación de grado según los diagnósticos del paciente a su ingreso.
3. B) Evaluar percentil para el peso al nacimiento.
4. Clasificar al recién nacido con Curva de Jurado García, como pequeño, adecuado o grande para edad gestacional.
5. Registrar antropometría y percentil para cada medición.
6. Calcular índice ponderal y anotar (utilizar anexo para los valores normales).
7. Resultados: Se suman los puntos de cada respuesta, se registra la suma de puntos, y se registra el diagnóstico nutricional.
8. Registrar en la Gráfica de Jurado-García el peso al nacer con la edad gestacional.
9. Registrar en la Gráfica de CDC el peso, talla y perímetro cefálico al nacimiento y después cada semana hasta el alta del paciente.
10. Registrar en la Tabla de Crecimiento Neonatal, peso, talla, perímetro cefálico y el promedio de incremento ponderal (semanal)



ANEXO

El recién nacido de término puede perder peso durante la primera semana de vida, hasta un 15% (1-2% de pérdida de peso al día)
El recién nacido pretérmino puede perder hasta 15-20% de peso durante la primera semana de vida (2-3% de pérdida de peso al día)
Después de la segunda semana de vida, debe observarse recuperación paulatina del peso corporal, con incremento de 15-40 gramos diarios.
El índice ponderal es una herramienta para el diagnóstico de Retardo en el Crecimiento Intrauterino, los valores normales son: - 2.06 a 2.50 para 30 SEG - 2.22 a 2.80 para 36 SEG - 2.28 a 2.82 para 37 SEG - 2.30 a 2.85 para 38 a 44 SEG
Un índice ponderal < 2, significa que el recién nacido tiene retardo en el crecimiento intrauterino asimétrico (el recién nacido con retardo en el crecimiento intrauterino simétrico, tiene índice ponderal normal)


HERRAMIENTA ADAPTADA DE:

- Curvas de crecimiento en recién nacidos, CDC 2000.
- PROY-NOM-007-SSA2-2010 Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido.
- Guía Práctica Clínica: Atención del recién nacido sano. Registro SSA-226-09.


Nombre: _____ Fecha y hora de elaboración: _____			
Fecha de nacimiento: _____			
Edad gestacional: _____ Sexo: M ____ F ____ Registro: _____			
Diagnóstico(s): _____			
TAMIZAJE			
A) Tiene un diagnóstico que afecte el estado nutricional?			
CLASIFICACIÓN DE GRADO			
GRADO 1			
GRADO 2			
<input type="checkbox"/> No	0	Peso bajo al nacimiento. Retardo en el crecimiento intrauterino. Prematurez tardía (34-36 a SEG) Intolerancia transitoria a la alimentación Hiperbilirrubinemia multifactorial	Sepsis neonatal Síndrome de dificultad respiratoria Neumonía intrauterina Falla orgánica múltiple Cirugía mayor Displasia broncopulmonar Prematurez (< 34 SEG) Malformaciones congénitas de tubo digestivo Hemorragia intracraneana Malformaciones congénitas del sistema respiratorio [Enterocolitis necrotizante]
<input type="checkbox"/> Grado 1	2		
<input type="checkbox"/> Grado 2	3		
B) Evaluar Peso al nacimiento (Percentiles)		ANTROPOMETRÍA	
		Peso: _____ kg. Talla: _____ cm Perímetro cefálico: _____ cm	
		Índice ponderal (Peso al nacer en gramos x 100/Talla ³) _____	
		Peso _____ percentil	
		Talla _____ percentil	
		Perímetro cefálico _____ percentil	
EVALUAR PESO AL NACIMIENTO (CURVA JURADO-GARCÍA)			
Propio para edad gestacional			
Adecuado para edad gestacional			
Grande para edad gestacional			
RESULTADOS			
SUMA DE PUNTAJES			
Interpretación de la suma de puntuación		Plan asistencial	
0-1	Sin riesgo nutricional	VERDE	<ul style="list-style-type: none"> - Revalorar cada 7 días. - Asegurar adecuado aporte nutricional según estado clínico.
2-3	Riesgo nutricional moderado	AMARILLO	<ul style="list-style-type: none"> - Valores normales de índice ponderal (ANEXO). - Interconsulta a Nutrición Clínica (etiqueta roja)
≥ 4	Riesgo nutricional elevado	ROJO	
DIAGNOSTICO NUTRICIONAL:			
Nombre completo, firma y cédula profesional del evaluador: _____			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO Y ESTANCIA EN LA TERAPIA NEONATAL		Hoja: 23 de 27

10.8 SOLICITUD DE INTERCONSULTA



HOSPITAL GENERAL
DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ
 SOLICITUD DE INTERCONSULTA



FECHA DE SOLICITUD: _____ HORA DE SOLICITUD: _____ No. EXP.: _____

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ SEXO: _____ CAMA: _____

SERVICIO SOLICITANTE: _____

INTERCONSULTA AL SERVICIO DE: _____



MOTIVO: _____

PROFESIONAL DE LA SALUD
 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL

LICENCIA SANITARIA 1014004673

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

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

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO Y ESTANCIA EN LA TERAPIA NEONATAL		Hoja: 24 de 27

10.9 CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN (AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS E INVASIVOS)



SECRETARIA DE SALUD
 HOSPITAL GENERAL
 "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
 Calz. De Tlalpan 4800, Col. XVI
 Tlalpan D.F. C.P. 14080 Tel. 40 0030 00

**CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN
 (AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS E INVASIVOS)
 DE ACUERDO CON EL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE
 SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA, CAPÍTULO IV, ARTÍCULOS, 80, 81, 82 Y 83.**

El (la) suscrito (a) paciente de esta institución, con fecha de nacimiento _____ con expediente número _____ en pleno uso de mis facultades mentales, declaro que el DR. _____ me ha explicado ampliamente que en mi situación es conveniente realizar el siguiente acto médico _____

En un lenguaje claro y sencillo que he comprendido, se me han expuesto los riesgos que todo acto médico, diagnóstico o terapéutico, sea quirúrgico o no quirúrgico lleva implícito, así como las complicaciones mayores y menores que pueden surgir, en ocasiones potencialmente serias que pueden provocar la muerte o que requieran procedimientos y/o tratamientos complementarios, médicos o quirúrgicos que incrementen la estancia hospitalaria

También se ha mencionado que dichas complicaciones pueden ser derivadas directamente de la propia técnica, pero otras dependerán del procedimiento, del estado previo del paciente y de los tratamientos que esté recibiendo o de las posibles anomalías anatómicas y/o de la utilización de equipos médicos. Entre las complicaciones que pueden surgir en mi caso, se encuentran:

Y dentro de los beneficios esperados del procedimiento quirúrgico y/o invasivo son:

Así como las posibles alternativas al tratamiento médico y/o quirúrgico

Se me ha explicado que en mi atención podrían intervenir médicos en formación de la especialidad, pero siempre bajo la vigilancia y supervisión de mi Médico responsable

El médico me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado, por ello manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y que comprende el alcance y los riesgos del acto médico y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice el procedimiento _____ así mismo Autorizo al personal médico del Hospital General "DR. Manuel Gea González", para que atienda las contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva

Me ha quedado claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo.

En México, D.F. a los _____ días del mes de _____ del 20_____



Hora: _____

 NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PACIENTE

 NOMBRE COMPLETO, FIRMA
 Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO

 NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO

 NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO Y ESTANCIA EN LA TERAPIA NEONATAL		Hoja: 25 de 27

10.10 CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN PARA TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS



Hospital General Dr. Manuel Gea González
**CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN PARA
TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS NECESARIOS**

Ciudad de México, a _____ de _____ del 20 ____.

Por este conducto autorizo expresamente a este Hospital, así como al personal médico y paramédico que se encuentra atendiendo a el (la) paciente de nombre _____, para que se le practique **TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS NECESARIOS**. Encontrándome consciente y debidamente informado (a) de los riesgos y beneficios que implica el procedimiento solicitado; siendo entre los riesgos señalados los siguientes: hinchazón, infección local, fiebre, escalofrío, reacciones alérgicas, de incompatibilidad, enfermedades infecciosas. Así mismo que el beneficio del procedimiento es contribuir al tratamiento del paciente que requiere la transfusión.

Así mismo manifiesto expresamente que se me ha explicado y he entendido que:

- I) En el procedimiento se utiliza material estéril, nuevo y desechable.
- II) Entendiendo que las unidades transfundidas proceden de donadores sanos con estudios para hepatitis B, hepatitis C, VIH-SIDA, sífilis y brucella, además de las pruebas de compatibilidad.
- III) Entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no garantiza o asegura los resultados de este procedimiento.

Hago constar expresamente que hubo oportunidad de aclarar mis dudas relativas al evento transfusional, así como se me ha informado de los cuidados que se deberán tener durante y posterior a la realización del mismo. En igual forma se autoriza al personal de salud para que se lleve a cabo actos y procedimientos necesarios en caso de contingencia y urgencia derivada del acto autorizado.

Lo anterior lo autorizo en pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de:

PACIENTE () FAMILIAR () TUTOR () REPRESENTANTE LEGAL ()

Y con fundamento en lo dispuesto en los artículos 80, 82 y 83 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

Hora: _____



No. de Registro _____

Nombre y firma quien autoriza


Nombre y firma del Médico que informa

Nombre y Firma Testigo

Nombre y Firma Testigo

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO Y ESTANCIA EN LA TERAPIA NEONATAL		Hoja: 26 de 27

10.11 SOLICITUD DE COMPONENTES SANGUINEOS A MEDICINA TRANSFUSIONAL



HOSPITAL GENERAL
“DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ”
CALZADA DE TLALPAN 4800 COL. SECCION XVI TEL. 40-00-30-00 EXT. 3272

SOLICITUD DE COMPONENTES SANGUINEOS A MEDICINA TRANSFUSIONAL

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha Nac. _____ Grupo y Rh _____

Servicio: _____ Edad: _____ Sexo _____ No. Cama _____ No. Expediente _____

Diagnóstico _____ Tipo de Solicitud: ORD _____ URG _____

Fecha y Hora de Cirugía _____ Motivo de la transfusión _____

COMPONENTE: Conc. Eritrocitario _____ PFC _____ Conc. Plaquetas _____ Crioprecipitado _____

Transfusiones Previas: NO _____ SI _____ Fecha _____ Cantidad _____ Componente _____

Reacción Transfusional: NO _____ SI _____ Fecha _____ Cantidad _____ Componente _____

Medicamentos que se le están administrando al paciente _____

Antecedentes Obstétricos: Gesta _____ Para _____ Abortos _____ Cesárea _____ Inmunización Mat.-Fetal _____

Hemoglobina: _____ Hematocrito _____ Plaquetas _____ TP _____ TPT _____

Observaciones: _____

Nombre completo, Cédula Prof. y firma del médico tratante: _____

06-01-0014



10.12 SOLICITUD DE NUTRICIÓN PARENTERAL

NOMBRE:		DIAGNÓSTICOS
CÉDULA:		
FECHA DE NACIMIENTO:	CENTRAL () PERIFÉRICA ()	
SEXO: CAMA:		
EDAD:		



FECHA	PRESCRIPCIÓN			
PESO (gramos)				
LÍQUIDOS (ml/kg)				
SODIO (mEq/kg/día)				
POTASIO (mEq/kg/día)				
CALCIO (mg/kg/día)				
FÓSFORO (mEq/kg/día)				
MAGNESIO (mg/kg/día)				
PROTEÍNAS (gr/kg/día)				
GLUCOSA (gr/kg/día)				
LÍPIDOS (gr/kg/día)				
OLIGOELEMENTOS (ml/kg/día)				
MULTIVITAMÍNICO PEDIÁTRICO (ml/kg/día)				
GLUCOSA (mg/kg/min)				
PREPARACIÓN				
MULTIVITAMÍNICO (ml)				
OLIGOELEMENTOS (ml)				
HEPARINA (UI)				
ALBÚMINA (gr/k/día)				
ZINC (250mg/k/día)				
GLUTAMINA (0.3 gr/k/día)				
VOLUMEN TOTAL				
VELOCIDAD INFUSIÓN (ml/hr)				
MÉDICO QUE SOLICITA (NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL)				

Lic. Sanitaria 1034004CT3



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

3. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES DE CONSULTA SUBSECUENTE

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

1. PROPÓSITO



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

2. ALCANCE


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

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

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

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

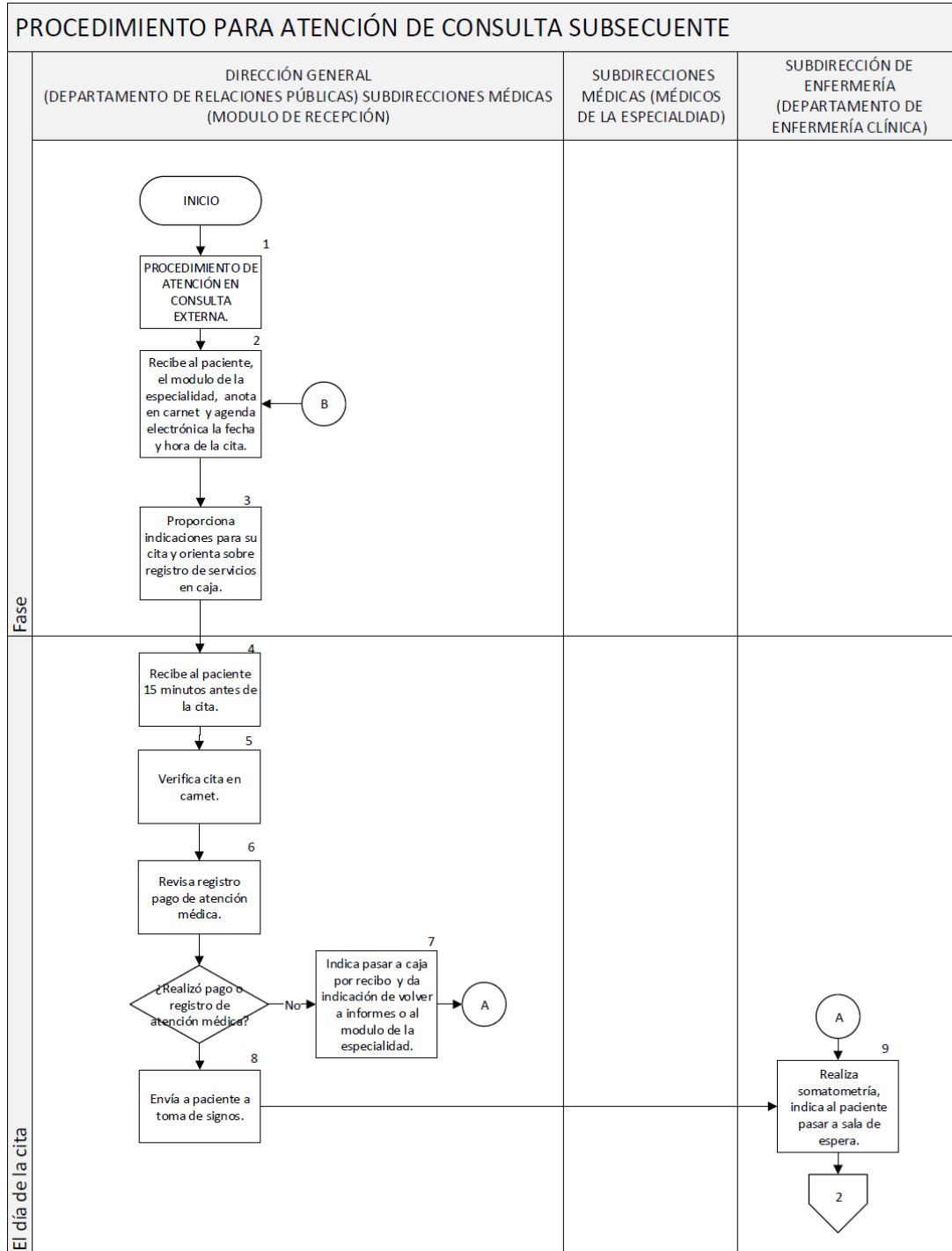
	PROCEDIMIENTO
	Subdirección de Pediatría
	Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente, Hoja: 4 de 48

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

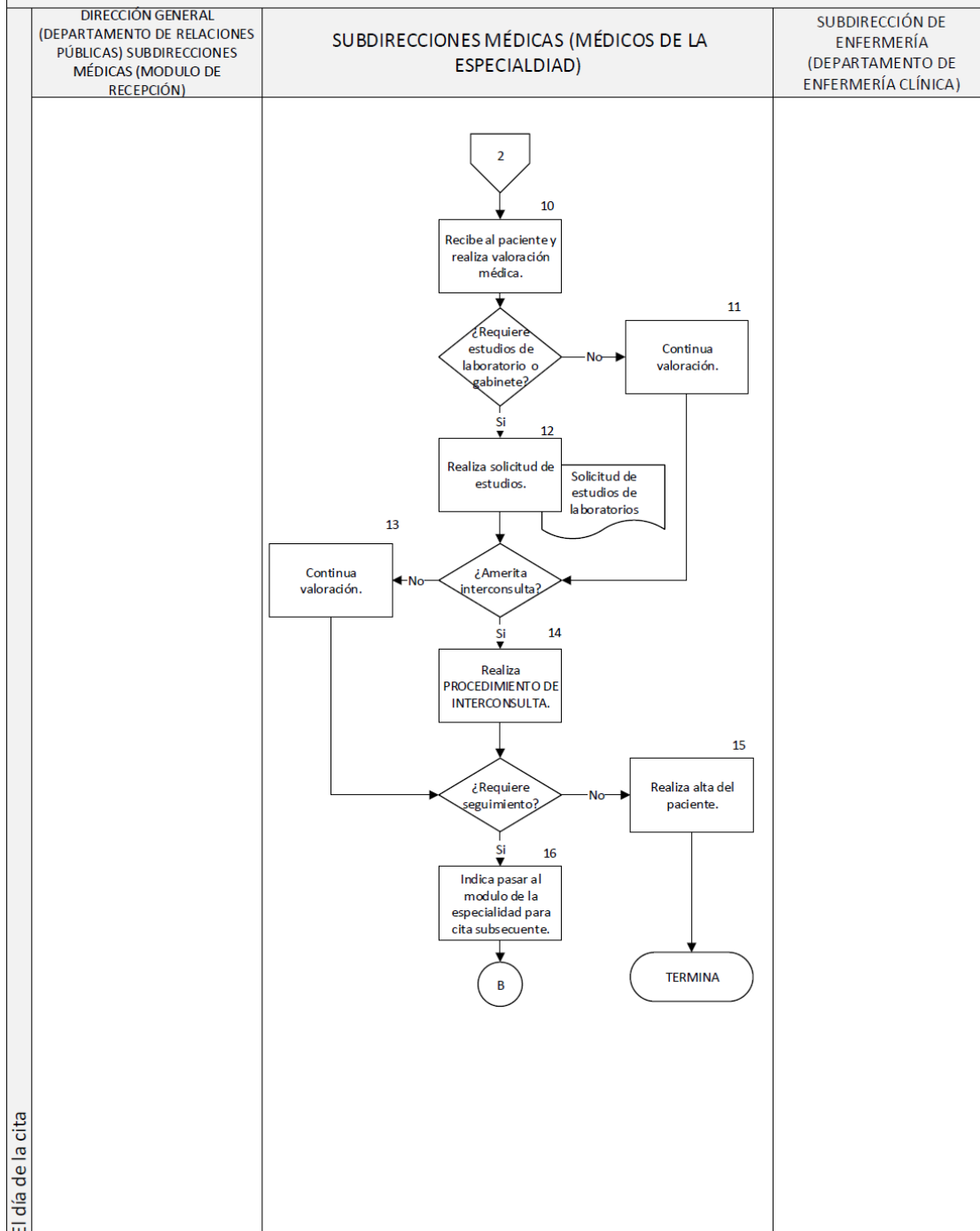
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o anexo
<p>Director General (Jefa de Departamento de Relaciones Públicas)</p> <p>Subdirectores Médicos (Módulo de Recepción)</p>	1	Recibe al paciente, inicia PORCEIDMIENTO DE ATENCIÓN DE CONSULTA EXTERNA.	Carnet
	2	Recibe al paciente la recepcionista 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.	
<p>Subdirectora de Enfermería (Jefa de Departamento de Enfermería Clínica)</p>	9	Recibe al paciente y realiza somatometría, indica al paciente pasar a la sala de espera.	
<p>Subdirectores Médicos (Médicos de la Especialidad)</p>	10	Recibe al paciente y realiza valoración del paciente	<p>Solicitud de Estudios de Laboratorio, Solicitud de Estudios de Radiología</p> <p>Solicitud de</p>
		¿Requiere estudios de laboratorio o gabinete?	
	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		
	3. Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 8 de 48

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

7. REGISTROS

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

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

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



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

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

8.4 Expediente clínico: al conjunto único de información y datos personales de un usuario, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del usuario, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

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

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



10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

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

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		
	3. Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 13 de 48

10.3 HOJA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA



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

FECHA _____	No. DE EXPEDIENTE _____
NOMBRE PACIENTE _____	
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
NOMBRE (S)	
SEXO M () F ()	FECHA DE NACIMIENTO _____
	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		
	3. Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 14 de 48



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

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

TERAPÉUTICA EMPLEADA:	

ESTUDIOS CLÍNICOS (ANEXAR):	

DIAGNÓSTICO DE INGRESO/REFERENCIA:	


DIAGNÓSTICO DE INGRESO/CONTRAREFERENCIA:	

RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE:	

 MÉDICO TRATANTE
 NOMBRE COMPLETO
 FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL



 MÉDICO TRATANTE
 NOMBRE COMPLETO
 FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL

10.4 SOLICITUD DE ESTUDIO ENDOSCOPICO

		Hospital General Dr. Manuel Gea González Departamento de Endoscopia Gastrointestinal SOLICITUD DE ESTUDIO ENDOSCÓPICO	
Fecha de solicitud: ____ - ____ - ____ Hora: ____ : ____ hrs.		Fecha de estudio: ____ - ____ - ____ Hora: ____ : ____ hrs.	
NOMBRE DEL PACIENTE: _____ CE: <input type="checkbox"/> HOSP: <input type="checkbox"/>		URGENTE: SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/> SEXO: M: <input type="checkbox"/> F: <input type="checkbox"/> REGISTRO: _____ AISLADO: SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>	
FECHA DE NACIMIENTO: ____ - ____ - ____ EDAD: _____		SERVICIO: _____ CAMA: _____	
TIPO DE ESTUDIO: <input type="checkbox"/> PANENDOSCOPIA <input type="checkbox"/> COLONOSCOPIA <input type="checkbox"/> RECTO-SIGMOIDOSCOPIA <input type="checkbox"/> COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA <input type="checkbox"/> ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO <input type="checkbox"/> PRUEBA DE ALIENTO (HELICOBACTER PYLORI).		FISIOLÓGIA DIGESTIVA: <input type="checkbox"/> pHMETRIA DE 24 HORAS <input type="checkbox"/> MANOMETRIA ESOFÁGICA <input type="checkbox"/> IMPEDANCIA <input type="checkbox"/> MANOMETRIA ANAL <input type="checkbox"/> OTRO: _____	
Motivo de Solicitud: _____ Diagnóstico Clínico: _____ Antecedentes de Importancia: _____ Cuadro Clínico: _____ _____ Laboratorios: _____ Estudios de Imagen: _____ Terapia Antibiótica: SI: _____ NO: <input type="checkbox"/> Terapia Anticoagulante: SI: _____ NO: <input type="checkbox"/> Alergias: SI: _____ NO: <input type="checkbox"/> Resultados Endoscópicos Previos (Fecha): _____			
REQUIERE VALORACIÓN CARDIOVASCULAR: SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/> TIPO DE 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		
	3. Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 16 de 48

10.5 SOLICITUD DE ESTUDIOS CITOLÓGICOS



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

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

10.6 SOLICITUD DE LABORATORIO


 HOSPITAL GENERAL
 "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"


 LABORATORIO CLÍNICO
 SOLICITUD DE ESTUDIOS



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

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

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

10.7 SOLICITUD DE GABINETE

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

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

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





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

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

06-01-0028

LICENCIA SANITARIA 1014004673

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

10.12 SOLICITUD DE APLICACIÓN DE TOXINA BOTULINICA



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

SOLICITUD DE APLICACIÓN DE TOXINA BOTULINICA

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

 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
 DEL MÉDICO SOLICITANTE

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

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

LICENCIA SANITARIA 1014004673

10.13 REPORTE DE MICROSCOPIA ESPECULAR



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

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		
	3. Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 26 de 48

10.14 SOLICITUD DE MICROSCOPIA ESPECULAR



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

SOLICITUD DE MICROSCOPIA ESPECULAR

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

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
DEL MÉDICO SOLICITANTE

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

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

LICENCIA SAN TARIA 1014004673

10.15 REPORTE DE CURVA HORARIA



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

REPORTE DE CURVA HORARIA

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

NOMBRE COMPLETO: _____ No. EXPEDIENTE: _____

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



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

FRECUENCIA RESPIRATORIA: _____ TEMPERATURA: _____ PESO: _____

TALLA: _____

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

COMENTARIO: _____

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

10.16 SOLICITUD DE CURVA HORARIA



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



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

SOLICITUD DE CURVA HORARIA

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

 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
 DEL MÉDICO SOLICITANTE

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

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

10.17 REPORTE DE ESTUDIO FLUORANGIOGRÁFICO



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

REPORTE DE ESTUDIO FLUORANGIOGRÁFICO

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

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

FOTOGRAFÍA DE FONDO DE OJO:

OJO DERECHO:



OJO IZQUIERDO:

FLUORANGIOGRAFIA:

OJO DERECHO:

OJO IZQUIERDO:

CÓMENTARIO:

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	3. Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 30 de 48

10.18 SOLICITUD DE FLUORANGIOGRAFÍA



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

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
 QUE REALIZA LA INTERPRETACIÓN

SOLICITUD DE FLUORANGIOGRAFÍA



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

 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
 DEL MÉDICO SOLICITANTE

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

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

LICENCIA SANITARIA 1014004673

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

10.20 SOLICITUD DE APLICACIÓN DE ANTIANGIOGÉNICO



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

SOLICITUD DE APLICACIÓN DE ANTIANGIOGÉNICO

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

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
DEL MÉDICO SOLICITANTE

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

10.21 SOLICITUD DE CAMPOS VISUALES



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

SOLICITUD DE CAMPOS VISUALES

FECHA DE ELABORACIÓN ____/____/____ HORA: _____

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

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

 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CEDULA PROFESIONAL
 DEL MÉDICO SOLICITANTE

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

10.22 REPORTE DE CAMPOS VISUALES



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

REPORTE DE CAMPOS VISUALES

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

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

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

 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
 QUE REALIZA LA INTERPRETACIÓN

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

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

LICENCIA SANITARIA 1014004673

10.23 SOLICITUD DE LASER



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

SOLICITUD DE LÁSER

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

NOMBRE COMPLETO: _____ No. EXPEDIENTE: _____

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

SERVICIO SOLICITANTE: _____

MOTIVO:

 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
 DEL MÉDICO SOLICITANTE

REPORTE DE LASER

REPORTE DE LÁSER

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

NOMBRE COMPLETO: _____ No. EXPEDIENTE: _____

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

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

FRECUENCIA RESPIRATORIA: _____ TEMPERATURA: _____ PESO: _____

TALLA: _____ NUMERO DE SESION: _____

PARAMETROS DE LASER

	Ojo izquierdo	Ojo izquierdo
Disparos		
Podex		
Tiempo		
Spot		

OBSERVACIONES: _____

Tratamiento: _____

Pronóstico: _____

Próxima cita: _____

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

ESTÉ 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

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	3. Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 38 de 48

10.26 SOLICITUD DE OCT DE GLAUCOMA



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

SOLICITUD DE OCT DE GLAUCOMA

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

 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
 DEL MÉDICO SOLICITANTE

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

10.27 REPORTE DE ULTRASONIDO



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

REPORTE DE ULTRASONIDO

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

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

QUERATOMETRO



TOPOGRAFÍA

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

ULTRASONIDO

Ojo derecho: _____

 Ojo izquierdo: _____

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

10.28 SOLICITUD DE ULTRASONIDO



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



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

SOLICITUD DE ULTRASONIDO

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

 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
 DEL MÉDICO SOLICITANTE

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

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

10.29 REPORTE DE TOPOGRAFÍA CORNEAL



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

REPORTE DE TOPOGRAFÍA CORNEAL

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



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

OJO DERECHO
OJO IZQUIERDO
COMENTARIO

 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
 QUE REALIZA LA INTERPRETACIÓN

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

LICENCIA SANITARIA 1014004673

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

10.30 SOLICITUD DE TOPOGRAFÍA CORNEAL



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

SOLICITUD DE TOPOGRAFÍA CORNEAL

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

 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
 DEL MÉDICO SOLICITANTE


ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

10.31 HOJA DE EVALUACIÓN CARDIOVASCULAR

<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">CARDIOPATÍA ISQUÉMICA</td> <td style="width: 10%;">SI ()</td> <td style="width: 10%;">NO ()</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>INSUFICIENCIA CARDÍACA</td> <td>SI ()</td> <td>NO ()</td> <td></td> </tr> <tr> <td>HIPERTENSION 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 ()		HIPERTENSION 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 ()																											
HIPERTENSION 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

	Hospital General Dr. Manuel Gea González Departamento de Medicina Interna - Cardiología		
HOJA DE EVALUACIÓN CARDIOVASCULAR PREOPERATORIO DE RIESGO QUIRURGICO			
NOMBRE: _____	SEXO: _____	No. EXPEDIENTE: _____	No. GRAMA: _____
FECHA DE REALIZACIÓN: _____			
SERVICIO SOLICITANTE: _____			
DIAGNÓSTICO: _____			
CIRUGÍA PLANEADA: _____			
CIRUGÍA PROGRAMADA ()		CIRUGÍA URGENTE ()	
ENFERMEDAD CONCOMITANTE: SI () NO ()			
D.M. ()	INSF. RENAL. ()	ENF. PSIQUIÁTRICA ()	
HTAS. ()	INSF. HEPÁTICA ()	ALT. NEUROLÓGICA ()	
EPDC ()	INSF. VENOSA ()	OBESIDAD ()	
INST. RESP. ()	INFEC. ABDOMINAL ()	DESNUTRICIÓN ()	
I.C.C. ()	INFEC. NO ABDOMINAL ()	EDOS. INMUNOSUPRESIÓN ()	
ALT. HEMATOLÓGICAS ()	ARRITMIAS ()		
OTRAS: _____			
VALORACIÓN DE RIESGO TROMBOEMBOLICO			
RIESGO:	ALTO ()	MODERADO	BAJO ()
SEXO FEMENINO	1 ()	ARTERITIS	5 ()
SOBREPESO 20%	1 ()	FLEBITIS	5 ()
EDAD 50 AÑOS A MÁS	1 ()	INSUF. VENOSA	5 ()
ENF. CARDÍACA	1 ()	NEOPLASIA	5 ()
ENF. PULMONAR	1 ()	CIRG. MAYOR 3 HRS.	5 ()
D.M.	1 ()	CIRG. CAJERA	5 ()
USO HORMONALES	1 ()	CIRG. FEMUR	5 ()
REPOSO PROLONGADO	1 ()	CIRG. PRÓSTATA	5 ()
CIRG. MENOR 2 HRS.	1 ()	(SUPRAPUBLICA)	5 ()
CARDIOMEGALIA Y/O		CALIFICACIÓN TOTAL	()
FIBRILACIÓN AURICULAR	5 ()		
VALORACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR (GOLDMAN/DETSKY)			
EDAD MAYOR A 70 A	5 ()	PAO2 < 60 mm. Hg. o PACO2 > 50 mmHg	3 ()
IM > 6 MESES	5 ()	K + < 3.0 mEq / L o HCO3 > 30 mEq / l	3 ()
IM < 6 MESES	10 ()		
ÁGNOR CLASE III SC vc	10 ()	BUN > 50 mg / dl o CREATININA > 3.0 mg / d	3 ()
ÁGNOR CLASE IV SC vc	20 ()	TOG ANORMAL O EVIDENCIA DE	
YUGULAR		HEPATOPATIA CRÓNICA	3 ()
ÁGNOR INESTABLE	11 ()	CIRUGIA URGENTE	4 ()
6 MESES	10 ()	INTRAPERITONEAL / NEUROCIURGIA	3 ()
TEP < 1 SEMANA	10 ()		
TEP (ANTECEDENTES)	5 ()	CALIFICACIÓN TOTAL	()
ESTENOSIS AÓRTICA	3 ()		
EKG EN RITMO NO SINUSAL	7 ()		
EKG CON 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		
	3. Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 44 de 48

10.32 REGISTRO DE ADOLESCENTES DE CONSULTA Y HOSPITALIZACIÓN



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

Fecha _____ No. de Expediente _____

Nombre _____

Teléfono _____ Delegación _____

Diagnóstico Médico:

Antecedente de Diagnóstico Psiquiátrico;

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

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

Edad _____ Originaria _____

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

Edad menarca _____ años

Inicio vida sexual _____ años Número de parejas sexuales _____

Edad primera unión _____ años Edad pareja _____

Ocupación de pareja actual _____ años Vive con _____

Ingreso económico proveniente _____

Grado escolar:

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

Estudios no formales: _____

Trabajo actual: _____

Trabajo anterior: _____

Plan de estudio a o trabajo a mediano plazo:

Evaluación

Ansiedad _____

Depresión _____

Violencia intrafamiliar _____

10.33 ESCALA DE VIOLENCIA E ÍNDICE DE SEVERIDAD



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

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

Escala de violencia e índice de severidad

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

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



¿Por quién?

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

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

Puntaje total: ISVP _____ SVP _____ SVF _____ SVS _____

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

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



10.34 PROGRAMA EMBARAZO ADOLESCENTE



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

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

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

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

10.35 INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK



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

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

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

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

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

10.16 REPORTE DE CITOLOGÍA CERVICAL

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

Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino

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. Días Domicilio: Estado: País:

III. ANTECEDENTES

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

13. Menstruación: 1. Regular o periódica 2. Irregular 3. Ausente 4. DSC 5. Oligomenorrea 6. Menstruación escasa 7. Menstruación abundante pero breve 8. Tratamiento hormonal 9. Ninguno

14. Fecha de la última regla: 15. Inicio de vida sexual: 1. Sí 2. No Sexo:

16. Usó condón con el que tuvo la muestra: 17. Responsabilidad de la toma citológica:

18. Fecha de toma de la muestra: 19. Partos de riesgo: 1. Inicio de relaciones sexuales antes de los 15 años 2. Mujeres parejas sexuales 3. Adherencia de métodos de contracepción sexual 4. Toxicomanías 5. Ninguno

20. ¿Centro con la Carta Nacional de Salud de la Mujer? 1. Sí 2. No 21. ¿Muestra citológica 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 (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 DDC)

27. Resultado: 1. Sí 2. No

28. Método: 1. Anticoma, hemograma, información por teléfono en caso del TPA, del estándar 2. Muestra real Spike 3. Lavado vivo 4. Prób. grado 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 DDC)

31. R.P.C. del Patólogo:

Nombre completo, sépt. prof. y firma:

32. Fecha de Interpretación: 1. Sí 2. No 33. Resultado de Interpretación: 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)

34. Diagnóstico Citológico:



11. Células escamosas atípicas de significado incierto ASC
 12. Lesión intraepitelial de bajo grado L1B0 VMP
 13. Lesión intraepitelial de bajo grado L1B1 (Displasia Leve) (NIC1)
 14. Lesión intraepitelial de bajo grado L1B2 (Displasia Leve + NIC2 VPH)
 15. Lesión intraepitelial de alto grado L2B0 (Displasia Moderada) (NIC2)
 16. Lesión intraepitelial de alto grado L2B1 (Displasia Grave) (NIC2)
 17. Lesión intraepitelial de alto grado L2B2 (Cáncer in situ) (NIC2)
 18. Carcinoma de células escamosas Cáncer Invasor

35. Diagnóstico Citológico:



19. Células escamosas atípicas de significado incierto ASC
 20. Células glandulares atípicas de significado incierto AGC
 21. Adenocarcinoma in situ
 22. Adenocarcinoma Endocervical
 23. Adenocarcinoma Endocervical

36. Diagnóstico Citológico:

19. Células escamosas atípicas de significado incierto ASC
 20. Células glandulares atípicas de significado incierto AGC
 21. Adenocarcinoma in situ
 22. Adenocarcinoma Endocervical
 23. Adenocarcinoma Endocervical

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD Y RECEPCIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL		Hoja: 1 de 11

4. PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD Y RECEPCIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD Y RECEPCIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL		Hoja: 2 de 11

1.0 PROPÓSITO



Establecer los lineamientos y actividades para asegurar la solicitud, recepción e instalación de Nutrición Parenteral para aquellos recién nacidos que requieran este tratamiento y se encuentren hospitalizados en las áreas de Terapia Intensiva Neonatal o Terapia Intermedia Neonatal, con el objetivo de mejorar el estado nutricional de los pacientes.

ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Subdirección de Pediatría responsable de instruir a la División de Neonatología, para la solicitud, recepción e instalación de Nutrición Parenteral para los recién nacidos hospitalizados que así lo requieran con base en la valoración médica especializada de un médico neonatólogo, la Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica que instruye a la Jefatura de Neonatología para la recepción de la Nutrición Parenteral, revisión de la indicación médica y aplicación al paciente de la nutrición parenteral.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a todo recién nacido hospitalizado en la Terapia Neonatal.

3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La Subdirección de Pediatría a través de la División de Neonatología es responsable de la decisión de solicitar vía electrónica la Nutrición Parenteral, para aquellos recién nacidos que por sus condiciones requieren este tratamiento, con base en el estado clínico, diagnósticos y necesidades de un recién nacido enfermo, tratamiento especializado, con base en la NOM-025-SSA3-2013, Para la Organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos y la NOM-004-SSA3-2016, Del expediente Clínico y la Guía de Práctica Clínica de CENETEC Nutrición Parenteral en Pediatría, SSA-121-08.
- 3.2 La Subdirección de Pediatría a través de la División de Neonatología es responsable de la solicitud vía electrónica, en la plataforma electrónica vigente, con los datos correctos de cada paciente y manejo del Formato de Solicitud de Nutrición Parenteral, el cual se anexa al expediente clínico. El Centro de Mezclas vigente asignara la clave de Usuario y Contraseña a los médicos neonatólogos establecidos para la solicitud de nutrición parenteral.
- 3.3 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica, es responsable de la recepción de la nutrición parenteral, identificación de los datos del paciente, fecha de preparación y caducidad y almacenamiento en refrigeración hasta el momento de la aplicación al paciente.
- 3.4 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica, es responsable de la aplicación de la nutrición parenteral a través de una vía venosa central, en base a guías de práctica clínica y guías de manejo.
- 3.5 La Subdirección de Pediatría a través de la División de Neonatología, es responsable de la indicación clínica y la suspensión de la nutrición parenteral de acuerdo con las necesidades del paciente.
- 3.6 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica es responsable de notificar al médico tratante de cualquier reacción adversa o eventualidad que se presente en la aplicación de la Nutrición Parenteral. Así como dar seguimiento y resolución de estos casos

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD Y RECEPCIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL		Hoja: 3 de 11

- 3.7 La División de Neonatología es responsable de informar vía telefónica (si así lo considera necesario) al centro de mezclas de Nutrición Parenteral. Así como dar seguimiento y resolución de estos casos.

4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
DIVISIÓN DE NEONATOLOGÍA	1	Realiza PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO Y ESTANCIA DE LA TERAPIA NEONATAL	Formato de Nutrición Parenteral
	2	Determina la necesidad de comenzar Nutrición parenteral en el paciente	
	3	Indica Nutrición Parenteral según los requerimientos y necesidades del paciente	
	4	Solicita la Mezcla de Nutrición Parenteral, en la plataforma electrónica, con los datos del formato de Solicitud de Nutrición Parenteral	
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA CLÍNICA	5	Revisa indicaciones médicas y espera la mezcla de Nutrición Parenteral solicitada	Hojas de Enfermería
	6	Recibe la mezcla de Nutrición Parenteral por el personal del Centro de Mezclas	
	7	Verifica los datos del paciente, fecha de preparación y caducidad	
	8	Firma de recibido y conformidad	
	9	Almacena las mezclas de Nutrición Parenteral en el refrigerador	
	10	Verifica en las Indicaciones Médicas, la instrucción de aplicación	
	11	Comprueba permeabilidad de la vía	
	12	Instala la Mezcla de Nutrición Parenteral	
	13	Vigila al paciente y reporta al médico tratante de cualquier eventualidad, derivada de la	



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

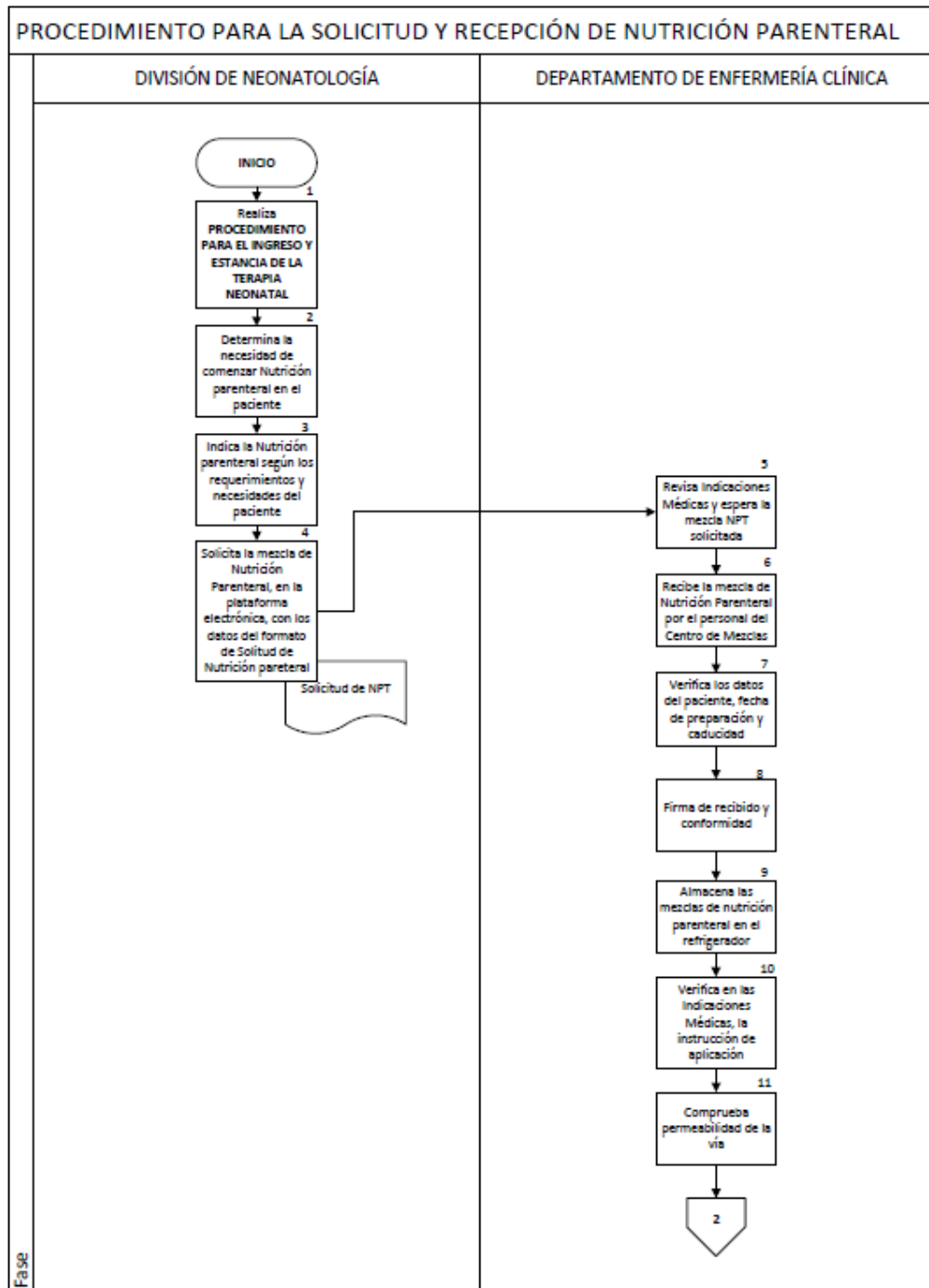
PROCEDIMIENTOS

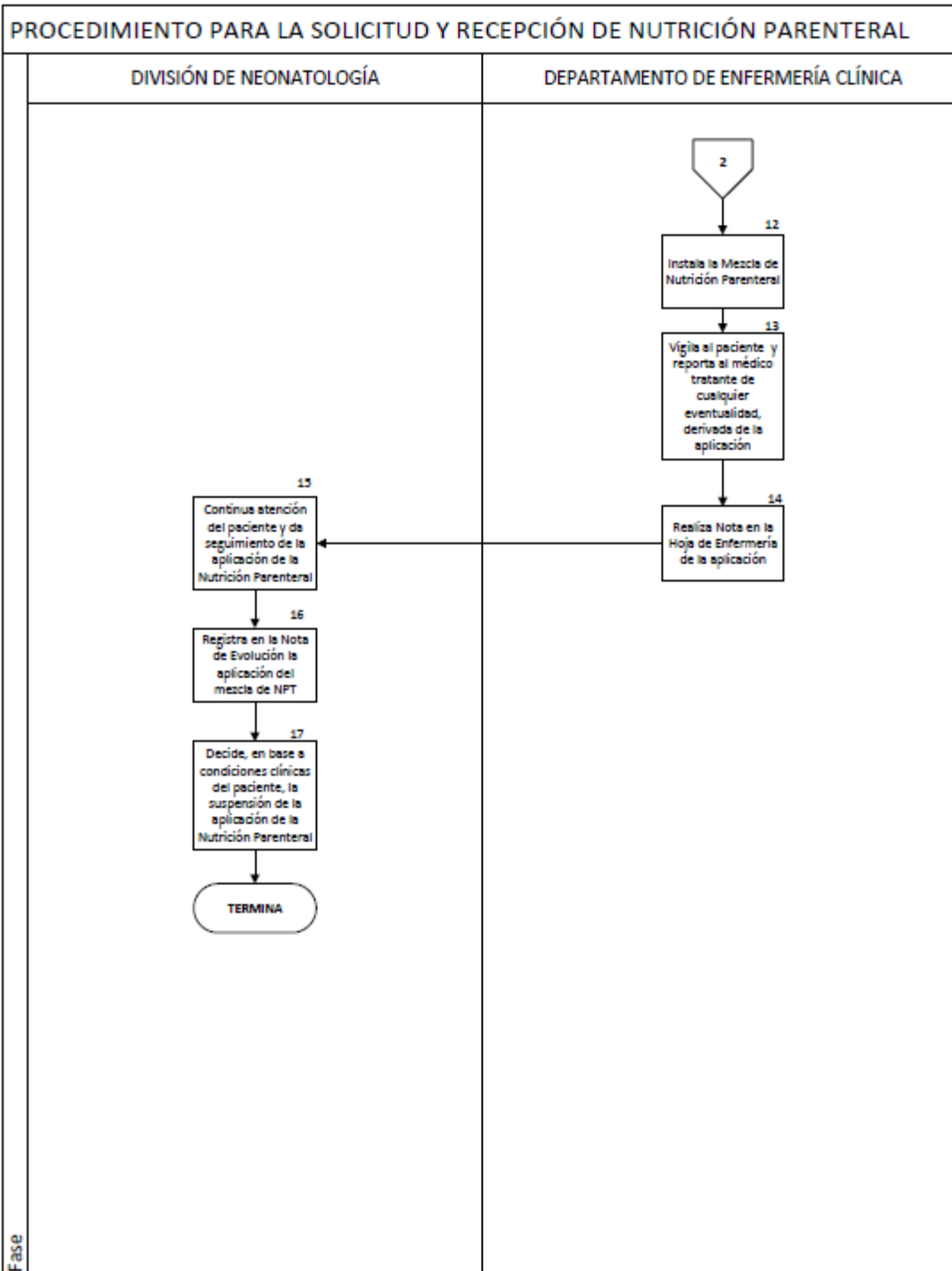
Subdirección de Pediatría



PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD Y RECEPCIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL Hoja: 5 de 11

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
		aplicación	
	14	Realiza Nota en la Hoja de Enfermería de la aplicación	
DIVISIÓN DE NEONATOLOGÍA	15	Continua atención del paciente y da seguimiento de la aplicación de la Nutrición Parenteral	Nota de Evolución
	16	Registra en la Nota de Evolución la aplicación de la mezcla	
	17	Decide, en base a condiciones clínicas del paciente, la suspensión de la aplicación de la Nutrición Parenteral	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

5.0 DIAGRAMA DE FLUJO





	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD Y RECEPCIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL		Hoja: 8 de 11

6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
Manual de Organización Funcional	No aplica

7.0 REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Expediente Clínico	5 años	Departamento de Admisión y Archivo Clínico	Núm. de registro

8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1** Nutrición parenteral. Es el soporte nutricional especializado que se administra de forma parenteral con fines terapéuticos. Es la técnica que permite administrar macro y micronutrientes por vía endovenosa.
- 8.2** Recién nacido. Periodo de la vida de un ser humano que inicia al nacimiento y termina a los 28 días de vida.
- 8.3** Vía venosa central. Es un catéter intravenoso más largo que una vía intravenosa ordinaria y llega hasta una vena ubicada cerca del corazón. Sirve para la administración de líquidos, sangre o nutrición parenteral.

9.0 CAMBIOS DE ESTA VERSIÓN

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	16/04/2022	Se actualiza el propósito, alcance, políticas de funcionamiento, descripción del procedimiento, diagrama

10.0 ANEXOS

- 10.1 Formato Nutrición Parenteral
- 10.2 Nota de Evolución
- 10.3 Hoja de Enfermería

10.1 FORMATO NUTRICIÓN PARENTERAL


SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Hospital General Dr. Manuel Gea González
 Dirección Médica
 Subdirección de Pediatría
 División de Neonatología



SOLICITUD DE NUTRICIÓN PARENTERAL

NOMBRE:		DIAGNÓSTICOS	
CÉDULA:			
FECHA DE NACIMIENTO:	CAMA:	CENTRAL () PERIFÉRICA ()	
SEXO:			
EDAD:			



FECHA					
PRESCRIPCIÓN					
PESO (gramos)					
LÍQUIDOS (ml/kg)					
SODIO (mEq/kg/día)					
POTASIO (mEq/kg/día)					
CALCIO (mg/kg/día)					
FÓSFORO (mEq/kg/día)					
MAGNESIO (mg/kg/día)					
PROTEÍNAS (gr/kg/día)					
GLUCOSA (gr/kg/día)					
LÍPIDOS (gr/kg/día)					
OLIGOELEMENTOS (ml/kg/día)					
MULTIVITAMÍNICO PEDIÁTRICO (ml/kg/día)					
GLUCOSA (mg/kg/min)					
PREPARACIÓN					
MULTIVITAMÍNICO (ml)					
OLIGOELEMENTOS (ml)					
HEPARINA (UI)					
ALBÚMINA (gr/k/día)					
ZINC (250mg/kg/día)					
GLUTAMINA (0.3 gr/k/día)					
VOLUMEN TOTAL					
VELOCIDAD INFUSIÓN (ml/hr)					
MÉDICO QUE SOLICITA (NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL)					

Lín. Sanitaria 105400477



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento para la Pre alta y Alta Hospitalaria		Hoja: 1 de 25

5. PROCEDIMIENTO PARA LA PRE ALTA Y ALTA HOSPITALARIA

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento para la Pre alta y Alta Hospitalaria		Hoja: 2 de 25

1. PROPÓSITO



Establecer las actividades del personal de salud involucrado en el egreso del paciente hospitalizado, garantizando un trato digno, seguridad y calidad en la atención logrando la reintegración a su medio habitual ofreciendo todas las herramientas necesarias para su autocuidado, así como toda la documentación clínica-administrativa pertinente para su salida del centro hospitalario.

2. ALCANCE

- 2.1. A nivel interno aplica a las Subdirecciones Médicas de todos los servicios de hospitalización para ejecutar los procedimientos médicos necesarios incluidos en este proceso, a la Subdirección de Gestión de la Calidad a través División de Enlace y Gestión de Atención Médica Interinstitucional responsable de realizar los trámites de gratuidad. Subdirección de Gestión de la Calidad a través de Trabajo Social para gestionar los pagos del paciente incluido el procedimiento de exención de pago parcial o total de pacientes del mismo en los casos que aplique, a la Subdirección de Enfermería para coordinar las funciones del personal a su cargo para realizar los procedimientos indicados por el médico en el expediente, otorgar los cuidados y educación al paciente y su familia necesarios para previo al alta hospitalaria del paciente, la Subdirección de Recursos Financieros para realizar el cobro de los servicios e insumos usados por el usuario e indicados en el formato correspondiente, a la Subdirección de Servicios Ambulatorios para validar que el paciente cumpla con todos los requerimientos para la pre alta y alta hospitalaria y finalmente aplica para todo el personal de la institución involucrado en el alta oportuna del paciente.
- 2.2. A nivel externo aplica al paciente hospitalizado.



3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 Se considera pre alta cuando el médico adscrito prevé por la valoración del paciente, el egreso a las 24 horas.
- 3.2 La Dirección Médica a través de las diferentes Divisiones Médicas son responsables de tener toda la documentación completa del egreso, un día previo del alta hospitalaria.
- 3.3 La Dirección Médica a través de las diferentes Divisiones Médicas; el médico adscrito al servicio tratante debe indicar la pre alta como el alta hospitalaria en la hoja de indicaciones médicas del expediente clínico y censo para que estas tengan validez y sirvan para detonar este procedimiento.
- 3.4 La Dirección Médica en conjunto con las diferentes Divisiones médicas de cada servicio debe realizar un censo diario donde se indique en una columna la fecha de pre alta y alta hospitalaria entregando copia (física o en medio electrónico) del mismo a la Jefatura de Departamento de Enfermería Clínica, Jefatura de Departamento de Admisión y Archivo Clínico, Jefatura de Departamento de Trabajo Social.
- 3.5 La Dirección Médica a través de las diferentes Divisiones Médicas debe definir la fecha probable de alta (pre alta) para la elaboración de la nota de egreso hospitalario y garantizar que el expediente clínico se apega en su totalidad a lo descrito en la NOM-004-SSA3-2012.
- 3.6 La Dirección Médica a través de las diferentes Divisiones Médicas debe garantizar que en el expediente clínico se encuentra toda la documentación requerida para el egreso del paciente, incluyendo, nota de egreso con base en el numeral 8.9 de la NOM-004-SSA3-2012, solicitudes


	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento para la Pre alta y Alta Hospitalaria		Hoja: 3 de 25

de laboratorio y gabinete, recetas médicas, referencia (interna o externa) y hoja de cargos con los últimos estudios realizados.

- 3.7 La Subdirección de Recursos Financieros a través del Jefe de Departamento de Tesorería (área de cajas) debe garantizar que el expediente administrativo del paciente se encuentra actualizado diariamente y contiene toda la información necesaria para el proceso de pago.
- 3.8 La Subdirección de Recursos Financieros a través del Jefe de Departamento de Tesorería (área de cajas) es responsable de realizar el cobro de los servicios con los formatos que disponga la División de Enlace y Gestión de atención médica Interinstitucional.
- 3.9 La Subdirección de Gestión de Calidad a través del Departamento de Trabajo Social es responsable de colocar el sello de nivel 6 socioeconómico, en aquellos pacientes que decidan pagar sus servicios y brindar apoyo a los que lo requieran en su trámite administrativo.
- 3.10 La Dirección Médica a través de las diferentes Divisiones Médicas debe notificar al paciente y al familiar responsable sobre la pre alta y alta hospitalaria.
- 3.11 La Subdirección de Enfermería y la Dirección Médica a través de las diferentes Divisiones Médicas deben anticipar que el paciente reciba la capacitación necesaria para su autocuidado de forma oportuna previo al alta hospitalaria para garantizar que esto no sea motivo para retrasarla.
- 3.12 La Subdirección de Gestión de Calidad a través de la Jefatura de Departamento de Trabajo Social debe informar al paciente y familiar responsable sobre los trámites necesarios para el alta hospitalaria; y en caso de que no cuenten con los recursos suficientes para el pago del alta hospitalaria, realizar los trámites necesarios para su resolución correspondiente.
- 3.13 La Dirección Médica a través de las diferentes Divisiones Médicas debe orientar al paciente y familiar responsable sobre el tratamiento y recomendaciones generales que continuará en su domicilio.
- 3.14 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica debe planear las siguientes actividades para el alta hospitalaria: Notificar al departamento de Nutrición clínica sobre el egreso del paciente para que el mismo envíe la dieta recomendada, verificar que el paciente que cuente con algún dispositivo médico, catéter o sonda, el "Área de Educación al paciente", los haya capacitado sobre los cuidados generales y la asepsia para mantenerlos en el mejor estado de funcionamiento y enviar al paciente al departamento de trabajo social para que sea orientado en los trámites médico administrativos que debe realizar el familiar responsable al egreso.
- 3.15 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través de la División de Nutrición Clínica es responsable de orientar al paciente que se egresa y amerite una dieta especializada, sobre sus nuevos requerimientos; y debe registrarse en el expediente clínico; así como en el formato de PFE.
- 3.16 La Dirección Médica a través de las diferentes Divisiones Médicas debe el día del alta hospitalaria proporcionar al paciente y familiar responsable la hoja de egreso hospitalario, solicitudes de laboratorio y gabinete cuando lo amerita, receta médica y hoja de pago. En el caso de pacientes que sean trasladados a otra institución o a la consulta externa, el médico adscrito deberá generar además la hoja de referencia a otra institución o a la consulta externa.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento para la Pre alta y Alta Hospitalaria		Hoja: 4 de 25

- 3.17 La Subdirección de Recursos Financieros a través de la Jefatura del Departamento de Tesorería (área de cajas) debe realizar el registro de los servicios médicos y de entregar al familiar o responsable una copia del recibo (recibo amarillo).
- 3.18 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través de la Jefatura de Departamento de Admisión y Archivo Clínico, así como, Subdirección de Gestión d Calidad a través de la Jefatura de Departamento de Trabajo Social deben verificar que se haya finiquitado el alta hospitalaria para que de esta forma se otorgue un sello en la constancia de recepción de servicios.
- 3.19 La Dirección médica a través de las diferentes Divisiones Médicas debe notificar en el expediente clínico cuando el familiar o paciente rechaza el tratamiento y decide abandonar el centro hospitalario por alta voluntaria. Además de realizar la hoja de egreso voluntario como lo establece la NOM-004-SSA3-2012 numeral 10.2.
- 3.20 La Subdirección de Gestión de Calidad a través del Departamento de Trabajo Social debe revisar la solicitud de Alta Voluntaria, y que en el expediente clínico se encuentre la Nota de egreso Voluntario firmada por el médico, paciente y familiar responsable.
- 3.21 La Subdirección de Gestión de Calidad a través del Departamento de Trabajo Social, en el caso de egresos por defunción de pacientes considerados caso médico-legal, debe entregar a la oficina de transportes la notificación legal por defunción y el resumen clínico elaborado por el médico adscrito, para que lo pueda trasladar a la instancia legal correspondiente.
- 3.22 La Subdirección de Enfermería en el caso de defunción del paciente debe realizar las maniobras de amortajamiento una vez que el médico adscrito o de guardia certifique la muerte.
- 3.23 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Departamento de Admisión y Archivo Clínico en conjunto con las Divisiones Médicas, en caso de defunción del paciente debe solicitar al familiar responsable proporcionar la información necesaria para el llenado del certificado de defunción.
- 3.24 La Subdirección de Enfermería a través del Servicio de Camillería debe apoyar al paciente durante el egreso hospitalario ya sea con silla de ruedas o camilla, en caso de que el paciente lo amerite.
- 3.25 La Subdirección de Servicios Generales a través del Departamento de Intendencia debe realizar el servicio de limpieza en un tiempo máximo de una hora y el proceso de desinfección en dos horas de la unidad que se desocupa.
- 3.26 Las altas hospitalarias se realizarán en horario de lunes a domingo de 8 a 18hrs. evitando egresos en los turnos de velada.
- 3.27 La Dirección General a través del Departamento de Organización y Seguridad es responsable de verificar la constancia de recepción de servicios (hoja de no cobro) a la salida del paciente con los sellos correspondientes.

	PROCEDIMIENTO
	Subdirección de Pediatría
	Procedimiento para el Pre Alta y Alta Hospitalaria Hoja: 5 de 25

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Directora Médica (Médico Adscrito)	1	Indica la pre alta en las indicaciones médicas y censo diario 24hrs. previas al egreso	Censo diario Indicaciones Médicas
	2	Entrega al familiar la hoja de claves de hospitalización o colocar en el carnet "PREALTA".	
Subdirectora de Enfermería (Enfermera responsable)	3	Revisa el censo médico y las indicaciones médicas, posterior al pase de visita	Censo diario Indicaciones Médicas
	4	Planea actividades para el egreso del paciente.	
	5	Envía al familiar a Trabajo Social	
Subdirector de Gestión de Calidad (Trabajadora Social)	6	Identifica pacientes de Prealta en el censo médico o recibe al familiar y verifica el carnet u hojas de pago.	Censo diario Indicaciones Médicas Constancia de servicios (hoja de no cobro)
	7	Orienta al paciente y familiar sobre los trámites administrativos que deben realizar	
	8	Comienza nota de alta de hospitalización en el Sistema Electrónico. ¿El paciente amerita realizar el pago?	
	9	Si: Indica al paciente que cuando le entreguen las hojas de pago, se les sellara con Nivel 6 para que pase a pagar a cajas el día de su alta hospitalaria. Continúa con actividad 25	
	10	No: Verifica que haya hecho el trámite de gratuidad en la DEGAMI ¿Realizo el trámite de Gratuidad?	
	11	Si: Indica que el día del alta hospitalaria debe pasar a cajas. Continúa con actividad 25	
	12	No: De no contar con trámite de gratuidad, corrobora que tenga toda la documentación ¿Cuenta con la documentación?	
	13	No: Solicita al familiar de manera verbal que debe entregarla e la brevedad antes del alta hospitalaria	
14	Solicita que en cuanto cuente con la documentación,		

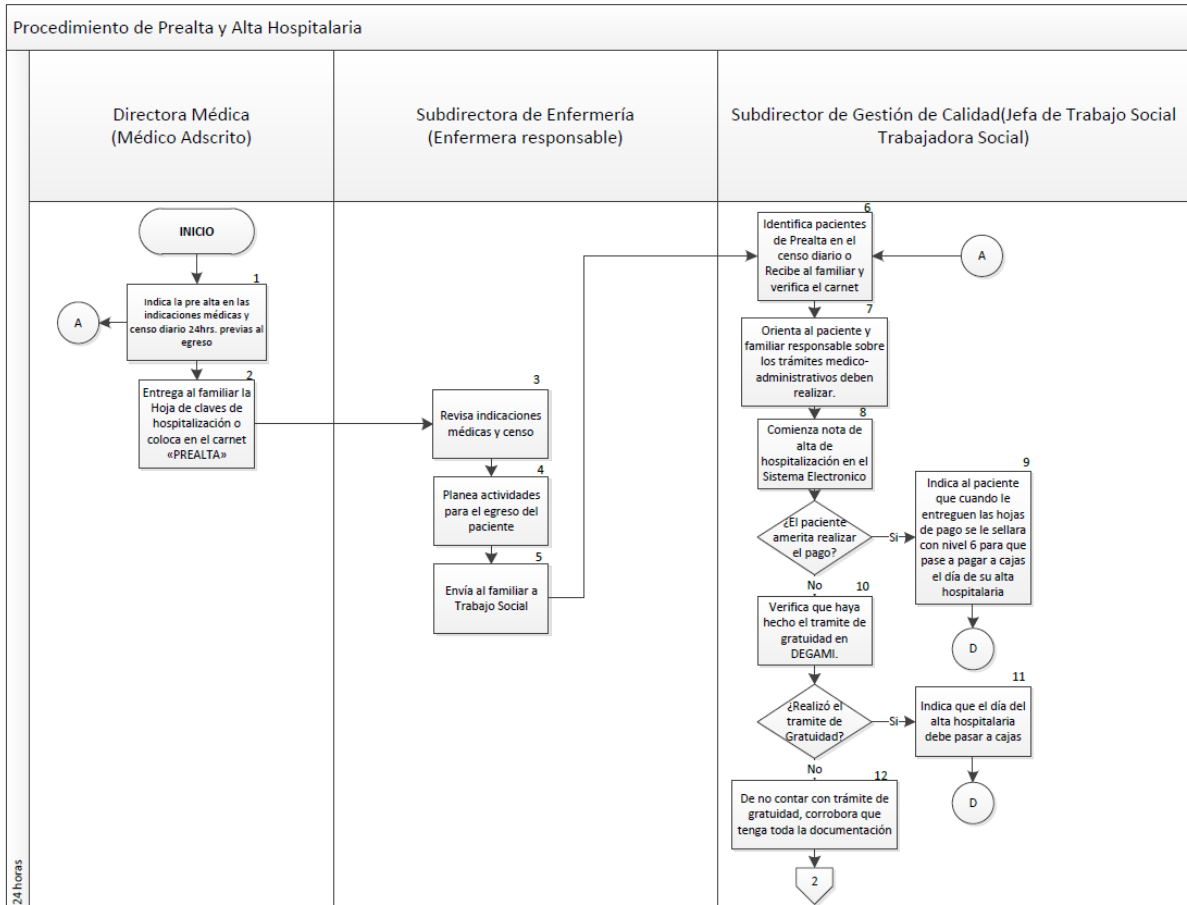
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
		acuda a la DEGAMI. Continúa actividad 16.	
	15	Si Envía a la DEGAMI.	
DEGAMI	16	Recibe al familiar y verifica estatus de derechohabiencia.	
		¿Cuenta con Derechohabiencia?	
	17	No: Valida documentación	
		Integra expediente y sella "Derechohabiencia ninguna" con carnet y sin carnet "Gratuidad DEGAMI".	
		Solicita que el día de alta hospitalaria acuda a cajas, continua con actividad 25.	
	18	Si: Sella de Derechohabiencia IMMS, ISSSTE u otro"	
	19	Notifica a trabajo social	
	20	Envía al familiar al área de cajas	
Subdirector de Recursos Financieros (Área de cajas)	21	Recibe al familiar con carnet y formatos de pago	Hoja de Cargos
	22	Informa del pago total que tendría que realizar hasta el momento.	
	23	Solicita que el pago debe realizarlo hasta el día del alta hospitalaria	
	24	Envía al familiar a el área de hospitalización o trabajo social, en algunos casos.	
Subdirector de Gestión de Calidad (Trabajadora Social)		Recibe al familiar quien notifica que no cuenta con recursos para realizar el pago.	
		Valora el caso y de termina si es un caso especial	
		¿Es un caso especial	
		Si: Realiza intervención social y le indica que debe ir a cajas el día de su alta hospitalaria, continua en actividad 25	
		No: Indica a pasar a cajas el día del alta hospitalaria para el pago de los servicios médicos	

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
	25	Envía al familiar al área de hospitalización	
Directora Médica (Médico Adscrito)	26	Revisa que el expediente clínico cumpla en su totalidad con la NOM-004-SSA3-2012, para el egreso del paciente. En cuanto los numerales que apliquen para el médico. ¿Cumple el expediente clínico?	Expediente médico
	27	No: Debe completar el expediente con todos los requisitos de la NOM 004-SSA3-2012 en los numerales que apliquen para el médico. Regresa a la actividad 9.	
	28	Si: Continúa la atención del paciente y el registro en el expediente clínico	
Subdirectora de Enfermería (Enfermera responsable)	29	¿El paciente requerirá sondas, catéteres y/o dispositivo médico a su egreso? No: Mantiene la integridad y funcionamiento del dispositivo hasta la orden médica de su retiro. Continúa paso 33.	Indicaciones médicas
	30	Si: Verifica que el "Área del cuidado al paciente" oriente al familiar responsable sobre sus cuidados	
Subdirectora de Enfermería (Área del cuidado al paciente)		Valora la integridad y funcionalidad del dispositivo médico y capacita al paciente y familiar responsable sobre los cuidados del dispositivo Entrega trípticos y folletos sobre el cuidado del dispositivo médico Registra la capacitación realizada en el expediente del paciente y en el formato PFE.	Trípticos y folletos
Subdirectora de Enfermería (Enfermera responsable)	31	Notifica al área de nutrición clínica el egreso del paciente (Indicaciones de nutrición al egreso del paciente), cuando sea necesario.	Trípticos y folletos de la capacitación
	32	Continúa la atención del paciente y su registro en el expediente	
DÍA DEL ALTA HOSPITALARIA			
Directora Médica (Médico Adscrito)	33	Valora al paciente para el alta hospitalaria, dependiendo de su estado clínico. ¿El paciente cumple condiciones clínicas para su	Hoja de cargos Hoja de egreso

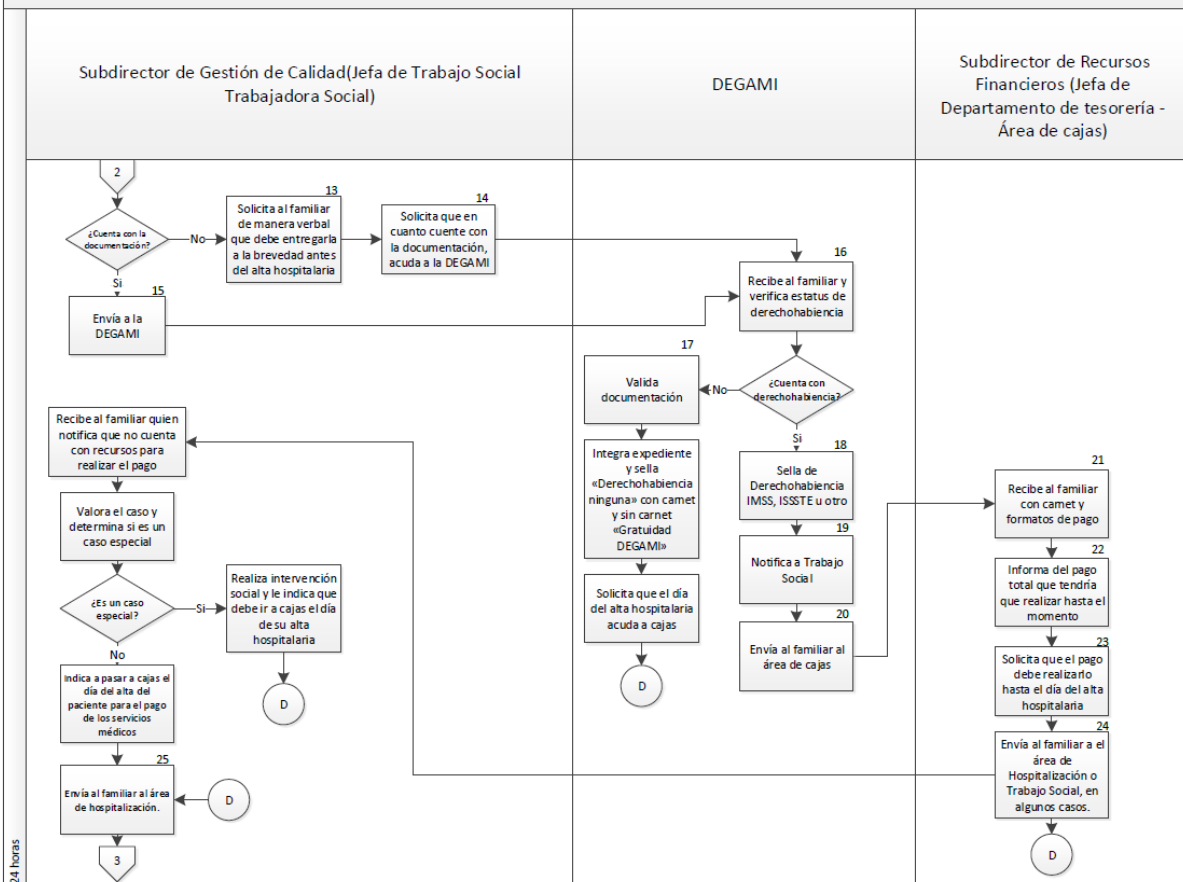
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
	34	egreso? No: Detiene el proceso del alta hospitalaria y termina el procedimiento.	Nota de egreso Receta médica Solicitudes de laboratorio y gabinete Referencia médica Certificado de defunción y muerte Hoja de egreso voluntario
	35	Si: Entrega hojas de claves de hospitalización al familiar de estudios adicionales realizados posterior a la Prealta.	
	36	Elabora documentos de egreso del paciente (nota de egreso, hoja de egreso, solicitudes de laboratorio y gabinete cuando lo amerita, receta médica y referencia hospitalaria si la requiere): <ul style="list-style-type: none"> • En el caso de defunción se realiza certificación de la muerte y certificado de defunción. • En el caso de alta voluntaria se deberá realizar la hoja de egreso voluntario. 	
	37	Entrega la documentación al paciente y lo orienta sobre las recomendaciones generales de seguimiento en su domicilio	
	38	Completa la información del expediente con base en la NOM 004-SSA3-2012 del expediente clínico y lo entrega a enfermería	
	39	Verifica alta hospitalaria en el censo médico e indicaciones médicas	
Subdirectora de Enfermería (Enfermera responsable)	40	Orienta al paciente sobre la dieta enviada por el departamento de nutrición clínica, explica nuevamente los cuidados generales del dispositivo médico que se llevara a casa a su egreso (cuando aplique) y cuidados generales en su domicilio.	Indicaciones médicas
	41	Envía a cajas para terminar los tramites médico-administrativos.	
Subdirector de Recursos Financieros (Área de cajas)	42	Recibe al familiar y realiza el cobro o registro de "Gratuidad"	
	43	Sella la hoja de egreso y/o recibo	
	44	Envía al Familiar a Trabajo social	
Subdirector de Gestión de Calidad	45	Termina Nota de alta y corrobora trámite de gratuidad.	Recibos de pago

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
(Trabajadora Social)	46	Sella la hoja de egreso y/o recibo	Hoja de seguimiento
	47	Envía al familiar a Admisión	
Subdirectora de Auxiliares de Diagnóstico (Jefe de Admisión y archivo Clínico)	48	Recibe al familiar y realiza alta de paciente.	
	49	Solicita el carnet de citas, Hoja de egreso y recibo de pago con sello de cajas y Trabajo social	
	50	Resguarda los recibos de pago por turno y sella en hoja de alta	
	51	Registra el egreso en la tarjeta de control y en el sistema electrónico	
	52	Elabora relación de egresos por turno	
	53	Envía al familiar al servicio de enfermería donde está internado su paciente	
Subdirectora de Enfermería (Enfermera responsable)	54	Verifica que el familiar haya terminado todos los tramites médico-administrativos.	Expediente médico
	55	Inicia la salida del paciente	Aviso de Alta
	56	Registra el egreso en la libreta de ingresos y egresos.	
	57	Solicita al Departamento de Intendencia por escrito, anota la hora de la solicitud, para que se realice el servicio de limpieza y desinfección de la unidad.	
	58	Completa la información del expediente referente a enfermería con base en la NOM 004-SSA3-2012 del expediente clínico y lo entrega a la Subdirección de Servicios Ambulatorios para su resguardo al momento del egreso del paciente	
TERMINA			

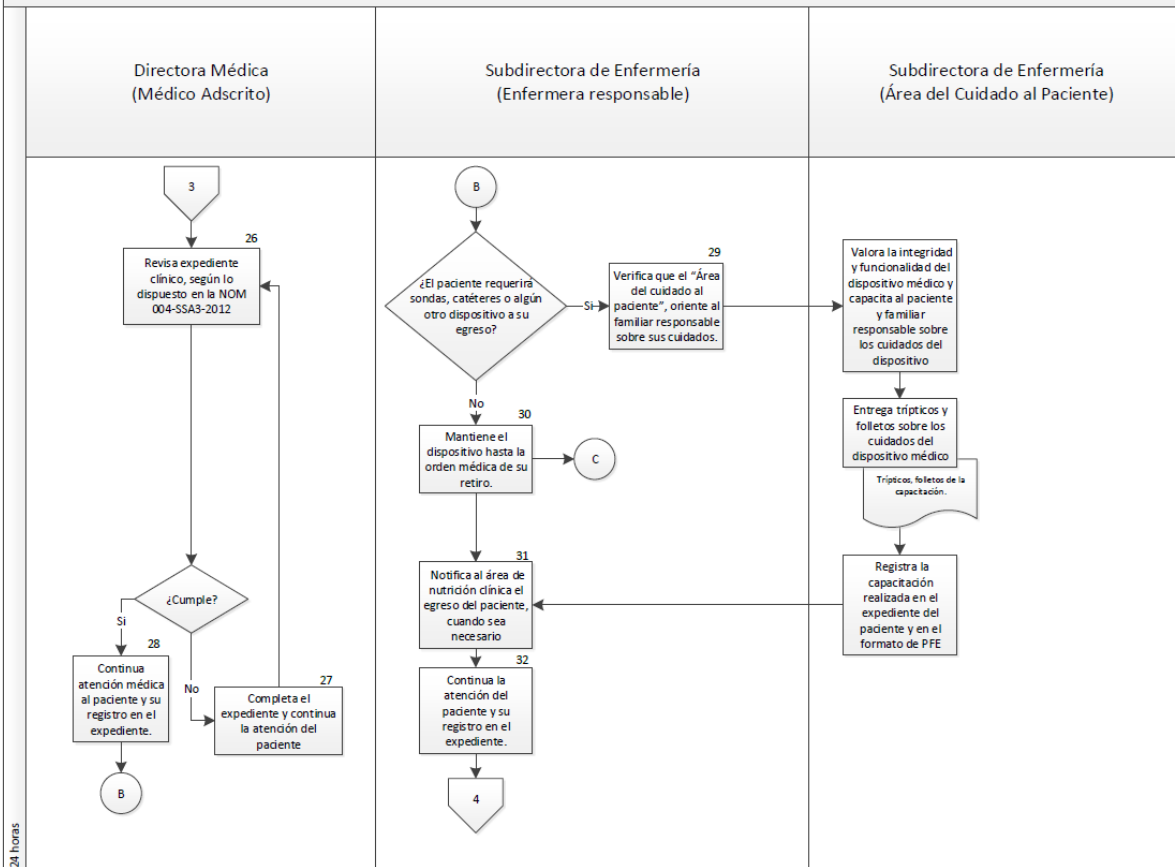
5. DIAGRAMA DE FLUJO



Procedimiento de Prealta y Alta Hospitalaria

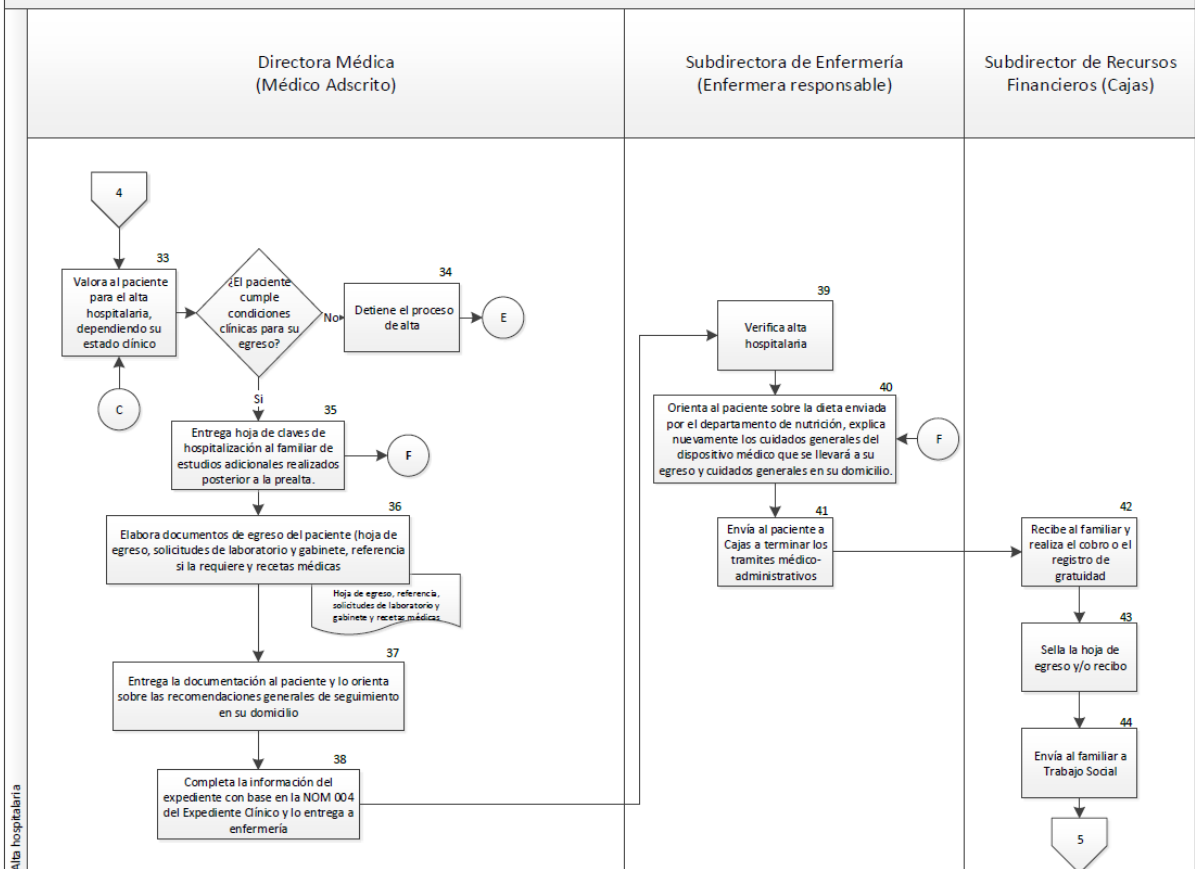


Procedimiento de Prealta y Alta Hospitalaria

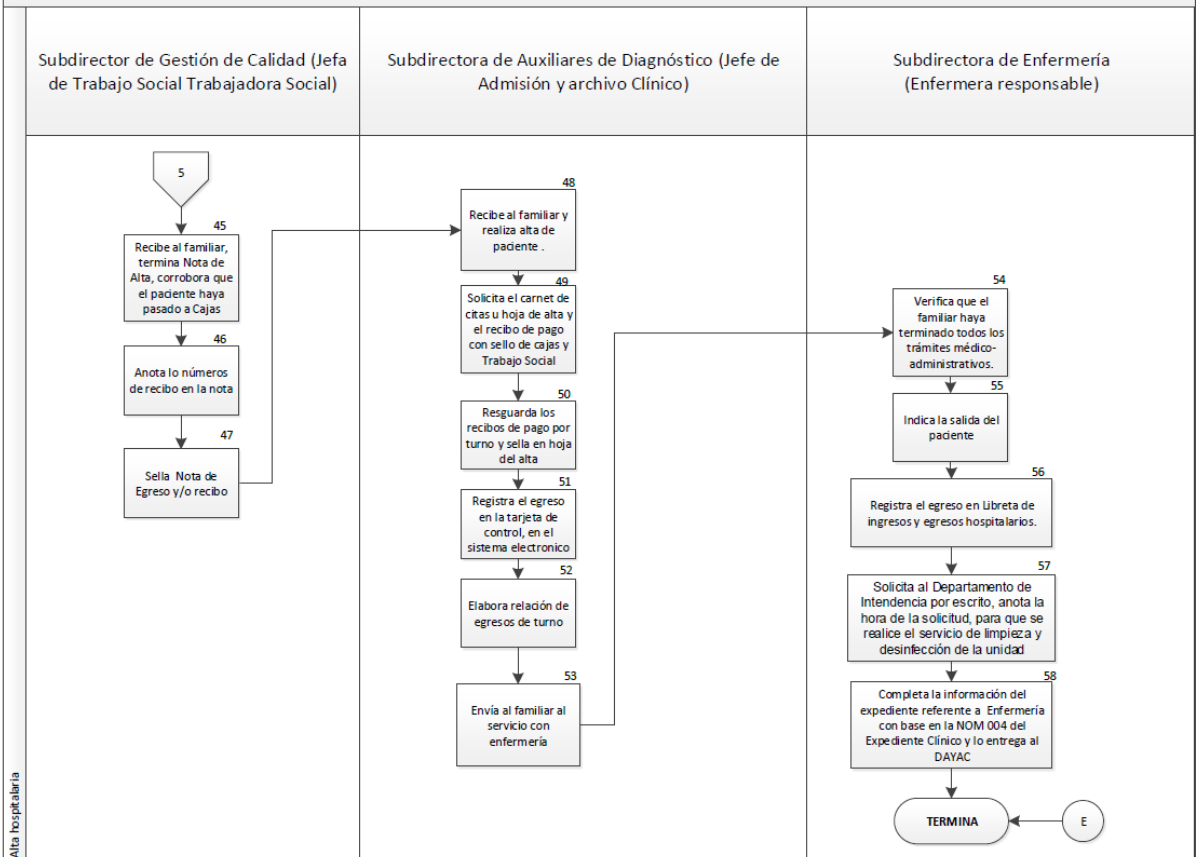




24 horas

Procedimiento de Prealta y Alta Hospitalaria



Procedimiento de Prealta y Alta Hospitalaria



 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento para la Pre alta y Alta Hospitalaria		Hoja: 15 de 25

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

7. REGISTROS



Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Oficios	3 años	Subdirección de Planeación	No. de oficio

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Egreso hospitalario:** Evento que considera la salida del paciente del servicio de hospitalización e implica la desocupación de una cama censable; incluye altas por curación, mejora, traslado a otra unidad, defunción, alta voluntaria o fuga. Excluye movimientos intraservicios.
- 8.2 Expediente clínico:** al conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.
- 8.3 Hoja de egreso voluntario:** Documento por medio del cual el paciente, el familiar más cercano, tutor o representante legal, solicita el egreso, con pleno conocimiento de las consecuencias que dicho acto pudiera originar.
- 8.4 Servicios de hospitalización:** Servicio que cuenta con camas censables para atender pacientes internos; proporcionar atención médica con el fin de realizar diagnósticos, aplicar tratamientos y cuidados continuos de enfermería.



9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
N/A	N/A	N/A

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento para la Pre alta y Alta Hospitalaria		Hoja: 16 de 25



10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Formato de cargos
- 10.2 Nota de Egreso
- 10.3 Hoja de Hospitalización o egreso
- 10.4 Constancia de recepción de servicios
- 10.5 Hoja de Egreso Voluntario

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento para la Pre alta y Alta Hospitalaria		Hoja: 18 de 25

10.2 NOTA DE EGRESO

NOTA DE EGRESO HOSPITALARIO	HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
SERVICIO: _____	
NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____	
EDAD: _____ SEXO: _____ No. EXP.: _____	
SIGNOS VITALES: T.A. _____ F.C. _____ F.R. _____ TEMP.: _____ PESO: _____ TALLA: _____	
FECHA Y HORA DE ELABORACIÓN: _____	
MOTIVO DE EGRESO: MEJORÍA <input type="checkbox"/> TRASLADO OTRO HOSP <input type="checkbox"/> ALTA VOLUNTARIA <input type="checkbox"/> DEFUNCIÓN <input type="checkbox"/> MÁXIMO BENEFICIO <input type="checkbox"/>	
DIAGNÓSTICO (S) DE INGRESO:	FECHA DE INGRESO:
	HORA DE INGRESO:
	FECHA DE EGRESO:
	HORA DE EGRESO:
DIAGNÓSTICO (S) FINAL (ES):	
RESUMEN DE LA EVOLUCIÓN Y ESTADO ACTUAL:	
DÍAS DE ESTANCIA EN LA UNIDAD:	
ES REINGRESO POR LA MISMA AFECCIÓN EN EL AÑO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
REINTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DENTRO DE LAS 72 HRS INMEDIATA A LA PRIMERA INTERVENCIÓN: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
MANEJO DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA:	
FECHA Y HORA DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN SU CASO:	

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento para la Pre alta y Alta Hospitalaria		Hoja: 22 de 25



10.4 CONSTANCIA DE RECEPCIÓN DE SERVICIOS (HOJA DE NO COBRO)





Hospital General Dr. Manuel Gea González
CONSTANCIA DE RECEPCIÓN DE SERVICIOS Y
HOJA DE NO COBRO

Fecha y Hora de Elaboración:	jueves, 3 de diciembre de 2020	11:31:47 a. m.
CONSTANCIA DE RECEPCIÓN DE SERVICIOS		
Establecimiento de Salud:	Hospital General "Dr. Manuel Gea González"	
Núm. de Expediente/ Folio Urgencias:	848586	Clasificación Socioeconómica: 3
Nombre del Paciente:	Ejemplo: XXXXXXX XXX XXXX	
Sexo del Paciente:	Hombre	Fecha de Nacimiento del Paciente: 07/07/1997
Servicio:	Urgencias Observación y Consulta	
Fecha de Ingreso:	01/12/2020	Fecha de Egreso: 02/12/2020
En caso de haber requerido el servicio de <i>Terapia Intensiva</i> , indique la fecha de atención:		
Fecha de Ingreso:	02/12/2020	Fecha de Egreso: 03/12/2020
Firmas		
Completo, Número de Empleado y Firma	T.S. XXXXXX XXXXXX XXXXXX	
Médico Tratante: Nombre Completo, Número de Empleado y Firma	Dr. XXXXX XXXXXX XXXXXX	
Interinstitucional: Nombre Completo, Número de Empleado y Firma	Dra. XXXX XXXXX XXXXX	

HOJA DE NO COBRO				
Fundamento: A partir del 01 de diciembre de 2020, conforme a lo establecido en los artículos 77 Bis 1 y 77 bis 37 de la Ley General de Salud, todas las personas que se encuentren en el país que no cuenten con seguridad social tienen derecho a recibir de forma gratuita la prestación de servicios públicos de salud, medicamentos y demás insumos asociados, al momento de requerir la atención; y a no cubrir ningún tipo de cuotas de recuperación o cualquier otro costo por los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados que reciban.				
INSTRUCCIONES: ↔ ↔ ↔ ↔	INDIQUE con una X en los siguientes recuadros si el 01 de diciembre del 2020, o en una fecha posterior, le cobraron por alguno de los siguientes servicios en el Hospital, señalando cantidad:			
	Cobro de:	SI	NO	Cantidad
	Consultas			\$
	Urgencias			\$
	Hospitalización			\$
	Medicamentos			\$
	Estudios de Laboratorio y Gabinete			\$
	Cirugía			\$
	Terapia Intensiva			\$
NOTA: NO FIRME SI LE REALIZARON ALGÚN COBRO DE LOS SERVICIOS EN EL PERIODO SEÑALADO				
Nombre completo y Firma o Huella Digital del Beneficiario, Familiar y/o Tutor que Avala el NO Cobro, Manifestando Bajo Protesta de Decir Verdad no ser Derechohabiente de Seguridad Social (IMSS o ISSSTE)			Sello del Establecimiento de Salud	

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento para la Pre alta y Alta Hospitalaria		Hoja: 23 de 25

10.5 HOJA DE EGRESO VOLUNTARIO

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento para la Pre alta y Alta Hospitalaria		Hoja: 24 de 25

HOJA DE EGRESO VOLUNTARIO	HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
SERVICIO: _____	



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

SEXO: _____ No. EXP: _____ SIGNOS VITALES: TA _____ F.C _____ FR _____

TEMP.: _____ PESO: _____ TALLA: _____ FECHA Y HORA DE ELABORACIÓN: _____

LEY GENERAL DE SALUD CAPITULO IV DISPOSICIÓN PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE HOSPITALES, ARTICULO 79. En caso de egreso voluntario, aún en contra de la recomendación médica, el usuario, en su caso, un familiar, el tutor o su representante legal, deberán firmar un documento en que se expresen claramente las razones que motivan el egreso, mismo que igualmente deberá ser suscrito por lo menos por dos testigos idóneos, de los cuales, uno será designado por el Hospital y otro por el usuario o la persona que en representación emita el documento, en todo caso, el documento a que se refiere el párrafo anterior, revelara la responsabilidad al establecimiento y se emitirá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del mismo y otro se proporcionara al usuario.



NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004 SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. Documento por medio del cual el paciente, familiar más cercano, tutor o representante jurídico solicita el egreso, con pleno conocimiento de las consecuencias que dicho acto pudiera originar. Deberá ser elaborada por un médico a partir del egreso y cuando el estado del paciente lo amerite; deberá incluirse la responsiva medica del profesional que se encarga del tratamiento y constara de:

FECHA Y HORA DE EGRESO:



NOMBRE COMPLETO, EDAD, PARENTESCO Y FIRMA DE QUIEN SOLICITA EL ALTA:

RAZONES QUE MOTIVAN SU EGRESO VOLUNTARIO:



RESUMEN CLÍNICO:

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento para la Pre alta y Alta Hospitalaria		Hoja: 25 de 25

MEDIDAS RECOMENDADAS PARA LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DEL PACIENTE Y PARA LA ATENCIÓN DE FACTORES DE RIESGO:	
EN SU CASO, NOMBRE COMPLETO, CÉDULA PROFESIONAL Y FIRMA DEL MÉDICO QUE OTORQUE LA RESPONSIVA:	
NOMBRE COMPLETO, CÉDULA PROFESIONAL Y FIRMA DEL MÉDICO QUE EMITE LA HOJA:	
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE LOS TESTIGOS:	
TESTIGO DEL HOSPITAL	TESTIGO DE LA PACIENTE
OBSERVACIONES:	
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PACIENTE QUE RECIBE UNA COPIA DEL ALTA VOLUNTARIA.	
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL FAMILIAR, TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL QUE RECIBE UNA COPIA DEL ALTA VOLUNTARIA	

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento para la recepción, recolección y procesamiento de información estadística por parte de las diferentes áreas de atención médica		Hoja: 1 de 12

6. 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.

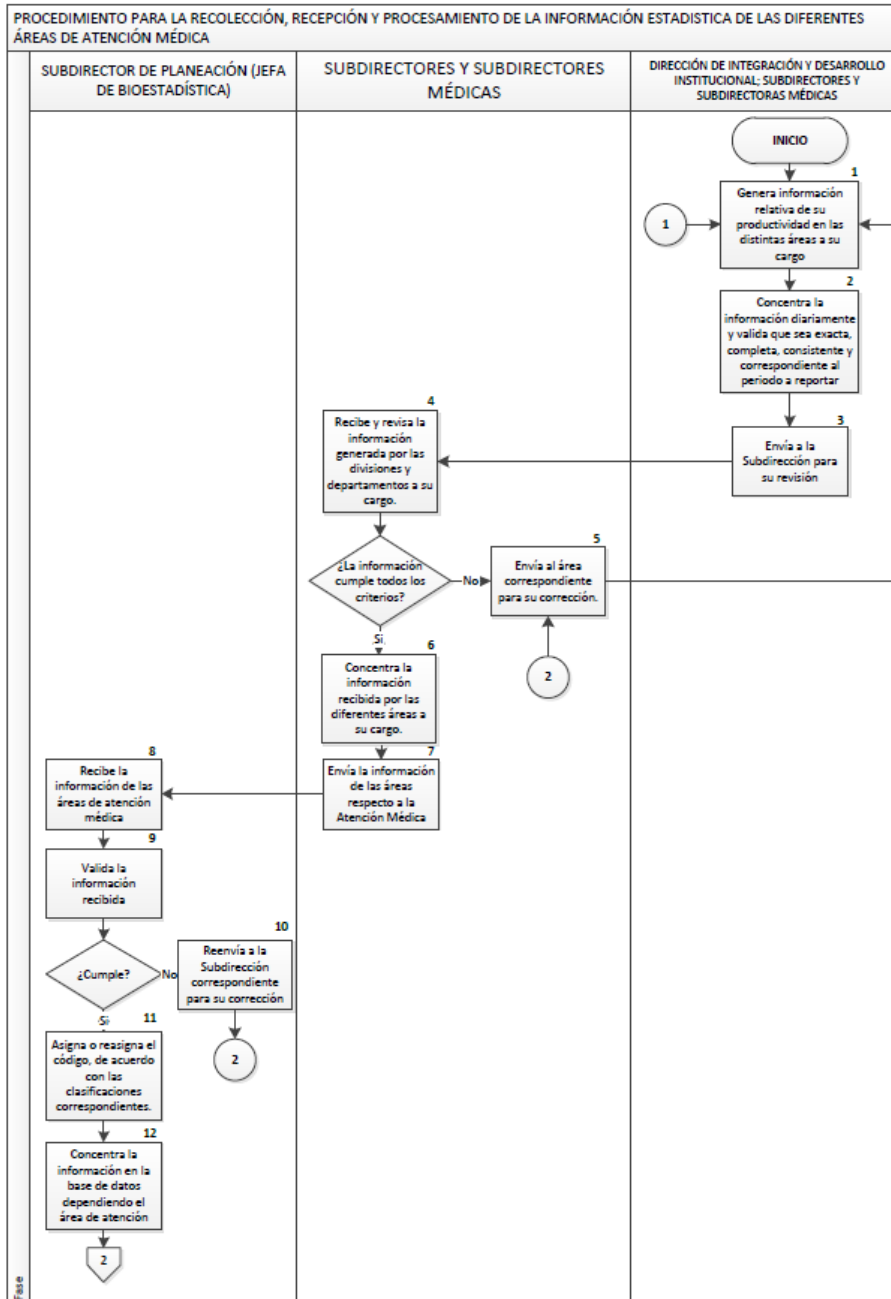
 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	PROCEDIMIENTO
	Subdirección de Pediatría
	Procedimiento para la recepción, recolección y procesamiento de información estadística por parte de las diferentes áreas médicas Hoja: 4 de 12

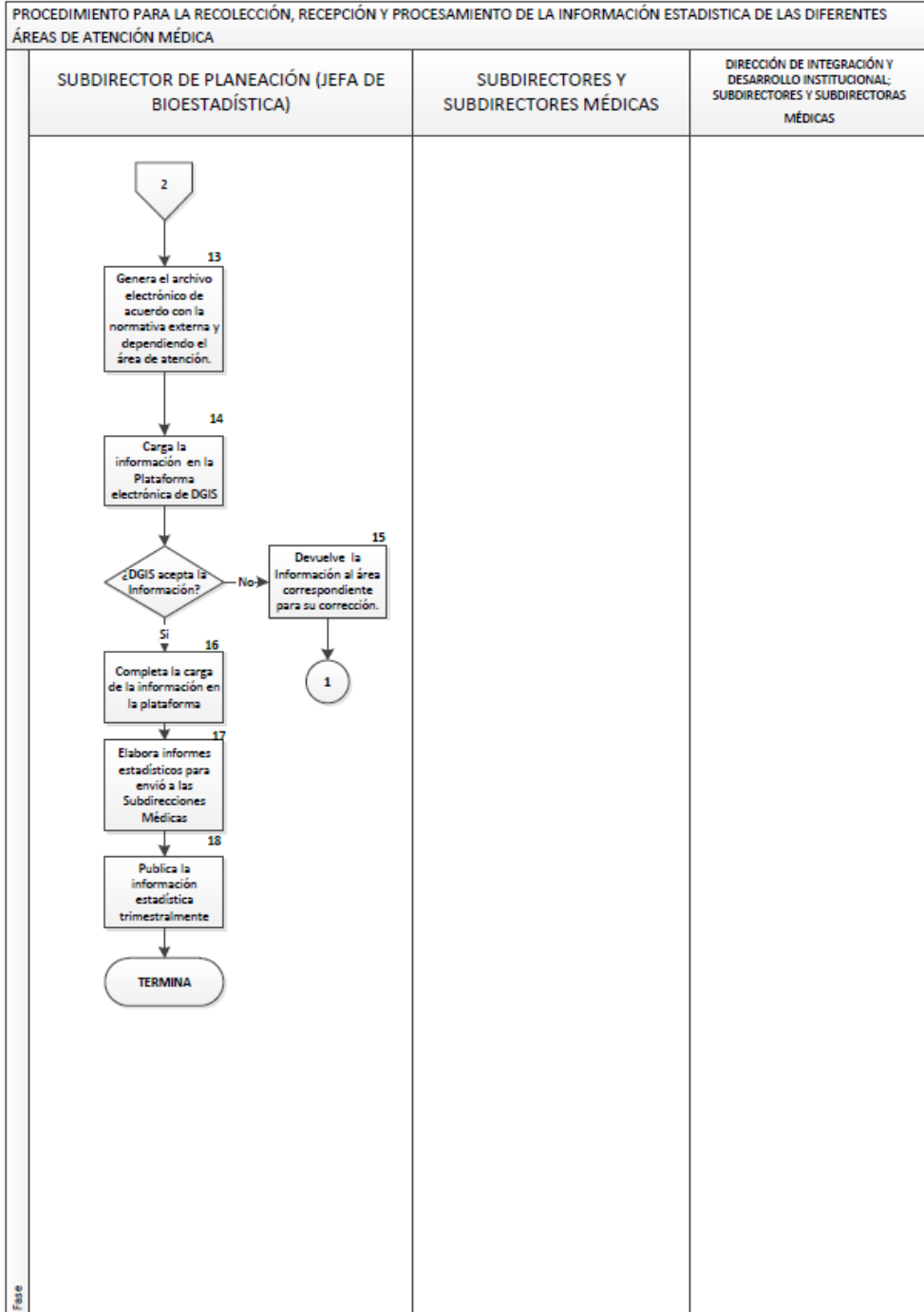
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO



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





 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

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA



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



Migrante Discapacitado

Estado o delegación Derechohabencia

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		

10.2 CAPTURA DE PANTALLA SISTEMA DE REGISTRO DE PACIENTES EN EL ÁREA DE URGENCIAS

Login







HOSPITAL GENERAL
DR. MANUEL GEA GONZALEZ



04/03/2019
02:19:08 p. m

Usuario:



Contraseña:

Ingresar
Salir de la aplicación



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

7. PROCEDIMIENTO DE INTERCONSULTA

	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 seas las adecuadas.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento de Interconsulta		Hoja: 3 de 9

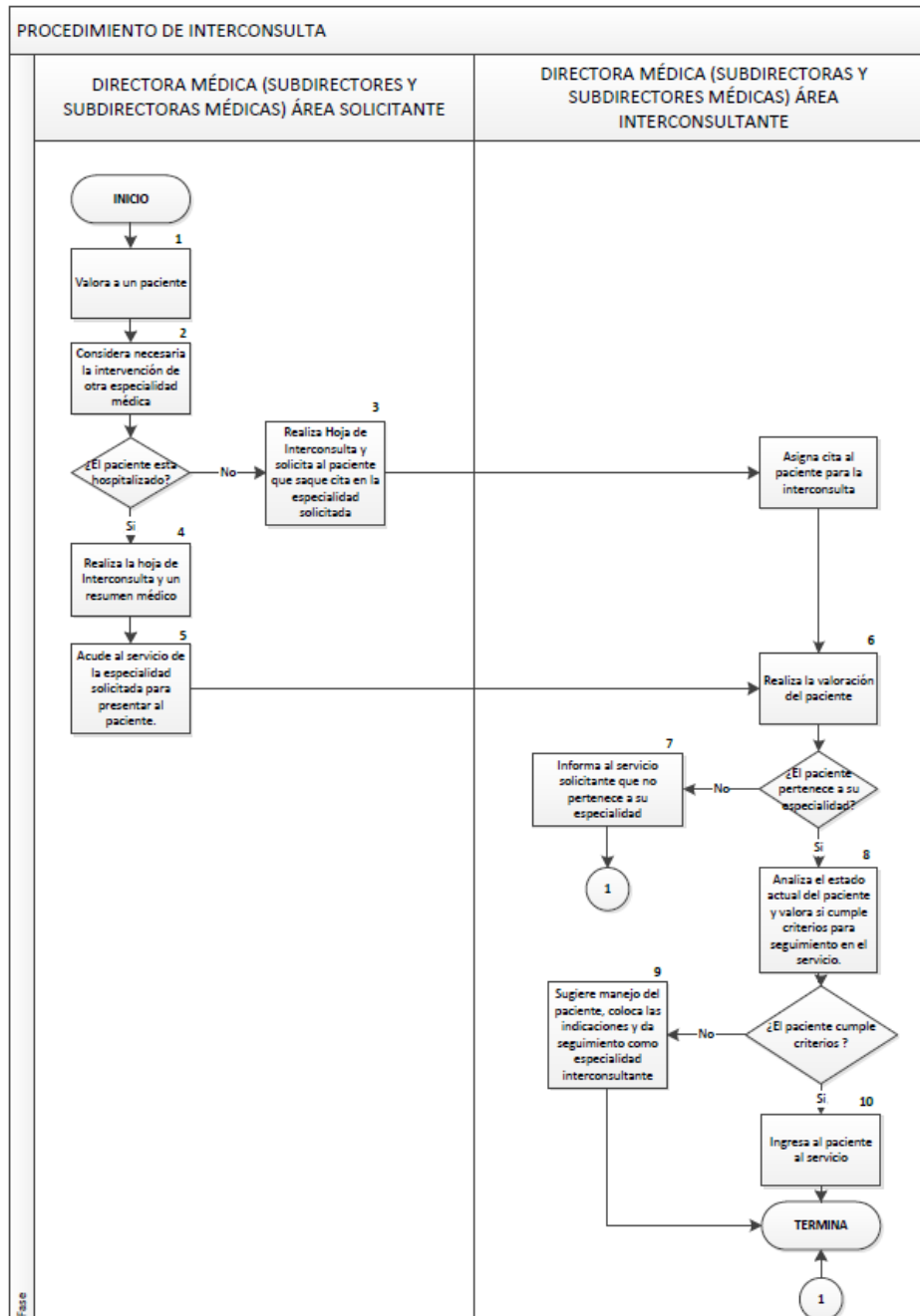
- 3.12 Las Subdirecciones Médicas, a través de sus Divisiones y Departamentos, son responsables de solicitar Interconsulta cuando sea necesario y el servicio Interconsultante después de su valoración médica podrá decidir su cambio de servicio, manejo conjunto o seguimiento.



 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: _____

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento de toma y procesamiento de muestras en los diferentes servicios de hospitalización		Hoja: 1 de 12

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

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento de toma y procesamiento de muestras en los diferentes servicios de hospitalización		Hoja: 2 de 12

1. PROPÓSITO

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

2. ALCANCE

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

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

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

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

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



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

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


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

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

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


 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento de toma y procesamiento de muestras en los diferentes servicios de hospitalización		Hoja: 3 de 12

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

	PROCEDIMIENTO
	Subdirección de Pediatría
	Procedimiento de toma y procesamiento de muestras en los diferentes servicios de hospitalización Hoja: 4 de 12

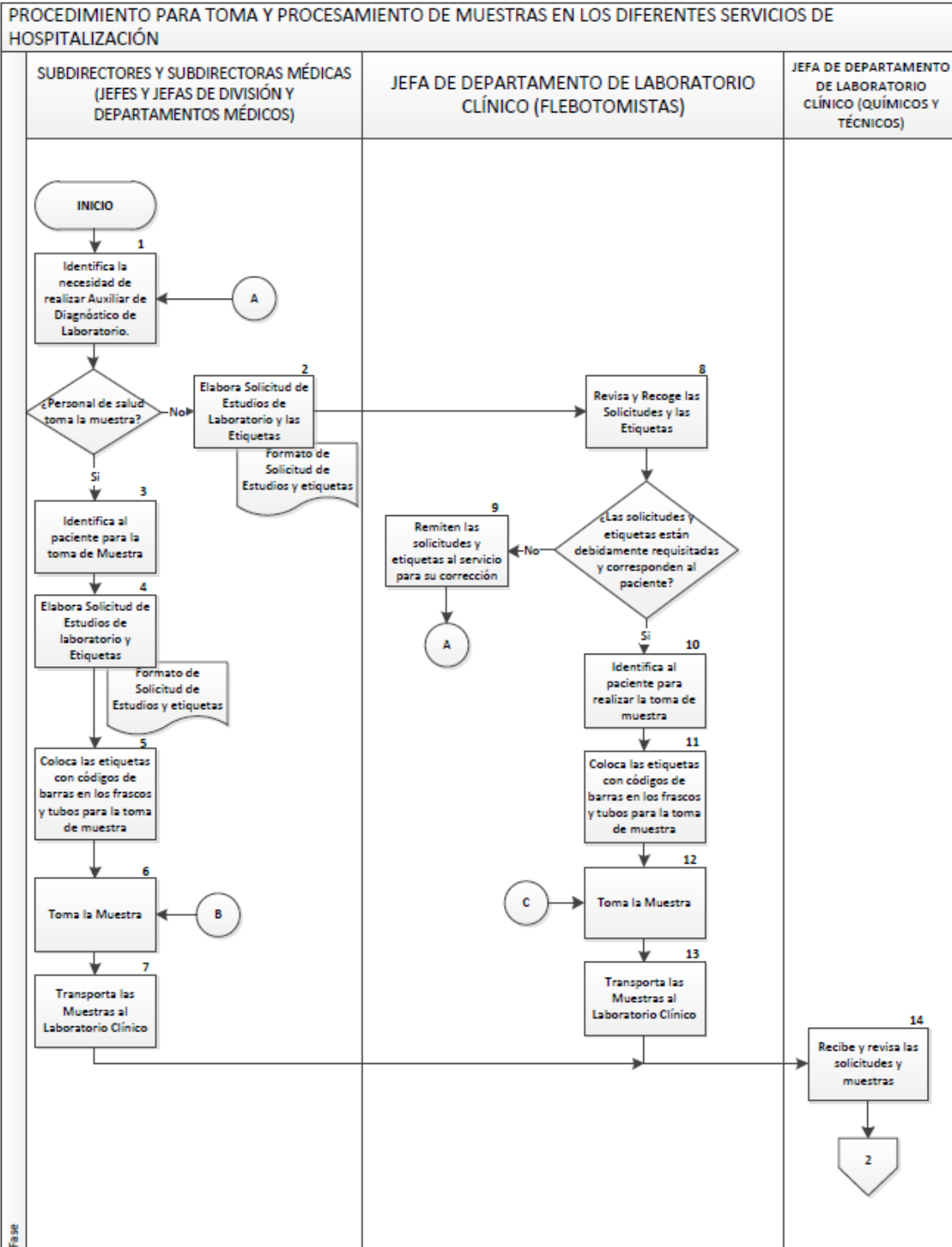
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

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

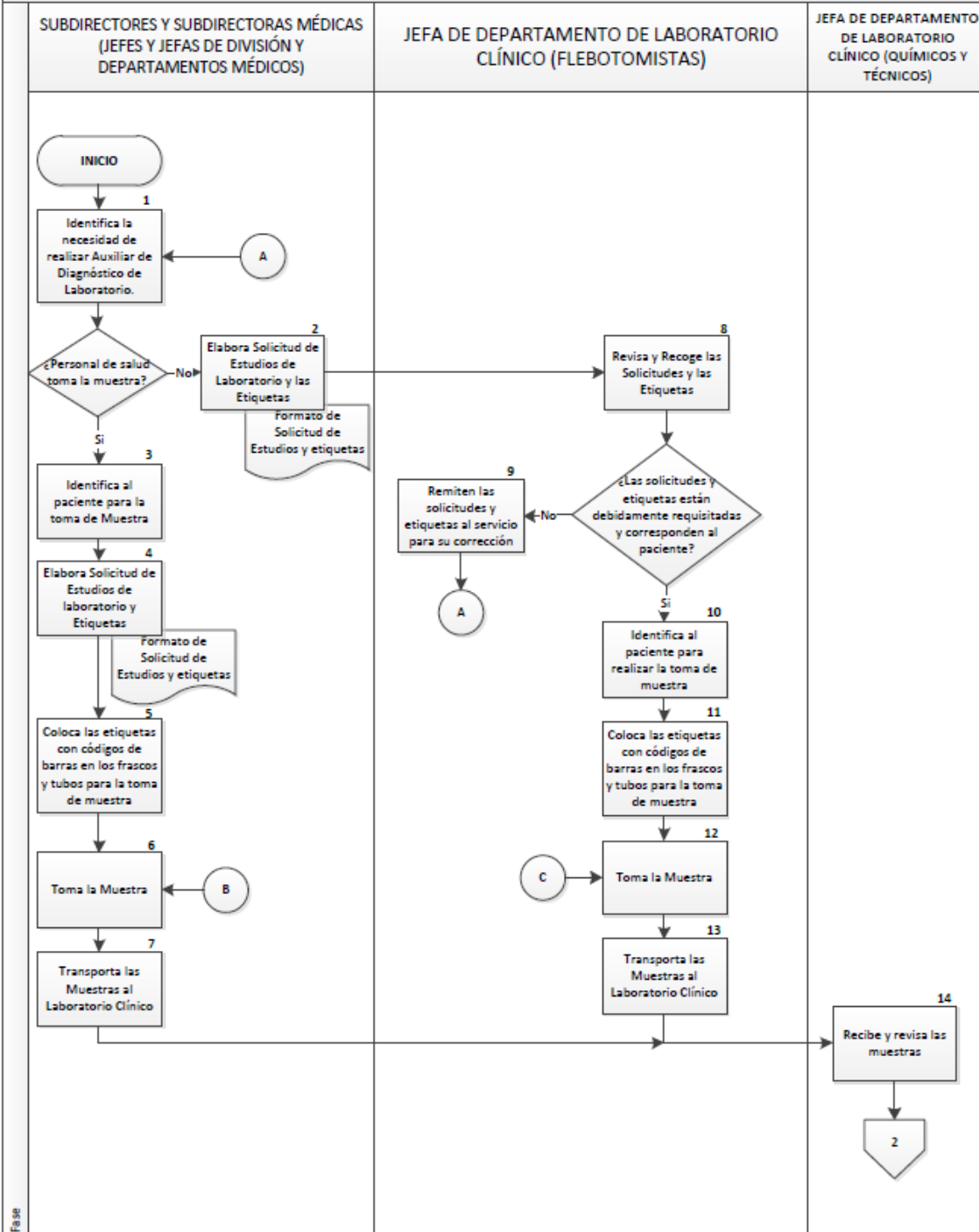
	PROCEDIMIENTO
	Subdirección de Pediatría
	Procedimiento de toma y procesamiento de muestras en los diferentes servicios de hospitalización Hoja: 5 de 12

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

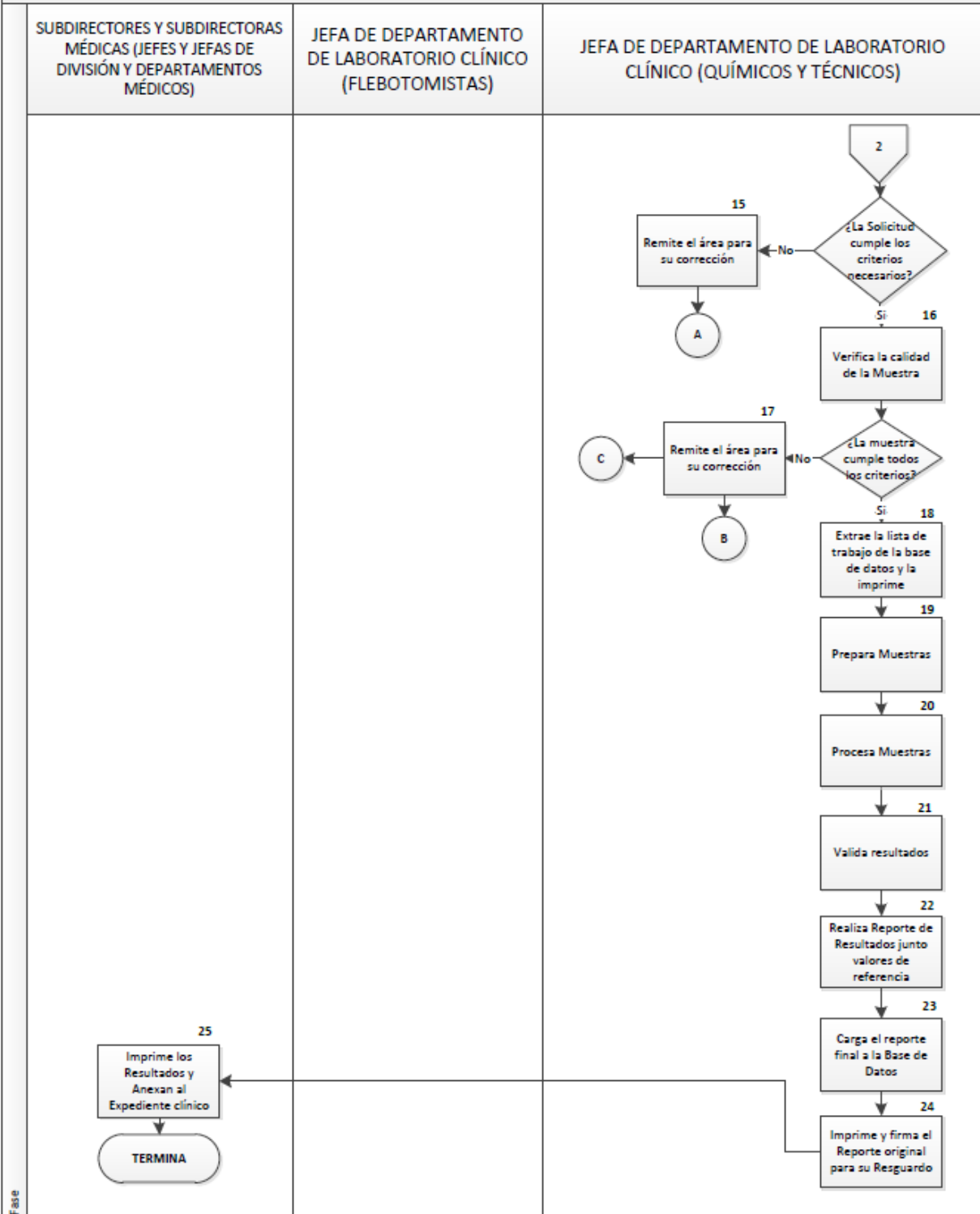
5. DIAGRAMA DE FLUJO





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



Fase

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


 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento de toma y procesamiento de muestras en los diferentes servicios de hospitalización		Hoja: 9 de 12

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

7. REGISTROS

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



8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

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

8.2 Característica: Rasgo diferenciador

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

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

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		Hoja: 10 de 12
	Procedimiento de toma y procesamiento de muestras en los diferentes servicios de hospitalización		

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

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

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

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

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

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

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Solicitud de Laboratorio

10.2 Reporte de Resultados

10.1 Solicitud de Laboratorio

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

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

No. DE REGISTRO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: F: ___ M: ___

NOMBRE DEL MÉDICO: _____

SERVICIO SOLICITANTE: _____ TURNO: M ___ V ___ N ___

DIAGNÓSTICO: _____ C. EXTERNA: ___ HOSPITALIZACIÓN: ___ URGENCIAS: ___ CAMA: ___

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

HEMATOLOGÍA			
<input type="checkbox"/>	1565 BIOMETRÍA HEMÁTICA	<input type="checkbox"/>	1529 DEPURACIÓN DE CREATININA ORINA 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1604 RECUENTO DE RETICULOCITOS	<input type="checkbox"/>	1760 CISTATINA C
<input type="checkbox"/>	1593 ESTUDIO DE PLASMODIUM	<input type="checkbox"/>	1500 ÁCIDO ÚRICO EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1635 VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR	<input type="checkbox"/>	1519 BUN EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1535 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"/>	1543 FÓSFORO EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1607 TIEMPO DE PROTROMBINA	<input type="checkbox"/>	1730 MAGNESIO EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1609 TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL	<input type="checkbox"/>	1505 AMILASA EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1608 TIEMPO DE TROMBINA	<input type="checkbox"/>	1502 ALBÚMINA EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1516 ANTITROMBINA III	<input type="checkbox"/>	1616 MICROALBÚMINA EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1584 FIBRINOGENO	<input type="checkbox"/>	1563 BILIRRUBINA TOTAL
<input type="checkbox"/>	1532 Dímero D	<input type="checkbox"/>	1564 BILIRRUBINA DIRECTA
<input type="checkbox"/>	1682 PROTEÍNA S	<input type="checkbox"/>	1602 PROTEÍNAS TOTALES
<input type="checkbox"/>	1681 PROTEÍNA C CLOT	<input type="checkbox"/>	1503 ALBÚMINA
<input type="checkbox"/>	1660 ANTICUAGULANTE LÚPICO TAMIZAJE	<input type="checkbox"/>	1553 ALT
<input type="checkbox"/>	1661 ANTICUAGULANTE LÚPICO CONFIRMATORIO	<input type="checkbox"/>	1554 AST
<input type="checkbox"/>	1677 FACTOR DE VON WILLEBRAND	<input type="checkbox"/>	1544 GGT
<input type="checkbox"/>	1670 CUANTIFICACIÓN DE FACTOR VII	<input type="checkbox"/>	1585 FOSFATASA ALCALINA
<input type="checkbox"/>	1671 CUANTIFICACIÓN DE FACTOR VIII	<input type="checkbox"/>	1576 LDH
BIOQUÍMICA		<input type="checkbox"/>	1552 AMILASA
<input type="checkbox"/>	1588 GLUCOSA	<input type="checkbox"/>	1615 LIPASA
<input type="checkbox"/>	1600 BUN	<input type="checkbox"/>	1659 AMONIO
<input type="checkbox"/>	1572 CREATININA	<input type="checkbox"/>	1573 CK
<input type="checkbox"/>	1636 ÁCIDO ÚRICO	<input type="checkbox"/>	1574 CK MB
<input type="checkbox"/>	1605 SODIO	<input type="checkbox"/>	1617 MIOGLOBINA
<input type="checkbox"/>	1648 POTASIO	<input type="checkbox"/>	1631 TROPONINA
<input type="checkbox"/>	1570 CLORURO	<input type="checkbox"/>	1522 CINÉTICA DE HIERRO
<input type="checkbox"/>	1568 CALCIO	<input type="checkbox"/>	1541 FERRITINA
<input type="checkbox"/>	1586 FÓSFORO	<input type="checkbox"/>	1611 TRANSFERRINA
<input type="checkbox"/>	1599 MAGNESIO	<input type="checkbox"/>	1590 HAPToglobina
<input type="checkbox"/>	1571 COLESTEROL TOTAL	<input type="checkbox"/>	1542 FOLATOS
<input type="checkbox"/>	1524 COLESTEROL HDL	<input type="checkbox"/>	1634 VITAMINA B12
<input type="checkbox"/>	1630 TRIGLICERIDOS	<input type="checkbox"/>	1643 PREALBÚMINA
<input type="checkbox"/>	1517 APOLIPOPROTEÍNA A	<input type="checkbox"/>	1581 EXAMEN GENERAL DE ORINA
<input type="checkbox"/>	1518 APOLIPOPROTEÍNA B	<input type="checkbox"/>	1765 PÉPTIDO NATRIURÉTICO TIPO B (BNP)
<input type="checkbox"/>	1594 HEMOGLOBINA GLICOSILADA	<input type="checkbox"/>	1601 PROTEÍNA C REACTIVA
<input type="checkbox"/>	1545 GLUCOSA POSPRANDIAL	ZONA PARA EL SELLO DE PAGADO FAVOR DE NO OBSTRUIR PETICION DE ESTUDIOS. GRACIAS	
<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		

10.2 Reporte de Resultados

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




24080008

NOMBRE:		FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN DE MUESTRAS:	24-ago-2018
FECHA DE NAC:		FECHA DE CITA:	
SERVICIO:	C.Neurología	SEXO:	
No. DE REGISTRO:		EDAD:	
DIAGNOSTICO:	EPILEPSIA/DM/HTA	FOLIO:	
MEDICO:		RECIBO:	
		CAMA:	



Copia de Laboratorio

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

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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento de traslado intrahospitalario		Hoja: 1 de 11

9. PROCEDIMIENTO DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento de traslado intrahospitalario		Hoja: 2 de 11

1. PROPÓSITO



Describir las actividades para efectuar de manera ordenada y apropiada la movilización del paciente dentro de las diferentes áreas del hospital, de tal forma que éste implique el menor riesgo posible y no repercuta sobre la salud del paciente, lo anterior para su estancia hospitalaria, apoyo diagnóstico o tratamiento quirúrgico.

2. ALCANCE


- 2.1 A nivel interno aplica a la Dirección Médica y Subdirecciones Médicas a través de las Jefaturas de División y Departamento son responsables de brindar la atención médica a los pacientes y deciden el traslado intrahospitalario, cuidando la seguridad del mismo, ofreciendo un servicio de calidad. Subdirección de Enfermería, coordina los traslados de los pacientes en apoyo a los médicos y pacientes, en coordinación con el personal de camillería, Subdirección de Servicios Ambulatorios, responsable del expediente clínico en los servicios de consulta externa y hospitalización, y Subdirección de Gestión de Calidad responsable de evaluar los servicios médicos ofrecidos.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a los pacientes que requieren movilización a diferentes áreas del hospital (Consulta Externa, Áreas de diagnóstico y Quirófanos).

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La Dirección Médica y las Subdirecciones Médicas son responsables del traslado intrahospitalario de los pacientes a cualquier área del hospital, buscando siempre la seguridad del paciente, la integridad y el buen funcionamiento de los diferentes dispositivos.
- 3.2 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica es responsable de la integridad y funcionamiento de los dispositivos de acceso venoso (bomba de infusión, aminas, sedación/vasopresor) monitor de signos vitales, oxímetro de pulso y maletín de traslado.
- 3.3 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica es responsable de asegurar el equipo de infusión compatible con resonancia en pacientes con aminas.
- 3.4 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Terapia Respiratoria es responsable de la integridad y funcionamiento de los dispositivos de ventilación mecánica y tanque de oxígeno.
- 3.5 Las Subdirecciones Médicas están conformadas por la Subdirección de Cirugía, Subdirección de Pediatría, Subdirección de Anestesia y Terapias, Subdirección de Urgencias y Medicina y Subdirección de Servicios Ambulatorios.
- 3.6 Las Subdirecciones Médicas a través de las Jefaturas de División y Departamento son responsables de realizar la movilización del paciente, considerando sus características clínicas, siempre y cuando exista ya una comunicación interna entre el servicio emisor y receptor.


	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento de traslado intrahospitalario		Hoja: 3 de 11

- 3.7 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Departamento de Admisión Hospitalaria y Archivo Clínico, en el caso de los pacientes que se ingresan a hospitalización, es responsable de asignar una cama al paciente antes de su traslado intrahospitalario.
- 3.8 Las Subdirecciones Médicas a través de los médicos adscritos y médicos residentes son responsables de clasificar a los pacientes en las siguientes categorías y de esta forma determinar el riesgo de traslado de los pacientes:
- Grupo 1: Pacientes hemodinámicamente estables, que solo necesitan monitorización básica. Baja Complejidad=Riesgos mínimos.
 - Grupo 2: Pacientes hemodinámicamente inestables que requieren monitorización invasiva y soporte farmacológico cardiovascular. Media Complejidad=Riesgo medio
 - Grupo 3: Paciente hemodinámicamente inestables que además requieren soporte ventilatorio. Alta complejidad=Riesgo alto.
- 3.9 Las Subdirecciones Médicas a través de los médicos adscritos y residentes y la Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica son responsables de contar con el personal indicado para el traslado intrahospitalario, dependiendo de la categoría. Grupo 1: Camillero, enfermera y médico, Grupo 2: Camillero, enfermera y médico y Grupo 3: Camillero, médico adscrito o residente y personal de inhaloterapia.
- 3.10 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica (enfermeras y camilleros) es responsable de verificar el llenado completo y correcto de la hoja de traslado seguro del paciente, de lo contrario podrá detener momentáneamente el traslado hasta que las áreas médicas complementen el formato.
- 3.11 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica son responsables del expediente clínico, en cualquier traslado intrahospitalario, por lo que deberán verificar que no falte ningún documento y que estén debidamente firmados por los médicos tratantes.
- 3.12 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica es responsable de agregar la hoja de traslado seguro del paciente pre llenada con los datos generales del paciente y las notas de enfermería al expediente clínico.
- 3.13 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Departamento de Admisión Hospitalaria y Archivo Clínico es responsable de la entrega del expediente clínico al médico tratante, cuando este se lo requiera.
- 3.14 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica es responsable de entregar el expediente clínico al servicio emisor en los Grupos 2 y 3.
- 3.15 Las Subdirecciones Médicas a través del médico adscrito o médico residente son responsable del traslado intrahospitalario para estudios de Imagenología Grupo 1, 2 y 3, con la documentación de consentimiento informado y la solicitud del estudio debidamente requisitados.
- 3.16 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Departamento de Admisión y Archivo Clínico, es responsable de anexar la hoja de traslado seguro del paciente cuando genere el expediente clínico para pacientes de hospitalización.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	PROCEDIMIENTO
	Subdirección de Pediatría
	Procedimiento de traslado intrahospitalario Hoja: 4 de 11

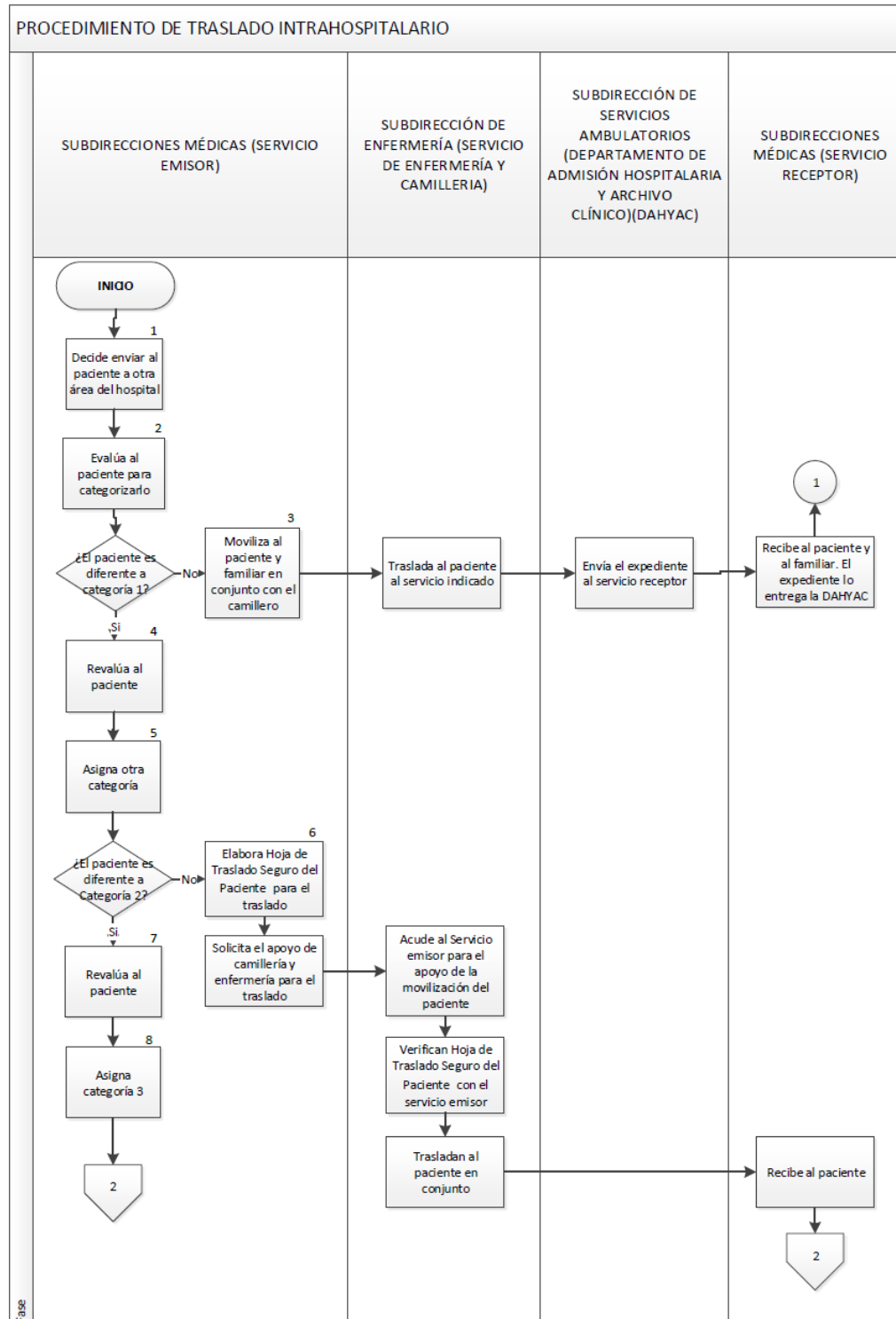
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

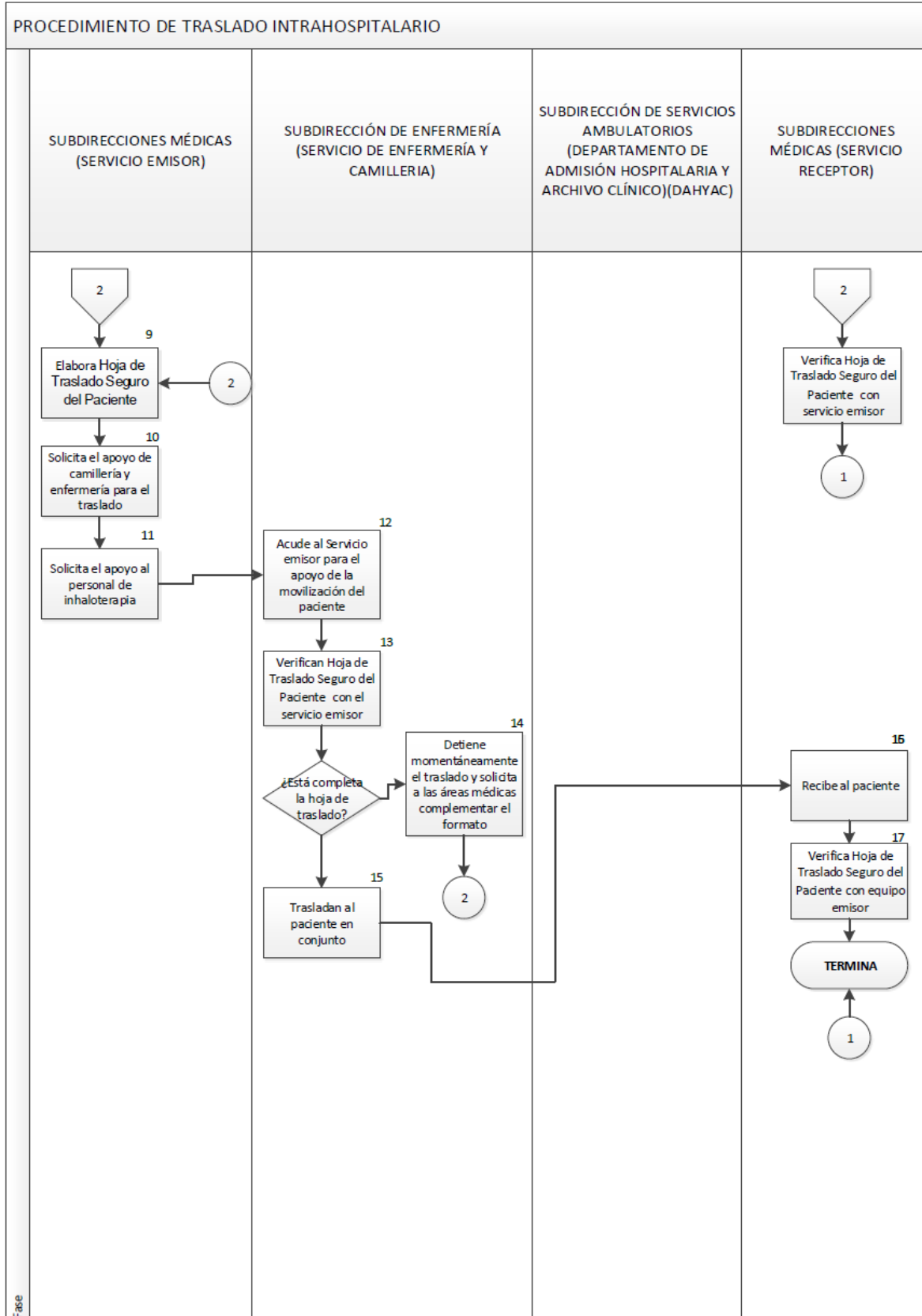
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirectores Médicos (Servicio Emisor- Médicos adscritos o residentes de más alto rango)	1	Decide enviar al paciente a otra área del hospital.	Hoja de traslado seguro del paciente
	2	Evalúa al paciente para categorizarlo. ¿El paciente es diferente a categoría 1?	
	3	No: Moviliza al paciente y familiar en conjunto con el camillero. Traslada al paciente al servicio indicado. Envía el expediente al servicio receptor. Recibe al paciente y familiar y el expediente lo entrega al servicio de enfermería. Termina procedimiento	
	4	Si: Revalúa al paciente	
	5	Asigna otra categoría ¿El paciente es diferente a Categoría 2?	
	6	No: Elabora hoja de traslado seguro del paciente. Solicita el apoyo de camillería y enfermería para el traslado Acude al servicio para el apoyo de la movilización del paciente. Verifican la hoja de traslado seguro del paciente con el servicio emisor. Trasladan al paciente en conjunto. Recibe al paciente. Verifica la hoja de traslado seguro del paciente con servicio emisor y receptor. Termina el procedimiento.	
	7	Si: Revalúa al paciente	



 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	PROCEDIMIENTO
	Subdirección de Pediatría
	Procedimiento de traslado intrahospitalario Hoja: 5 de 11

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
	8 9 10 11	Asigna categoría 3 Elabora la hoja de traslado seguro del paciente para el traslado. Solicita el apoyo de camillería y enfermería para el traslado. Solicita el apoyo al personal de inhaloterapia.	
Subdirectora de Enfermería (Departamento de Enfermería Clínica y Camillería)	12 13 14 15	Acude al servicio emisor para el apoyo de la movilización del paciente Verifica hoja de traslado seguro del paciente con el servicio emisor. ¿Está completa la hoja de traslado? No: Detiene momentáneamente el traslado y solicita a las áreas médicas complementar el formato, regresa a paso 9. Si: Traslada al paciente en conjunto con el personal médico.	Hoja de traslado seguro del paciente
Subdirectores Médicos (Servicio Emisor)	16 17	Recibe al paciente. Verifica la hoja de traslado seguro del paciente con el servicio emisor y receptor. TERMINA PROCEDIMIENTO	Hoja de traslado seguro del paciente

5. DIAGRAMA DE FLUJO





	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento de traslado intrahospitalario		
			Hoja: 8 de 11

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA



Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Específico	No Aplica
6.2 Norma Oficial Mexicana-027-SSA3-2013 Regulación de los servicios de salud, que establece los criterios de funcionamiento y servicios de urgencias de los establecimientos de la atención médica.	No Aplica
6.3 Norma Oficial Mexicana Nom-034-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Atención médica Prehospitalaria	No Aplica
6.4 Estándares para implementar el Modelo en Hospitales Edición 2018 SiNaCEAM	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Lista de Cotejo	5 años	Subdirección de Urgencias y Medicina (División de Urgencias Observación)	Fecha/Nombre

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 **Diagnóstico sindromático:** procedimiento médico a través del cual se toman en cuenta, y de forma general los síntomas y rasgos de una determinada situación, condición o padecimiento.
- 8.2 **Documentación de Urgencias:** está conformado por los siguientes documentos: Solicitud de Ingreso hospitalario, Nota de Ingreso Hospitalario, Notas de Evolución, Notas de Interconsulta, Nota de referencia, Nota de Atención médica de Urgencias, Nota de Egreso, Hojas de Enfermería, Indicaciones Médicas, Resultados de Laboratorio y Gabinete, Registro de transfusión sanguínea, Estudio Socioeconómico, Educación del paciente, Consentimiento Informado, Hoja de Egreso voluntario, Conciliación de medicamentos y Estudio Nutricional. No todos los documentos van a existir, depende de la evolución de cada paciente.
- 8.3 **Hoja de Atención médica de urgencias:** Criterios para evaluar la sintomatología que presenta el paciente y los datos arrojados tras la exploración física; la correlación con los hallazgos, así como el plan inmediato y posterior a seguir.
- 8.4 **Ingreso hospitalario o internamiento:** Acción requerida para que un paciente reciba atención médica en Observación y Reanimación.
- 8.5 **Servicio de urgencias:** conjunto de áreas, equipos, personal profesional y técnico de salud, ubicados dentro de un establecimiento público, social o privado, destinados a la atención inmediata de una urgencia médica o quirúrgica.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento de traslado intrahospitalario		Hoja: 9 de 11

8.6 **Servicio emisor:** área médica que solicita la movilización de un paciente a otra área del hospital.

8.7 **Servicio receptor:** área médica que recibe al paciente de otro servicio del hospital.

8.8 **Traslado intrahospitalario de un paciente:** es el desplazamiento de este de una unidad a otra, o bien dentro de la misma unidad, con el fin de realizar alguna prueba, ubicarlo en la unidad a cuyo servicio pertenezca, o bien cambiarlo de habitación dentro de la misma unidad por los motivos que se considere.

8.9 **Urgencia:** a todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función


9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
0	22 de noviembre de 2018	<ul style="list-style-type: none"> No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Lista de Cotejo

10.1 LISTA DE COTEJO



Hospital General "Dr. Manuel Gea González"
HOJA DE TRASLADO SEGURO DEL PACIENTE

Salida

Nombre completo del paciente:	Fecha de Nacimiento:	No. de Expediente:
Servicio Solicitante:	Fecha de Traslado:	Hora de Traslado:
Servicio al que se traslada:	Diagnóstico:	Médico Tratante:

Parametros Clínicos		
	Antes del traslado	Al llegar al servicio de traslado
TA		
SpO ₂		
FC		
Glasgow		

Condición Clínica	
Categoría 1 (Estable)	<input type="checkbox"/>
Categoría 2 (Delicado)	<input type="checkbox"/>
Categoría 3 (Grave)	<input type="checkbox"/>

Urgente	<input type="checkbox"/>
Programado	<input type="checkbox"/>
Hora Programada:	_____

Observaciones :	

Lista de verificación				Equipos	
	SI	NO	NA	Batería/Alarma	
Ventilación mecánica					
Inmovilización de paciente politraumatizado					
Tanque de Oxígeno					
Acceso Venoso:					
Venoclisis					
Cateter Central					
Bomba de Infusión					
Aminas					
Sedación/Vasopresor					
Monitor de Signos Vitales					
Óxímetro de Pulso					
Maletín de Traslado*					
Expediente Clínico					
Consentimiento Informado					
Solicitud Completa					
Ayuno					
Médico					
Enfermera					
Inhaloterapeuta					
Camillero					

Traslado	
Intrahospitalario	<input type="checkbox"/>
Extrahospitalario	<input type="checkbox"/>
Camilla	<input type="checkbox"/>
Silla de Ruedas	<input type="checkbox"/>

Motivo de Traslado	
Interconsulta	<input type="checkbox"/>
Procedimiento	<input type="checkbox"/>
Estudio	<input type="checkbox"/>
Quirófano	<input type="checkbox"/>
Hospitalización	<input type="checkbox"/>



Riesgo de Caída	
Alto Riesgo	<input type="checkbox"/>
Mediano Riesgo	<input type="checkbox"/>
Bajo Riesgo	<input type="checkbox"/>

Regreso

Hora de Regreso al Servicio:	

¿El paciente regreso en las mismas condiciones?	SI	NO		
---	----	----	--	--



Explique Brevemente:

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento de traslado intrahospitalario		Hoja: 11 de 11



INSTRUCTIVO DE LLENADO

<p>INFORMACIÓN QUE SERÁ LLENADA POR EL MÉDICO TRATANTE</p> <p>Nombre completo del paciente- Anotar apellido paterno, materno y nombre (s). Ejemplo Martínez Dávila María Cristina</p> <p>Fecha de nacimiento- Anotar día, mes y año. Ejemplo: 04/08/1960</p> <p>No. de Expediente- Anotar el número completo del expediente. En caso de no contar aún con el número de registro, se utilizarán los dos indicadores institucionales de identificación del paciente que son nombre completo y fecha de nacimiento.</p> <p>Servicio Solicitante- Anotar el nombre del servicio que solicita el traslado.</p> <p>Servicio a donde se traslada- Anotar el nombre completo del servicio que recibe el paciente.</p> <p>Fecha de traslado- Anotar la fecha, iniciando con día, mes y año. Ejemplo 29/11/2019</p> <p>Hora de Traslado- Anotar la hora en que se realizará el traslado, utilizando la nomenclatura de 8 hrs. o 20 hrs. o especificar am o pm.</p> <p>Diagnóstico- Anotar el nombre completo del Diagnóstico, sin ABREVIATURAS. Si aún no se ha integrado el diagnóstico, anotar el probable. Ejemplo: Evento Vascular Cerebral (no EVC)</p> <p>Médico Tratante- Anotar el nombre completo del médico tratante. Ejemplo: Dr. Armando Medina González</p> <p>Parámetros Clínicos- Anotar las cifras obtenidas en el momento que el paciente se traslada. Y anotar las cifras en el momento en que llega al servicio que recibe el paciente o donde fue trasladado.</p> <p>Condición Clínica- El médico tratante marcará con una <input checked="" type="checkbox"/> la categoría según la condición clínica del paciente Estable, Delicado o Grave.</p> <p>Y se marcará con una <input checked="" type="checkbox"/> si el traslado es Urgente o Programado. Se anotará la hora programada del estudio, cirugía, procedimiento, interconsulta u hospitalización.</p> <p>Observaciones- Anotar aspectos clínicos relevantes que prevengan eventualidades que puedan presentarse durante el traslado (para minimizar al máximo los riesgos).</p>

<p>INFORMACIÓN QUE SERÁ LLENADA POR LA ENFERMERA RESPONSABLE DEL PACIENTE</p> <p>Lista de verificación- Anotar una <input checked="" type="checkbox"/> dentro del cuadro si cumple, no cumple o no aplica.</p> <p>Con relación a Bateria(Alarma, el personal de enfermería revisa donde proceda, si están cargadas y en buenas condiciones anotar una <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Acceso venoso- Indicar con una <input checked="" type="checkbox"/> el tipo de acceso: venaoclisis o catéter central.</p> <p>TRASLADO, MOTIVO DE TRASLADO Y RIESGO DE CAÍDA</p> <p>Anotar una <input checked="" type="checkbox"/> en el recuadro correspondiente.</p> <p>REGRESO</p> <p>Anotar la hora de regreso al servicio utilizando la nomenclatura de 8 hrs. o 20 hrs. o especificar am o pm.</p> <p>Si el paciente regresa en las mismas condiciones si o no anotar <input checked="" type="checkbox"/> en el recuadro correspondiente.</p> <p>En caso necesario explicar brevemente algún incidente que se haya presentado.</p>
--

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento para programar y elaborar estudios radiológicos y de imagenología		Hoja: 1 de 7

10. PROCEDIMIENTO PARA PROGRAMAR Y ELABORAR ESTUDIOS RADIOLÓGICOS Y DE IMAGENOLOGÍA

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento para programar y elaborar estudios radiológicos y de imagenología		Hoja: 2 de 7

1. PROPÓSITO


Establecer los mecanismos para la programación y elaboración de estudios radiológicos y de imagenología especializada, requeridos por el área médica, para determinar un diagnóstico adecuado, así como para la evaluación del pronóstico de la enfermedad y de su respuesta terapéutica.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la División de Radiología e Imagen, coordina la programación y elaboración de estudios radiológicos y de imagen, la Dirección de Integración y Desarrollo Institucional, supervisa las actividades de la División, la Subdirección de Recursos Financieros, realiza los cobros para la elaboración de los estudios y la Dirección Médica, emite las instrucciones para la realización de los estudios.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a todos los pacientes que acuden a realizarse estudios de radiología e imagen.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

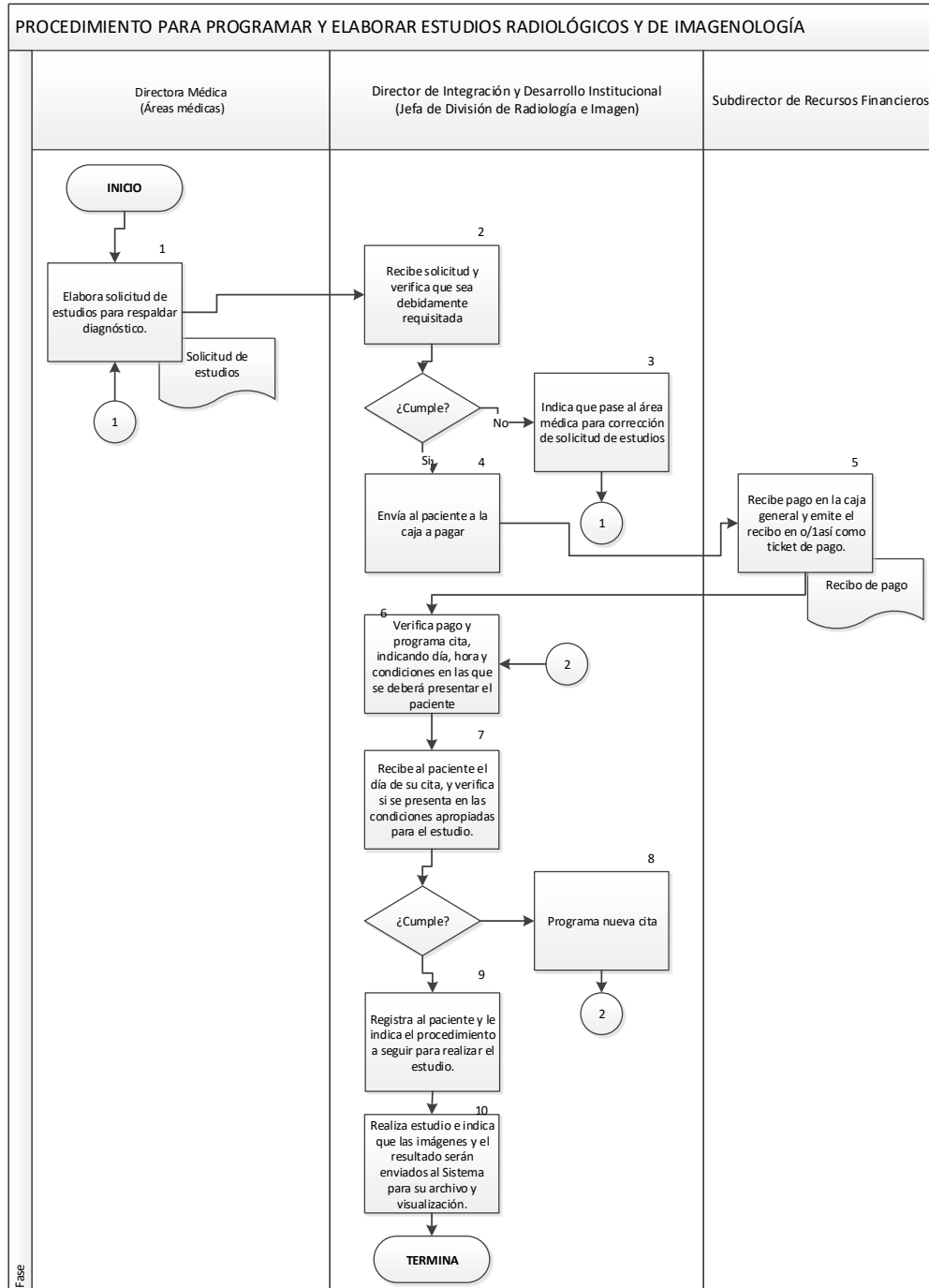
- 3.1 La Subdirección de Cirugía a través de sus Divisiones Quirúrgicas, es responsable de requisitar debidamente la solicitud por escrito de los estudios radiológicos y/o de imagen que requiera el paciente a través del Sistema Digital (SIGHO)
- 3.2 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través de la División de Radiología e Imagen, programará a través del módulo de recepción, las citas de acuerdo a la capacidad operativa y fecha de consulta subsecuente.
- 3.3 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través de la División de Radiología e Imagen, es responsable de dar prioridad en la realización de estudios radiológicos y/o de imagen a los pacientes derivados de urgencias.
- 3.4 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través de la División de Radiología e Imagen, atenderá previa comprobación del pago de cuota de recuperación, según clasificación socioeconómica, exceptuando los exentos de pago autorizados por la Dirección General del Hospital.
- 3.5 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través de la División de Radiología e Imagen deberá indicar al paciente que el día de su cita el paciente deberá presentarse a la hora que se le citó, en las condiciones apropiadas según el estudio programado, en caso contrario deberá programar nuevamente una cita para que sea atendido.
- 3.6 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través de la División de Radiología e Imagen revisará todos los resultados e imágenes en el Sistema RIS-PACS.



	PROCEDIMIENTO
	Subdirección de Pediatría
	Procedimiento para programar y elaborar estudios radiológicos y de imagenología Hoja: 3 de 7

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o anexo
Directora Médica (Áreas médicas)	1	Elabora solicitud de estudios al paciente para respaldar diagnóstico llenando el formato correspondiente.	Solicitud de estudios
Director de Integración y Desarrollo Institucional (Jefa de División de Radiología e Imagen)	2	Recibe solicitud y verifica que sea debidamente requisitada. Procede	
	3	No: Indica que pase al área médica para corrección de solicitud de estudios, regresa a la actividad 1.	
	4	Sí: Envía al paciente a la caja a pagar.	
Subdirector de Recursos Financieros	5	Recibe pago en la caja general y emite el recibo en o/1 así como ticket de pago.	Recibo de pago
Director de Integración y Desarrollo Institucional (Jefa de División de Radiología e Imagen)	6	Verifica pago de los estudios y programa cita de acuerdo a la capacidad operativa, indicando día, hora y condiciones en las que se deberá presentar el paciente para realizar el estudio programado.	Agenda electrónica
	7	Recibe al paciente el día de su cita, y verifica si se presenta en las condiciones apropiadas para el estudio. Procede	
	8	No: Programa nueva cita, regresa a actividad 6.	
	9	Sí: Registra al paciente y le indica el procedimiento a seguir para realizar el estudio.	
	10	Realiza estudio e indica al paciente que las imágenes y el resultado serán enviados al Sistema PACS para su archivo y visualización.	
TERMINA			

5. DIAGRAMA DE FLUJO



 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento para programar y elaborar estudios radiológicos y de imagenología		Hoja: 5 de 7

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Específico	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Solicitud de estudios	3 meses	Dirección de Integración y Desarrollo Institucional (División de Radiología e Imagen)	Fecha y tipo de estudio
7.2 Recibo de pago	5 años	Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Tesorería)	Número de recibo

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO



- 8.1 **Consentimiento Informado.** - Hoja que contiene la explicación del procedimiento a realizar y los riesgos que implica el medio de contraste intravenoso.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO


Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	13 Septiembre 2018	<ul style="list-style-type: none"> Actualización de formato

10. ANEXOS DEL PRODECIMIENTO

- 10.1 Solicitud de Estudios
- 10.2 Recibo de pago

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		Hoja: 6 de 7
	Procedimiento para programar y elaborar estudios radiológicos y de imagenología		

10.1 SOLICITUD DE ESTUDIOS



HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

SOLICITUD DE ESTUDIOS
RADIOLOGÍA E IMAGEN

FECHA DE NACIMIENTO
NÚMERO DE EXPEDIENTE

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

APELLIDO PATERNO	MATERNO	NOMBRE (S)

<table style="width: 100%;"> <tr><td style="text-align: center;">AREA</td></tr> <tr> <td> <input type="radio"/> C. E. <input type="radio"/> HOSP. <input type="radio"/> URG. <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	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td style="text-align: center;">SERVICIO</td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> </table>	SERVICIO	
AREA					
<input type="radio"/> C. E. <input type="radio"/> HOSP. <input type="radio"/> URG. <input type="radio"/> EXTERNO					
SERVICIO					

SEXO
MASC. <input type="radio"/> FEM. <input type="radio"/>

URGENTE
SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>

ESTUDIO SOLICITADO (MARCAR CLAVE AL REVERSO)

--	--

DATOS CLÍNICOS E IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

*EN CASO DE QUE EL ESTUDIO SOLICITADO SEA TOMOGRAFÍA CONTRASTE ENDOVENOSO, ANOTAR EL VALOR DE CREATININA (VIGENCIA DEL ESTUDIO, DOS MESES)

FECHA Y HORA DE SOLICITUD

DIA	MES	AÑO
HORA: 		

MÉDICO SOLICITANTE



NOMBRE Y FIRMA

MÉDICO JEFE DEL SERVICIO


NOMBRE Y FIRMA

OBSERVACIONES POR RADIOLOGÍA E IMAGEN

INDICACIONES AL PACIENTE

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		Hoja: 7 de 7
	Procedimiento para programar y elaborar estudios radiológicos y de imagenología		

10.2 RECIBO DE PAGO



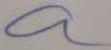
HOSPITAL GENERAL
DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ

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

RECIBO | **61418**


CAJA AUXILIAR No. 9 lunes, 28 de mayo de 2018 09:13:57a.m. Num. Operación 0000000061418

Clave	Concepto	Cantidad	Importe
1715	Hormona Gonadotropina Coriónica Humana o (SESENTA Y SIETE PESOS 00/100 M.N.)	1	\$67.00
Total =>			\$67.00
Efectivo =>			\$70.00
Cambio =>			\$3.00





FIRMA CAJERO



1719364



PACIENTE

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de atención médica-quirúrgica-rehabilitación fuera de quirófanos centrales		Hoja: 1 de 34

**11. PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA- QUIRÚRGICA- REHABILITACIÓN
FUERA DE QUIRÓFANOS CENTRALES**

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de atención médica-quirúrgica-rehabilitación fuera de quirófanos centrales		
			Hoja: 2 de 34

1. PROPÓSITO

Establecer las actividades de todo el personal de salud involucrado para la atención de pacientes que ameriten un procedimiento quirúrgico fuera de quirófanos centrales, para ofrecer un trato digno, calidad y seguridad en la atención del paciente.



2. ALCANCE

2.1. A nivel interno aplica a la Dirección Médica a través de las Subdirecciones Médicas es responsable de la atención médica-quirúrgica- rehabilitación de los usuarios del Hospital, Subdirección de Enfermería responsable de otorgar los cuidados clínicos indicados para cada paciente, Subdirección de Gestión de Calidad encargada de evaluar la seguridad y calidad de atención de los usuarios, así como la evaluación del nivel socioeconómico de los pacientes y Subdirección de Recursos Financieros a través del Departamento de Tesorería es responsable de realizar los cobros de los procedimientos de acuerdo a las cuotas de recuperación establecidas.


2.2. A nivel externo aplica a todo paciente que amerite un procedimiento médico-quirúrgico-rehabilitación fuera de quirófanos centrales.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1. La Dirección Médica está conformada por todas las Subdirecciones, Divisiones y Departamentos médicos y quirúrgicos del Hospital General Dr. Manuel Gea González.
- 3.2. La Subdirecciones Médicas son responsables de realizar este procedimiento a todo paciente ya sea que provenga de la Consulta Externa o Urgencias, y amerite cualquier intervención médica-quirúrgica-rehabilitación en el momento de su atención.
- 3.3. Las Subdirecciones Médicas son responsables de registrar todos los pacientes que se les realice alguna intervención de este tipo en la plataforma electrónica correspondiente, completando todos los campos obligatorios, así como agregar una nota médica en el mismo.
- 3.4. La Subdirección de Cirugía y la Subdirección de Gestión de Calidad a través del Departamento de Trabajo social es responsable de notificar a los familiares y/o paciente que el registro de atención o pago u otro trámite administrativo, cuando el paciente se encuentre grave o inestable, se podrá realizar posterior a la atención médica.
- 3.5. La Subdirección de Cirugía es responsable de que toda Intervención que se realice fuera de quirófanos centrales, debe tener una estimación de duración no superior a 2 horas.
- 3.6. Las Subdirecciones médicas son responsables del llenado correcto y completo del Consentimiento Informado, así como corroborar que este firmado por el personal médico, paciente y sus familiares.
- 3.7. Las Subdirecciones médicas son responsables de realizar la nota médica en el expediente clínico de los pacientes provenientes de la Consulta Externa.
- 3.8. La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica es responsable del llenado de todos los formatos necesarios para este tipo de procedimientos.
- 3.9. La Subdirección de Anestesia a través de la División de Anestesia es responsable del llenado del consentimiento informado, así como todos los formatos necesarios, en caso de que participen en estas intervenciones.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de atención médica-quirúrgica-rehabilitación fuera de quirófanos centrales		
			Hoja: 3 de 34

- 3.10. Las Subdirecciones médicas son responsables de registrar en la plataforma electrónica cada vez que el mismo paciente acuda a sus citas subsecuentes.
- 3.11. En el caso de pacientes de urgencias que no será necesaria la apertura del expediente clínico, solo serán pacientes que se determine que solo se evaluarán en no más de 5 ocasiones y en un periodo no mayor a 4 meses, los cuales deberán ser registrados en la plataforma electrónica y tener consentimiento informado debidamente requisitado y firmado.
- 3.12. La Dirección Médica a través de sus Divisiones y Departamentos Médicos son responsables del resguardo de los consentimientos informados de estos pacientes.
- 3.13. La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica es responsable de apoyar al médico en todo procedimiento médico-quirúrgico, ya sea con la entrega de insumo, asistencia o movilización del paciente.
- 3.14. La Subdirección de Cirugía a través de todas sus Divisiones y Departamentos son responsables de determinar si el paciente acudió por un padecimiento que requiere seguimiento por consulta externa, por lo que realizara apertura expediente, en caso contrario se enviara a su unidad de salud correspondiente.
- 3.15. Las Subdirecciones Médicas son responsables de enviar cualquier muestra de patología con la Solicitud de Estudio Patología y deberán cumplir con todos los requerimientos establecidos en el "Procedimiento de recepción, estudio, interpretación y entrega de resultados de biopsias y especímenes quirúrgicos".

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA
	Procedimiento de atención médica-quirúrgica- rehabilitación fuera de quirófanos centrales Hoja: 4 de 34

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
SUBDIRECCIONES MÉDICAS	1	Realiza PROCEDIMIENTO DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ O CONSULTA SUBSECUENTE	
	2	Agenda paciente para Consulta Subsecuente	
	3	Entrega formato de pago y solicita que lo pague o registre el día de su cita subsecuente	
	4	Solicita expedientes para el día de la Cita Subsecuente	
SUBDIRECCIONES MÉDICAS	5	Recibe los expedientes de la Consulta Subsecuente	Recibo Consentimiento Informado
	6	Recibe al paciente y solicita recibo	
	7	Registra al paciente en Plataforma electrónica	
	8	Solicita firma del Consentimiento Informado ¿Es necesario la participación del Servicio de Anestesiología?	
	9	Si: Notifica al Servicio de Anestesiología que el paciente ya se encuentra preparado.	
SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA (DIVISIÓN DE ANESTESIOLOGÍA)	10	Valora al paciente y solicita firma del Consentimiento Informado	
	11	Realiza PROCEDIMIENTO DE ANESTESIA EN PROCEDIMIENTOS MENORES FUERA DE QUIRÓFANOS CENTRALES	
SUBDIRECCIONES MÉDICAS	12	No: Prepara al paciente	Nota de la Intervención médico-quirúrgica-rehabilitación
	13	Realiza Intervención Médico-quirúrgico-Rehabilitación ¿El paciente presenta alguna complicación durante el procedimiento?	

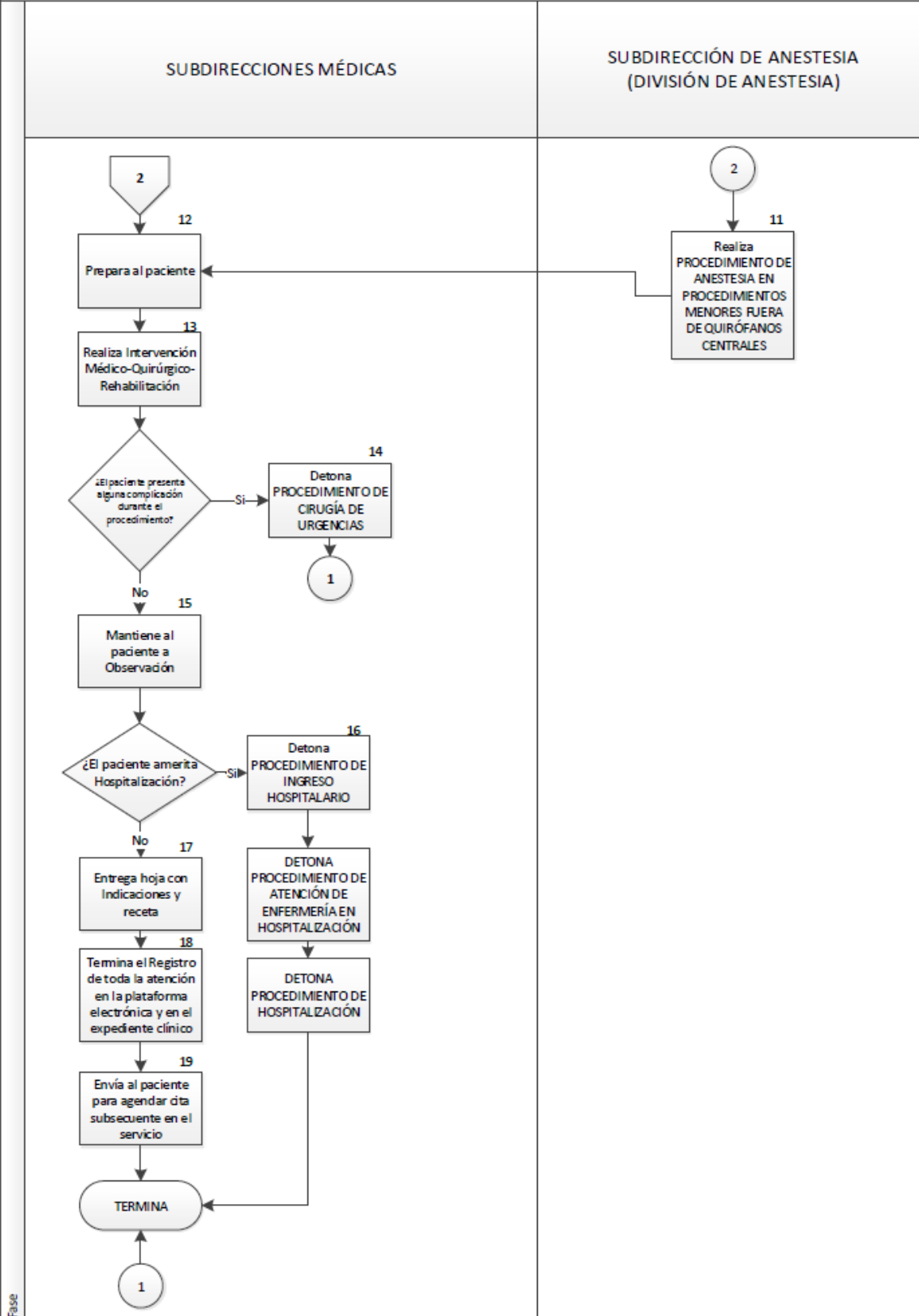
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
	14	Si: Detona PROCEDIMIENTO DE CIRUGÍA DE URGENCIAS. Termina Procedimiento	
	15	No: Mantiene al paciente en Observación ¿El paciente amerita hospitalización?	
	16	Si: Detona PROCEDIMIENTO DE INGRESO HOSPITALARIO	
		Detona PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN	
		Detona PROCEDIMIENTO DE HOSPITALIZACIÓN. Termina Procedimiento.	
	17	No: Entrega Hoja de Indicaciones y receta	
	18	Termina el registro de toda la atención en la plataforma electrónica y en el expediente clínico	
	19	Envía al paciente para agendar cita subsecuente en el servicio.	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
SUBDIRECCIONES MÉDICAS	1	Inicia PROCEDIMIENTO DE CIRUGÍA DE URGENCIAS	Recibo Consentimiento Informado
	2	Solicita al paciente que acuda a cajas a registro o pago del procedimiento	
	3	Envía al paciente a la sala o área donde se le realizara la intervención médico-quirúrgica.	
	4	Registra al paciente en la Plataforma Electrónica, la descripción del procedimiento.	
	5	Solicita firma del Consentimiento Informado ¿Es necesario la participación del Servicio de Anestesiología?	
	6	Si: Notifica al Servicio de Anestesiología que el paciente ya se encuentra preparado	
SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA (DIVISIÓN DE ANESTESIOLOGÍA)	7	Valora al paciente y solicita firma del Consentimiento Informado	
	8	Realiza PROCEDIMIENTO DE ANESTESIA EN PROCEDIMIENTOS MENORES FUERA DE QUIRÓFANOS CENTRALES	
SUBDIRECCIONES MÉDICAS	9	No: Prepara al paciente	Nota de la Intervención médico-quirúrgica-rehabilitación
	10	Realiza Intervención Médico-quirúrgico-Rehabilitación ¿El paciente presenta alguna complicación durante el procedimiento?	
	11	Si: Detona PROCEDIMIENTO DE CIRUGÍA DE URGENCIAS. Termina Procedimiento	
	12	No: Mantiene al paciente en Observación ¿El paciente amerita hospitalización?	
	13	Si: Detona PROCEDIMIENTO DE INGRESO HOSPITALARIO Detona PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN	

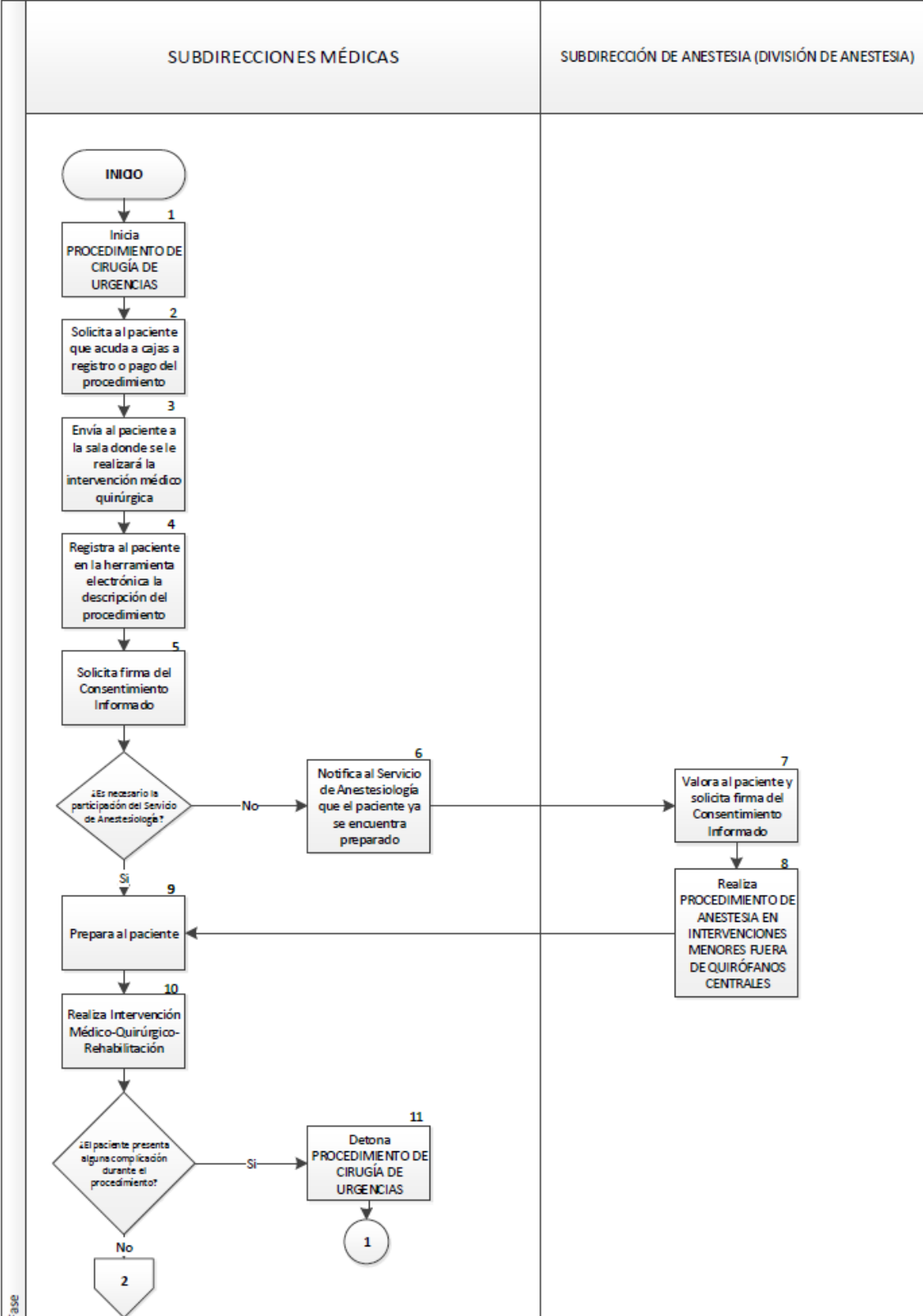
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
		<p>DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN</p> <p>Detona PROCEDIMIENTO DE HOSPITALIZACIÓN, termina procedimiento.</p>	
	14	No: Entrega Hoja de Indicaciones y receta	
	15	Termina el registro de toda la atención en la plataforma electrónica y en el expediente clínico	
	16	<p>Imprime Notas e Integra carpeta con ID de Plataforma Electrónica</p> <p>¿El paciente cuenta con expediente clínico?</p>	
	17	Si: Envía las Notas al Departamento de Admisión y Archivo Clínico. Va actividad 19	
	18	No: Resguarda las Notas en Carpeta de Urgencias	
	19	Envía al paciente para agendar cita subsecuente en el servicio, en caso necesario.	
	20	<p>Realiza PROCEDIMIENTO DE URGENCIAS SUBSECUENTE.</p> <p>TERMINA PROCEDIMIENTO</p>	



PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA-QUIRÚRGICA- REHABILITACIÓN FUERA DE QUIROFANOS CENTRALES EN CONSULTA EXTERNA



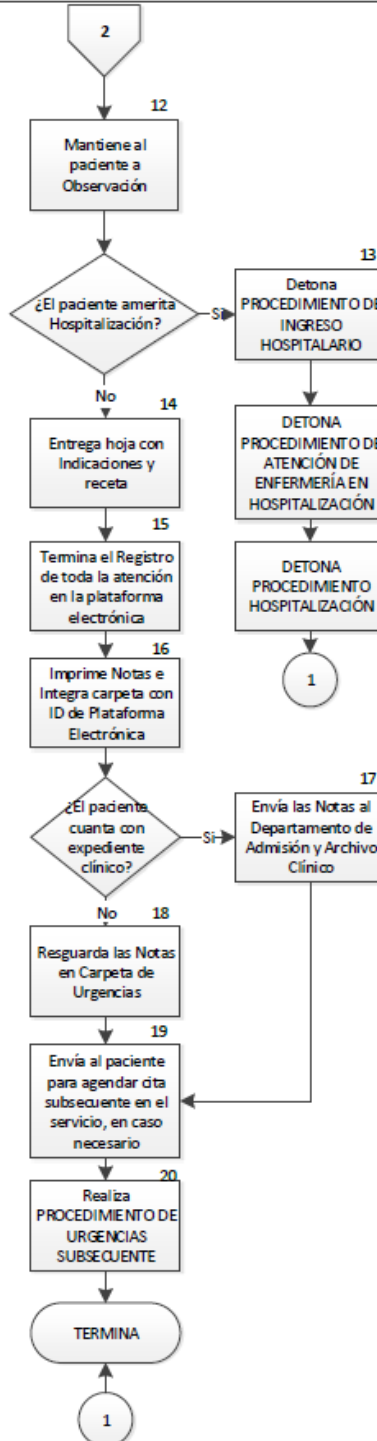
PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA-QUIRÚRGICA- REHABILITACIÓN FUERA DE QUIROFANOS CENTRALES EN URGENCIAS







PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA-QUIRÚRGICA- REHABILITACIÓN FUERA DE QUIROFANOS CENTRALES EN URGENCIAS

SUBDIRECCIONES MÉDICAS



 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de atención médica-quirúrgica-rehabilitación fuera de quirófanos centrales		Hoja: 12 de 34

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Funcional	No aplica
6.2 Guía Técnica para la Elaboración de Manuales de Procedimientos	No aplica
6.3 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico	No aplica
6.4 Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2018 que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos médicos para la atención médica de pacientes ambulatorios.	No aplica
6.5 Guías clínicas mexicanas e internacionales de cirugía menor	No aplica

7. REGISTROS



Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Expediente Clínico	5 años	Departamento de Admisión Hospitalaria y Archivo Clínico	No. de registro

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Consentimiento Informado: documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente.

8.2 Expediente clínico: al conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.

8.3 Hoja de egreso voluntario: Documento por medio del cual el paciente, el familiar más cercano, tutor o representante legal, solicita el egreso, con pleno conocimiento de las consecuencias que dicho acto pudiera originar.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de atención médica-quirúrgica-rehabilitación fuera de quirófanos centrales		Hoja: 13 de 34



8.4 Servicios de hospitalización: Servicio que cuenta con camas censables para atender pacientes internos; proporcionar atención médica con el fin de realizar diagnósticos, aplicar tratamientos y cuidados continuos de enfermería.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
0	07/12/2021	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LA DIVISIÓN DE CIRUGÍA GENERAL Y ENDOSCOPICA
- 10.2 PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LA DIVISIÓN DE CIRUGÍA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA
- 10.3 PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LA DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA
- 10.4 PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LA DIVISIÓN DE UROLOGÍA
- 10.5 PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LA DIVISIÓN DE ORTOPEDIA
- 10.6 PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LA DIVISIÓN DE OTORRINOLARINGOLOGÍA
- 10.7 PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LA DIVISIÓN DE GINECOLOGÍA
- 10.8 PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LA DIVISIÓN DE MEDICINA INTERNA
- 10.9 PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LA DIVISIÓN DE NEONATOLOGÍA
- 10.10 PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LA DIVISIÓN DE DERMATOLOGÍA
- 10.11 PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS DE LA DIVISIÓN DE ÁREAS CRÍTICAS PEDIATRICAS
- 10.12 SEU-GEA
- 10.13 RDPAC-SINBA
- 10.14 CONSENTIMIENTO INFORMADO
- 10.15 NOTA DE EVOLUCIÓN
- 10.16 SOLICITUD DE ESTUDIO DE PATOLOGIA
- 10.16 SOLICITUD DE HISTOPATOLOGÍA DE DERMATOPATOLOGÍA
- 10.17 CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de atención médica-quirúrgica-rehabilitación fuera de quirófanos centrales		Hoja: 14 de 34

10.1 PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LA DIVISIÓN DE CIRUGÍA GENERAL Y ENDOSCOPICA

CIRUGÍA GENERAL

1. LAVADO DE INFECCIONES DE TEJIDO CELULAR SUSBCUTANEO QUE NO REQUIERA ANESTESIA
2. CURACIÓN SIMPLE
3. RETIRO DE PUNTOS
4. RECAMBIO DE VAC QUE NO REQUIERA ANESTESIA
5. EXCISIÓN DE GANGLIO SUPERFICIAL
6. EXCISIÓN DE LIPOMA Y OTRAS LESIONES SUPERFICIALES

CIRUGÍA VASCULAR

1. COLOCACIÓN DE CATETER VENOSO CENTRAL

CIRUGÍA DE TORAX



1. COLOCACIÓN DE SONDA PLEUROSTOMÍA

UTI

1. TRAQUEOSTOMIA PERCUTANEA
2. BRONCSCOPIA
3. COLOCACIÓN DE CATETER VENOSO CENTRAL



ENDOSCOPIA

1. ESTUDIOS ENDOSCOPICOS

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de atención médica-quirúrgica-rehabilitación fuera de quirófanos centrales		Hoja: 15 de 34



10.2 PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LA DIVISIÓN DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA

1. APLICACIÓN DE PLASMA RICO EN PLAQUETAS
2. AVANCE, TRANSPOSICIÓN O ROTACIÓN DE COLGAJOS
3. BICHATECTOMÍA
4. BLEFAROPLASTIA SUPERIOR E INFERIOR (CASOS SELECCIONADOS)
5. COLGAJOS LOCALES
6. CORRECCIONES CICATRICES
7. CORRECCIÓN DE ECTOPRIÓN POR PARALISIS FACIAL, SENIL O IATROGÉNICO
8. CORRECCIÓN POSTMAMOPLASTIA, ABDOMINOPLASTÍA U OTROS PROCEDIMIENTOS CON RESECCIÓN DE PIEL (PLIGUES DE ROTACIÓN)
9. CORRECCIÓN DE PTOSIS PALPEBRAL ADQUIRIDA
10. FRENILECTOMÍA
11. LIBERACIÓN DE DEDO EN GATILLO
12. LIBERACIÓN DE PEDICULO EN COLGAJOS PEDICULADOS
13. LIBERACIÓN DEL TÚNEL DE CARPO
14. LIPOTRASNFERENCIA EN LABIOS, SURCOS NASOGENIANOS, CICATRICES DEPRIMIDAS
15. LOBULOPLASTÍAS
16. MICROINJERTOS Y NANOINJERTOS DE GRASA
17. OTOPLASTÍAS
18. PROFUNDIZACIÓN DE FONDO DE SACO VESTIBULAR
19. PROFUNDIZACIÓN DE CONCHA AURICULAR
20. PEXIA DE CEJAS
21. RECONSTRUCCIÓN DE COMPLEJO AREOLA-PEZÓN
22. REPOSICIÓN DE ALARES EN LPH
23. RESECCIÓN DE TUMORES BENIGNOS DE PIEL
24. RESECCIÓN DE TUMORES MALIGNOS DE PIEL NO PERTENECIENTES A ZONAS ESPECIALES
25. TOMA Y APLICACIÓN DE INJERTOS DE ESPESOR TOTAL
26. TOMA Y APLICACIÓN DE INJERTOS DE ESPESOR PARCIAL PEQUEÑOS
27. TOMA Y APLICACIÓN DE INJERTOS DE CONCHA AURICULAR



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de atención médica-quirúrgica-rehabilitación fuera de quirófanos centrales		Hoja: 16 de 34

10.3 PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LA DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA

1. FACOEMULSIFICACIÓN MÁS IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR
2. IMPLANTE DE VÁLVULA DE AHMED
3. TRABECULECTOMÍA
4. TRABECULOTOMÍA ASISTIDA POR GONIOSCOPIA
5. EXTRACCIÓN EXTRACAPSULAR DE CATARATA MÁS IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR
6. RECOLOCACIÓN DE PUNTO
7. EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO
8. CURETAJE DE CHALAZIÓN
9. CIERRE DE HERIDA PALPEBRAL
10. CANTOTOMÍA CANTOLISIS
11. RESECCIÓN DE PTERIGIÓN
12. IMPLANTE DE LENTE SECUNDARIO
13. RECOLOCACIÓN DE LENTE INTRAOCULAR
14. DESTECHAMIENTO DE VÁLVULA
15. CIERRE DE HERIDA CORNEAL (ALGUNOS CASOS)
16. TARSORRAFIA
17. BLEFAROPLASTIA DE AMBOS PÁRPADOS
18. REFORMACIÓN DE CÁMARA ANTERIOR
19. LAVADO DE CÁMARA ANTERIOR
20. RECOLOCACIÓN DE TUBO
21. RETIRO DE VÁLVULA
22. RETIRO DE BANDA
23. RECONSTRUCCIÓN DE CANALÍCULO
24. CANALICULOPLASTÍA
25. PUNTOPLASTÍA
26. PUNTOS DE QUICKERT
27. CORRECCIÓN DE ECTROPIÓN
28. CORRECCIÓN DE ENTROPIÓN
29. TIRATARSAL
30. LIPECTOMÍA
31. TOMA DE BIOPSIA PALPEBRAL
32. TOMA DE BIOPSIA CONJUNTIVAL O CORNEAL
33. RECONSTRUCCIÓN PALPEBRAL
34. IRIDECTOMÍA
35. PEXIA DE CEJA
36. NEUMORETINOPEXIA
37. CORRECCIÓN DE ESTRABISMO
38. ESCLERECTOMÍA PROFUNDA NO PENETRANTE
39. CICLOCRIOTERAPIA
40. TRASPLANTE DE CÉLULAS DE LIMBO
41. IMPLANTE DE ANILLOS INTRACORNEALES
42. IMPLANTE DE LENTE FAQUICO

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de atención médica-quirúrgica-rehabilitación fuera de quirófanos centrales		Hoja: 17 de 34

43. VITRECTOMÍA ANTERIOR
44. RECONSTRUCCIÓN DEL SEGMENTO ANTERIOR
45. COLGAJO CONJUNTIVAL
46. INJERTO ESCLERALES CON COLGAJO CONJUNTIVAL
47. RECUBRIMIENTO CON MUCOSA
48. LIBERACIÓN SIMBLEFARON
49. CROSSLINKING

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de atención médica-quirúrgica-rehabilitación fuera de quirófanos centrales		Hoja: 18 de 34



10.4 PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LA DIVISIÓN DE UROLOGÍA

URGENCIAS

1. URETEROSCOPIAS
2. CISTOSCOPIAS
3. URETROSTOMIAS INTERNAS
4. LIPTOTRIPSIAS
5. NEFROSTOMIAS
6. COLOCACIÓN DE CATETES URETERALES DOBLE J
7. BIOPSIA
8. COLOCACIÓN DE SONDA URETRAL



CONSULTA EXTERNA

1. CAMBIO DE SONDA
2. DILTACIONES URETRALES
3. APLICACIÓN DE INMUNOTERAPIA
4. CURACIONES
5. ESTUDIOS URODINAMICOS
6. UROFLUJOMETRÍA

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de atención médica-quirúrgica-rehabilitación fuera de quirófanos centrales		Hoja: 19 de 34

10.5 PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LA DIVISIÓN DE ORTOPEDIA

1. SUTURAS DE PIEL Y TENDONES
2. CAMBIOS DE SISTEMAS DE PRESIÓN NEGATIVA
3. RETIRO DE TORNILLOS DE SITUACIÓN
4. RETIRO DE FIJADORES EXTERNOS
5. RETIRO DE CLAVILLOS
6. CURACIONES
7. RETIRO DE PUNTOS
8. CURACIONES SIMPLES
9. COLOCACIÓN Y RETIRO DE YESOS

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de atención médica-quirúrgica-rehabilitación fuera de quirófanos centrales		Hoja: 20 de 34

10.6 PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LA DIVISIÓN DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

OÍDO

- EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO O CERUMEN DEL CONDUCTO AUDITIVO
- MIRINGOTOMÍA
- INYECCIÓN INTRATIMPÁNICA

NARIZ Y SENOS PARANASALES

- CONTROL DE EPISTAXIS MEDIANTE TAPONAMIENTO NASAL
- CONTROL DE EPISTAXIS MEDIANTE CAUTERIZACIÓN QUÍMICA O ELÉCTRICA
- EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE FOSAS NASALES O DE NASOFARINGE
- BIOPSIA INCISIONAL DE TUMORACIÓN NASAL

CAVIDAD ORAL Y FARINGE



- BIOPSIA INCISIONAL O EXCISIONAL DE LESIONES EN CAVIDAD ORAL, NASOFARINGE, OROFARÍNGE O HIPOFARINGE
- EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN BASE DE LENGUA, FARINGE O LARINGE

LARINGE

- APLICACIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA O DE RELLENOS EN MÚSCULOS LARÍNGEOS O CUERDAS VOCALES
- BIOPSIA DE LESIÓN LARÍNGEA

CUELLO

- CIERRE DE FÍSTULA TRAQUEOCUTÁNEA
- BIOPSIA POR ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA
- BIOPSIA INCISIONAL O EXCISIONAL DE ADENOPATÍA CERVICAL

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de atención médica-quirúrgica-rehabilitación fuera de quirófanos centrales		Hoja: 21 de 34

10.7 PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LA DIVISIÓN DE GINECOLOGÍA

HISTEROSCOPIA DE CONSULTORIO

1. POLIPECTOMIA
2. MIOMECTOMIA
3. ADHERENCIOLISIS
4. RETIRO DE DIU
5. SEPTOPLASTIA
6. BIOPSIA DE ENDOMETRIO

DISPLASIAS



1. CRIOCIRUGÍA
2. ELECTROCIRUGÍA
3. COLPOSCOPIA
4. OROSCOPIA
5. ANOSCOPIAS
6. BIOPSIAS CERVICALES
7. BIOPSIAS VAGINALES
8. BIOPSIAS VULVARES
9. APLICACIÓN ATAC
10. TOMA DE CITOLOGIAS ORALES, VULVARES Y ANALES
11. RESECCIÓN DE CONDILOMAS

UROGINECOLOGÍA Y PISO PELVICO

1. COLOCACIÓN DE SONDAS
2. PRUEBA DE PESARIOS
3. ENSEÑANZA DE AUTOCATETERISMO
4. URODINAMIA
5. FLUJOMETRÍA
6. BIOPSIAS DE ÓRGANOS PELVICOS
7. INFILTRACIÓN DE MÚSCULOS PÉLVISOS
8. DILATACIÓN VAGINAL

URGENCIAS GINECO-OBSTÉTRICAS

1. ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA
2. DRENAJE DE ABSCESO DE GLÁNDULA DE BARTHOLIN
3. BIOPSIA CERVICAL
4. CURACIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA
5. DRENAJE DE ABSCESO MAMARIO



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de atención médica-quirúrgica-rehabilitación fuera de quirófanos centrales		
			Hoja: 22 de 34

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

1. RETIRO DE IMPLANTE SUBDÉRMICO

CONSULTA EXTERNA

1. CURACIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA
2. BIOSIA CERVICAL
3. BIOPSIA VAGINAL
4. BIOPSIA VULVAR
5. BIOPSIA DE MAMA

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de atención médica-quirúrgica-rehabilitación fuera de quirófanos centrales		Hoja: 23 de 34

10.8 PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LA DIVISIÓN DE MEDICINA INTERNA

CARDIOLOGÍA

1. ELECTROCARDIOGRAMA ESTÁTICO

ENDOCRINOLOGIA



1. BIOPSIA POR ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA DE GLÁNDULA TIROIDES (TOMA)

NEUROLOGÍA

1. PUNCIÓN LUMBAR
2. INFILTRACIÓN PERICRANEAL PARA CEFALÉAS



REUMATOLOGÍA

1. ARTROCENTESIS
2. ULTRASONIDO ARTICULAR (CON EQUIPO PROPIO)
3. INFILTRACIÓN ARTICULAR

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		Hoja: 24 de 34
	Procedimiento de atención médica-quirúrgica- rehabilitación fuera de quirófanos centrales		



10.9 PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LA DIVISIÓN DE NEONATOLOGÍA

1. PUNCIÓN VENOSA PARA TOMA DE MUESTRA SANGUÍNEA.
2. PUNCIÓN ARTERIAL PARA GASOMETRÍA.
3. COLOCACIÓN DE SONDA OROGÁSTRICA.
4. INTUBACIÓN OROTRAQUEAL.
5. COLOCACIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL.
6. COLOCACIÓN DE CATÉTERES UMBILICALES VENOSO Y ARTERIAL.
7. COLOCACIÓN DE SONDA PLEURAL
8. COLOCACIÓN DE SONDA URINARIA
9. REANIMACIÓN NEONATAL.
10. ASPIRACIÓN DE SECRECIONES TRAQUEALES.
11. PUNCIÓN LUMBAR.
12. HEMOCULTIVO.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de atención médica-quirúrgica-rehabilitación fuera de quirófanos centrales		Hoja: 25 de 34



10.10 PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LA DIVISIÓN DE DERMATOLOGÍA

1. CIRUGÍA DE UÑA DIAGNÓSTICA
2. CIRUGÍA MENOR DIAGNÓSTICA
3. CIRUGÍA MAYOR DIAGNÓSTICA
4. BIOPSIA (BISTURÍ)
5. BIOPSIA POR SACABOCADO
6. BIOPSIA POR RASURADO
7. CIRUGÍA DE UÑA TERAPÉUTICA
8. CIRUGÍA MENOR TERAPÉUTICA
9. CIRUGÍA MAYOR TERAPÉUTICA
10. RECONSTRUCCIÓN POR COLGAJO
11. RECONSTRUCCIÓN POR INJERTO
12. *CRIOCIRUGÍA*
13. *ELECTROFULGURACIÓN*
14. *DEBRIDACIÓN*
15. *RASURADO DE FIBROMAS*
16. DESBRIDAMIENTO QUIRÚRGICO
17. TERAPIA POR PRESIÓN NEGATIVA
18. DESBRIDAMIENTO ULTRASÓNICO
19. INJERTOS
20. CURACIÓN RUTINARIA O REVISIÓN
21. INFILTRACIÓN DE SUBSTANCIAS
22. RETIRO DE PUNTOS
23. *EXTRACCIÓN DE COMEDÓN*
24. *CURETAJE CONSULTA*
25. *APLICACIÓN INTRALESIONAL DE MEDICAMENTOS*
26. DESBRIDAMIENTO BIOLÓGICO
27. YESO DE CONTACTO LOCAL
28. SISTEMA DE COMPRESIÓN DE 4 COMPONENTES
29. SISTEMA DE COMPRESIÓN DE 3 COMPONENTES
30. SISTEMA DE COMPRESIÓN DE 2 COMPONENTES
31. SISTEMA DE COMPRESIÓN DE 1 COMPONENTE
32. CURACIÓN SIN APÓSITO ANTIMICROBIANO
33. CURACIÓN CON APÓSITO ANTIMICROBIANO
34. CURETAJE TERAPÉUTICO

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de atención médica-quirúrgica-rehabilitación fuera de quirófanos centrales		Hoja: 26 de 34

10.11 PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS DE LA DIVISIÓN DE ÁREAS CRÍTICAS PEDIÁTRICAS

1. ASPIRACIÓN DE SECRECIONES
2. COLOCACIÓN DE CÁNULA INTRAÓSEA
3. COLOCACIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL
4. COLOCACIÓN DE MASCARILLA FACIAL
5. COLOCACIÓN DE PUNTAS NAALES
6. COLOCACIÓN DE SONDA DE GASTROSTOMÍA
7. COLOCACIÓN DE SONDA NASOGÁSTRICA
8. COLOCACIÓN DE SONDA OROGÁSTRICA
9. COLOCACIÓN DE SONDA PLEURAL
10. COLOCACIÓN DE SONDA URINARIA
11. COLOCACIÓN DE VENOCLISIS
12. CURACIONES
13. ENEMAS
14. GLUCOMETRÍA
15. HIDRATACIÓN
16. INMOVILIZACIÓN CERVICAL
17. INMOVILIZACIÓN DE EXTREMIDADES
18. INTUBACIÓN OROTRAQUEAL
19. LAVADO GÁSTRICO
20. NEBULIZACIONES
21. REANIMACIÓN NEONATAL
22. REANIMACIÓN PEDIÁTRICA
23. REDUCCIÓN DE FRACTURAS
24. SEDACIÓN
25. SUTURAS
26. TAPONAMIENTO NASAL
27. GASOMETRÍA ARTERIAL
28. TOMA DE LABORATORIOS EN VENA (VENODISECCIÓN)
29. VENTILACIÓN NO INVASIVA CON PUNTAS NAALES DE ALTO FLUJO

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de atención médica-quirúrgica-rehabilitación fuera de quirófanos centrales		Hoja: 27 de 34

10.12 SEU-GEA


Login

08/12/2021
06:14:24 p. m

Usuario:

Contraseña:

Ingresar
Salir de la aplicación



Menú ×

Fecha: 08/12/2021 Hora de Ingreso: 06:14:50 p. m.



BUSCAR PACIENTE





IMPRIMIR HOJAS DE TRIAGE



Salir

Menú Consulta

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de atención médica-quirúrgica-rehabilitación fuera de quirófanos centrales		Hoja: 28 de 34

10.13 RDPAC-SINBA



10.14 CONSENTIMIENTO INFORMADO



SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
Calz. De Tlalpan 4800, Col. XVI
Tlalpan D.F. C.P. 14080 Tel. 40 0030 00

**CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN
(AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS E INVASIVOS)
DE ACUERDO CON EL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE
SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA, CAPÍTULO IV, ARTÍCULOS, 80, 81, 82 Y 83.**

El (a) suscrito (a) paciente de esta institución, con fecha de nacimiento _____ con expediente número _____ en pleno uso de mis facultades mentales, declaro que el DR. _____ me ha explicado ampliamente que en mi situación es conveniente realizar el siguiente acto médico _____

En un lenguaje claro y sencillo que he comprendido, se me han expuesto los riesgos que todo acto médico, diagnóstico o terapéutico, sea quirúrgico o no quirúrgico lleva implícito así como las complicaciones mayores y menores que pueden surgir, en ocasiones potencialmente serias que pueden provocar la muerte o que requieran procedimientos y/o tratamientos complementarios, médicos o quirúrgicos que incrementen la estancia hospitalaria

También se ha mencionado que dichas complicaciones pueden ser derivadas directamente de la propia técnica, pero otras dependerán del procedimiento, del estado previo del paciente y de los tratamientos que esté recibiendo o de las posibles anomalías anatómicas y/o de la utilización de equipos médicos. Entre las complicaciones que pueden surgir en mi caso, se encuentran _____

Y dentro de los beneficios esperados del procedimiento quirúrgico y/o invasivo son: _____

Así como las posibles alternativas al tratamiento médico y/o quirúrgico _____

Se me ha explicado que en mi atención podrían intervenir médicos en formación de la especialidad, pero siempre bajo la vigilancia y supervisión de mi Médico responsable

El médico me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado, por ello manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y que comprende el alcance y los riesgos del acto médico y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice el procedimiento _____ así mismo Autorizo al personal médico del Hospital General "DR. Manuel Gea González", para que atienda las contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva

Me ha quedado claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo.

En México, D.F. a los _____ días del mes de _____ del 20 _____



Hora: _____

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE COMPLETO, FIRMA
Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		Hoja: 31 de 34
	Procedimiento de atención médica-quirúrgica-rehabilitación fuera de quirófanos centrales		

10.16 SOLICITUD DE ESTUDIO DE PATOLOGÍA



HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"



DIVISIÓN DE ANATOMÍA PATOLÓGICA
SOLICITUD DE ESTUDIO BIOPSIAS Y PIEZAS QUIRÚRGICAS

BIOPSIA No. _____

NOMBRE: _____ No. EXPEDIENTE: _____
(APELLIDO PATERNO MATERNO NOMBRE "S")

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ SEXO: F ____ M ____

CAMA: _____ PISO: _____ SERVICIO: _____ FECHA: _____

MÉDICO RESPONSABLE _____
(NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL)

PIEZA OPERATORIA ENVIADA:

DATOS CLÍNICOS:

DIAGNÓSTICO DE PRESUNCIÓN:



OBSERVACIONES:

NOTA: PARA UNA INTERPRETACIÓN ADECUADA DEL ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO ES INDISPENSABLE INFORMACIÓN CLÍNICA. LE SOLICITAMOS LLENAR ADECUADAMENTE LA SOLICITUD.

No. LICENCIA SANITARIA: 101404673

10.16 SOLICITUD DE HISTOPATOLOGÍA DE DERMATOPATOLOGÍA

Nombre	<input type="text"/>	CURP	<input type="text"/>	Biopsia GEA-	<input type="text"/>
Fecha Recepción Muestra	<input type="text"/>	Fecha Emisión Reporte	<input type="text"/>	Registro	<input type="text"/>
Sexo	<input type="text"/>	Edad años	<input type="text"/>	Teléfono	<input type="text"/>
Origen	<input type="text"/>	Residencia	<input type="text"/>	Servicio solicitante	DermaGea - Piso <input type="text"/>
		Ocupación	<input type="text"/>		
Topografía	<input type="text"/>				
Morfología	<input type="text"/>				
Tiempo de Evolución	<input type="text"/>				
Datos clínicos y tratamiento	<input type="text"/>				
Diagnóstico Clínico	<input type="text"/>				
Médico Clínico	<input type="text"/>			Reportar Márgenes	Si - No
Sitio de Biopsia	<input type="text"/>		Tipo Biopsia	Excisional-Incisional Huso-	
Descripción Macroscópica	<input type="text"/>				
Descripción Histológica	<input type="text"/>				
Diagnóstico Histológico	<input type="text"/>				
Nota:	<input type="text"/>				
Médico Patólogo	<input type="text"/>				

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de atención médica-quirúrgica-rehabilitación fuera de quirófanos centrales		
			Hoja: 33 de 34

10.17 CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
Calz. De Tlalpan 4800, Col. Sección 16,
Tlalpan Ciudad de México C.P 14080 Tel. 55 40 00 30 00



**CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN
(AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO PARA LA COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO
INTRAUTERINO)
DE ACUERDO A LA LEY GENERAL DE SALUD TITULO TERCERO EN MATERIA DE
PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD, CAPÍTULO VI. SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN
FAMILIAR ART. 67, 68, 69, 70 Y 71.**

La suscrita paciente de esta institución, con fecha de nacimiento _____ con número de expediente clínico _____ en pleno uso de mis facultades, declaro que el Dr. (la Dra.)

_____ Adscrito (a) a la División de _____ me ha proporcionado

información amplia y precisa de usar método anticonceptivo para cuidar mi salud y prevenir embarazos, por lo que entiendo y declaro lo siguiente:

En un lenguaje claro y sencillo que he comprendido, que el DIU es un dispositivo de distintos materiales, recubierto por metales o que contiene medicamentos, que se coloca dentro del útero con fines anticonceptivos y/o como tratamiento de algunas metrorragias.

La colocación del DIU y del modelo serán indicados en consulta ambulatoria, unidad toco quirúrgica y hospitalización por el médico la(médica) ginecólogo (o) que indicará los controles posteriores a los que debo someterme, así como la duración del mismo.

Beneficios: Anticonceptivos () tratamiento de algunas metrorragias ().

Alternativas. Existen otros muchos métodos anticonceptivos, tanto temporales, como anticoncepción hormonal (tanto por vía oral, transcutánea o vaginal), preservativos, etc., como permanentes como la obstrucción tubárica o la vasectomía masculina. De todos estos métodos he sido ampliamente informada.

También en caso de DIU HORMONAL con progestágenos, existe la alternativa de hormonoterapia por otras vías como la oral.

Consecuencias previsibles de su realización anticoncepción. En el caso del DIU hormonal, el derivado de la propia hormona que lleva.

Consecuencias previsibles de su no realización. En el caso de que no se inserte no se estará protegida con un método anticonceptivo. En caso del DIU hormonal, no recibirá la hormonoterapia, que su patología endometrial aconseja recibir, y se puede evolucionar con metrorragias u otras patologías endometriales más graves.

RIESGOS FRECUENTES

1. En el momento de la inserción:

- Dolor. - Perforación uterina. - Infección en un período menor de un mes. Pasado este período de tiempo la infección se debe a otras causas y no al DIU.

2. En la evolución:

- Gestación (0.3 Y0.15%). Si ésta se produce, existe un mayor riesgo de aborto y de embarazo ectópico.

- Descenso y expulsión.

Puede ser asintomático o cursar con dolor o sangrado.



- Alteraciones menstruales: aumento de la cantidad y/o duración del sangrado menstrual, manchado intermenstrual, así como disminución e incluso ausencia de menstruación con los DIUs con medicación.

- Dolor.

- Migración a cavidad abdominal con las complicaciones subsiguientes.

3. En su extracción: - Pérdida de referencia de los hilos y la rotura con retención de un fragmento.

En caso de producirse alguna de estas complicaciones el ginecólogo me indicará la necesidad de someterme a las pruebas o tratamientos complementarios necesarios, que pueden ser: Extracción

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de atención médica-quirúrgica-rehabilitación fuera de quirófanos centrales		Hoja: 34 de 34

si hubiera gestación o infección, tratamiento antibiótico, laparoscopia/microlaparotomía si perforación o embarazo ectópico, histeroscopia.

4. En caso de DIU hormonal:

El derivado del gestágeno que lleva el dispositivo. Sus riesgos son similares al tratamiento por vía oral u otras vías de administración.

Riesgos poco frecuentes, cuando sean de especial gravedad y estén asociados al procedimiento por criterios científicos.

Riesgos y consecuencias en función de la situación clínica del paciente y de sus circunstancias personales o profesionales.

Contraindicaciones

Cuando la paciente tenga contraindicado el cobre, en caso de ciertas enfermedades. En caso de DIU hormonal, cuando la paciente tenga contraindicado los gestágenos.

Se me ha explicado que en mi atención podrían intervenir médicos en formación de la especialidad, pero siempre bajo la vigilancia y supervisión de mi Médico (a) responsable.

El médico me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

Por lo anterior es mi decisión libre, consciente e informada, aceptar el siguiente método: **Dispositivo intrauterino (DIU)**

así mismo Autorizo al personal médico del Hospital General "Dr. Manuel Gea González" para que atienda las contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva.

Me ha quedado claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo.

Lugar y fecha:

Aceptante. _____ **Edad:** _____
Nombre completo y firma

Testigo

Testigo

Nombre completo y firma



Nombre completo y firma

Unidad Médica donde se otorgó el método



Persona que otorgo el método

Hospital General Dr. Manuel Gea González

Nombre completo y firma

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA DE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO O INTERCONSULTA EN INSTITUCIONES DE APOYO		Hoja: 1 de 15

12. PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA DE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO O INTERCONSULTA EN INSTITUCIONES DE APOYO

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA DE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO O INTERCONSULTA EN INSTITUCIONES DE APOYO		Hoja: 2 de 15

1. PROPÓSITO



Establecer y difundir los lineamientos operativos para la Referencia de pacientes del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” a otras Unidades Hospitalarias e Institutos de Salud en el caso de requerir de Estudios Auxiliares de Diagnóstico o Interconsulta de Especialidad con los que no se cuente en esta unidad y sean necesario para concluir el proceso diagnóstico y/o coadyuvar al tratamiento del paciente.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno es aplicable a las Subdirecciones Médicas responsables de las valoraciones médicas y solicitar los estudios auxiliares para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes, Subdirección de Gestión de Calidad a través del Departamento de Trabajo Social responsable de elaborar la hoja frontal, Dirección Médica responsable de autorizar los traslados de los pacientes, Departamento de Enfermería Clínica (supervisoras) responsables de coordinar el traslado, Subdirección de Servicios Ambulatorios, a la División de Consulta Externa, Referencia y Contrarreferencia responsable de dar seguimiento de las referencias realizadas en todos los servicios del hospital
- 2.2. A nivel externo aplica al paciente que amerita algún Estudio de Auxiliar de Diagnóstico y/o Interconsulta en Instituciones de Apoyo.


3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través de la Jefatura de la División de Consulta Externa, Referencia y Contrarreferencia es la responsable de coordinar a todas las áreas médicas y administrativas para que se apliquen los lineamientos para la Referencia de Estudios Auxiliares de Diagnóstico o Interconsulta en Instituciones de Apoyo.
- 3.2. Las Subdirecciones Médicas a través de las Jefaturas de División y Departamento son responsables de valorar la necesidad de solicitud de Estudios Auxiliares de Diagnóstico y / o Interconsulta en Instituciones de Apoyo de acuerdo con el proceso diagnóstico y terapéutico del paciente particular.
- 3.3. Las Subdirecciones Médicas a través de las Jefaturas de División y Departamento son responsables, en el caso que lo requiera, de gestionar directamente el Estudio Auxiliar de Diagnóstico o Interconsulta en la Institución de Apoyo.
- 3.4. Las Subdirecciones Médicas a través de las Jefaturas de División y Departamento son responsables de autorizar y firmar la Referencia de Estudios Auxiliares de Diagnóstico y/o Interconsulta en Instituciones de Apoyo, previa valoración y presentación del caso por el Médico Tratante.
- 3.5. Las Subdirecciones Médicas a través de las Jefaturas de División y Departamento son responsables de designar al Médico adscrito o residente mayor encargado de acompañar al Paciente el día y a la hora que se programó la cita en la Institución de apoyo. El mismo médico recibirá y resguardará la Hoja de Contrarreferencia para ser integrada al expediente y una copia deberá ser entregada a la Jefatura de la Consulta Externa para que sea registrada en el Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
- 3.6. El Departamento de Trabajo Social es responsable de orientar al familiar sobre los tramites a realizar en la Institución de Apoyo y elaborará la Hoja Frontal de la Referencia escrita con nivel socioeconómico y firma. El Departamento de Trabajo Social deberá realizar el registro de

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA DE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO O INTERCONSULTA EN INSTITUCIONES DE APOYO		Hoja: 3 de 15


las Hojas Frontales realizadas y entregar una copia al Sistema de Referencia y Contrarreferencia para el registro y realización de la Estadística Correspondiente.

- 3.7. La Dirección Médica es responsable de Gestionar el Traslado notificando a Enfermería y Transportes para se lleve a cabo en la fecha y hora que se requiera de manera que el paciente llegue puntualmente a su cita para el Estudio Auxiliar de Diagnóstico y/o Interconsulta en la Institución de apoyo.
- 3.8. La Subdirección de enfermería es la responsable de preparar al paciente hospitalizado que requiere la realización de Estudio Auxiliar de Diagnóstico y/o Interconsulta y solicita el apoyo del Servicio de Camillería.

	PROCEDIMIENTO
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA
	PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA DE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO O INTERCONSULTA EN INSTITUCIONES DE APOYO

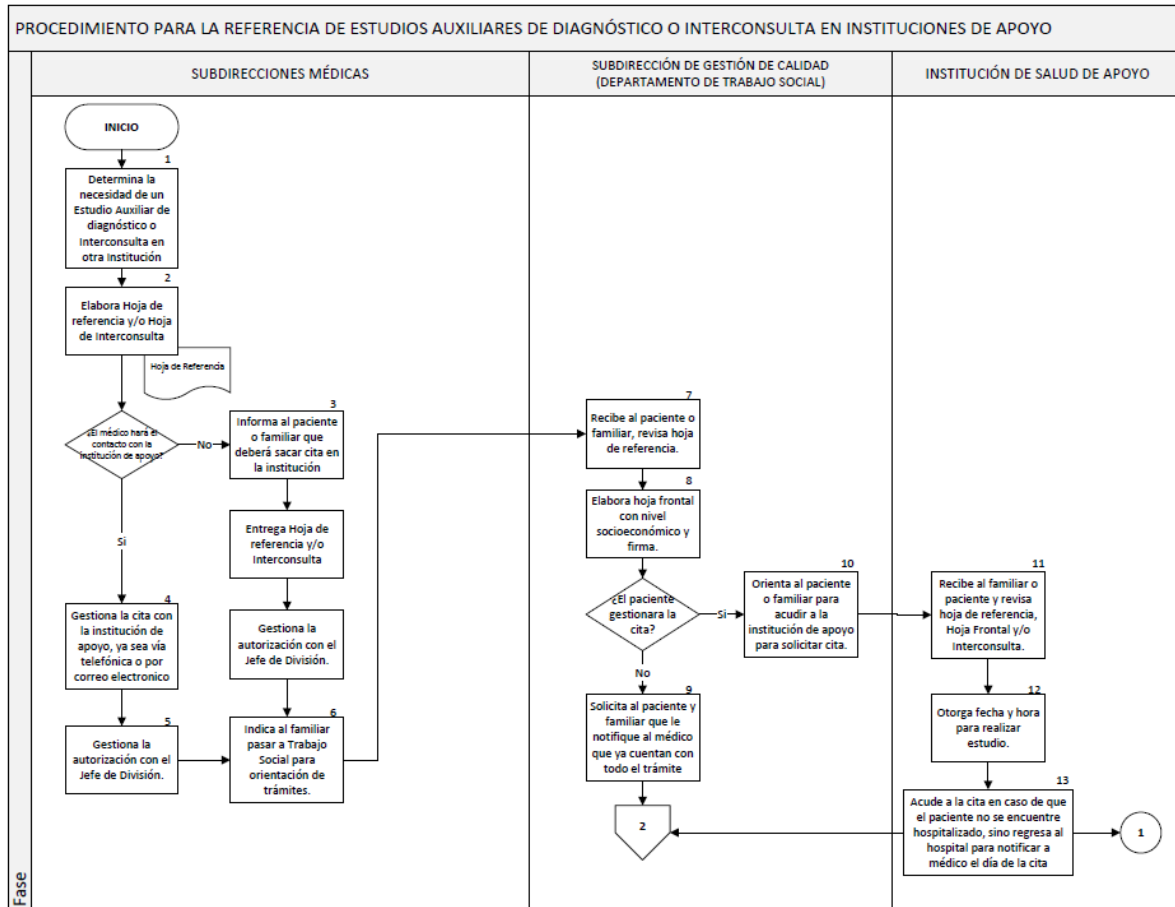
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

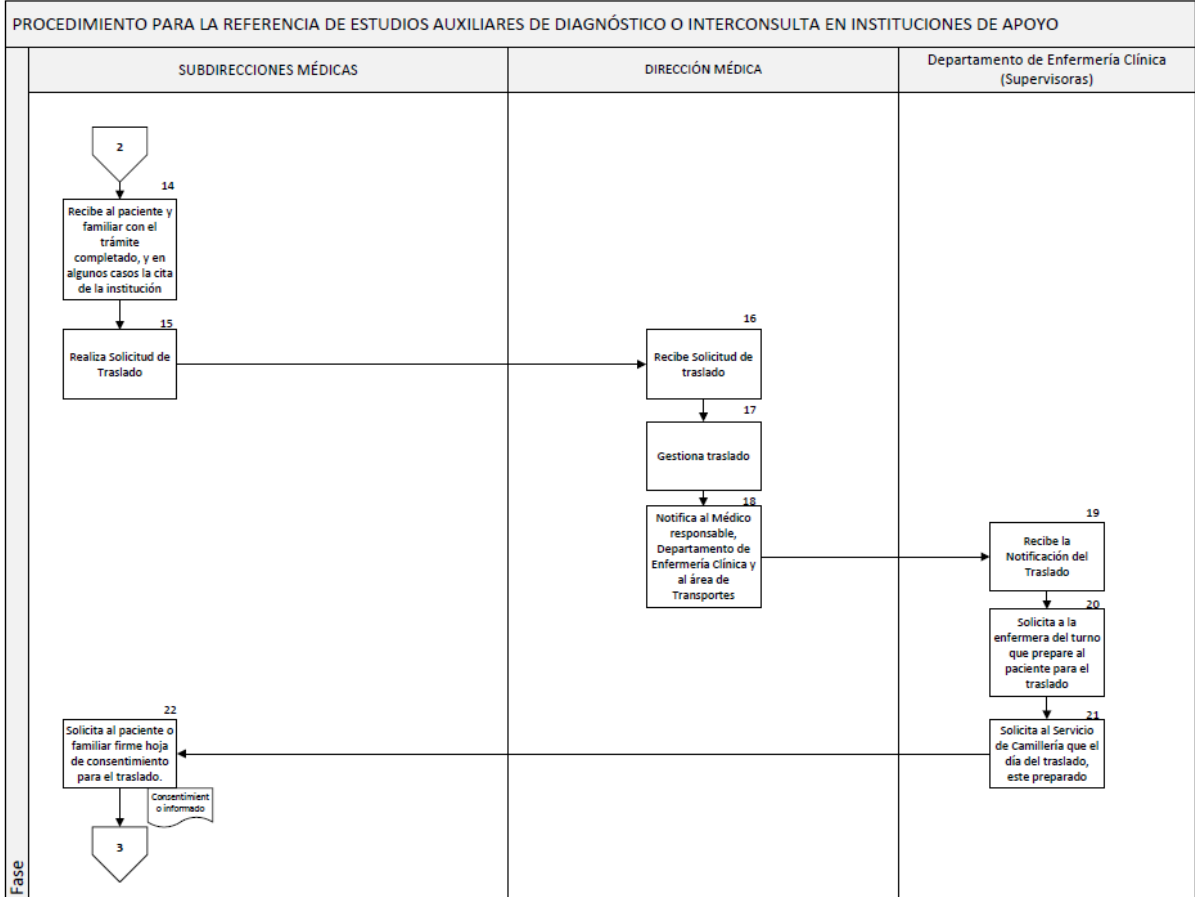
Responsable	No. Act.	Descripción de la Actividades	Documento o Anexo
SUBDIRECCIONES MÉDICAS	1	Determina la necesidad de un Estudio Auxiliar de diagnóstico o Interconsulta en otra Institución	Hoja de Referencia Hoja de Interconsulta
	2	Elabora Hoja de Referencia y/o Hoja de Interconsulta ¿El médico hará el contacto con la Institución de apoyo?	
	3	No: Informa al paciente o familiar que deberá sacar cita en la Institución	
	Entrega Hoja de Referencia y/o Interconsulta		
	Gestiona la autorización con el jefe de División, va actividad 6.		
	4	Si: Gestiona la cita con la Institución de apoyo, ya sea vía telefónica o por correo electrónico	
SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DE CALIDAD (DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL)	5	Gestiona la autorización con el jefe de División	
	6	Indica al familiar pasar a trabajo social para orientación de trámites	
	7	Recibe al paciente o familiar, revisa hoja de referencia	Hoja Frontal
	8	Elabora hoja frontal con nivel socioeconómico y firma ¿El paciente gestionara la cita?	
9	No: Solicita al paciente y familiar que le notifique al médico que ya cuentan con todo el trámite, va a actividad 13.		
10	Si: Orienta al paciente o familiar para acudir a la institución de apoyo para solicitar cita		
INSTITUCIÓN DE APOYO	11	Recibe al familiar o paciente y revisa hoja de referencia, hoja frontal y/o Interconsulta	
	12	Otorga fecha y hora para realizar estudio	

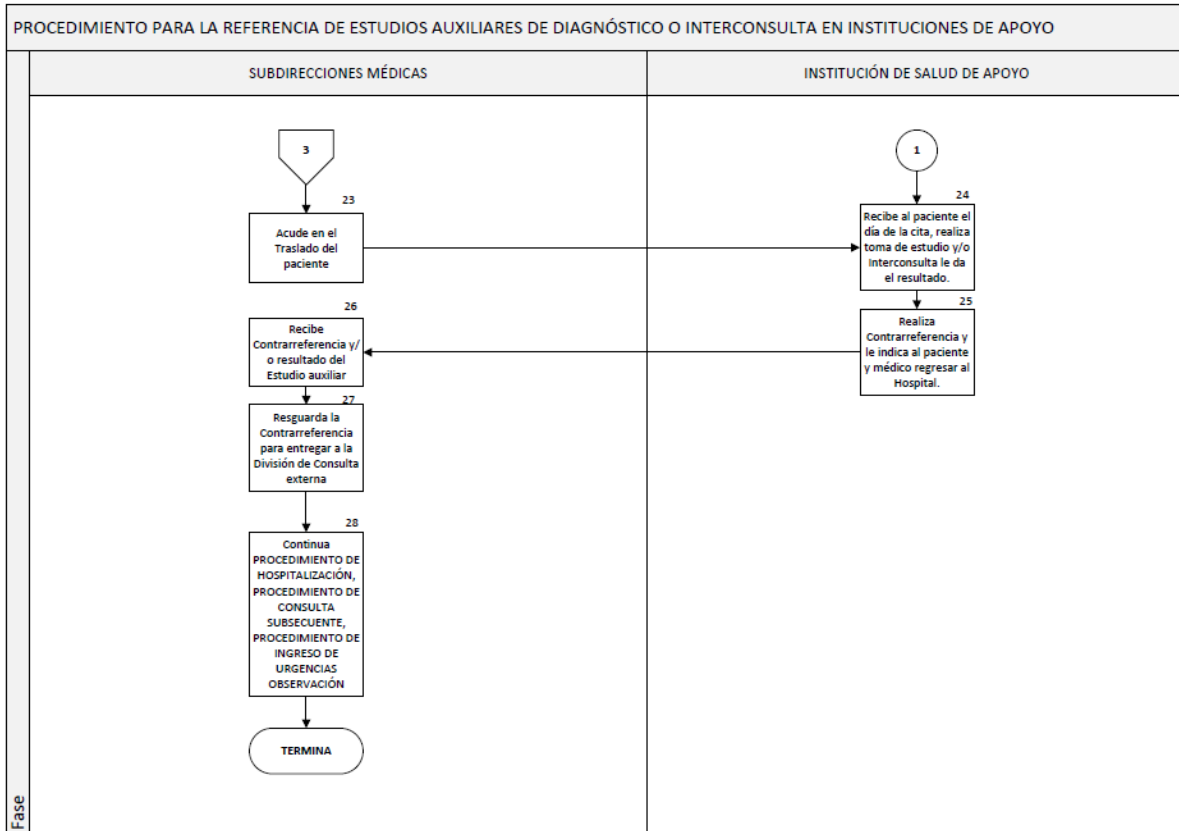
 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	PROCEDIMIENTO	
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA	
	PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA DE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO O INTERCONSULTA EN INSTITUCIONES DE APOYO	

	13	Acude a la cita en caso de que el paciente no se encuentre hospitalizado, sino regresa al hospital para notificar al médico el día de la cita. Puede ir a actividad 24.	
SUBDIRECCIONES MÉDICAS	14	Recibe al paciente y familiar con el trámite completado, y en algunos casos la cita de la Institución.	Solicitud de Traslado
	15	Realiza Solicitud de Traslado	
DIRECCIÓN MÉDICA	16	Recibe solicitud de Traslado	
	17	Gestiona Traslado	
	18	Notifica al médico responsable, Departamento de Enfermería Clínica y Área de Transportes.	
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA CLÍNICA (SUPERVISORAS)	19	Recibe la Notificación del Traslado	
	20	Solicita a la enfermera del turno que prepare al paciente para el traslado	
	21	Solicita al servicio de Camillería que el día del traslado este preparado	
SUBDIRECCIONES MÉDICAS	22	Solicita al paciente o familiar firma Hoja de Consentimiento para el traslado.	
	23	Acude en el traslado del paciente	
INSTITUCIÓN DE SALUD DE APOYO	24	Recibe al paciente el día de la cita, realiza toma de estudio y/o Interconsulta le da el resultado	
	25	Realiza contrarreferencia y le indica al paciente y médico regresar al hospital	
SUBDIRECCIONES MÉDICAS	26	Recibe Contrarreferencia y/o resultado del Estudio Auxiliar	
	27	Resguarda la Contrarreferencia para entregar a la División de Consulta externa	
	28	Continúa PROCEDIMIENTO DE HOSPITALIZACIÓN, PROCEDIMIENTO DE CONSULTA SUBSECUENTE, PROCEDIMIENTO DE INGRESO DE URGENCIAS OBSERVACIÓN	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	



5. DIAGRAMA DE FLUJO







6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA DE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO O INTERCONSULTA EN INSTITUCIONES DE APOYO		Hoja: 9 de 15

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Específico	No aplica
6.2 Lineamientos para la Integración y Funcionamiento del Comité de Referencia y Contrarreferencia de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México. Secretaría de Salud, 2018.	No aplica
6.3 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Formato de Referencia y Contrarreferencia del Hospital General "Dr. Manuel Gea González"	5 años	División de Consulta Externa, Referencia y Contrarreferencia	No. De Registro
7.2 Expediente Clínico del Hospital General "Dr. Manuel Gea González"	5 años	Departamento de Admisión y Archivo Clínico	No. De Registro
7.3 Hoja frontal		Unidad a la que se refiere	No. De Registro

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO



8.1 Referencia: Es la solicitud de evaluación diagnóstica y/o tratamiento de un paciente derivado de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad, con la finalidad de asegurar la continuidad de la atención médica.

8.2 Contrarreferencia: Es la acción de enviar de regreso el resultado de la evaluación solicitada a un paciente, a la Unidad Médica que originalmente lo refirió, con la finalidad de continuar su atención.

8.3 Hoja frontal: Documento expedido por el Departamento de Trabajo Social, que contiene los datos personales del paciente, su número de registro y el nivel socioeconómico asignado en el Hospital de origen. Esta se envía con la Hoja de Referencia a la Unidad donde se solicita la atención.

8.4 Sistema de Referencia y Contrarreferencia: Es el procedimiento médico administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención para facilitar el envío-recepción regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de salud.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO



 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA DE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO O INTERCONSULTA EN INSTITUCIONES DE APOYO		Hoja: 10 de 15

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	Diciembre de 2021	Se realizan cambios en el diagrama y la descripción del procedimiento

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Hoja de Referencia y Contrarreferencia
- 10.2 Solicitud de Laboratorio
- 10.3 Solicitud de Gabinete
- 10.4 Hoja de Programación de Traslado
- 10.5 Hoja Frontal

10.1 HOJA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA DE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO O INTERCONSULTA EN INSTITUCIONES DE APOYO		Hoja: 11 de 15



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

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

TERAPÉUTICA EMPLEADA:	



IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:	

06-01-0039

 MÉDICO TRATANTE
 NOMBRE COMPLETO
 FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL

 JEFE DEL DEPARTAMENTO
 NOMBRE COMPLETO
 FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL

 DIRECTOR MÉDICO
 NOMBRE COMPLETO
 FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA DE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO O INTERCONSULTA EN INSTITUCIONES DE APOYO		Hoja: 12 de 15



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

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

TERAPÉUTICA EMPLEADA:	

ESTUDIOS CLÍNICOS (ANEXAR):	



DIAGNÓSTICO DE INGRESO/REFERENCIA:	

DIAGNÓSTICO DE INGRESO/CONTRAREFERENCIA:	

RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE:	

 MÉDICO TRATANTE
 NOMBRE COMPLETO
 FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL

 MÉDICO TRATANTE
 NOMBRE COMPLETO
 FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA DE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO O INTERCONSULTA EN INSTITUCIONES DE APOYO		Hoja: 13 de 15

10.2 SOLICITUD DE LABORATORIO




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



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

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

10.3 SOLICITUD DE GABINETE

	HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"		FECHA DE NACIMIENTO
	SOLICITUD DE ESTUDIOS RADIOLOGÍA E IMAGEN		NÚMERO DE EXPEDIENTE
IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			EDAD
APELLIDO PATERNO MATERNO NOMBRE (S)			No. DE CAMA
AREA <input type="radio"/> C. E. <input type="radio"/> HOSP. <input type="radio"/> URG. <input type="radio"/> EXTERNO		SERVICIO	SEXO MASC. <input type="radio"/> FEM. <input type="radio"/>
ESTUDIO SOLICITADO (MARCAR CLAVE AL REVERSO)			URGENTE SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
DATOS CLÍNICOS E IMPRESIÓN DIAGNOSTICA			
*EN CASO DE QUE EL ESTUDIO SOLICITADO SEA TOMOGRAFÍA CONTRASTE ENDOVENOSO, ANOTAR EL VALOR DE CREATININA (VIGENCIA DEL ESTUDIO, DOS MESES)			
FECHA Y HORA DE SOLICITUD		MÉDICO SOLICITANTE NOMBRE Y FIRMA	MÉDICO JEFE DEL SERVICIO NOMBRE Y FIRMA
DÍA	MES	AÑO	
HORA:			
OBSERVACIONES POR RADIOLOGÍA E IMAGEN			
INDICACIONES AL PACIENTE			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA DE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO O INTERCONSULTA EN INSTITUCIONES DE APOYO		Hoja: 15 de 15