

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA DIVISIÓN DE PEDIATRÍA  
CLÍNICA**

**DICIEMBRE, 2021**

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 01
			Hoja: 1 de 2

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. Arlene Orta Guerrero	Subdirectora de Servicios Ambulatorios	
Mtra. Wendy Melina Suasto Gómez	Subdirectora de Enfermería	

Elabora	Revisa	Autoriza
<b>Dr. Gerardo Flores Nava</b> Jefe de División de Pediatría Clínica	<b>Dra. Lorena Hernández Delgado</b> Subdirectora de Pediatría	<b>Dra. Irma Jiménez Escobar</b> Directora Médica

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>  <b>Hoja: 2 de 9</b>
---	---------------------------------	---	---

## INDICE

	PAG.
INTRODUCCIÓN	4
I.- OBJETIVO DEL MANUAL	5
II.- MARCO JURÍDICO	6
III.- PROCEDIMIENTOS	
1. PROCEDIMIENTO DE PRECONSULTA	
2.- PROCEDIMIENTO DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ.	
3.- PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES DE CONSULTA SUBSECUENTE.	
4.- PROCEDIMIENTO DE HOSPITALIZACIÓN.	
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 CONSULTA EXTERNA.	
9.- PROCEDIMIENTO DE TOMA Y PROCESAMIENTO DE MUESTRAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN.	
10.- PROCEDIMIENTO DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO.	
11.- PROCEDIMIENTO PARA PROGRAMAR Y ELABORAR ESTUDIOS RADIOLÓGICOS Y DE IMAGENOLÓGÍA.	
12.- PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA-QUIRÚRGICA-REHABILITACIÓN FUERA DE QUIROFANOS CENTRALES	

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
			<b>Hoja: 3 de 9</b>

**13.- PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA DE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO O INTERCONSULTA EN INSTITUCIONES DE APOYO**

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
			<b>Hoja: 4 de 9</b>

## INTRODUCCIÓN

La División de Pediatría Clínica forma parte de la Subdirección de Pediatría, existe un consultorio para atender a pacientes pediátricos ambulatorios, ubicados en el área de Consulta externa. Su ámbito de acción esta dirigido a la población pediátrica que acude al 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.

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 13 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.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
			<b>Hoja: 5 de 9</b>

## **I.- OBJETIVO DEL MANUAL**

Establecer los mecanismos que permitan a la División de Pediatría Clínica seleccionar, valorar y atender a los pacientes pediátricos que acudan a éste hospital para su tratamiento médico.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>  <b>Hoja: 6 de 9</b>
---	---------------------------------	---	---

## 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 Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.

Ley General de Responsabilidades Administrativas.

Ley General de Bienes Nacionales.

Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.

Ley General de los derechos de niñas, niños y adolescentes.

Ley Federal de Remuneraciones de los Servidores Públicos.

Ley Federal de Austeridad Republicana

Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.

Ley Reglamentaria de la Fracción XIII Bis del Apartado B, del Artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Ley del Diario Oficial de la Federación y Gacetas Gubernamentales.

Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.

### **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 la Ley Federal de Archivos.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
			<b>Hoja: 7 de 9</b>

Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

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 Prestación de Servicios de Atención Médica.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

### **CÓDIGOS**

Código Civil Federal.

Código Penal Federal.

### **ACUERDOS**

Acuerdo por el que se emite el Código de Ética de las personas servidoras públicas del Gobierno Federal.

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.

### **OTROS ORDENAMIENTOS Y DISPOSICIONES**

Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024.

Programa Sectorial de Salud.

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 que establecen los procedimientos internos de atención a solicitudes de acceso a la información pública.

Lineamientos para el impulso, conformación, organización y funcionamiento de los mecanismos de participación ciudadana en las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.

Lineamientos en materia de austeridad republicana de la administración pública.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>  <b>Hoja: 8 de 9</b>
---	---------------------------------	---	---

Relación de entidades paraestatales de la Administración Pública Federal.

Resolución Miscelánea Fiscal del ejercicio fiscal que corresponda.

Índice Nacional de Precios al Consumidor (publicación quincenal).

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

Manuales Administrativos de Aplicación General: Adquisiciones del Sector Público, Auditoría, Control Interno, Obra Pública, Recursos Financieros, Recursos Humanos, Recursos Materiales, Tecnologías de Información y Comunicaciones y Seguridad de la Información, Archivos y Gobierno Abierto.

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

Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud.

Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Organización Específicos de la Secretaría de Salud.

Estándares para implementar el Modelo de Hospitales, 2018. Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica.

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 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar.

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

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

Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.

Norma Oficial Mexicana NOM-233-SSA1-2003, que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
			<b>Hoja: 9 de 9</b>

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

Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

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-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos.

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.

**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.

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.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 1
	<b>SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA</b>		
	<b>Procedimiento de Preconsulta</b>		<b>Hoja: 1 de 33</b>

## 1. PROCEDIMIENTO DE PRECONSULTA

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

## 1. PROPÓSITO

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

## 2. ALCANCE

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

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

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

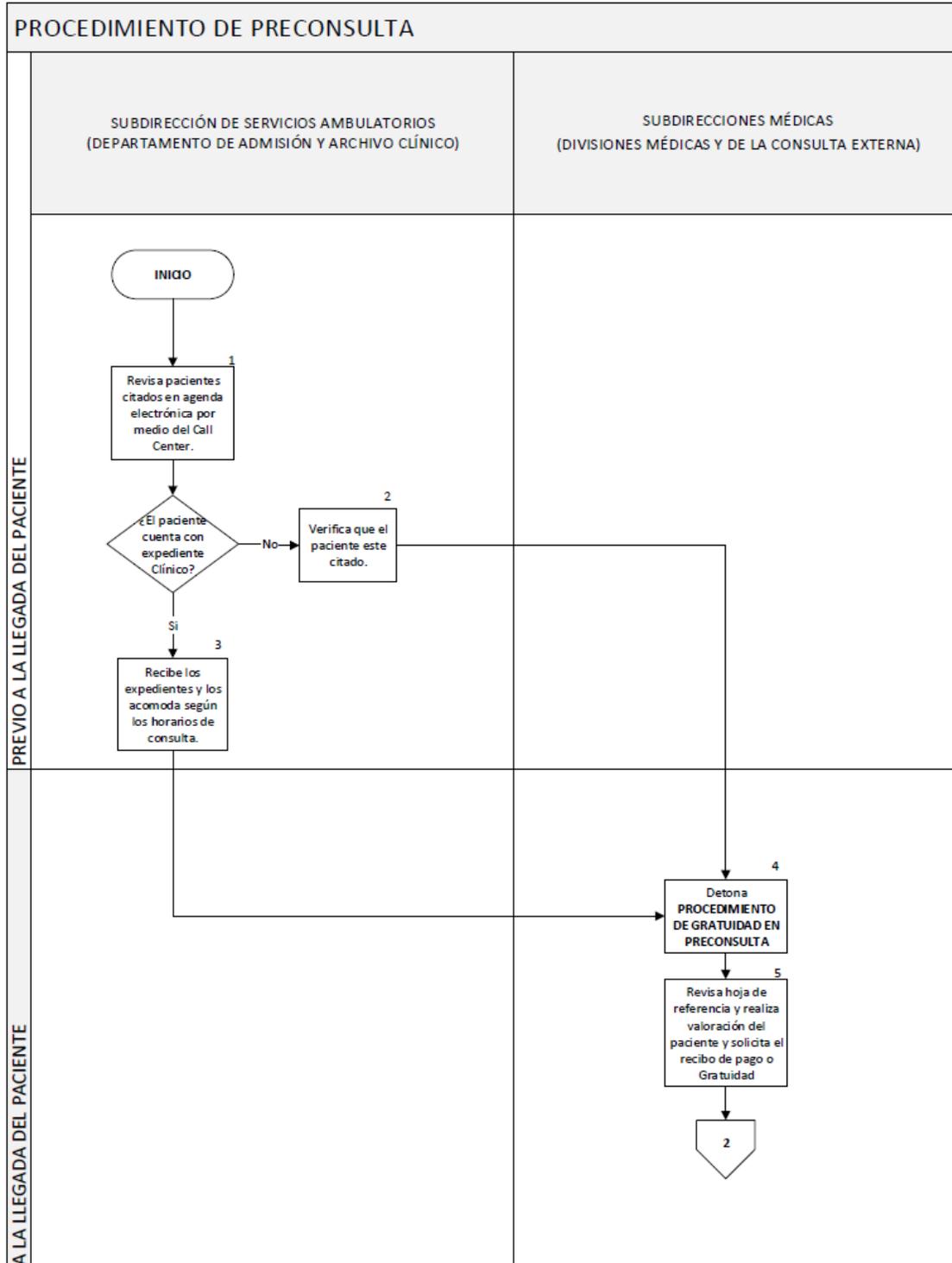
- 3.8.1. Hoja de Referencia de Centro de Salud u otra Institución del Sector Salud;
- 3.8.2. Pase de Interconsulta de otros servicios de la consulta externa del Hospital General Dr. Manuel Gea González
- 3.8.3. Hoja de atención de consulta de urgencias donde se indique envío a preconsulta;
- 3.8.4. Nota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

### 3 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

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

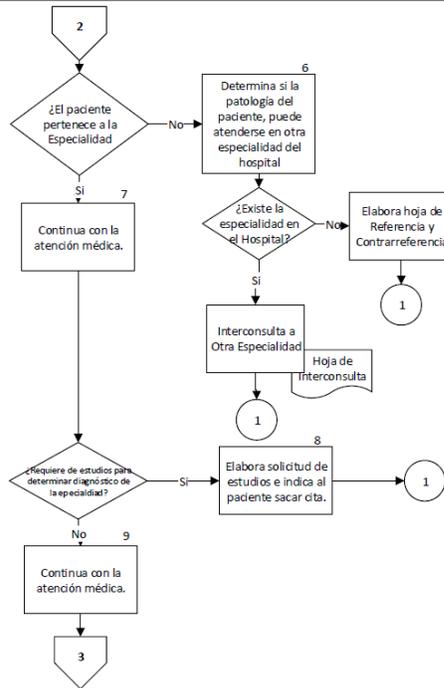
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o anexo
	10	¿Cumple con los criterios médicos para pertenecer al hospital?	
	11	No: Realiza REFERENCIA o CONTRARREFERENCIA, termina el procedimiento	
	12	Si: Entrega hoja de apertura de expediente y lo envía al área de Informes, si tiene carnet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

## 5. DIAGRAMA DE FLUJO



PROCEDIMIENTO DE PRECONSULTA

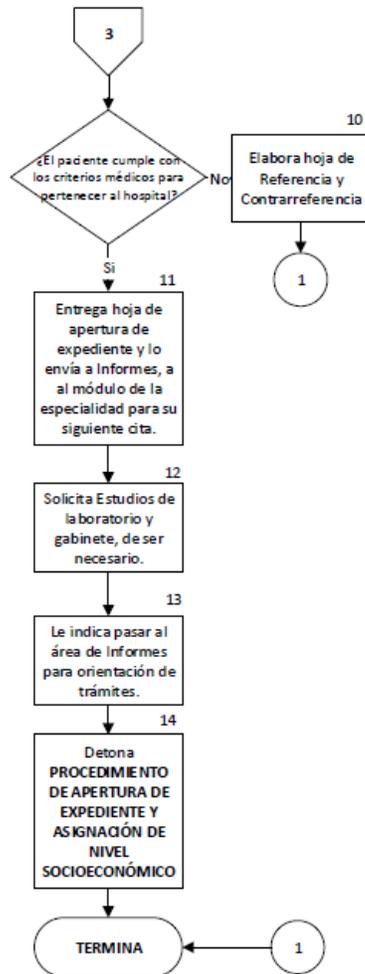
SUBDIRECCIONES MÉDICAS  
(DIVISIONES MÉDICAS Y DE LA CONSULTA EXTERNA)



Fase

## PROCEDIMIENTO DE PRECONSULTA

SUBDIRECCIONES MÉDICAS  
(DIVISIONES MÉDICAS Y DE LA CONSULTA EXTERNA)



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

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

## 7. REGISTROS

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

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

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

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

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

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

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

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

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA</b>		
	<b>Procedimiento de Preconsulta</b>		Hoja: 10 de 33

## 9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

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

## 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

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





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

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

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA DEL MÉDICO RESPONSABLE: \_\_\_\_\_

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

### 10.3 HOJA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA



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

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

08-01-0030

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

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



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

FECHA _____	No. DE EXPEDIENTE _____
NOMBRE DEL PACIENTE _____	
SERVICIO QUE ATENDIÓ _____	
UNIDAD A LA QUE SE ENVÍA _____	
<b>MANEJO DEL PACIENTE:</b>	
TENSIÓN ARTERIAL _____ mm. Hg FRECUECIA: 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 <b>SOLICITUD DE ESTUDIO ENDOSCÓPICO</b>	
Fecha de solicitud: ____ - ____ - ____ Hora: ____ : ____ hrs.		Fecha de estudio: ____ - ____ - ____ Hora: ____ : ____ hrs.	
<b>NOMBRE DEL PACIENTE:</b> _____ <b>CE:</b> <input type="checkbox"/> <b>HOSP:</b> <input type="checkbox"/>		<b>URGENTE:</b> SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/> <b>SEXO:</b> M: <input type="checkbox"/> F: <input type="checkbox"/> <b>REGISTRO:</b> _____ <b>AISLADO:</b> SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>	
<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b> ____ - ____ - ____ <b>EDAD:</b> _____ <b>SERVICIO:</b> _____ <b>CAMA:</b> _____			
<b>TIPO DE ESTUDIO:</b> <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).		<b>FISIOLOGÍA DIGESTIVA:</b> <input type="checkbox"/> pHMETRÍA DE 24 HORAS <input type="checkbox"/> MANOMETRÍA ESOFÁGICA <input type="checkbox"/> IMPEDANCIA <input type="checkbox"/> MANOMETRÍA ANAL <input type="checkbox"/> OTRO: _____	
<b>Motivo de Solicitud:</b> _____ <b>Diagnóstico Clínico:</b> _____ <b>Antecedentes de Importancia:</b> _____ <b>Cuadro Clínico:</b> _____ _____ <b>Laboratorios:</b> _____ <b>Estudios de Imagen:</b> _____ <b>Terapia Antibiótica:</b> SI: _____ NO: <input type="checkbox"/> <b>Terapia Anticoagulante:</b> SI: _____ NO: <input type="checkbox"/> <b>Alergias:</b> SI: _____ NO: <input type="checkbox"/> <b>Resultados Endoscópicos Previos (Fecha):</b> _____			
<b>REQUIERE VALORACIÓN CARDIOVASCULAR:</b> SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>			
<b>TIPO DE ANESTÉSIA:</b> <input type="checkbox"/> Local. <input type="checkbox"/> Sedación Intravenosa <input type="checkbox"/> Sedación Nebulizada <input type="checkbox"/> Anestesia General <b>AUTORIZACIÓN</b> _____			
_____ <b>NOMBRE FIRMA DEL MÉDICO RESPONSABLE</b>		_____ <b>NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO ADSCRITO</b>	
(REGISTRO DE CAJA)			
ENDOSCOPIA			

06-01-0044

Licencia Sanitaria 1014004673

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA</b>		
	<b>Procedimiento de Preconsulta</b>		Hoja: 17 de 33

## 10.5 SOLICITUD DE ESTUDIOS CITOLÓGICOS



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

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

## 10.6 SOLICITUD DE LABORATORIO


 HOSPITAL GENERAL  
 "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

 LABORATORIO CLÍNICO  
 SOLICITUD DE ESTUDIOS

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

NO UTILIZAR PAPEL CARBÓN EN LA ELABORACIÓN DE ESTA SOLICITUD. GRACIAS.		
<b>HEMATOLOGÍA</b>		
<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
<b>HEMOSTASIA</b>		
<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
<b>BIOQUÍMICA</b>		
<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 <b>"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"</b>		FECHA DE NACIMIENTO																
	SOLICITUD DE ESTUDIOS RADIOLOGÍA E IMAGEN		NÚMERO DE EXPEDIENTE																
<b>IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE</b>			EDAD																
<table border="1"> <tr> <td colspan="3">APELLIDO PATERNO</td> <td colspan="3">MATERNO</td> <td colspan="3">NOMBRE (S)</td> </tr> </table>			APELLIDO PATERNO			MATERNO			NOMBRE (S)			No. DE CAMA							
APELLIDO PATERNO			MATERNO			NOMBRE (S)													
<table border="1"> <tr> <td colspan="4">AREA</td> <td colspan="2">SERVICIO</td> <td colspan="2">SEXO</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> C. E.</td> <td><input type="radio"/> HOSP.</td> <td><input type="radio"/> URG.</td> <td><input type="radio"/> EXTERNO</td> <td colspan="2"></td> <td>MASC. <input type="radio"/></td> <td>FEM. <input type="radio"/></td> </tr> </table>			AREA				SERVICIO		SEXO		<input type="radio"/> C. E.	<input type="radio"/> HOSP.	<input type="radio"/> URG.	<input type="radio"/> EXTERNO			MASC. <input type="radio"/>	FEM. <input type="radio"/>	
AREA				SERVICIO		SEXO													
<input type="radio"/> C. E.	<input type="radio"/> HOSP.	<input type="radio"/> URG.	<input type="radio"/> EXTERNO			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																			
<p>*EN CASO DE QUE EL ESTUDIO SOLICITADO SEA TOMOGRAFIA CONTRASTE ENDOVENOSO, ANOTAR EL VALOR DE CREATININA (VIGENCIA DEL ESTUDIO, DOS MESES)</p>																			
<b>FECHA Y HORA DE SOLICITUD</b>			<b>MÉDICO SOLICITANTE</b> NOMBRE Y FIRMA																
DIA	MES	AÑO																	
HORA:																			
			<b>MÉDICO JEFE DEL SERVICIO</b> NOMBRE Y FIRMA																
OBSERVACIONES POR RADIOLOGÍA E IMAGEN																			
INDICACIONES AL PACIENTE																			

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

## 10.8 RECETA MÉDICA



HOSPITAL GENERAL  
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

RECETA MÉDICA

FOLIO: \_\_\_\_\_

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

Rp. NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

FECHA



NOMBRE COMPLETO DEL DR. (A): \_\_\_\_\_

CEDULA PROFESIONAL \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

ME-02-2005 LIC. SANIT. 1014004673

## 10.9 HOJA DE APERTURA DE EXPEDIENTE



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

Fecha: \_\_\_\_\_  
dd/mm/aaaa

Apertura de Expediente       Reposición de Carnet       Registro previo: \_\_\_\_\_

### I.- FICHA DE IDENTIFICACIÓN

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

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Especialidad \_\_\_\_\_  
dd/mm/aaaa      Especialidad que apertura expediente

### DIAGNÓSTICO(S)

1.- \_\_\_\_\_      3.- \_\_\_\_\_  
 2.- \_\_\_\_\_      4.- \_\_\_\_\_  
Médico que solicita apertura      Autorización

\_\_\_\_\_  
Nombre completo / Cédula Profesional / Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre completo / Cédula Profesional / Firma

### II.- Requisitos para Apertura de Expediente

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

## 10.10 HOJA DE ATENCIÓN MÉDICA DE PRECONSULTA



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

Fecha:

**Ficha de Identificación**

Nombre:  Hora:

Edad:  Sexo:  Fecha Nac.:

Femenino / Masculino

Procedencia:  Destino:

Institución o Servicio de Origen Servicio al que se refiere

**Motivo de consulta**

**Interrogatorio**

**Signos Vitales**

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

**Exploración Física**

**Diagnósticos**

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

**Plan**

\_\_\_\_\_  
Dra. Cerda Valente M. Paola  
CP4423555 / CE5928418

Sello institucional



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

Fecha:

**Ficha de Identificación**

Nombre: <input type="text"/>	Hora: <input type="text" value="11:34 a. m."/>
Edad: <input type="text"/>	Sexo: <input type="text" value="Femenino / Masculino"/>
Fecha Nac.: <input type="text"/>	Identificación: <input type="text"/>
Procedencia: <input type="text"/>	Destino: <input type="text"/>

**Motivo de consulta**

**Interrogatorio**

**Signos Vitales**

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

**Exploración Física**

**Diagnósticos**

1.- <input type="text"/>	4.- <input type="text"/>
2.- <input type="text"/>	5.- <input type="text"/>
3.- <input type="text"/>	6.- <input type="text"/>

**Plan**

Dra. Cerda Valente M. Paola  
 CP4423555 / CE5928418

Sello institucional

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

### 10.11 CARNET

**DERECHOS GENERALES DE LOS PACIENTES**

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



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

NOMBRE: \_\_\_\_\_

REGISTRO: \_\_\_\_\_

CLASIFICACIÓN: \_\_\_\_\_

06-01-0107



## 10.14 CLAVES DE HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGÍA



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

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

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

Nombre y Firma del Médico Responsable: \_\_\_\_\_

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Preconsulta		Hoja: 27 de 33

## 10.15 FICHA DE IDENTIFICACIÓN DE PRECONSULTA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



**SALUD**

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



### PRECONSULTA

Fecha 

Día	Mes	Año	

#### FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Lugar de Origen: \_\_\_\_\_

Lugar de Residencia: \_\_\_\_\_

**Referida por:**

Médico Privado:  Centro de Salud:

Hospital Público:  Especificar: \_\_\_\_\_

Hospital Privado:  Especificar: \_\_\_\_\_

Solicitud Personal:

**PADECIMIENTO ACTUAL**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**HALLAZGOS EN LA EXPLORACIÓN FÍSICA**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

06-01-0260 ΔH-192

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

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

---



---



---

**IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA**

1.- \_\_\_\_\_

2.- \_\_\_\_\_

3.- \_\_\_\_\_

4.- \_\_\_\_\_

5.- \_\_\_\_\_

**TRATAMIENTO**

---



---



---

**ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE SOLICITADOS**

---



---



---



---

**PLAN:**

SE AUTORIZA PARA HISTORIA CLÍNICA    SI     NO

Seguimiento en Centro de Salud   

**COMENTARIOS O INDICACIONES PARA SU SEGUIMIENTO EN EL CENTRO DE SALUD**

---



---



---

\_\_\_\_\_  
Elaboró

\_\_\_\_\_  
Supervisó

## 10.16 REPORTE DE CITOLOGÍA CERVICAL

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

Prevención y Control del  
Cáncer Cérvico Uterino

ROL: \_\_\_\_\_

---

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

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

---

**II. IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE**

CLAVE DE LA PACIENTE: \_\_\_\_\_

6. Nombre: _____		Apellido Materno: _____	
7. Fecha de nacimiento: _____		CURP: _____	
8. Entidad de nacimiento: _____		8. Sexo: _____	
10. Domicilio: _____		Localidad / Municipio / Delegación: _____	
11. Dos Domicilios: _____		Localidad / Municipio / Delegación: _____	

---

**III. ANTECEDENTES**

12. Obstruido:  1. Pírrica en la vida 2. Pírrica en el último 3 años 3. Subsecuente

13. Situación ginecológica:  1. Posparto o postparto 2. Postmenopausa 3. Sin de los anteriores 4. DCU 5. Histerectomía 6. Tratamiento oncológico 7. Retirado en el útero 8. Tratamiento oncológico previo 9. Ninguno

15.1 Inicio de vida sexual: 1. Si 2. No  Sexo: \_\_\_\_\_

15.2 Antecedentes de vacunación VPH: 1. Si 2. No  Sexo: \_\_\_\_\_

16. Fecha de la última regla: \_\_\_\_\_

18. Usando con el que tomó la muestra:  1. Repileta de Ayre modificada 2. Citobrush 3. Hielo 4. Otro (especificar): \_\_\_\_\_

19. Fecha de toma de la muestra: \_\_\_\_\_

20. ¿Cuanto con la Cédula Nacional de Identificación de la Mujer? 1. Si 2. No

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

18. A la exploración se observa:  1. Cefalo quejumbroso seco 2. Cefalo normal 3. Rotura del coelo 4. Sangrado anormal 5. Cervicite 6. Leucorrea 7. No se observa coelo 8. Sangrado anormal

17. Responsable de la toma citológica: \_\_\_\_\_

18. Puntos de riesgo:  1. Inicio de relaciones sexuales de los 13 años 2. Mujeres parejas sexuales 3. Antecedentes de infecciones de transmisión sexual 4. Tabaquismo 5. Ninguno

---

**IV. RESULTADO DE CITOLOGÍA CERVICAL**

22. Fecha de Interpretación: \_\_\_\_\_

23. Número citológico: \_\_\_\_\_

24. Laboratorio: \_\_\_\_\_

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

26. Diagnóstico Citológico:

1. Detrás de límite normal  
2. Células escamosas benignas (Infectión Tricomonas)  
3. Células escamosas benignas (Infectión Candidiasis)  
4. Células escamosas benignas (Infectión Gardnerella)  
5. Células escamosas benignas (Infectión Adenovirus ag.)  
6. Células escamosas benignas (Infectión Herpes)  
7. Células escamosas benignas (Cervicite reactiva inflamación)  
8. Células escamosas benignas (Cervicite reactiva atípica)  
9. Células escamosas benignas (Cervicite reactiva Plasmódium)  
10. Células escamosas benignas (Cervicite reactiva DCU)

27. Repetir estudio: 1. Si 2. No

28. Medio:  1. Adhesión, hemorragias, inflamación y/o leucorrea en todo el TCV, del exterior 2. Leucorrea sola 3. Prueba grande \_\_\_\_\_

29. R.P.C. del Citólogo: \_\_\_\_\_

Nombre completo, sépt. prof. y firma: \_\_\_\_\_

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

30.1 Diagnóstico del Patólogo:

1. 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 (Cervicite reactiva inflamación)  
8. Células escamosas benignas (Cervicite reactiva atípica)  
9. Células escamosas benignas (Cervicite reactiva Plasmódium)  
10. Células escamosas benignas (Cervicite reactiva DCU)

31. R.P.C. del Patólogo: \_\_\_\_\_

Nombre completo, sépt. prof. y firma: \_\_\_\_\_

32. Prueba de laboratorio: 1. Si 2. No  32.1 Resultado de laboratorio:  1. Negativo 2. Positivo VPH bajo riesgo (8,11,12,13,16,18) 3. Positivo VPH alto riesgo (16,18,17,31,33,35,39,45,31,33,35,39,45)

LICENCIA SANITARIA 101-406473

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

## 10.17 REGISTRO DE ADOLESCENTES DE CONSULTA Y HOSPITALIZACIÓN



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

Fecha \_\_\_\_\_ No. de Expediente \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Delegación \_\_\_\_\_

Diagnóstico Médico:

Antecedente de Diagnóstico Psiquiátrico;

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

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

Edad \_\_\_\_\_ Originaria \_\_\_\_\_

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

Edad menarca \_\_\_\_\_ años

Inicio vida sexual \_\_\_\_\_ años Número de parejas sexuales \_\_\_\_\_

Edad primera unión \_\_\_\_\_ años Edad pareja \_\_\_\_\_

Ocupación de pareja actual \_\_\_\_\_ años Vive con \_\_\_\_\_

Ingreso económico proveniente \_\_\_\_\_

Grado escolar:

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

Estudios no formales: \_\_\_\_\_

Trabajo actual: \_\_\_\_\_

Trabajo anterior: \_\_\_\_\_

Plan de estudio a o trabajo a mediano plazo:

Evaluación

Ansiedad \_\_\_\_\_

Depresión \_\_\_\_\_

Violencia intrafamiliar \_\_\_\_\_

## 10.18 ESCALA DE VIOLENCIA E ÍNDICE DE SEVERIDAD



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

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

### Escala de violencia e índice de severidad

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

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

¿Por quién?

Padre \_\_\_\_\_ Pareja \_\_\_\_\_ Amigo \_\_\_\_\_ Familiar \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_ (especifique) \_\_\_\_\_

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

Puntaje total: ISVP \_\_\_\_\_ SVP \_\_\_\_\_ SVF \_\_\_\_\_ SVS \_\_\_\_\_

Nombre completo de quien evaluó, firma y cédula profesional: \_\_\_\_\_

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

## 10.19 PROGRAMA EMBARAZO ADOLESCENTE



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

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

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

## 10.20 INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK



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

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

### INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

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

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

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

## **2. PROCEDIMIENTO DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ**

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

## 1. PROPÓSITO

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

## 2. ALCANCE

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

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

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

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

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

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

#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

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

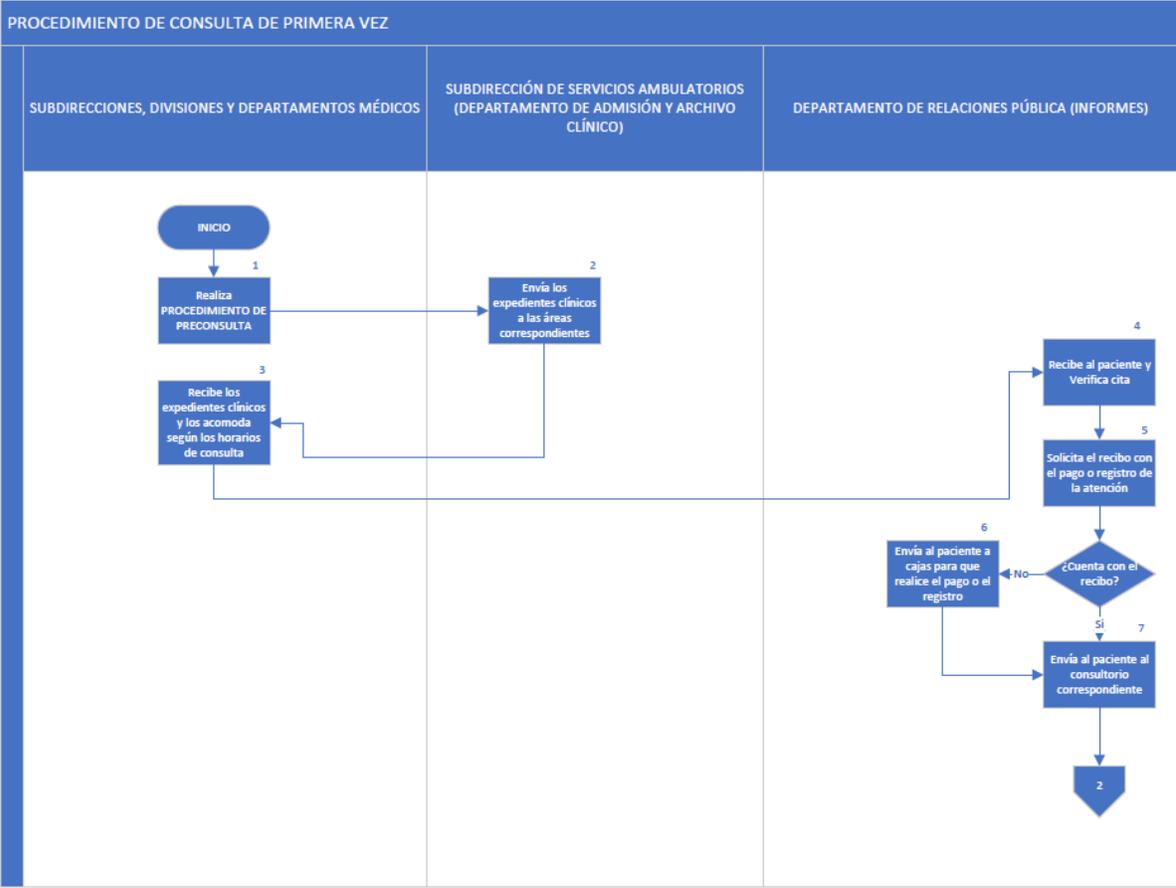


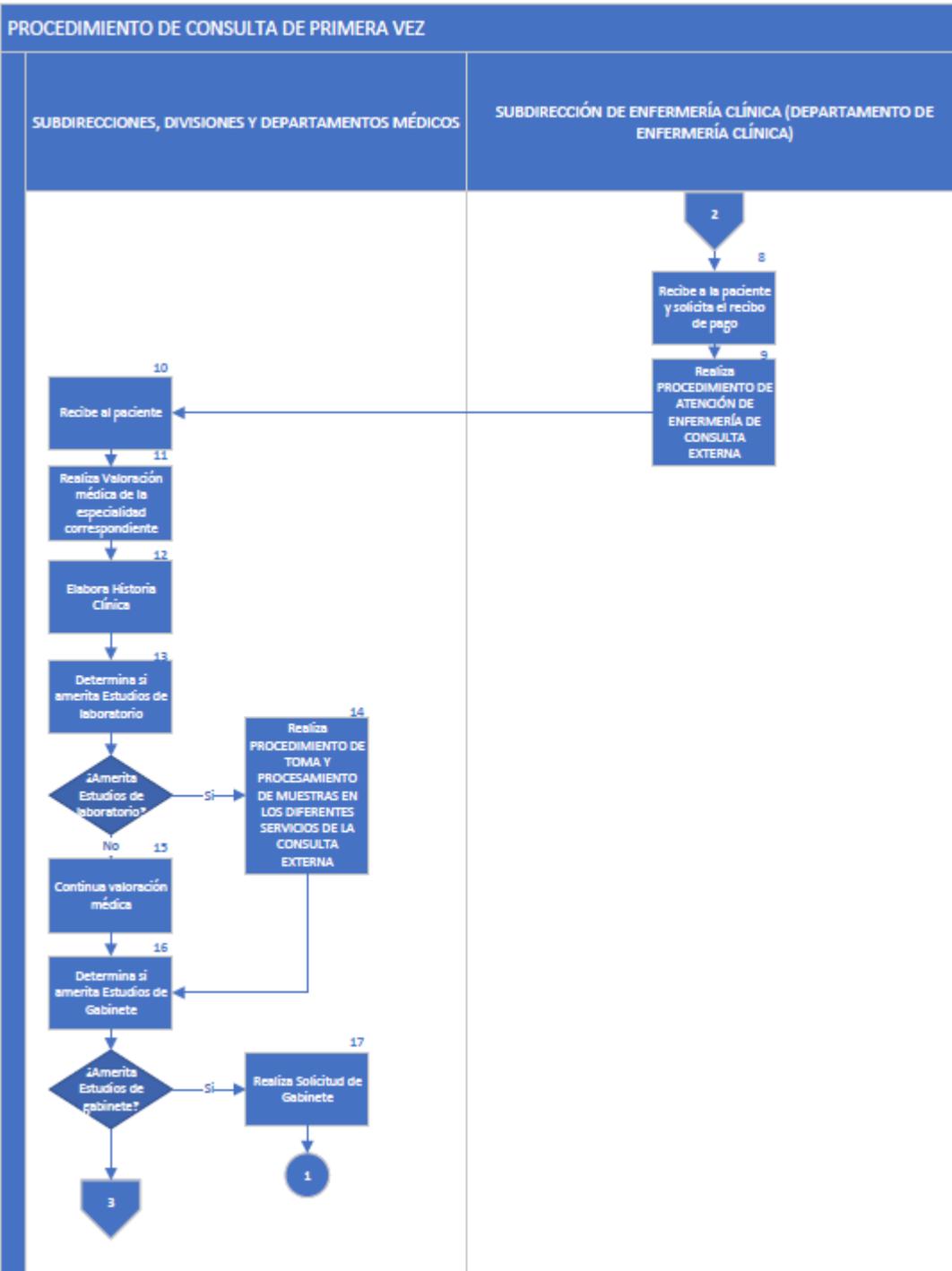
CLÍNICA)		EXTERNA	
SUBDIRECTORES Y SUBDIRECTORAS MÉDICAS (JEFES Y JEFAS DE DIVISIONES MÉDICAS Y JEFE DE LA CONSULTA EXTERNA)	10	Recibe al paciente	Historia Clínica
	11	Realiza Valoración de la Especialidad correspondiente	Hojas de Valoración o Nota Médica
	12	Elabora Historia Clínica	Estudios de Laboratorio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

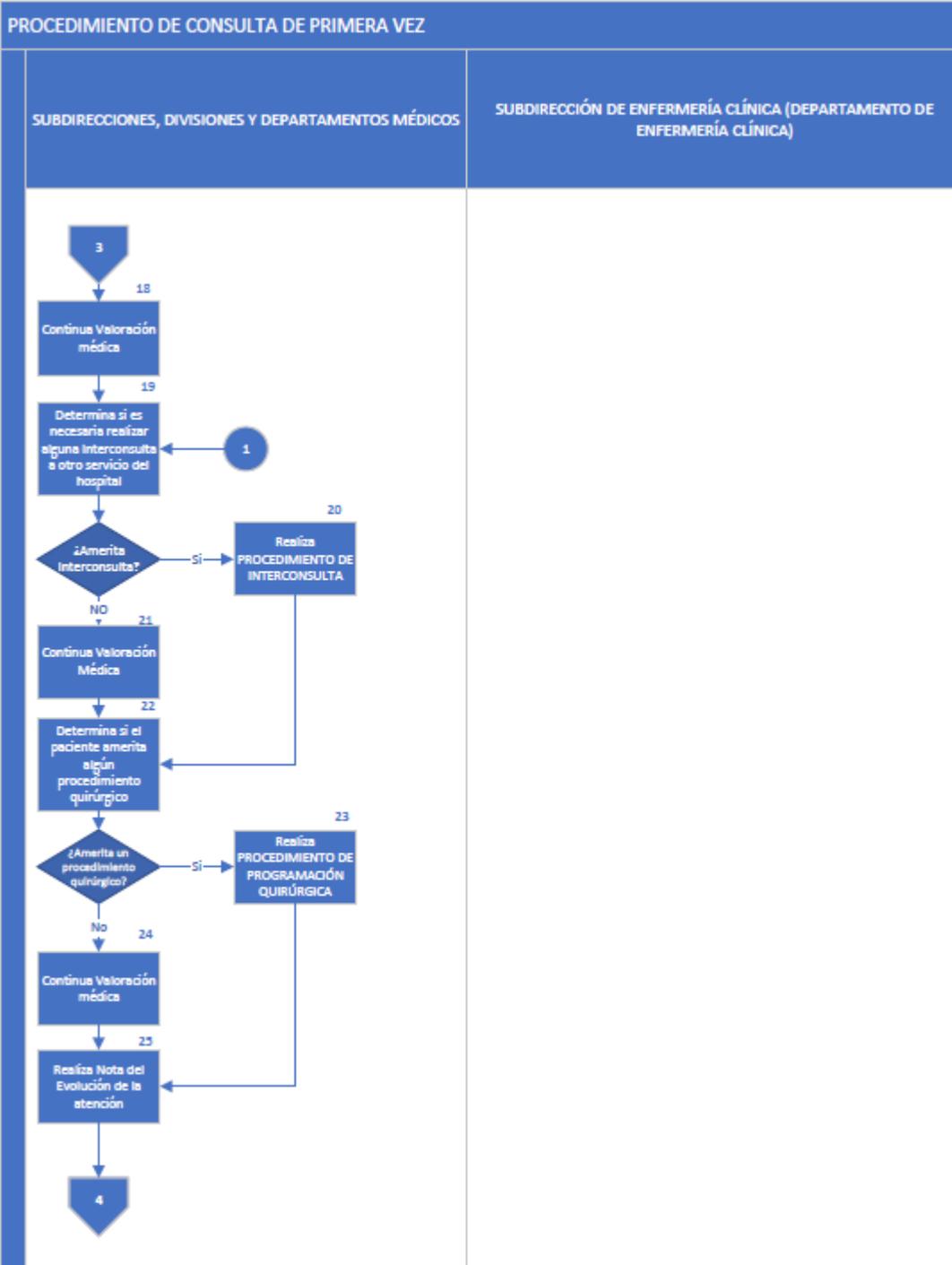


	26	Otorga tratamiento médico, en caso necesario.	
	27	Registra la consulta en la Plataforma Electrónica	
	28	Envía al paciente para asignación de cita subsecuente en el módulo correspondiente	
	29	Envía los expedientes al Departamento de Admisión Hospitalaria y Archivo Clínico	
Subdirector de Servicios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

**5. DIAGRAMA DE FLUJO**



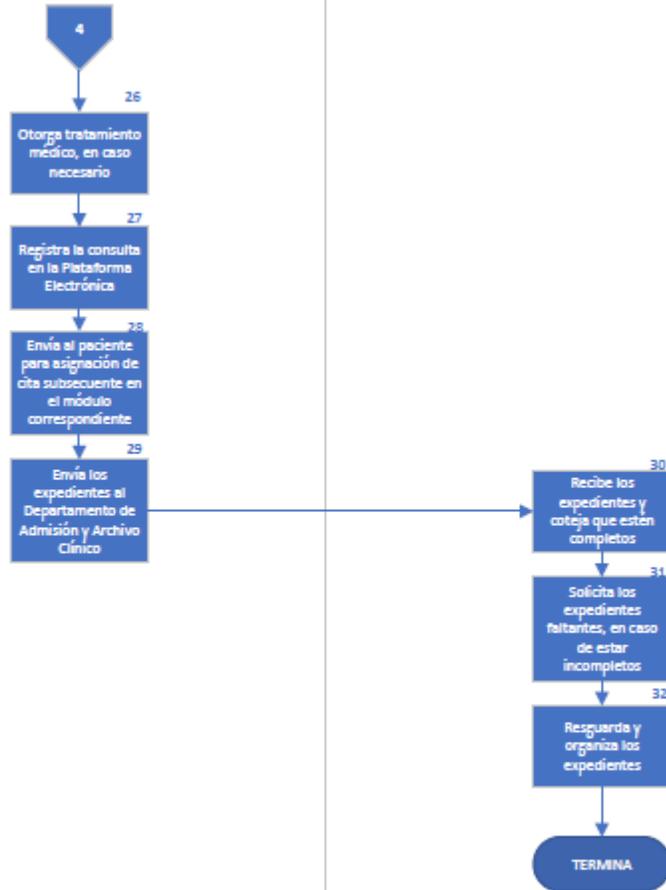




**PROCEDIMIENTO DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ**

SUBDIRECCIONES, DIVISIONES Y DEPARTAMENTOS MÉDICOS

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



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

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

## 7. REGISTROS

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

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

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

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

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

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

## 9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

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

## 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

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

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

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

### 10.1 HISTORIA CLÍNICA



Hospital General Dr. Manuel Gea González

FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA

Especialidad \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**FIGHA DE IDENTIFICACION**

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

**ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS**

**Vivienda**

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

**Hábitos Higiénico Dietéticos**

Alimentación: Adecuada Si  No  Higiene: Adecuada Si  No

**Perinatales (pacientes pediátricos)**

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

**Desarrollo Psicomotor (pacientes pediátricos)**

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

**Esquema de Inmunización**

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

Otros: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
DOMICILIO: \_\_\_\_\_

INTERROGATORIO: PACIENTE  FAMILIAR  OTRO

MOTIVO DE CONSULTA: \_\_\_\_\_

PADECIMIENTO ACTUAL: \_\_\_\_\_

**HEREDO FAMILIARES:***Sistémicos:*

D.M.: \_\_\_\_\_

HAS: \_\_\_\_\_

CA: \_\_\_\_\_

OTROS: \_\_\_\_\_

*Oftalmológicos:*

RETINOPATIA: \_\_\_\_\_

GLAUCOMA: \_\_\_\_\_

CATARATA: \_\_\_\_\_

OTROS: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PERSONALES:***Sistémicos:*

D.M.: \_\_\_\_\_ EVOLUCIÓN: \_\_\_\_\_ UG: \_\_\_\_\_

CONTROL: \_\_\_\_\_

CÁNCER: \_\_\_\_\_

TRANSFUNCIONALES: \_\_\_\_\_

ALÉRGICOS: \_\_\_\_\_

QUIRÚRGICOS: \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS SISTÉMICOS: \_\_\_\_\_

HAS: \_\_\_\_\_ EVOLUCIÓN: \_\_\_\_\_

CONTROL: \_\_\_\_\_

CARDIOPATÍA: \_\_\_\_\_

ENF. ENDOCRINA: \_\_\_\_\_

ENF. NEUROLÓGICA: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

INFECCIOSOS: \_\_\_\_\_

OTROS: \_\_\_\_\_

*Oftalmológicos: ojo**Tiempo Evolución*

CATARATA: \_\_\_\_\_

GLAUCOMA: \_\_\_\_\_

RETINOPATIA: \_\_\_\_\_

ESTRABISMO: \_\_\_\_\_

TRUMA: \_\_\_\_\_

OTROS: \_\_\_\_\_

LÁSER: \_\_\_\_\_

*Procedimientos**Fecha**CIRUGÍAS: Procedimientos Fecha*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Último examen oftalmológico*

\_\_\_\_\_

*Medicamentos oftalmológicos*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



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

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



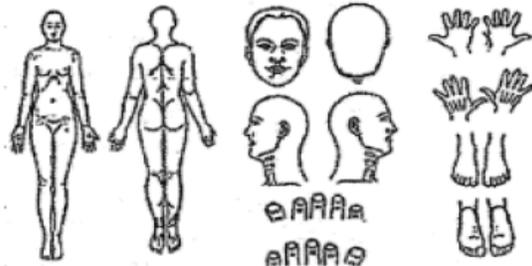
Fecha: dd/mm/aaa      Hora:

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



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

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



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

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



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

### 10.3 SOLICITUD DE INTERCONSULTA

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



FECHA DE SOLICITUD: _____ HORA DE SOLICITUD: _____ No. EXP.: _____  NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE: _____  FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ SEXO: _____ CAMA: _____  SERVICIO SOLICITANTE: _____ INTERCONSULTA AL SERVICIO DE: _____  MOTIVO: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____  _____  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.**

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

<b>NOTA DE INTERCONSULTA</b>	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: \_\_\_\_\_

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

## 10.4 HOJA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA



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

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

06-01-0030

\_\_\_\_\_  
 MÉDICO TRATANTE  
 NOMBRE COMPLETO  
 FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL

\_\_\_\_\_  
 JEFE DEL DEPARTAMENTO  
 NOMBRE COMPLETO  
 FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL

\_\_\_\_\_  
 DIRECTOR MÉDICO  
 NOMBRE COMPLETO  
 FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL



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

FECHA \_\_\_\_\_ No. DE EXPEDIENTE \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

SERVICIO QUE ATENDIÓ \_\_\_\_\_

UNIDAD A LA QUE SE ENVÍA \_\_\_\_\_

**MANEJO DEL PACIENTE:**

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

PADECIMIENTO ACTUAL

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TERAPÉUTICA EMPLEADA:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ESTUDIOS CLÍNICOS (ANEXAR):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO DE INGRESO/REFERENCIA:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO DE INGRESO/CONTRAREFERENCIA:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
MÉDICO TRATANTE  
NOMBRE COMPLETO  
FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL

\_\_\_\_\_  
MÉDICO TRATANTE  
NOMBRE COMPLETO  
FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL

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

## 10.5 SOLICITUD DE ESTUDIO ENDOSCOPICO

		Hospital General Dr. Manuel Gea González Departamento de Endoscopia Gastrointestinal <b>SOLICITUD DE ESTUDIO ENDOSCÓPICO</b>	
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: _____	
<b>TIPO DE ESTUDIO:</b> <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).		<b>FISIOLÓGIA DIGESTIVA:</b> <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"/>			
<b>TIPO DE ANESTÉSIA:</b> <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

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

## 10.6 SOLICITUD DE ESTUDIOS CITOLÓGICOS



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

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

## 10.7 SOLICITUD DE LABORATORIO



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

**LABORATORIO CLÍNICO  
SOLICITUD DE ESTUDIOS**

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

NO UTILIZAR PAPEL CARBÓN EN LA ELABORACIÓN DE ESTA SOLICITUD. GRACIAS.	
HEMATOLOGÍA	
<input type="checkbox"/> 1565 BIOMETRÍA HEMÁTICA	<input type="checkbox"/> 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
HEMOSTASIA	
<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 FIBRINÓGENO	<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"/> 1588 GLUCOSA	<input type="checkbox"/> 1552 AMILASA
<input type="checkbox"/> 1600 BUN	<input type="checkbox"/> 1615 LIPASA
<input type="checkbox"/> 1572 CREATININA	<input type="checkbox"/> 1659 AMONIO
<input type="checkbox"/> 1636 ÁCIDO ÚRICO	<input type="checkbox"/> 1573 CK
<input type="checkbox"/> 1605 SODIO	<input type="checkbox"/> 1574 CK MB
<input type="checkbox"/> 1648 POTASIO	<input type="checkbox"/> 1617 MIOGLOBINA
<input type="checkbox"/> 1570 CLORURO	<input type="checkbox"/> 1631 TROPONINA
<input type="checkbox"/> 1568 CALCIO	<input type="checkbox"/> 1522 CINÉTICA DE HIERRO
<input type="checkbox"/> 1586 FÓSFORO	<input type="checkbox"/> 1541 FERRITINA
<input type="checkbox"/> 1599 MAGNESIO	<input type="checkbox"/> 1611 TRANSFERRINA
<input type="checkbox"/> 1571 COLESTEROL TOTAL	<input type="checkbox"/> 1590 HAPTOGLOBINA
<input type="checkbox"/> 1524 COLESTEROL HDL	<input type="checkbox"/> 1542 FOLATOS
<input type="checkbox"/> 1630 TRIGLICERIDOS	<input type="checkbox"/> 1634 VITAMINA B12
<input type="checkbox"/> 1517 APOLIPOPROTEÍNA A	<input type="checkbox"/> 1643 PREALBÚMINA
<input type="checkbox"/> 1518 APOLIPOPROTEÍNA B	<input type="checkbox"/> 1581 EXAMEN GENERAL DE ORINA
<input type="checkbox"/> 1594 HEMOGLOBINA GLICOSILADA	<input type="checkbox"/> 1765 PÉPTIDO NATRIURÉTICO TIPO B (BNP)
<input type="checkbox"/> 1545 GLUCOSA POSPRANDIAL	<input type="checkbox"/> 1601 PROTEÍNA C REACTIVA
<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

### 10.8 SOLICITUD DE GABINETE

	<p>HOSPITAL GENERAL  <b>"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"</b></p> <p>SOLICITUD DE ESTUDIOS          RADIOLOGÍA E IMAGEN</p>	<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="text-align: center;">EDAD</td></tr> <tr><td style="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																	
<p><b>IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 33%; height: 20px;"> </td><td style="width: 33%;"> </td><td style="width: 33%;"> </td></tr> <tr> <td style="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;"> <b>AREA</b>  <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;"> <b>SERVICIO</b>                  _____             </td> <td style="width: 30%; text-align: center;"> <b>SEXO</b>                  MASC. <input type="radio"/>    FEM. <input type="radio"/> </td> </tr> </table>			<b>AREA</b> <input type="radio"/> C. E. <input type="radio"/> HOSP. <input type="radio"/> URG. <input type="radio"/> EXTERNO	<b>SERVICIO</b> _____	<b>SEXO</b> MASC. <input type="radio"/> FEM. <input type="radio"/>												
<b>AREA</b> <input type="radio"/> C. E. <input type="radio"/> HOSP. <input type="radio"/> URG. <input type="radio"/> EXTERNO	<b>SERVICIO</b> _____	<b>SEXO</b> 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;"> <b>ESTUDIO SOLICITADO (MARCAR CLAVE AL REVERSO)</b>                  _____             </td> <td style="width: 30%; text-align: center;"> <b>URGENTE</b>                  SI <input type="radio"/>    NO <input type="radio"/> </td> </tr> </table>			<b>ESTUDIO SOLICITADO (MARCAR CLAVE AL REVERSO)</b> _____	<b>URGENTE</b> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>													
<b>ESTUDIO SOLICITADO (MARCAR CLAVE AL REVERSO)</b> _____	<b>URGENTE</b> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>																
<p><b>DATOS CLÍNICOS E IMPRESIÓN DIAGNOSTICA</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; min-height: 100px;"> <p style="font-size: small;">*EN CASO DE QUE EL ESTUDIO SOLICITADO SEA TOMOGRAFÍA CONTRASTE ENDOVENOSO, ANOTAR EL VALOR DE CREATININA (VIGENCIA DEL ESTUDIO, DOS MESES)</p> </div>																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center;"> <b>FECHA Y HORA DE SOLICITUD</b> </td> <td style="width: 30%; text-align: center;"> <b>MÉDICO SOLICITANTE</b> </td> <td style="width: 40%; text-align: center;"> <b>MÉDICO JEFE DEL SERVICIO</b> </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> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td colspan="3">HORA: _____</td> </tr> </table> </td> <td style="height: 40px;"> </td> <td style="height: 40px;"> </td> </tr> </table>			<b>FECHA Y HORA DE SOLICITUD</b>	<b>MÉDICO SOLICITANTE</b>	<b>MÉDICO JEFE DEL SERVICIO</b>	<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> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td colspan="3">HORA: _____</td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO				HORA: _____				
<b>FECHA Y HORA DE SOLICITUD</b>	<b>MÉDICO SOLICITANTE</b>	<b>MÉDICO JEFE DEL SERVICIO</b>															
<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> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td colspan="3">HORA: _____</td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO				HORA: _____										
DIA	MES	AÑO															
HORA: _____																	
<p><b>OBSERVACIONES POR RADIOLOGÍA E IMAGEN</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; min-height: 100px;"> </div>																	
<p><b>INDICACIONES AL PACIENTE</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; min-height: 100px;"> </div>																	

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

## 10.9 RECETA MÉDICA



HOSPITAL GENERAL  
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

RECETA MÉDICA

FOLIO: \_\_\_\_\_

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

Rp. NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

FECHA



NOMBRE COMPLETO DEL DR. (A): \_\_\_\_\_

CEDULA PROFESIONAL \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

DE-02-0055 LIC. SANIT. 1014004073

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

## 10.10 HOJA DE PROGRAMACIÓN Y REGISTRO INDIVIDUAL DE PACIENTES



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

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

06-01-0028

LICENCIA SANITARIA 1014004673

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



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

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

06-01-0028

LICENCIA SANITARIA 1014004673

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

## 10.11 SOLICITUD DE ELECTROCARDIOGRAMA



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

FECHA: _____	
Nombre del paciente: _____	
Edad: _____	Fecha de nacimiento: _____
Sexo: H _____ M _____	Nº cama _____
Nº de expediente: _____	Servicio: _____
Diagnóstico: _____	Aislado: _____
<input type="radio"/> 12 DERIVADAS	<input type="radio"/> PRECORDIALES DERECHAS
<input type="radio"/> TIRA DE RITMO DII	<input type="radio"/> MEDRANO
<input type="radio"/> DII DE UN MINUTO	<input type="radio"/> CÍRCULO COMPLETO
Prioridad:	Urgente      Normal
	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
MEDICO SOLICITANTE	
_____ <small>NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CEDULA DEL MEDICO RESPONSABLE DEL AREA</small>	
<small>AW-200</small>	<small>Licencia sanitaria 1014004673</small>

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

## 10.12 REPORTE DE APLICACIÓN DE TOXINA BOTULINICA



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

### REPORTE DE APLICACIÓN DE TOXINA BOTULINICA

FECHA DE ELABORACIÓN: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE COMPLETO Y CÉDULA PROFESIONAL  
 QUE REALIZA LA INTERPRETACIÓN

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

LICENCIA SANITARIA 1014004673

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

LICENCIA SANITARIA 1014004673

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

### 10.13 SOLICITUD DE APLICACIÓN DE TOXINA BOTULINICA



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

#### SOLICITUD DE APLICACIÓN DE TOXINA BOTULINICA

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

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL  
 DEL MÉDICO SOLICITANTE

**ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE**

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

LICENCIA SANITARIA 1014004673

## 10.14 REPORTE DE MICROSCOPIA ESPECULAR



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

### REPOORTE DE MICROSCOPIA ESPECULAR

FECHA DE ELABORACIÓN: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_ No. EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

SIGNOS VITALES: TENSIÓN ARTERIAL: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ FRECUENCIA CARDIACA: \_\_\_\_\_

FRECUENCIA RESPIRATORIA: \_\_\_\_\_ TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_

TALLA: \_\_\_\_\_

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

COMENTARIO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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

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

LICENCIA SANITARIA 1014004673

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

## 10.15 SOLICITUD DE MICROSCOPIA ESPECULAR



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

### SOLICITUD DE MICROSCOPIA ESPECULAR

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

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL  
 DEL MÉDICO SOLICITANTE

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

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

LICENCIA SAN TARIA 1014004673

## 10.16 REPORTE DE CURVA HORARIA



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

### REPORTE DE CURVA HORARIA

FECHA DE ELABORACIÓN: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_ No. EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

SIGNOS VITALES: TENSIÓN ARTERIAL: \_\_\_/\_\_\_ FRECUENCIA CARDIACA: \_\_\_\_\_

FRECUENCIA RESPIRATORIA: \_\_\_\_\_ TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_

TALLA: \_\_\_\_\_

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

COMENTARIO: \_\_\_\_\_

---



---



---

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 02
	Subdirección de Pediatría		
	<b>2. Procedimiento de Consulta Primera Vez</b>		Hoja: 39 de 67

## 10.17 SOLICITUD DE CURVA HORARIA



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

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

### SOLICITUD DE CURVA HORARIA

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

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL  
 DEL MÉDICO SOLICITANTE

**ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE**

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

## 10.18 REPORTE DE ESTUDIO FLUORANGIOGRÁFICO



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

### REPORTE DE ESTUDIO FLUORANGIOGRÁFICO

FECHA DE ELABORACIÓN: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

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

**FOTOGRAFÍA DE FONDO DE OJO:**

OJO DERECHO:

OJO IZQUIERDO:

**FLUORANGIOGRAFIA:**

OJO DERECHO:

OJO IZQUIERDO:

CÓMENTARIO:

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

## 10.19 SOLICITUD DE FLUORANGIOGRAFÍA



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

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL  
 QUE REALIZA LA INTERPRETACIÓN

### SOLICITUD DE FLUORANGIOGRAFÍA

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

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL  
 DEL MÉDICO SOLICITANTE

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

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

LICENCIA SANITARIA 1014004673



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

## 10.21 SOLICITUD DE APLICACIÓN DE ANTIANGIOGÉNICO



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

### SOLICITUD DE APLICACIÓN DE ANTIANGIOGÉNICO

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

\_\_\_\_\_  
NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL  
DEL MÉDICO SOLICITANTE

**ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE**

## 10.22 SOLICITUD DE CAMPOS VISUALES



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

### SOLICITUD DE CAMPOS VISUALES

FECHA DE ELABORACIÓN \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

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

SERVICIO SOLICITANTE: _____		
DIAGNÓSTICO: _____		
TRATAMIENTO OJO DERECHO: _____		
TRATAMIENTO OJO IZQUIERDO: _____		
	<b>OJO DERECHO</b>	<b>OJO IZQUIERDO</b>
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

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

## 10.23 REPORTE DE CAMPOS VISUALES



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

### REPORTE DE CAMPOS VISUALES

FECHA DE SOLICITUD: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL  
 QUE REALIZA LA INTERPRETACIÓN

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

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

LICENCIA SANITARIA 1014004673

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	Subdirección de Pediatría		
	2. Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 46 de 67

## 10.24 SOLICITUD DE LASER



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

### SOLICITUD DE LÁSER

FECHA DE SOLICITUD: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_ No. EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

SERVICIO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

MOTIVO:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL  
DEL MÉDICO SOLICITANTE

### REPORTE DE LASER

### REPORTE DE LÁSER

FECHA DE ELABORACION: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_ No. EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

SIGNOS VITALES: TENSIÓN ARTERIAL: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ FRECUENCIA CARDIACA: \_\_\_\_\_

FRECUENCIA RESPIRATORIA: \_\_\_\_\_ TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_

TALLA: \_\_\_\_\_ NUMERO DE SESION: \_\_\_\_\_

### PARAMETROS DE LASER

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

Tratamiento: \_\_\_\_\_

Pronóstico: \_\_\_\_\_

Próxima cita: \_\_\_\_\_

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

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

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

LICENCIA SANITARIA 1014004673

## 10.25 REPORTE DE OCT DE RETINA



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

### REPORTE DE OCT DE RETINA

FECHA DE ELABORACIÓN: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

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

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

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: \_\_\_\_\_

COMENTARIO: \_\_\_\_\_

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

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

LICENCIA SANITARIA 1014004673

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

## 10.26 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 <sup>2</sup> PROMEDIO DE CAPAS DE FIBRAS NERVIOSAS		
ÁREA DEL RADIO DEL DISCO ÓPTICO (EXCAVACIÓN)		
ÁREA DE DISCO ÓPTICO		
COMENTARIO		
_____		
_____		

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CEDULA PROFESIONAL  
 QUE REALIZA LA INTERPRETACIÓN

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

## 10.27 SOLICITUD DE OCT DE GLAUCOMA



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

### SOLICITUD DE OCT DE GLAUCOMA

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

\_\_\_\_\_  
NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL  
DEL MÉDICO SOLICITANTE

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

## 10.28 REPORTE DE ULTRASONIDO



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

### REPORTE DE ULTRASONIDO

FECHA DE ELABORACIÓN: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

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

**QUERATOMETRO**

**TOPOGRAFÍA**

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

ULTRASONIDO

Ojo derecho: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Ojo izquierdo: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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

## 10.29 SOLICITUD DE ULTRASONIDO



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

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

### SOLICITUD DE ULTRASONIDO

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

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL  
 DEL MÉDICO SOLICITANTE

**ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE**

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

### 10.30 REPORTE DE TOPOGRAFÍA CORNEAL



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

#### REPORTE DE TOPOGRAFÍA CORNEAL

FECHA DE ELABORACIÓN: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

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

<b>OJO DERECHO</b>
<b>OJO IZQUIERDO</b>
<b>COMENTARIO</b>

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL  
 QUE REALIZA LA INTERPRETACIÓN

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

LICENCIA SANITARIA 1014004673

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	Subdirección de Pediatría		
	2. Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 53 de 67

### 10.31 SOLICITUD DE TOPOGRAFÍA CORNEAL



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

#### SOLICITUD DE TOPOGRAFÍA CORNEAL

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

\_\_\_\_\_  
NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL  
DEL MÉDICO SOLICITANTE

**ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE**

## 10.32 HOJA DE EVALUACIÓN CARDIOVASCULAR

CARDIOPATÍA ISQUEMICA	SI ( )	NO ( )	_____
INSUFICIENCIA CARDIACA	SI ( )	NO ( )	_____
HIPERTENSION ARTERIAL	SI ( )	NO ( )	_____
CARDIOPATIAS CONGENITAS	SI ( )	NO ( )	_____
NEUMOPATIAS	SI ( )	NO ( )	_____
EKG:	_____		
Rx:	_____		
LABORATORIO:	_____		
CONCLUSIONES:	_____		
PUEDER OPERARSE:	SI ( )	NO ( )	_____
RIESGO TROMBOEMBOLICO:	_____		
RIESGO GOLDMAN / DETSKY:	_____		
RIESGO ASA:	_____		
RECOMENDACIONES			
PREOPERATORIAS:	_____		
TRANSOPERATORIAS:	_____		
POSTOPERATORIAS:	_____		
ESCALA (ASA) AMERICAN SOCIETY ANESTHESIOLOGISTS			
ASA I ( I / V ) SANO			
ASA II ( II / V ) ENFERMEDAD GRAL. LEVE			
ASA III ( III / V ) ENFERMEDAD GRAL. GRAVE			
ASA IV ( IV / V ) ENFERMEDAD GRAL. QUE PONE EN PELIGRO LA VIDA			
ASA V ( V / V ) PACIENTE MORIBUNDO			
	GOLDMAN / DETSKY (RIESGO CARDIACO EN CIRUGIA NO CARDIACA)		
RIESGO TROMBOEMBOLICO	G I ( ENTRE 0 Y 5 PUNTOS)		
BAJO ( ENTRE 1 Y 18 PUNTOS)	G II ( ENTRE 5 Y 12 PUNTOS)		
MODERADO ( 19 Y 35 PUNTOS)	G III ( ENTRE 13 Y 22 PUNTOS)		
ALTO ( 36 A 54 PUNTOS)	G IV ( ENTRE 23 Y 53 PUNTOS)		
NOMBRE Y FIRMA MÉDICO SOLICITANTE		NOMBRE Y FIRMA MÉDICO QUE REALIZÓ EL ESTUDIO	

06-01-0143

LICENCIA SANITARIA 1014004673

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

06-01-0143

LICENCIA SANITARIA 1014004673

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

### 10.33 REGISTRO DE ADOLESCENTES DE CONSULTA Y HOSPITALIZACIÓN



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

Fecha \_\_\_\_\_ No. de Expediente \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Delegación \_\_\_\_\_

Diagnóstico Médico:

Antecedente de Diagnóstico Psiquiátrico;

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

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

Edad \_\_\_\_\_ Originaria \_\_\_\_\_

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

Edad menarca \_\_\_\_\_ años

Inicio vida sexual \_\_\_\_\_ años Número de parejas sexuales \_\_\_\_\_

Edad primera unión \_\_\_\_\_ años Edad pareja \_\_\_\_\_

Ocupación de pareja actual \_\_\_\_\_ años Vive con \_\_\_\_\_

Ingreso económico proveniente \_\_\_\_\_

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

Trabajo actual: \_\_\_\_\_

Trabajo anterior: \_\_\_\_\_

Plan de estudio a o trabajo a mediano plazo:

Evaluación  
Ansiedad \_\_\_\_\_  
Depresión \_\_\_\_\_  
Violencia intrafamiliar \_\_\_\_\_

## 10.34 ESCALA DE VIOLENCIA E ÍNDICE DE SEVERIDAD



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

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

### Escala de violencia e índice de severidad

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

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

¿Por quién?

Padre \_\_\_\_\_ Pareja \_\_\_\_\_ Amigo \_\_\_\_\_ Familiar \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_ (especifique) \_\_\_\_\_

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

Puntaje total: ISVP \_\_\_\_\_ SVP \_\_\_\_\_ SVF \_\_\_\_\_ SVS \_\_\_\_\_

Nombre completo de quien evaluó, firma y cédula profesional: \_\_\_\_\_

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

## 10.35 PROGRAMA EMBARAZO ADOLESCENTE



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

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

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

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

## 10.36 INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK



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

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

### INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

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

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

### 10.37 REPORTE DE CITOLOGÍA CERVICAL

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

Prevención y Control del  
Cáncer Cérvico Uterino

ROL: \_\_\_\_\_

---

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

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

---

**II. IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE**

CLAVE DE LA PACIENTE: \_\_\_\_\_

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

---

**III. ANTECEDENTES**

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

13. Situación ginecológica:  1. Posparto o postaborto 2. Postmenopausa 3. Usó de torniquete 4. DCU 5. Oligomenorrea 6. Tratamiento hormonal 7. Retraso en edad 8. Tratamiento sintomático previo 9. Ninguno

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

18. A la exploración se observa:  1. Cuello quebrado seco 2. Cuello normal 3. Rótulo del cuello 4. Cervicite 5. Leucorrea 6. Sangrado anormal 7. No se observa cuello

19. Responsable de la toma citológica: \_\_\_\_\_

20. Fecha de toma de la muestra: \_\_\_\_\_ 21. Posición de dedo:  1. Índice de reacción inflamatoria de los 13 días 2. Mujeres por sexo 3. Antecedentes de infecciones de transmisión sexual 4. Toxicomanía 5. Ninguno

22. ¿Usa preservativo?: 1. Si 2. No  23. Número citológico anterior: \_\_\_\_\_

---

**IV. RESULTADO DE CITOLOGÍA CERVICAL**

24. Fecha de interpretación: \_\_\_\_\_ 25. Número citológico: \_\_\_\_\_  
 26. Laboratorio: \_\_\_\_\_ 27. Características de la muestra: 1. Abundante 2. Insuficiente

28. 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 (Cervicite reactiva inflamación)  
 8. Células escamosas benignas (Cervicite reactiva atípica)  
 9. Células escamosas benignas (Cervicite reactiva Papanicolaou)  
 10. Células escamosas benignas (Cervicite reactiva DCU)

29. Repetir estudio: 1. Si 2. No

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

31. R.P.C. del Citólogo: \_\_\_\_\_  
 Nombre completo, sépt. prof. y firma: \_\_\_\_\_

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

33.1 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 (Cervicite reactiva inflamación)  
 8. Células escamosas benignas (Cervicite reactiva atípica)  
 9. Células escamosas benignas (Cervicite reactiva Papanicolaou)  
 10. Células escamosas benignas (Cervicite reactiva DCU)

33.2 R.P.C. del Patólogo: \_\_\_\_\_  
 Nombre completo, sépt. prof. y firma: \_\_\_\_\_

34. Fecha de interpretación: 1. Si 2. No  35.1 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)

LICENCIA SANITARIA: 1014084873

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

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



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

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

División de Cuidados Paliativos y Clínica de Dolor.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



HOSPITAL GENERAL  
DR. MANUEL GEA  
GONZALEZ

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

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

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

CDMX a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201

Nombre \_\_\_\_\_ No de Expediente \_\_\_\_\_

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

El medicamento que tomaré es: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

La dosis que recibiré es de: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

**Deseo voluntariamente aceptar el tratamiento que se me propone.**

Nombre/Firma del Paciente

**Testigos**

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Nombre y firma del Médico: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

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

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

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

## 10.39 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INGRESO RECIBIR SEDACIÓN PALIATIVA



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

### Carta de Consentimiento Informado Para Ingreso recibir Sedación Paliativa.

División de Cuidados Paliativos y Clínica de Dolor.

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

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

#### Información sobre Sedación Paliativa.

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

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

#### **Sedación Paliativa.**

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

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

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

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

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

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



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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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

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

CDMX a de de 201

Nombre \_\_\_\_\_ No de Expediente \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_

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

Nombre/Firma \_\_\_\_\_

**Testigos:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

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

## 10.40 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR TRATAMIENTO PALIATIVO



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

### Carta de Consentimiento Informado Para recibir tratamiento Paliativo.

División de Cuidados Paliativos y Clínica de Dolor.

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

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

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

### Información sobre el Tratamiento Paliativo.

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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

CDMX a            de            del 20

**Nombre del paciente**

\_\_\_\_\_ Expediente \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_



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

### **3. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES DE CONSULTA SUBSECUENTE**

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

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

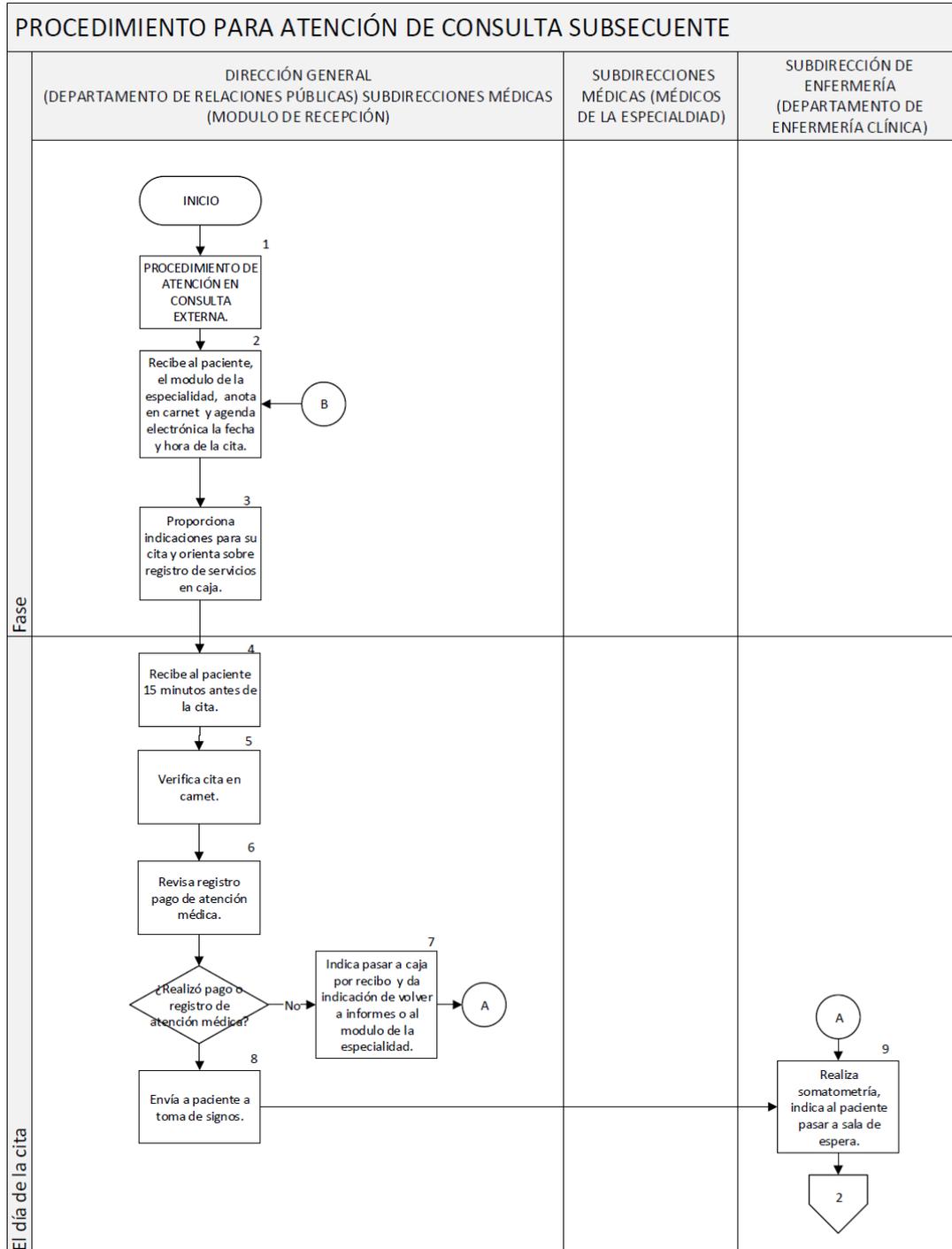
 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>PROCEDIMIENTO</b>
	<b>Subdirección de Pediatría</b>
	<b>Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente,</b> Hoja: 4 de 48

#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

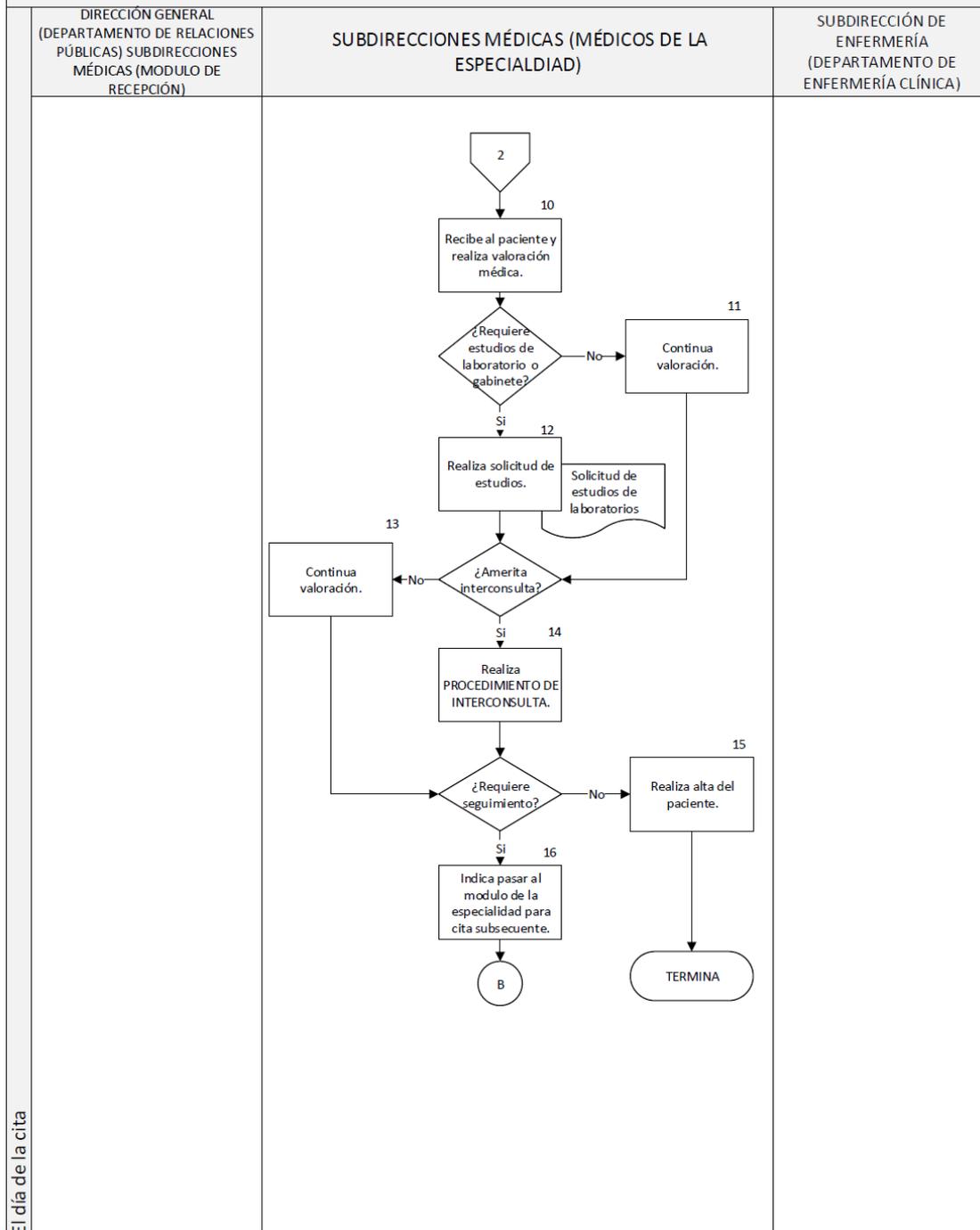
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o anexo
<p>Director General (Jefa de Departamento de Relaciones Públicas)</p> <p>Subdirectores Médicos (Módulo de Recepción)</p>	1	Recibe al paciente, inicia PORCEIDMIENTO DE ATENCIÓN DE CONSULTA EXTERNA.	Carnet
	2	Recibe al paciente la recepcionista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

<b>Responsable</b>	<b>No. Act.</b>	<b>Descripción de Actividades</b>	<b>Documento o anexo</b>
		¿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
		<b>TERMINA</b>	

## 5. DIAGRAMA DE FLUJO



**PROCEDIMIENTO PARA ATENCIÓN DE CONSULTA SUBSECUENTE**



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

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



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

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



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

LICENCIA SANITARIA 1014004673

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

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

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

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

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA DEL MÉDICO RESPONSABLE: \_\_\_\_\_

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

### 10.3 HOJA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA



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

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

06-01-0030

\_\_\_\_\_  
 MÉDICO TRATANTE  
 NOMBRE COMPLETO  
 FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL

\_\_\_\_\_  
 JEFE DEL DEPARTAMENTO  
 NOMBRE COMPLETO  
 FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL

\_\_\_\_\_  
 DIRECTOR MÉDICO  
 NOMBRE COMPLETO  
 FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	<b>3. Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente</b>		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 _____	
<b>MANEJO DEL PACIENTE:</b>	
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 <b>SOLICITUD DE ESTUDIO ENDOSCÓPICO</b>	
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: _____	
<b>TIPO DE ESTUDIO:</b> <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).		<b>FISIOLÓGIA DIGESTIVA:</b> <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"/>			
<b>TIPO DE ANESTÉSIA:</b> <input type="checkbox"/> Local. <input type="checkbox"/> Sedación Intravenosa <input type="checkbox"/> Sedación Nebulizada <input type="checkbox"/> Anestesia General <b>AUTORIZACIÓN</b> _____			
_____ NOMBRE FIRMA DEL MÉDICO RESPONSABLE		_____ NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO ADSCRITO	
(REGISTRO DE CAJA)			
ENDOSCOPIA			

06-01-0044

Licencia Sanitaria 1014004673

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

### 10.5 SOLICITUD DE ESTUDIOS CITOLÓGICOS



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

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

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

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

## 10.8 RECETA MÉDICA



HOSPITAL GENERAL  
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

RECETA MÉDICA

FOLIO: \_\_\_\_\_

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

Rp. NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

FECHA



NOMBRE COMPLETO DEL DR. (A): \_\_\_\_\_

CEDULA PROFESIONAL \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

DE-02-0055 LIC. SANIT. 1014004073

### 10.9 HOJA DE PROGRAMACIÓN Y REGISTRO INDIVIDUAL DE PACIENTES



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

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

06-01-0028

LICENCIA SANITARIA 1014004673

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



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

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

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>Subdirección de Pediatría</b>		
	<b>3. Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente</b>		Hoja: 26 de 48

## 10.14 SOLICITUD DE MICROSCOPIA ESPECULAR



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

### SOLICITUD DE MICROSCOPIA ESPECULAR

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

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL  
 DEL MÉDICO SOLICITANTE

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

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

LICENCIA SAN TARIA 1014004673

### 10.15 REPORTE DE CURVA HORARIA



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

#### REPORTE DE CURVA HORARIA

FECHA DE ELABORACIÓN: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_ No. EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

SIGNOS VITALES: TENSIÓN ARTERIAL: \_\_\_/\_\_\_ FRECUENCIA CARDIACA: \_\_\_\_\_

FRECUENCIA RESPIRATORIA: \_\_\_\_\_ TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_

TALLA: \_\_\_\_\_

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

COMENTARIO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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

### 10.16 SOLICITUD DE CURVA HORARIA



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

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

#### SOLICITUD DE CURVA HORARIA

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

\_\_\_\_\_  
NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL  
DEL MÉDICO SOLICITANTE

**ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE**

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

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>Subdirección de Pediatría</b>		
	<b>3. Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente</b>		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: _____		
	<b>OJO DERECHO</b>	<b>OJO IZQUIERDO</b>
AGUDEZA VISUAL:	_____	_____
GONIOSCOPIA:	_____	_____
EXCAVACIÓN:	_____	_____
CORRECCIÓN REFRACTIVA:	_____	_____
PAQUIMETRÍA:	_____	_____
CAMPOS VISUALES PREVIOS:	_____	_____

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CEDULA PROFESIONAL  
 DEL MÉDICO SOLICITANTE

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

## 10.22 REPORTE DE CAMPOS VISUALES



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

### REPORTE DE CAMPOS VISUALES

FECHA DE SOLICITUD: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL  
 QUE REALIZA LA INTERPRETACIÓN

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

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

LICENCIA SANITARIA 1014004673

### 10.23 SOLICITUD DE LASER



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

#### SOLICITUD DE LÁSER

FECHA DE SOLICITUD: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_ No. EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

SERVICIO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

MOTIVO:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL  
 DEL MÉDICO SOLICITANTE

#### REPORTE DE LASER

#### REPORTE DE LÁSER

FECHA DE ELABORACION: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_ No. EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

SIGNOS VITALES: TENSIÓN ARTERIAL: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ FRECUENCIA CARDIACA: \_\_\_\_\_

FRECUENCIA RESPIRATORIA: \_\_\_\_\_ TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_

TALLA: \_\_\_\_\_ NUMERO DE SESION: \_\_\_\_\_

#### PARAMETROS DE LASER

	Ojo izquierdo	Ojo izquierdo
Disparos		
Podex		
Tiempo		
Spot		

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tratamiento: \_\_\_\_\_

Pronóstico: \_\_\_\_\_

Próxima cita: \_\_\_\_\_

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

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

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

LICENCIA SANITARIA 1014004673

## 10.24 REPORTE DE OCT DE RETINA



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

### REPORTE DE OCT DE RETINA

FECHA DE ELABORACIÓN: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

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

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

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: \_\_\_\_\_

COMENTARIO: \_\_\_\_\_

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

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

LICENCIA SANITARIA 1014004673

## 10.25 REPORTE DE OCT DE GLAUCOMA



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

### REPORTE DE OCT DE GLUCOMA

FECHA DE ELABORACIÓN: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_ No. EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

SIGNOS VITALES: TENSIÓN ARTERIAL: \_\_\_/\_\_\_ FRECUENCIA CARDIACA: \_\_\_\_\_

FRECUENCIA RESPIRATORIA: \_\_\_\_\_ TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_

TALLA: \_\_\_\_\_

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

COMENTARIO

---



---

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CEDULA PROFESIONAL  
 QUE REALIZA LA INTERPRETACIÓN

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

## 10.26 SOLICITUD DE OCT DE GLAUCOMA



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

### SOLICITUD DE OCT DE GLAUCOMA

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

\_\_\_\_\_  
NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL  
DEL MÉDICO SOLICITANTE

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

## 10.27 REPORTE DE ULTRASONIDO



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

### REPORTE DE ULTRASONIDO

FECHA DE ELABORACIÓN: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

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

#### QUERATOMETRO

#### TOPOGRAFÍA

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

ULTRASONIDO

Ojo derecho: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Ojo izquierdo: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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

<b>OJO DERECHO</b>
<b>OJO IZQUIERDO</b>
<b>COMENTARIO</b>

\_\_\_\_\_  
 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

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>Subdirección de Pediatría</b>		
	<b>3. Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente</b>		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>PUEDEN OPERARSE: SI ( ) NO ( )</p> <p>RIESGO TROMBOEMBÓLICO: _____</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: _____	_____																												
<b>ESCALA (ASA) AMERICAN SOCIETY ANESTHESIOLOGISTS</b>																													
<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 CARDÍACO EN CIRUGÍA NO CARDÍACA)																											
RIESGO TROMBOEMBÓLICO	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 QUIRÚRGICO			
NOMBRE: _____	SEXO: _____	No. EXPEDIENTE: _____	No. CAMA: _____
FECHA DE REALIZACIÓN: _____			
SERVICIO SOLICITANTE: _____			
DIAGNÓSTICO: _____			
CIRUGÍA PLANEADA: _____			
CIRUGÍA PROGRAMADA ( )		CIRUGÍA URGENTE ( )	
ENFERMEDAD CONCOMITANTE: SI ( ) NO ( )			
D.M. ( )	INSF. RENAL ( )	ENF. PSIQUIÁTRICA ( )	
HTAS ( )	INSF. HEPÁTICA ( )	ALT. NEUROLÓGICA ( )	
EPOC ( )	INSF. VENOSA ( )	OBESIDAD ( )	
INST. RESP. ( )	INFEC. ABDOMINAL ( )	DESNUTRICIÓN ( )	
I.C.C. ( )	INFEC. NO ABDOMINAL ( )	EDOS. INMUNOSUPRESIÓN ( )	
ALT. HEMATOLÓGICAS ( )	ARRITMIAS ( )		
OTRAS: _____			
VALORACIÓN DE RIESGO TROMBOEMBÓLICO			
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. CAÍDRA	5 ( )
USO HORMONALES	1 ( )	CIRG. FEMUR	5 ( )
REPOSO PROLONGADO	1 ( )	CIRG. PRÓSTATA	5 ( )
CIRG. MENOR 2 HRS.	1 ( )	(SUPRAPÚBLICA)	5 ( )
CARDIOMEGALIA Y/O FIBRILACIÓN AURICULAR	5 ( )	CALIFICACIÓN TOTAL	( )
VALORACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR (GOLDMAN/DETSKY)			
EDAD MAYOR A 70 A	5 ( )	PAO2 < 60 mm. Hg. ó PACO2 > 50 mmHg	3 ( )
IM > 6 MESES	5 ( )	K + < 3.0 mEq / L ó HCO3 > 30 mEq / l	3 ( )
IM < 6 MESES	10 ( )		
ÁGNOR CLASE III SC vc	10 ( )	BUN > 50 mg / dl ó CREATININA > 3.0 mg / d	3 ( )
ÁGNOR CLASE IV SC vc	20 ( )	TOG ANORMAL O EVIDENCIA DE HEPATOPATÍA CRÓNICA	3 ( )
YUGULAR	11 ( )	CIRUGÍA URGENTE	4 ( )
ÁGNOR INESTABLE	10 ( )	INTRAPERITONEAL / NEUROCIROLOGÍA	3 ( )
6 MESES	10 ( )		
TEP < 1 SEMANA	10 ( )		
TEP (ANTECEDENTES)	5 ( )		
ESTENOSIS AÓRTICA	3 ( )	CALIFICACIÓN TOTAL	( )
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:			
VALVULOPATÍAS	SI ( )	NO ( )	

06-01-0143

LICENCIA SANITARIA 1014004673

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

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>Subdirección de Pediatría</b>		
	<b>3. Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente</b>		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<br/>1. No tanto ahora<br/>2. Mucho menos<br/>3. No, no he podido</p> <p>2. He mirado el futuro con placer</p> <p>0. Tanto como siempre<br/>1. Algo menos de lo que solía hacer<br/>2. Definitivamente menos<br/>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<br/>2. Sí, algunas veces<br/>1. No muy a menudo<br/>0. No, nunca</p> <p>4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo</p> <p>1. No, para nada<br/>2. Casi nada<br/>3. Sí, a veces<br/>4. Sí, a menudo</p> <p>5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno</p> <p>3. Sí, bastante<br/>2. Sí, a veces<br/>1. No, no mucho<br/>0. No, nada</p> | <p>6. Las cosas me oprimen o agobian</p> <p>3. Sí, la mayor parte de las veces<br/>2. Sí, a veces<br/>1. No, casi nunca<br/>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<br/>2. Sí, a veces<br/>1. No muy a menudo<br/>2. No nada</p> <p>8. Me he sentido triste y desgraciada</p> <p>3. Sí, casi siempre<br/>2. Sí, bastante a menudo<br/>1. No muy a menudo<br/>0. No, nada</p> <p>9. He sido tan infeliz que he estado llorando</p> <p>3. Sí, casi siempre<br/>2. Sí, bastante a menudo<br/>1. Sólo en ocasiones<br/>0. No, nunca</p> <p>10. He pensado en hacerme daño a mí misma</p> <p>3. Sí, bastante a menudo<br/>2. A veces<br/>1. Casi nunca<br/>0. No, nunca</p> |
|--|---|

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>Subdirección de Pediatría</b>		
	<b>3. Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente</b>		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
<b>Totales</b>				
			<b>Total</b>	

### 10.16 REPORTE DE CITOLOGÍA CERVICAL

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

Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino

ROLIC

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

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

**II. IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE**

CLAVE DE LA PACIENTE:

6. Nombre:     
7. Fecha de nacimiento:  /  /  CURP:   
8. Estado de nacimiento:  9. Sexo:   
10. Domicilio:      
11. Días Domicilio:

**III. ANTECEDENTES**

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

13. Situación ginecológica:  1. Posparto o postaborto 2. Posmenopausa 3. Uso de hormonas 4. DCU 5. Infertilidad 6. Tratamiento antineoplásico 7. Rotación uterina 8. Ninguno

15. Inicio de vida sexual: 1. Sí 2. No   Sexo:

16. Fecha de la última regla:  /  /  17. Antecedentes de vacunación VPH: 1. Sí 2. No   Sexo:

18. Deseño con el que tomó la muestra:  1. Espátula de Ayre modificada 2. Citobrush 3. Hielo 4. Otro (especificar):

19. Fecha de toma de la muestra:  /  /  20. A la exploración se observó:  1. Color anormalmente blanco 2. Color normal 3. Rótulo del cuello 4. Cervicitis 5. Leucorrea 6. Sangrado anormal 7. No se observó cuello

21. ¿Presenta papiloma? 1. Sí 2. No   21.1 Número citológico anterior:

19. Posturas de riesgo:    1. Inicio de relaciones sexuales antes de los 15 años 2. Mujeres parejas sexuales 3. Antecedentes de infecciones de transmisión sexual 4. Toxicomanía 5. Ninguno

**IV. RESULTADO DE CITOLOGÍA CERVICAL**

22. Fecha de interpretación:  /  /  23. Número citológico:

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

26. Diagnóstico Citológico:

1. Detenido de todas formas  
2. Detenido células benignas (infectión Tricomonas)  
3. Detenido células benignas (infectión Candidiasis)  
4. Detenido células benignas (infectión Gardnerella)  
5. Detenido células benignas (infectión Adenocarcinoma ap)  
6. Detenido células benignas (infectión Herpes)  
7. Detenido células benignas (Cervicitis reactiva inflamación)  
8. Detenido células benignas (Cervicitis reactiva atípica)  
9. Detenido células benignas (Cervicitis reactiva Papanicolaou)  
10. Detenido células benignas (Cervicitis reactiva DCU)

27. Resultado: 1. Sí 2. No

28. Método:  1. Adhesión, hemograma, información y/o técnica en sala del TPA, del laboratorio 2. Muestra real Spike 3. Lavado vivo 4. Prób. grado

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. Detenido de todas formas  
2. Detenido células benignas (infectión Tricomonas)  
3. Detenido células benignas (infectión Candidiasis)  
4. Detenido células benignas (infectión Gardnerella)  
5. Detenido células benignas (infectión Adenocarcinoma ap)  
6. Detenido células benignas (infectión Herpes)  
7. Detenido células benignas (Cervicitis reactiva inflamación)  
8. Detenido células benignas (Cervicitis reactiva atípica)  
9. Detenido células benignas (Cervicitis reactiva Papanicolaou)  
10. Detenido células benignas (Cervicitis reactiva DCU)

31. R.P.C. del Patólogo:

Nombre completo, sépt. prof. y firma:

32. Fecha de liberación: 1. Sí 2. No   32.1 Resultado de liberación:  1. Negativo 2. Positivo VPH bajo riesgo (E7, E7, E7, E7, E7) 3. Positivo VPH alto riesgo (E7, E7, E7)

11. Células escamosas atípicas de significado incierto ASC  
12. Lesión intraepitelial de bajo grado L800 VMP  
13. Lesión intraepitelial de bajo grado L800 (Epitelio Leno) (NIC1)  
14. Lesión intraepitelial de bajo grado L800 (Epitelio Leno) (NIC VPH)  
15. Lesión intraepitelial de alto grado L800 (Epitelio Moderado) (NIC2)  
16. Lesión intraepitelial de alto grado L800 (Epitelio Grave) (NIC3)  
17. Lesión intraepitelial de alto grado L800 (Cáncer in Situ) (NIC4)  
18. Carcinoma de células escamosas (Cáncer Invasor)

Células glandulares:  
19. Células endocervicales citológicamente benignas en mujeres postmenopáusicas  
20. Células glandulares atípicas de significado incierto ASC  
21. Adenocarcinoma in Situ  
22. Adenocarcinoma Moderado  
23. Adenocarcinoma Moderado/Avanzado

Células escamosas:  
11. Células escamosas atípicas de significado incierto ASC  
12. Lesión intraepitelial de bajo grado L800 VMP  
13. Lesión intraepitelial de bajo grado L800 (Epitelio Leno) (NIC1)  
14. Lesión intraepitelial de bajo grado L800 (Epitelio Leno) (NIC VPH)  
15. Lesión intraepitelial de alto grado L800 (Epitelio Moderado) (NIC2)  
16. Lesión intraepitelial de alto grado L800 (Epitelio Grave) (NIC3)  
17. Lesión intraepitelial de alto grado L800 (Cáncer in Situ) (NIC4)  
18. Carcinoma de células escamosas (Cáncer Invasor)

Células glandulares:  
19. Células endocervicales citológicamente benignas en mujeres postmenopáusicas  
20. Células glandulares atípicas de significado incierto ASC  
21. Adenocarcinoma in Situ  
22. Adenocarcinoma Moderado  
23. Adenocarcinoma Moderado/Avanzado

66-01-0027 LICENCIA SANITARIA 1014084873

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

## 7. PROCEDIMIENTO DE HOSPITALIZACIÓN

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	<b>SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA</b>		
	<b>Procedimiento de Hospitalización</b>		Hoja: 2 de 100

## 1. PROPÓSITO

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

## 2. ALCANCE

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

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	<b>SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA</b>		
	<b>Procedimiento de Hospitalización</b>		Hoja: 3 de 100

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

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

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

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

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

#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

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

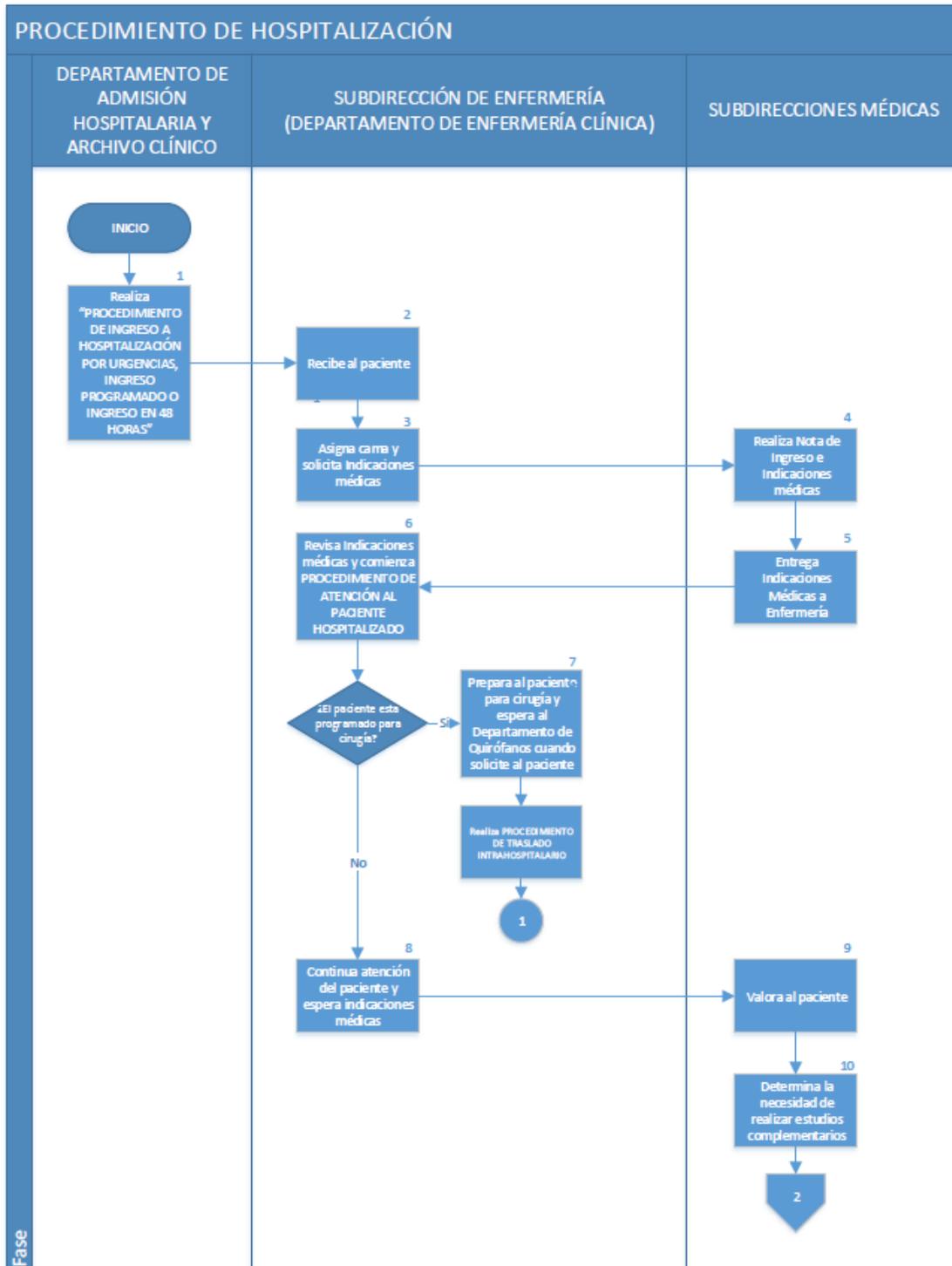
 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>PROCEDIMIENTO</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA</b>
	<b>Procedimiento de Hospitalización Hoja: 6 de 100</b>

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

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

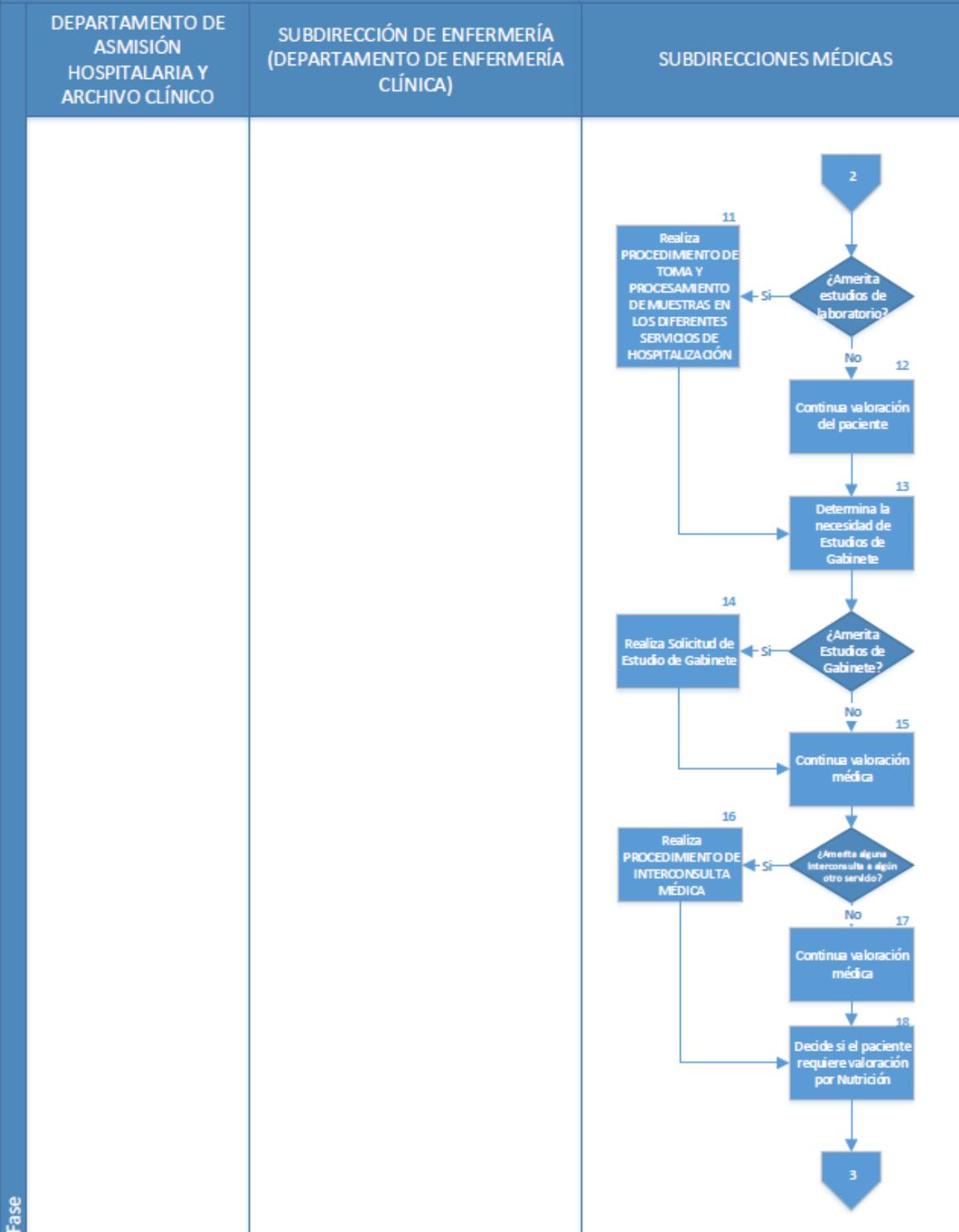
	21.	
	23	No: Continúa atención del paciente
	24	Espera resultados de laboratorio y gabinete, en caso necesario
	25	Determina la necesidad de realizar un Estudio complementario o Interconsulta e Institución de apoyo
		¿Amerita Estudio Complementario o Interconsulta en Institución de apoyo?
	26	Si: Realiza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

## 5. DIAGRAMA DE FLUJO



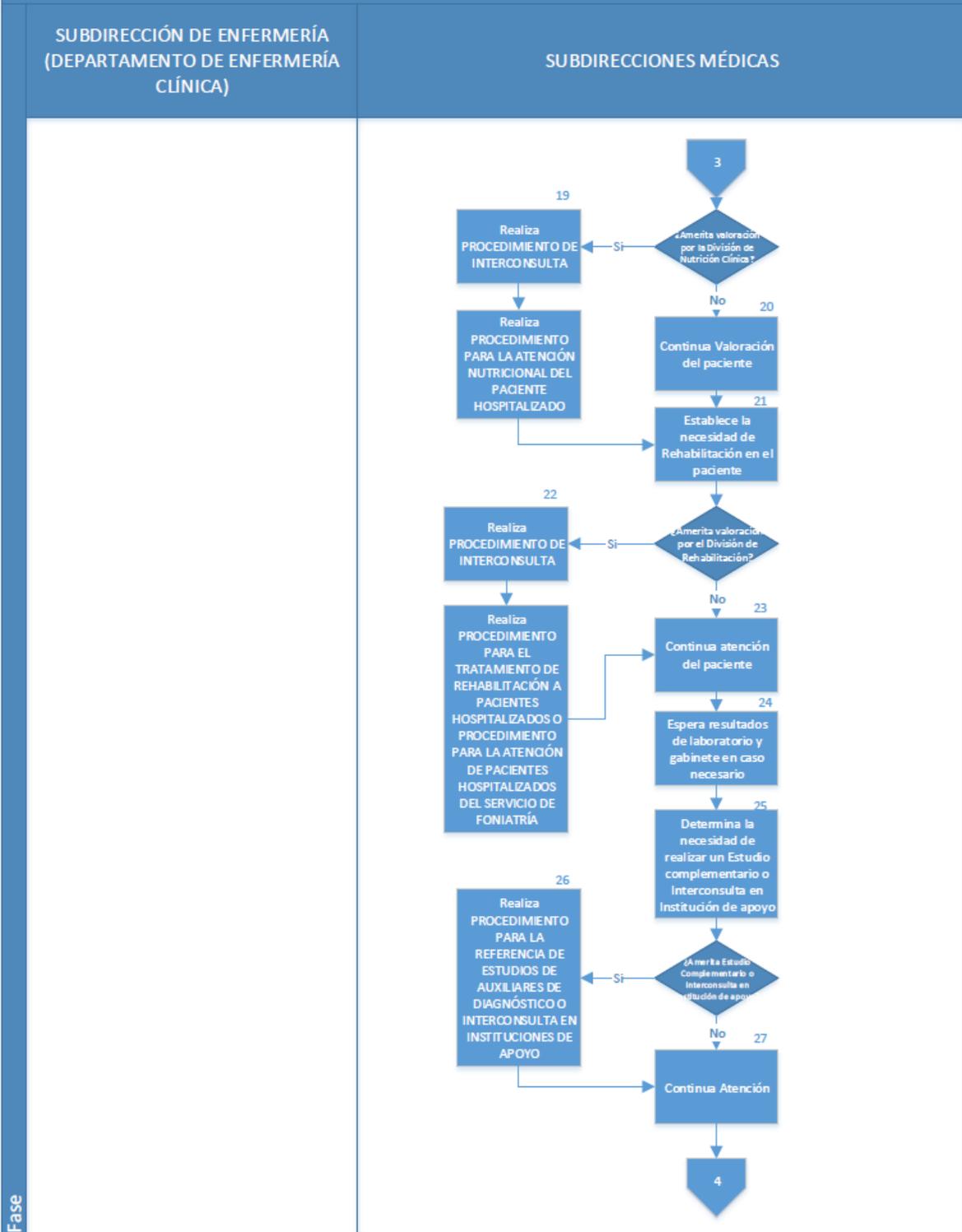


**PROCEDIMIENTO DE HOSPITALIZACIÓN**



Fase

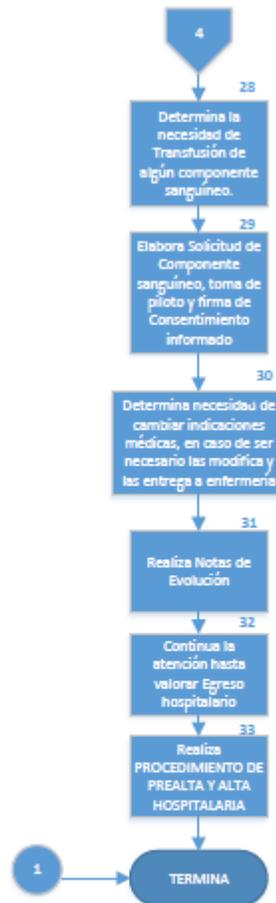
**PROCEDIMIENTO DE HOSPITALIZACIÓN**





## PROCEDIMIENTO DE HOSPITALIZACIÓN

### SUBDIRECCIONES MÉDICAS



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

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

## 7. REGISTROS

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

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

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

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

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

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

## 9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

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

## 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

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

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

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

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

## 10.1 HOJA FRONTAL

<b>FRONTAL</b>	HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
----------------	--

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
 EDAD: \_\_\_\_\_ REGISTRO: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ CAMA: \_\_\_\_\_  
 FECHA Y HORA DE ELABORACIÓN: \_\_\_\_\_

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

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

## 10.2 SOLICITUD DE INGRESO HOSPITALARIO

HOSPITAL GENERAL  
DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ



### SOLICITUD DE INGRESO HOSPITALARIO

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

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

### 10.3 HISTORIA CLÍNICA



Hospital General Dr. Manuel Gea González  
FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA

Especialidad \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

FICHA DE IDENTIFICACION

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

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

Vivienda

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

Hábitos Higiénico Dietéticos

Alimentación: Adecuada Sí  No  Higiene: Adecuada Sí  No

Perinatales (pacientes pediátricos)

Parto  Cesárea  Complicaciones: \_\_\_\_\_ APGAR: \_\_\_\_\_  
 Peso al Nacer: \_\_\_\_\_ Talla al Nacer: \_\_\_\_\_ Seno Materno: Sí  No  Tiempo: \_\_\_\_\_  
 Ablactación: \_\_\_\_\_ Alimentación Actual: \_\_\_\_\_

Desarrollo Psicomotor (pacientes pediátricos)

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

Esquema de Inmunización

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

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
DOMICILIO: \_\_\_\_\_

INTERROGATORIO: PACIENTE  FAMILIAR  OTRO

MOTIVO DE CONSULTA: \_\_\_\_\_

PADECIMIENTO ACTUAL: \_\_\_\_\_

**HEREDO FAMILIARES:**

*Sistémicos:*

D.M.: \_\_\_\_\_

HAS: \_\_\_\_\_

CA: \_\_\_\_\_

OTROS: \_\_\_\_\_

*Oftalmológicos:*

RETINOPATÍA: \_\_\_\_\_

GLAUCOMA: \_\_\_\_\_

CATARATA: \_\_\_\_\_

OTROS: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PERSONALES:**

*Sistémicos:*

D.M.: \_\_\_\_\_ EVOLUCIÓN: \_\_\_\_\_ UG: \_\_\_\_\_

CONTROL: \_\_\_\_\_

CÁNCER: \_\_\_\_\_

TRANSFUNCIONALES: \_\_\_\_\_

ALÉRGICOS: \_\_\_\_\_

QUIRÚRGICOS: \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS SISTÉMICOS: \_\_\_\_\_

HAS: \_\_\_\_\_ EVOLUCIÓN: \_\_\_\_\_

CONTROL: \_\_\_\_\_

CARDIOPATÍA: \_\_\_\_\_

ENF. ENDOCRINA: \_\_\_\_\_

ENF. NEUROLÓGICA: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

INFECCIOSOS: \_\_\_\_\_

OTROS: \_\_\_\_\_

*Oftalmológicos: ojo* *Tiempo Evolución*

CATARATA: \_\_\_\_\_

GLAUCOMA: \_\_\_\_\_

RETINOPATÍA: \_\_\_\_\_

ESTRABISMO: \_\_\_\_\_

TRUMA: \_\_\_\_\_

OTROS: \_\_\_\_\_

LÁSER: \_\_\_\_\_

*Procedimientos*

*Fecha*

CIRUGÍAS: *Procedimientos* *Fecha*

*Último examen oftalmológico*

*Medicamentos oftalmológicos*



Hospital General Dr. Manuel Gea González  
**HISTORIA CLÍNICA PERINATAL SIMPLIFICADA**

FECHA Y HORA DE ELABORACIÓN: \_\_\_\_\_

APELLIDOS Y NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO				No. HISTORIA CLÍNICA			
DOMICILIO		EDAD Años	ALFABETA	ESTUDIOS	AÑOS APROBADOS	ESTADO CIVIL		FUMA	
LOCALIDAD		Menor de 15 Mayor de 35	SI NO	Ning. Med. Prim. Sup.		Casado Unión Libre Sol. Otro		NO SI	Cuántos
ANTECEDENTES		PERSONALES		NAC. MUJERES		VIVEN MUJERES		ALGUN RN PESO	
FAMILIARES		TBC		ABORTOS		NAC. MUJERES		MINOS DE 2500g	
Diabetes		Hipertensión crónica		GESTAS		NAC. MUJERES		NACIMIENTO CON	
TAC pulmonar		Cirugía pélvica-uterina		Ninguna o más de 5 paros		Fecha de último parto o aborto		MAYOR PESO	
Gónorrea		Inferilidad						g	
Gemelares		Otras							
Otras									
EMBARAZO ACTUAL		DUDAS FUM		ANTITETÁNICA PREVA		ACTUAL		HOSPITALIZACIÓN	
Peso anterior Embarazo		NO SI		SI NO		1° 2° 3°		EMBARAZO	
Talla (cm)		SI		SI NO		MES GESTA		NO SI	
Kg		SI		SI NO				NO SI	
1		SI		SI NO				NO SI	
		SI		SI NO				NO SI	
EX. CLÍNICO NORMAL		EX. MAMAS NORMAL		EX. ODONTOL. NORMAL		PELVIS NORMAL		EX. OBSTETRICOS	
SI NO		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO	
CONSULTA No.		1		2		3		4	
FECHA									
SEMANAS DE AMENORRREA									
PESO (kg)									
TENSION ARTERIAL									
Máx. / Mín. (Mm Hg)									
ALT. UTER. / PRESENT.									
Pub. fondo / Cal. Pelv. Tr.									
FC / (aé / mín) / MOV FETAL									
GANANCIA DE PESO NORMAL SI / NO									
ALTURA UTERINA NORMAL SI / NO									
PARTO / ABORTO		EDAD GESTA		TAMÑO FETAL ACORDE		INICIO		MEMBRANAS	
CONTROL PRENATAL MEMA UNIDAD		Semanas Menor 37 42 y Más		SI NO		Esp. Ind.		Fecha ruptura	
TERMINACION		Esp. Ces. Parto. Otras		Hora Mes Día Mes Año		NIVEL DE ATENCION		Cef. Pelv. Tran.	
EPISIOTOMIA		NO SI		SI NO		3° 2° 1° Domic. Otro		Patología Embarazo	
Desgarros		SI NO		SI NO		Atendido Médico Enf. Part. Ausd. Parto. Trasl. Otro		Parto Puerperio	
Allums esp		SI NO		SI NO		PARTO		Desgarros en col. pelv.	
Muerte fetal		SI NO		SI NO		NEONATO		Hemorragia 1er. 2er. 3er. 4er. 5er. 6er. 7er. 8er. 9er. 10er.	
PESO AL NACER		SI NO		SI NO		Edad por Ex. físico		Anemia crónica	
EDAD POR Ex. FÍSICO		SI NO		SI NO		PESQ. G. Adec. Peg. Gr.		Ruptura prematura membr.	
PESQ. G.		SI NO		SI NO		EX-FÍSICO INMEDIATO		Infección urinaria	
Adec. Peg. Gr.		SI NO		SI NO		TALA		Otras infecciones	
EX-FÍSICO INMEDIATO		SI NO		SI NO		PER. CEF.		Pericardio	
TALA		SI NO		SI NO		RN CON LA MADRE		Otro	
PER. CEF.		SI NO		SI NO		EGRESO RN		Amenaza o parto prematuro	
RN CON LA MADRE		SI NO		SI NO		EDAD ALTA / TRASLADO		Ninguna	
EGRESO RN		SI NO		SI NO		EDAD AL FALLECER		HS. O DIAS POST PARTO O ABORTO	
SI NO		SI NO		SI NO		ALIMENTO		12 Hrs. 24 Hrs. 1° Dic.	
SI NO		SI NO		SI NO		Pecho Mido. Adif.		TEMPERATURA	
SI NO		SI NO		SI NO		Método de PP		PULS. (aé / mín)	
SI NO		SI NO		SI NO		Seno Embarazo Parto Puerperio		TENSION ARTERIAL Máx. Mín. (Mm Hg)	
SI NO		SI NO		SI NO		Método de PP		INVOL. UTERINA	
SI NO		SI NO		SI NO		Seno Embarazo Parto Puerperio		CARACTERÍSTICAS DE LOQUEOS	
SI NO		SI NO		SI NO		Seno Embarazo Parto Puerperio		Egreso Materno Muerte Materna en	
SI NO		SI NO		SI NO		Seno Embarazo Parto Puerperio		Método de PP	
SI NO		SI NO		SI NO		Seno Embarazo Parto Puerperio		Ninguno	
SI NO		SI NO		SI NO		Seno Embarazo Parto Puerperio		Ligadura de Trompas	
SI NO		SI NO		SI NO		Seno Embarazo Parto Puerperio		Ritmo	
SI NO		SI NO		SI NO		Seno Embarazo Parto Puerperio		Otro	

OBSERVACIONES



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA**  
**Procedimiento de Hospitalización**



Rev. 0

Hoja: 20 de 100

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



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA**  
**Procedimiento de Hospitalización**

**gea**  
hospital

Rev. 0

Hoja: 21 de 100



Hospital General "Dr. Manuel Gea González"  
División de Ginecoobstetricia  
Planificación Familiar  
Historia Clínica

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre completo: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Antecedentes familiares:

\_\_\_\_\_

**Antecedentes Personales:**

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

Otros: \_\_\_\_\_

**Antecedentes ginecoobstétricos:**

Menarca \_\_\_\_\_ Telarca \_\_\_\_\_ Pubarca \_\_\_\_\_ Ritmo menstrual \_\_\_\_\_ FUM \_\_\_\_\_

Dismenorrea \_\_\_\_\_ Citología cervical \_\_\_\_\_ (resultados y fecha) \_\_\_\_\_ DOCMA \_\_\_\_\_

IVSA \_\_\_\_\_ # Parejas \_\_\_\_\_ Dispareunia \_\_\_\_\_ G \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ Ectópico \_\_\_\_\_ Hijos vivos \_\_\_\_\_

Complicaciones de los embarazos o el puerperio \_\_\_\_\_

Cirugía ginecológica \_\_\_\_\_ Cervicovaginitis de repetición \_\_\_\_\_

Enfermedades de transmisión sexual \_\_\_\_\_

**Historia anticonceptiva:**

Método usado	Fecha Inicio	Fecha suspensión	Complicaciones	Beneficios

**Exploración física:**

TA \_\_\_\_\_ FG \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Talla \_\_\_\_\_ IMG \_\_\_\_\_

Mamas normales \_\_\_\_\_ Signos de embarazo \_\_\_\_\_ Abdomen normal \_\_\_\_\_

Útero y anexos \_\_\_\_\_ Cervicovaginitis \_\_\_\_\_

Várices \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Riesgo reproductivo: Bajo \_\_\_\_\_ Alto \_\_\_\_\_

Método anticonceptivo adoptado:

Método deseado: \_\_\_\_\_ Método otorgado: \_\_\_\_\_

En caso de DIU, mirena, histerometría \_\_\_\_\_ cms.

Observaciones \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_ Expediente en caso de OTB \_\_\_\_\_





 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA</b>		
	<b>Procedimiento de Hospitalización</b>		<b>Hoja: 24 de 100</b>

## 10.6 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: _____		
_____		
_____		
_____		
_____		
_____		
<hr style="width: 40%; margin: 0 auto;"/> 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**  
**SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA**  
**Procedimiento de Hospitalización**

**gea**  
hospital

Rev. 0

Hoja: 25 de 100

**NOTA DE INTERCONSULTA**

HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

**gea**  
hospital

SERVICIO: \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

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

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

MOTIVO DE LA ATENCIÓN:

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

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

DIAGNÓSTICOS O PROBLEMAS CLÍNICOS:

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

PLAN DE ESTUDIO:

SUGERENCIAS DIAGNÓSTICAS Y DE TRATAMIENTO:

TRATAMIENTO E INDICACIONES MÉDICAS:

PRONÓSTICO:

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

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA DEL MÉDICO RESPONSABLE: \_\_\_\_\_

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

## 10.7 HOJA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA



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

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

06-01-0039

\_\_\_\_\_  
 MÉDICO TRATANTE  
 NOMBRE COMPLETO  
 FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL

\_\_\_\_\_  
 JEFE DEL DEPARTAMENTO  
 NOMBRE COMPLETO  
 FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL

\_\_\_\_\_  
 DIRECTOR MÉDICO  
 NOMBRE COMPLETO  
 FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA**  
**Procedimiento de Hospitalización**



**Rev. 0**

**Hoja: 27 de 100**



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

FECHA _____	No. DE EXPEDIENTE _____
NOMBRE DEL PACIENTE _____	
SERVICIO QUE ATENDIÓ _____	
UNIDAD A LA QUE SE ENVÍA _____	
<b>MANEJO DEL PACIENTE:</b>	
TENSION ARTERIAL _____ mm. Hg FRECUENCIA: CARDIACA _____ por min RESPIRATORIA _____ por min	
TEMPERATURA _____ °C PESO _____ Kg. TALLA _____ cm	
PADECIMIENTO ACTUAL	
_____	
_____	
TERAPÉUTICA EMPLEADA:	
_____	
_____	
ESTUDIOS CLÍNICOS (ANEXAR):	
_____	
_____	
_____	
DIAGNÓSTICO DE INGRESO/REFERENCIA:	
_____	
_____	
DIAGNÓSTICO DE INGRESO/CONTRAREFERENCIA:	
_____	
_____	
RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE:	
_____	
_____	
_____	

\_\_\_\_\_  
MÉDICO TRATANTE  
NOMBRE COMPLETO  
FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL

\_\_\_\_\_  
MÉDICO TRATANTE  
NOMBRE COMPLETO  
FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL

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

## 10.8 SOLICITUD DE ESTUDIO ENDOSCOPICO

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

06-01-0044

Licencia Sanitaria 1014004673

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

### 10.9 SOLICITUD DE ESTUDIOS CITOLOGICOS



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

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

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

## 10.10 CARTA DE AUTORIZACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN



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

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

Ciudad de México a

Hora:

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

Datos del Ingreso:

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

No. de Registro:

Servicio:

Cama:

Dx:

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

C. Fecha de nacimiento: Sexo: Edad:  
 Con domicilio particular en la calle: Número:  
 Colonia: Alcaldía o Mpio.:  
 Estado: Código Postal: Teléfono:

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

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

ATENTAMENTE

\_\_\_\_\_  
 Nombre completo y firma del paciente



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

\_\_\_\_\_  
 Nombre completo y firma del testigo

\_\_\_\_\_  
 Nombre completo y firma del testigo

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA</b>		
	<b>Procedimiento de Hospitalización</b>		<b>Hoja: 31 de 100</b>



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

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA</b>		
	<b>Procedimiento de Hospitalización</b>		<b>Hoja: 32 de 100</b>

## 10.11 CONSENTIMIENTO INFORMADO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS



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

Ciudad de México, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

Hora: \_\_\_\_\_

No. de Registro \_\_\_\_\_

Nombre y firma quien autoriza

Nombre y firma del Médico que informa

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma Testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma Testigo

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA</b>		
	<b>Procedimiento de Hospitalización</b>		<b>Hoja: 33 de 100</b>

## 10.12 CONSENTIMIENTO INFORMADO DE COLONOSCOPIA

	<b>Hospital General Dr. Manuel Gea González</b> <b>Departamento de Endoscopia Gastrointestinal</b> <b>CARTA DE AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO</b> <b>COLOSCOPIA</b>
---	---

La colonoscopia es una exploración visual del intestino grueso o colon. Para realizarlo es necesario introducir por el ano y el recto una sonda flexible con el extremo óptico que permita ver las alteraciones en el interior. Si es necesario durante el estudio, el médico podrá decidir si se toman pequeñas muestras de tejido (biopsias) para su análisis. También es posible que se realice una extracción de pólipos (pequeños tumores) llamada polipectomía, haciendo un corte utilizando electricidad con un asa metálica.

El paciente debe preparar su intestino para que el médico pueda observarlo adecuadamente. Esta preparación se lleva a cabo utilizando laxantes (purgas) y/o enemas (lavados intestinales) con diferentes medicamentos escogidos especialmente para cada caso.

Las molestias que pueden sentirse con el estudio son: sensación de distensión (hinchazón/inflamación) del abdomen o vientre, dolor cólico o deseo de defecar. Todas estas molestias se presentan por la introducción del aparato y de aire para poder visualizar el interior del intestino, además de las maniobras que debe realizar el médico para avanzar la exploración. Es por esto que el estudio se realiza con sedación o anestesia, según el caso individual, para disminuir las molestias del paciente.

Los riesgos del procedimiento incluyen: perforación del intestino y hemorragia (especialmente si se extrae un pólipo). Otras complicaciones menos frecuentes son: desarrollo de alteraciones del ritmo del corazón, daño a otros órganos internos (como bazo o hígado) o desgarro del epiplón (tejido que sostiene los intestinos en su lugar). Además, existen riesgos relacionados con los medicamentos utilizados para la preparación del intestino, la sedación o anestesia.

Estas complicaciones son raras y generalmente se resuelven con cirugía, pero pueden llegar a ser tan graves que ocasionalmente produzcan la muerte.

**REQUIERE VALORACIÓN CARDIOVASCULAR:**    **SI**     **NO**

**TIPO DE ANESTESIA:**    **SIN SEDACIÓN**     **SEDACIÓN**     **ANESTESIA GENERAL**

Una vez leído, comprendido y aclarado lo antes expuesto:

Yo \_\_\_\_\_ autorizo al HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ", S.S.A. para que me practique el estudio llamado \_\_\_\_\_ y cualquier medida endoscópica necesaria de laboratorio, gabinete y/o quirúrgica que fuese necesaria con fecha de de \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

**NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE**

**NOMBRE Y FIRMA TESTIGO 1**

**NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO**

**NOMBRE Y FIRMA TESTIGO 2**

### 10.13 CEDULA DE EDUCACIÓN DE PACIENTE Y FAMILIA



Hospital General Dr. Manuel Gea González  
CÉDULA DE EDUCACIÓN DEL PACIENTE Y DE SU FAMILIA

<b>Datos de identificación del paciente:</b>		Fecha: _____	Hora: _____
Nombre del Paciente: _____			
Fecha de Nacimiento: _____		Edad: _____	
		Sexo: _____	
Registro: _____		Núm. de cama: _____	
		Especialidad: _____	

**1.- Evaluación y Planificación de la educación del paciente y su familia.**

**a).- Identificación de necesidades de educación:**

El paciente y/o familia necesitan educación sobre temas relacionados con:

	Momento de evaluación		
	1a.	2a.	3ra.
1. Derechos de los pacientes			
2. Trámites de Ingreso y egreso			
3. Consentimiento informado			
4. Uso seguro de equipo y dispositivos médicos			
5. Estado de salud y su diagnóstico			
6. Uso seguro de medicamentos			
7. Acciones esenciales para la seguridad del paciente			
8. Higiene de manos precauciones estándar			
9. Manejo del dolor			
10. Obesidad			
11. Dieta y alimentación			
12. Diabetes Mellitus			
13. Diabetes gestacional			
14. Padecimientos cardiovasculares _____			
15. Padecimientos cerebrovasculares _____			
16. Deterioro cognitivo			
17. Lesiones asociadas a la dependencia			
18. Técnicas de rehabilitación			
19. Adulto mayor			
20. Consejería para adolescentes			
21. Prevención de adicciones			
22. Violencia Familiar			
23. Planificación familiar			
24. Cáncer Cervico-Uterino			
25. Cáncer de mama			
26. Cáncer de próstata			
27. Enfermedades prevenibles por vacunación			
28. Lactancia materna			
29. Cuidados en el puerperio			
30. Signos y síntomas de alarma en las mujeres embarazadas			
31. Signos y síntomas de alarma en el Recién Nacido			
32. Trazo Neonatal			
33. Precauciones estándar			
34. _____			

Barreras para el aprendizaje:

	Momento de evaluación			Especificar
	1a.	2a.	3ra.	
Sin barreras				
1. Idioma				
2. Otra lengua diferente al español				
3. Alteraciones del lenguaje				
4. Alteraciones auditivas				
5. Alteraciones visuales				
6. Alteraciones físicas				
7. Alteraciones cognitivas				
8. Alteraciones emocionales				
9. Nivel educativo				
10. Alfabetización				
11. Diferencias culturales, sociales y valores				
12. Prácticas religiosas _____				
13. Enfermedades anteriores				
14. Presencia o ausencia de dolor				
15. No hay disponibilidad para recibir información				
16. Falta de habilidad para realizar procedimientos (actividades)				
17. Factores motivacionales				
18. Otro (especificar): _____				
_____				
_____				

A quién evalúa:			
	P	F	O
1ª Evaluación			
2ª Evaluación			
3ra. Evaluación			

Nombre, cédula profesional y firma de quien realiza	
1ª Evaluación	
2ª Evaluación	
3ra. Evaluación	

**b).- Aceptación del paciente y/o familiar para recibir la educación:**

Estimado Sr(a). \_\_\_\_\_ en virtud del motivo de su ingreso hospitalario, hemos detectado la necesidad de proporcionar a Usted, educación a cerca de su estado de salud y tratamiento con la finalidad de ayudarlo a lograr mejores resultados y una más pronta recuperación, promoviendo el autocuidado, por lo que si Usted está de acuerdo le pedimos su autorización para que nuestro profesional de la salud se la proporcione.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del paciente y/o familiar



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 36 de 100

### 10.15 HOJA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE



Hospital General  
Dr. Manuel Gea González  
**IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**

**Servicio:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_

**No. de Registro:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Ingreso:** \_\_\_\_\_

**Médico tratante:** \_\_\_\_\_

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

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA</b>		
	<b>Procedimiento de Hospitalización</b>		<b>Hoja: 37 de 100</b>

### 10.16 NOTA DE EGRESO HOSPITALARIO

<b>NOTA DE EGRESO HOSPITALARIO</b>		HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"		
<b>SERVICIO:</b>				
NOMBRE COMPLETO DEL (LA) PACIENTE: _____		FECHA DE NACIMIENTO: _____		
EDAD: _____	SEXO: _____	No. EXP.: _____		
SIGNOS VITALES: T.A. _____ F.C. _____ F.R. _____ TEMP.: _____ PESO: _____ TALLA: _____		FECHA Y HORA DE ELABORACIÓN: _____		
<b>PROBLEMAS CLÍNICOS PENDIENTES:</b>				
<b>PLAN DE MANEJO Y TRATAMIENTO:</b>				
<b>RECOMENDACIONES PARA VIGILANCIA AMBULATORIA:</b>				
<b>ATENCIÓN DE FACTORES DE RIESGO (INCLUIDO ABUSO Y DEPENDENCIA DEL TABACO, DEL ALCOHOL Y DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS):</b>				
<b>PRONÓSTICO:</b>				
<b>EN CASO DE DEFUNCIÓN, SEÑALAR LAS CAUSAS DE LA MUERTE ACORDE AL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN Y SI SE SOLICITÓ Y SE LLEVÓ A CABO EL ESTUDIO DE NECROPSIA HOSPITALARIA:</b>				
NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO QUE ELABORÓ LA NOTA:				
NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO RESPONSABLE:				



 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 39 de 100

## 10.18 NOTA PREOPERATORIA

<b>NOTA PREOPERATORIA</b>	HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"	
SERVICIO: _____		
NOMBRE COMPLETO: _____		FECHA DE NACIMIENTO: _____
EDAD: _____		SEXO: _____
		No. EXP: _____
SIGNOS VITALES: T.A. _____		F.C. _____
		F.R. _____
		TEMP: _____
		PESO: _____
		TALLA: _____
FECHA DE LA CIRUGÍA: _____		FECHA Y HORA DE ELABORACIÓN: _____
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATORIO:		
PLAN QUIRÚRGICO:		
TIPO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:		
RIESGO QUIRÚRGICO:		
CUIDADOS Y PLAN TERAPÉUTICO PREOPERATORIO:		
PRONÓSTICO:		
UN INTEGRANTE DEL EQUIPO QUIRÚRGICO PODRÁ ELABORAR EL REPORTE DE LLENADO DE PROCESO DE VERIFICACIÓN		
PRE-PROCEDIMIENTO O LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA.		
NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO QUE ELABORÓ LA NOTA		
NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO RESPONSABLE:		

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA</b>		
	<b>Procedimiento de Hospitalización</b>		<b>Hoja: 40 de 100</b>

## 10.19 SOLICITUD DE COMPONENTES SANGUÍNEOS



Hospital General Dr. Manuel Gea González  
Calzada de Tlalpan 4800 Col. Sección XVI Tel. 4000-3000 Ext. 3271  
**SOLICITUD DE COMPONENTES SANGUÍNEOS A MEDICINA TRANSFUSIONAL**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Grupo y RH: \_\_\_\_\_

Servidor: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ No. Cama: \_\_\_\_\_ No. Expediente: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Tipo de Solicitud: ORD \_\_\_\_\_ URG \_\_\_\_\_

Fecha y Hora de la Cirugía: \_\_\_\_\_ Motivo de la Transfusión: \_\_\_\_\_

COMPONENTE: Conc. Eritrocitario \_\_\_\_\_ PFC \_\_\_\_\_ Conc. Plaquetas \_\_\_\_\_ Crío precipitado \_\_\_\_\_

Transfusiones previas: NO \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_ Componente: \_\_\_\_\_

Reacción Transfusional: NO \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_ Componente: \_\_\_\_\_

Medicamentos que se le están administrando al paciente: \_\_\_\_\_

Antecedentes Obstétricos: Gestos \_\_\_\_\_ Para \_\_\_\_\_ Abortos \_\_\_\_\_ Cesáreas \_\_\_\_\_ Inmunización Mat. Fetal \_\_\_\_\_

Hb \_\_\_\_\_ Hto \_\_\_\_\_ Plt \_\_\_\_\_ INR \_\_\_\_\_ TP \_\_\_\_\_ TTPa \_\_\_\_\_ Fibrinogeno \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Nombre completo, Cédula Prof. y Firma del médico tratante: \_\_\_\_\_

Las muestras del paciente deberán estar bien identificadas con nombre completo, fecha de nacimiento, número de cama, número de expediente, fecha, hora. Muestras que no tengan ninguna identificación se retendrán y se desecharán por el servicio. Nombre y/o apellido diferente al referido en la solicitud, no se recibirán. Para Cirugías programadas, las muestras se deberán entregar 24 hrs. antes.

Nombre completo, Cédula Prof. y Firma de quien realizó las pruebas de compatibilidad: \_\_\_\_\_



### 10.20 HOJA DE CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS

CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS CAMBIO DE SERVICIO 2 Ó MÉDICO RESPONSABLE				
NOMBRE DEL SERVICIO 2 (O NUEVO MÉDICO RESPONSABLE) Y FECHA DE INGRESO		NOMBRE DEL SERVICIO 1 (O MÉDICO RESPONSABLE) Y FECHA DE INGRESO		CONTINUA CONSERVACIÓN DE MEDICAMENTOS DEL SERVICIO DE INGRESO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
EN CASO DE SUSPENSIÓN AJUSTAR MEDICAMENTO DE CONCILIACIÓN DE SERVICIO 2 INDICAR EL NOMBRE DE EL (LOS) MEDICAMENTO(S)				
EN CASO DE CAMBIO DE ESQUEMA O AGREGAR MEDICAMENTOS PARA CONCILIACIÓN ANOTARLO ABAJO				
FECHA	MEDICAMENTO(S) (agente(s), vitaminas, productos biológicos)	DOSES	INTERVALO DE ADMINISTRACIÓN	VÍA
DIRECCIONES DEL PERSONAL DE SALUD		NOMBRE COMPLETO DE QUIÉN REALIZÓ LA CONCILIACIÓN (FIRMA/CI/PROF)		
CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS CAMBIO DE SERVICIO 3 Ó MÉDICO RESPONSABLE				
NOMBRE DEL SERVICIO 3 (O NUEVO MÉDICO RESPONSABLE) Y FECHA DE INGRESO		NOMBRE DEL SERVICIO 2 (O MÉDICO RESPONSABLE) Y FECHA DE INGRESO		CONTINUA CONSERVACIÓN DE MEDICAMENTOS DEL SERVICIO DE INGRESO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
EN CASO DE SUSPENSIÓN AJUSTAR MEDICAMENTO DE CONCILIACIÓN DE SERVICIO 3 INDICAR EL NOMBRE DE EL (LOS) MEDICAMENTO(S)				
EN CASO DE CAMBIO DE ESQUEMA O AGREGAR MEDICAMENTOS PARA CONCILIACIÓN ANOTARLO ABAJO				
FECHA	MEDICAMENTO(S) (agente(s), vitaminas, productos biológicos)	DOSES	INTERVALO DE ADMINISTRACIÓN	VÍA
DIRECCIONES DEL PERSONAL DE SALUD		NOMBRE COMPLETO DE QUIÉN REALIZÓ LA CONCILIACIÓN (FIRMA/CI/PROF)		
<b>Consideraciones Especiales</b>				
Indicaciones específicas al área del paciente (logística, los medicamentos con los que se está de oferta, tiempo por el cual deben tenerlos y especificar si necesitan tratamiento previo de rehidratación oral como por ejemplo en bebés, en hipertensos, etc.)				
NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO QUE REALIZA LA CONCILIACIÓN DEL SERVICIO				

## 10.21 SOLICITUD DE LABORATORIO



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

**LABORATORIO CLÍNICO  
SOLICITUD DE ESTUDIOS**

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

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

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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		Hoja: 43 de 100
	Procedimiento de Hospitalización		

## 10.22 SOLICITUD DE GABINETE

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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 44 de 100

## 10.23 SOLICITUD DE ESTUDIO DE PATOLOGÍA



HOSPITAL GENERAL  
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"



DIVISIÓN DE ANATOMÍA PATOLÓGICA  
SOLICITUD DE ESTUDIO BIOPSIAS Y PIEZAS QUIRÚRGICAS

BIOPSIA No. \_\_\_\_\_

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

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: F \_\_\_\_ M \_\_\_\_

CAMA: \_\_\_\_\_ PISO: \_\_\_\_\_ SERVICIO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

MÉDICO RESPONSABLE \_\_\_\_\_  
(NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL)

PIEZA OPERATORIA ENVIADA:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DATOS CLÍNICOS:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO DE PRESUNCIÓN:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

OBSERVACIONES:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NOTA: PARA UNA INTERPRETACIÓN ADECUADA DEL ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO ES INDISPENSABLE INFORMACIÓN CLÍNICA. LE SOLICITAMOS LLENAR ADECUADAMENTE LA SOLICITUD.  
No. LICENCIA SANITARIA: 101404673

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 45 de 100

## 10.24 RECETA MÉDICA



HOSPITAL GENERAL  
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

RECETA MÉDICA

FOLIO: \_\_\_\_\_

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

Rp. NOMBRE DEL PACIENTE: _____	<input type="text"/> <input type="text"/>
FECHA DE NACIMIENTO: _____	
	
NOMBRE COMPLETO DEL DR. (A): _____	
CEDULA PROFESIONAL _____	FIRMA: _____

DE-02-0085 LIC. SANIT. 101400M073

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA</b>		
	<b>Procedimiento de Hospitalización</b>		<b>Hoja: 46 de 100</b>

## 10.25 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE ANESTESIA Y/O SEDACIÓN



Hospital General Dr. Manuel Gea González  
Calzada de Tlalpan 4800, Col. Sección XVI, Alcaldía de Tlalpan, C.P. 14080, Cd. de México

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE ANESTESIA Y/O SEDACIÓN MODERADA

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
 FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_  
 No. DE REGISTRO: \_\_\_\_\_ CARÁCTER DE LA CIRUGÍA O PROCEDIMIENTO ELECTIVA: \_\_\_\_\_ URGENTE: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
 RELACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL: \_\_\_\_\_ DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
 DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO: \_\_\_\_\_  
 CIRUGÍA Y/O PROCEDIMIENTO PLANEADO: \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ en pleno uso de mis facultades mentales y en mi calidad de paciente o representante legal de éste, de conformidad a lo que establece el artículo 103 de la Ley General de Salud, el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica artículos 80, 81 y 82; la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico numerales 4.2, 10.1.1 al 10.1.1.1.8, 10.1.1.2 y 10.1.1.2.3, así como la NOM-006-SSA3-2011 para la Práctica de la Anestesiología numerales 4.4, 8.2, 13.1.1, 14.1 y 15.1.1.1;

#### DECLARO EN FORMA LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE LO SIGUIENTE:

- En base a mi derecho inalienable de elegir a mi médico, acepto al Dr. (a) \_\_\_\_\_ como mi Médico Anestesiólogo, quien está avalado por \_\_\_\_\_, y debidamente autorizado para ejercer la Anestesiología por \_\_\_\_\_.
- Se me ha informado que este Hospital cuenta con equipo médico para mi cuidado y manejo durante mi procedimiento, y aun así, no me exime de presentar complicaciones.
- Entiendo que las complicaciones, aunque poco probables, son posibles y pueden ser desde leves, tales como: pérdida o daño de una pieza dental, dolor de espalda o en el sitio de punción, dolor de cabeza, alteraciones asociadas con la posición quirúrgica, dificultad transitoria para orinar, molestias oculares o de garganta, heridas de boca y tos; hasta tales como aspiración del contenido gástrico, descompensación de mis enfermedades crónicas, alteraciones cardíacas, renales, de la presión arterial, complicaciones pulmonares, reacciones medicamentosas, transfusionales, lesiones nerviosas o de médula espinal (así como las que al reverso del presente consentimiento se señalan). Todas ellas pudieran causar secuelas permanentes e incluso llevar al fallecimiento. El beneficio que obtendré con la aplicación de la anestesia es que se pueda llevar a cabo el procedimiento diagnóstico y/o quirúrgico llamado \_\_\_\_\_ para intentar mejorar mi estado de salud.
- Entiendo también que todo acto médico implica una serie de riesgos que puede deberse a mi estado de salud, alteraciones congénitas o anatómicas que padezca, mis antecedentes de enfermedades, tratamientos actuales y previos, a la técnica anestésica o quirúrgica, al equipo médico utilizado y/o a la enfermedad que condiciona al procedimiento médico o quirúrgico al que he decidido someterme.
- Estoy consciente de que puedo requerir de tratamientos complementarios que aumenten mi estancia hospitalaria con la participación de otros servicios o unidades médicas, con el incremento consecuente de los costos.
- El Médico Anestesiólogo ha respondido mis dudas y me ha explicado en lenguaje claro y sencillo las alternativas anestésicas posibles y ACEPTO anestesia tipo \_\_\_\_\_, he entendido los posibles riesgos y complicaciones de esta técnica anestésica.
- Se me ha explicado que mi atención pudiera intervenir médicos en entrenamiento de la especialidad de anestesiología, pero siempre bajo la vigilancia y supervisión de mi Médico anestesiólogo.
- En mi presencia han sido llenados o cancelados todos los espacios en blanco que se presentan en este documento.
- Que existe la posibilidad de que mi procedimiento anestésico, se retrase e incluso se suspenda por causas propias a la dinámica de los procedimientos quirúrgicos y/o anestésicos, o por causas de fuerza mayor (urgencias).
- Se me ha informado que, de no existir este documento en mi expediente, no se podrá llevar a cabo el procedimiento quirúrgico planeado.
- En virtud de estar aclaradas todas mis dudas, DOY MI CONSENTIMIENTO para que mi persona o representado pueda ser anestesiado con los riesgos inherentes al procedimiento y autorizo al anestesiólogo para que, de acuerdo a su criterio, cambie la técnica anestésica intentando con ello resolver cualquier situación que se presente durante el acto anestésico quirúrgico o de acuerdo a mis condiciones físicas y/o emocionales. En Ciudad de México, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE COMPLETO, FIRMA  
Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O  
REPRESENTANTE LEGAL

\_\_\_\_\_  
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA</b>		<b>Hoja: 47 de 100</b>
	<b>Procedimiento de Hospitalización</b>		

## 10.26 CONSENTIMIENTO INDORMADO DE PANENDOSCOPIA

HOSPITAL GENERAL <b>"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"</b> DEPARTAMENTO DE ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL CARTA DE AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO <b>PANENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA</b>			
<p>Este estudio consiste en la introducción de un aparato con forma de sonda y con extremo óptico a través de la boca para revisar el esófago, estómago y la primera porción del intestino delgado llamado duodeno. A través del aparato se pueden tomar muestras del tejido para estudiarlo al microscopio (biopsias) y también se puede administrar tratamiento para el control del problema.</p> <p>El estudio se realiza en ayunas y el paciente se acuesta de lado izquierdo; se aplica anestesia local en la garganta para que no moleste la sonda al paciente al entrar y en algunos casos se utiliza un medicamento intravenoso para sedar al paciente.</p> <p>Las molestias del estudio son pocas si el paciente sigue las indicaciones de su estudio médico y básicamente son: el paciente puede sentir distensión en el estómago; esto sucede porque durante el procedimiento se introduce aire para ver el interior de los órganos. Además, puede sentir náuseas al momento de introducir el aparato. Estas molestias son transitorias y en general leves.</p> <p>Este método es muy útil para estudiar las enfermedades que producen hemorragia, como vórices esofágicas o gástricas.</p> <p>La ligadura de vórices es el tratamiento más efectiva y menos riesgoso que puede aplicar endoscópicamente para el tratamiento de las vórices, las complicaciones son: hemorragia, perforación y estrechamiento cuando hay cicatrización de las vórices. Todas ellas son muy raras y generalmente no ocasionan la muerte. Inmediatamente después del procedimiento puede haber dolor en el pecho que generalmente es leve y desaparece pronto. Es probable que pueda existir hemorragia a pesar del tratamiento, hasta que las vórices no desaparezcan, lo cual sucede después de más de dos procedimientos.</p> <p>Los riesgos del procedimiento cuando se realiza con fines de diagnóstico son muy pocos: alergia o reacción de la anestesia o sedación, hemorragia o aún más raramente perforación. Cuando además se realizan maniobras de tratamiento, como inyección de una úlcera o dilatación de estenosis, los riesgos aumentan. Aunque siguen siendo poco frecuentes y son básicamente los mismos: hemorragia y perforación. Cuando se presenta alguna de estas complicaciones, puede ser necesario operar de emergencia en algunos casos. Puede existir aspiración del contenido gástrico. La muerte es excepcional.</p>			
<b>REQUIERE VALORACIÓN CARDIOVASCULAR:</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
<b>TIPO DE ANESTESIA:</b> LOCAL(SPRAY) <input type="checkbox"/> LOCAL(NEBULIZADA) <input type="checkbox"/> SEDACIÓN <input type="checkbox"/> GENERAL <input type="checkbox"/> AGB <input type="checkbox"/>			
Una vez leído, comprendido y aclarado lo antes expuesto: Yo _____ autorizo al HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ", S.S.A. para que me practique el estudio llamado _____ y cualquier medida endoscópica necesaria de laboratorio, gabinete y/o quirúrgica que fuese necesaria. México, CDMX, a ____ de _____ del año ____			
NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE		NOMBRE Y FIRMA TESTIGO 1	
NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO		NOMBRE Y FIRMA TESTIGO 2	

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA</b>		<b>Hoja: 48 de 100</b>
	<b>Procedimiento de Hospitalización</b>		

## 10.27 CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CPRE

HOSPITAL GENERAL <b>"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"</b> DEPARTAMENTO DE ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL CARTA DE AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO <b>COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA</b>		
<p>La CPRE es un método de estudio y tratamiento de las vías biliares y el páncreas. En muchas ocasiones evita la realización de una cirugía. Para realizarla es necesario introducir por la boca una sonda flexible con el extremo óptico que permita ver las alteraciones en el interior. De esta manera se introduce un catéter a través del orificio de salida de la bilis y se inyecta un medio de contraste para pintar las vías biliares y ver las alteraciones usando rayos X.</p> <p>Si es necesario durante el estudio el médico podrá decidir si se toman pequeñas muestras de tejido (biopsias) para su análisis. También es posible que se realice un corte en el orificio de salida (esfínter de Oddi) llamado esfinterotomía, con un alambre metálico y utilizando electricidad para cortarlo. También se pueden introducir prótesis (sondas) para facilitar la salida de la bilis en casos de obstrucciones.</p> <p>El paciente debe acudir en ayuno para que el médico pueda hacer el estudio; se colocará boca abajo en un aparato de rayos X y permanecerá así durante el procedimiento. Por eso es importante que en caso de mujeres no exista embarazo.</p> <p>Las molestias que pueden sentirse con el estudio son: en la garganta, sensación de distensión (hinchazón) del abdomen o vientre y dolor cólico. Todas estas molestias se presentan por introducir por el aparato y aire para poder ver el interior del intestino y por las maniobras que debe realizar el médico para avanzar en la exploración. Es por eso que el estudio se realiza con sedación o anestesia, según el caso de cada paciente, para disminuir molestias.</p> <p>Los riesgos del procedimiento incluyen: perforación del intestino o vías biliares, hemorragia (en especial si se realiza esfinterotomía), pancreatitis (inflamación del páncreas) y colangitis (infección de las vías biliares). Otras complicaciones menos frecuentes son: desarrollo de alteraciones en el ritmo del corazón o quemaduras en la piel por el paso de la corriente de electricidad. Además, existen riesgos relacionados a los medicamentos utilizados como los medios de contraste radiológico, la sedación y anestesia.</p> <p>Estas complicaciones son raras y generalmente se resuelven con manejo médico o cirugía, pero pueden llegar a ser tan graves que ocasionalmente producen la muerte.</p>		
REQUIERE VALORACIÓN CARDIOVASCULAR:		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
TIPO DE ANESTESIA:		SEDACIÓN <input type="checkbox"/> ANESTESIA GENERAL <input type="checkbox"/>
Una vez leído, comprendido y aclarado lo antes expuesto: Yo _____ autorizo al HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ", S.S.A. para que me practique el estudio llamado _____ y cualquier medida endoscópica necesaria de laboratorio, gabinete y/o quirúrgica que fuese necesaria. México, CDMX, a ____ de _____ del año ____		
NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE		NOMBRE Y FIRMA TESTIGO 1
NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO		NOMBRE Y FIRMA TESTIGO 2

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA</b>		
	<b>Procedimiento de Hospitalización</b>		<b>Hoja: 49 de 100</b>

## 10.28 HOJA DE PROGRAMACIÓN Y REGISTRO INDIVIDUAL DE PACIENTES



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

Nombre del Paciente:		Registro:	
Fecha de Nacimiento:		Peso:	
Edad:	Sexo: masculino ( ) femenino ( )	Cama:	
Servicio:	Clinica:	Tiempo quirúrgico estimado:	
Fecha de Solicitud:	da mes año	Hora Solicitud:	
Fecha de Programación:	da mes año	Recibe Solicitud:	
Fecha de la Cirugía:	da mes año	Hora de Recepción:	
Electiva ( ) Urgencia ( ) EMERGENCIA ( )	Ambulatoria ( si ) ( no )		
Durante la Operación se requiere:			
Instrumental:		Colaboración de los servicios de:	
Nombre y firma de quien recibe la solicitud:		Riesgo Quirúrgico: I. II. III. IV. Anestesia: General ( ) Local ( ) Regional ( )	
Médico Solicitante		Médico Jefe de la División	
Firma		Firma	
Nombre	Cédula Profesional	Nombre	Cédula Profesional
Diagnóstico Preoperatorio:		Diagnóstico Postoperatorio:	
1.- 2.- 3.- 4.-		1.- 2.- 3.- 4.-	
Operación Planeada:		Operación Realizada:	
1.- 2.- 3.- 4.-		1.- 2.- 3.- 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

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA</b>		
	<b>Procedimiento de Hospitalización</b>		<b>Hoja: 50 de 100</b>



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

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

06-01-0028

LICENCIA SANITARIA 1014004673

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA</b>		
	<b>Procedimiento de Hospitalización</b>		<b>Hoja: 51 de 100</b>

## 10.29 NOTA DE EGRESO VOLUNTARIO

<b>HOJA DE EGRESO VOLUNTARIO</b>	<b>HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"</b>
SERVICIO: _____	



NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_ No. EXP: \_\_\_\_\_ SIGNOS VITALES: TA \_\_\_\_\_ F.C \_\_\_\_\_ FR \_\_\_\_\_

TEMP.: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ TALLA: \_\_\_\_\_ FECHA Y HORA DE ELABORACIÓN: \_\_\_\_\_

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

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

FECHA Y HORA DE EGRESO:

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

RAZONES QUE MOTIVAN SU EGRESO VOLUNTARIO:

RESUMEN CLÍNICO:

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA</b>		
	<b>Procedimiento de Hospitalización</b>		<b>Hoja: 52 de 100</b>

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



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		Hoja: 54 de 100
	Procedimiento de Hospitalización		

### 10.31 SOLICITUD DE ELECTROCARDIOGRAMA



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

FECHA: _____	
Nombre del paciente: _____	
Edad: _____	Fecha de nacimiento: _____
Sexo: H _____ M _____	Nº cama: _____
Nº de expediente: _____	Servicio: _____
Diagnóstico: _____	Aislado: _____
<input type="radio"/> 12 DERIVADAS	<input type="radio"/> PRECORDIALES DERECHAS
<input type="radio"/> TIRA DE RITMO DII	<input type="radio"/> MEDIANO
<input type="radio"/> DII DE UN MINUTO	<input type="radio"/> CÍRCULO COMPLETO
Prioridad:	Urgente      Normal
	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
MEDICO SOLICITANTE	
_____ NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CEDULA DEL MEDICO RESPONSABLE DEL AREA	
AV-290	Licencia sanitaria 101400673

### 10.32 HOJA CUMPLE-ADELANTE

**CRITERIOS QUE SE DEBEN CUMPLIR AL INGRESAR UN PACIENTE A QUIRÓFANO (CUMPLE-ADELANTE)**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ No. Registro: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Cirugía de urgencia (SI) (NO) Cirugía programada (SI) (NO) Cirugía ambulatoria (SI) (NO)  
 Cirugía Proyectada: \_\_\_\_\_ Médico Tratante: \_\_\_\_\_

1. ¿Coincide el nombre del paciente y la fecha de nacimiento con el registrado en el expediente clínico y el brazalete? (Verificar directamente con el paciente y revisar brazalete)	(SI)	(NO)	
2. ¿El paciente sabe que procedimiento quirúrgico se le va a realizar? (Preguntar directamente al paciente)	(SI)	(NO)	
3. ¿El sitio de la cirugía fue previamente marcado con un asterisco? (Inspección visual)	(SI)	(NO)	(NA)
4. ¿Se tiene listo el material específico requerido para la cirugía? (Prótesis, mallas, etc.) Este punto se revisará en el quirófano	(SI)	(NO)	(NA)
5. ¿Cuenta con una solicitud autorizada del procedimiento quirúrgico? Este punto se revisará en el quirófano	(SI)	(NO)	
6. ¿Cuenta con carta de consentimiento informado para procedimiento quirúrgico con nombre y firma de ambos testigos? (Verificar su llenado correcto)	(SI)	(NO)	
7. ¿Cuenta con carta de consentimiento informado para procedimiento anestésico con nombre y firma de ambos testigos? (Verificar su llenado correcto y vigencia máxima de 3 meses)	(SI)	(NO)	
8. ¿Cuenta con valoración cardiovascular? (Pacientes mayores de 65 años o con enfermedades crónicas degenerativas)	(SI)	(NO)	(NA)
9. ¿Cuenta con nota pre quirúrgica?	(SI)	(NO)	
10. ¿Cuenta con valoración anestésica?	(SI)	(NO)	
11. ¿Cuenta con indicaciones pre quirúrgicas? (No aplica en cirugía ambulatoria)	(SI)	(NO)	(NA)
12. ¿Cuenta con exámenes de laboratorio? (Vigencia máxima de tres meses)	(SI)	(NO)	
13. ¿Cuenta con cruce de sangre? ¿Vigencia de tres meses? ¿Cuenta con hemoderivados disponibles?	(SI)	(NO)	(NA) (NO REQUIERE)

SI NO SE CUMPLE CON ALGUNO DE LOS CRITERIOS PARA QUE EL PACIENTE INGRESE A QUIRÓFANO, PODRÁ CANCELARSE LA CIRUGÍA. SOLO EL JEFE DE QUIRÓFANOS O EL SUBDIRECTOR DE CIRUGÍA PUEDEN AUTORIZAR SU INGRESO.

Nombre, firma y cédula profesional de la enfermera (o) que verifica los datos de hospitalización. \_\_\_\_\_

Nombre, firma y cédula profesional de la enfermera (o) que verifica los datos en quirófano. \_\_\_\_\_



### 10.33 HOJA DE TRASLADO

HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ  
HOJA DE TRASLADO SEGURO DEL PACIENTE

Nombre completo del paciente: _____	Fecha de Nacimiento: _____	No. de Expediente: _____	<b>Salida</b>
Servicio Solicitante: _____	Fecha de Traslado: _____	Hora de Traslado: _____	
Servicio al que se traslada: _____	Diagnóstico: _____	Médico Tratante: _____	

Parámetros Clínicos	Antes del traslado	Al llegar al servicio de traslado
TA		
SaO <sub>2</sub>		
FC		
Glasgow		

Condición Clínica	
Categoría 1 (Estable)	<input type="checkbox"/>
Categoría 2 (Delicado)	<input type="checkbox"/>
Categoría 3 (Grave)	<input type="checkbox"/>
Urgente	<input type="checkbox"/>
Programado	<input type="checkbox"/>
Hora Programada:	_____

Observaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Lista de verificación	Equipos		
	SI	NO	NA
Inhaloterapia verifica la Ventilación mecánica			
Personal de enfermería y médico verifican la			
movilización de paciente por traslado			
Enfermería verifica el Tanque de Oxígeno			
Enfermería verifica el Acceso Venoso:			
Enfermería verifica la Bomba de Infusión			
Enfermería verifica la Infusión de Aminas			
Enfermería y Médico verifican la Sedación/Neopneum			
Enfermería verifica el Monitor de Signos Vitales			
Enfermería verifica el Colimetro de Pulso			
Enfermería verifica el Malletin de Traslado*			
Expediente Clínico			
Constitución Informada			
Solicitud Completa			
Ayuda			
Médico			
Enfermera			
Inhaloterapia			
Camillero			

\*Paciente con categoría 2 y 3, obligatorio "Malletin de traslado".  
NA= No Aplica

Traslado	
Intra-hospitalario	<input type="checkbox"/>
Extra-hospitalario	<input type="checkbox"/>
Camilla	<input type="checkbox"/>
Silla de Ruedas	<input type="checkbox"/>
Motivo de traslado	
Interconsulta	<input type="checkbox"/>
Procedimiento	<input type="checkbox"/>
Estudio	<input type="checkbox"/>
Quirófano	<input type="checkbox"/>
Hospitalización	<input type="checkbox"/>
Riesgo de Caída	
Alto Riesgo	<input type="checkbox"/>
Medio Riesgo	<input type="checkbox"/>
Bajo Riesgo	<input type="checkbox"/>

**Regreso**

Hora de Regreso al Servicio: \_\_\_\_\_

¿El paciente regresó en las mismas condiciones? SI  NO

Explique Brevemente: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Explique Brevemente si se presentaron incidentes en el proceso del traslado y el estudio: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA</b>		
	<b>Procedimiento de Hospitalización</b>		<b>Hoja: 57 de 100</b>

### 10.34 CLAVES DE HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGÍA



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

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Número de registro: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Servicio Solicitante: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Procedimiento Quirúrgico: \_\_\_\_\_

CLAVE	SERVICIO	DÍAS DE ESTANCIA	DONADORES
<input type="checkbox"/> 900	Biopsia de Órganos Pelvicos	0	0
<input type="checkbox"/> 902	Operación Cesárea Cirugía Menor (Manipulación, fibroadenomas, con o sin ome) , aspiración manual endouterina , resección de quistes , y otros procedimientos de complejidad similar)	4	2
<input type="checkbox"/> 903		0	0
<input type="checkbox"/> 905	Histerectomía Laparoscópica	3	2
<input type="checkbox"/> 907	Histerectomía Total por Vía Abdominal	3	2
<input type="checkbox"/> 908	Histerectomía Total por Vía Vaginal	3	2
<input type="checkbox"/> 704	Laparoscopia Diagnóstica/terapéutica	4	2
<input type="checkbox"/> 912	Laparotomía Exploradora	3	2
<input type="checkbox"/> 916	Ligadura uterina Instrumentado	2	2
<input type="checkbox"/> 918	Mastectomía Simple Unilateral por Gigantismo	3	2
<input type="checkbox"/> 919	Mastectomía	3	2
<input type="checkbox"/> 920	Ooforectomía	3	2
<input type="checkbox"/> 921	Atención de Parto	2	2
<input type="checkbox"/> 923	Plastia Tubaria	3	2
<input type="checkbox"/> 927	Histeroscopia quirúrgica (con o sin estancia)	0	0
<input type="checkbox"/> 928	Histeroscopia sin con sutura (diagnóstica, biopsia, terapéutica)	0	0
<input type="checkbox"/> 929	Histerectomía Obstétrica	5	2
<input type="checkbox"/> 930	Urodinámia	0	0
<input type="checkbox"/> 931	Electroestimulación	0	0
<input type="checkbox"/> 932	Sacrocistopexia	2	2
<input type="checkbox"/> 933	Colocación de Cinturón para incontinencia	0	0
<input checked="" type="checkbox"/> 711	Cirugía Robótica	5	2
<input type="checkbox"/> 150	Hospitalización Cuota Diaria		
<input type="checkbox"/> 208	Otros tratamientos de Terapia Intensiva (Cuota Diaria)		

Nombre y Firma del Médico Responsable: \_\_\_\_\_

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		Hoja: 58 de 100
	Procedimiento de Hospitalización		

### 10.35 REPORTE DE APLICACIÓN DE TOXINA BOTULINICA



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

#### REPORTE DE APLICACIÓN DE TOXINA BOTULINICA

FECHA DE ELABORACIÓN: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

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

OJO DERECHO
_____
_____
_____
OJO IZQUIERDO
_____
_____
UNIDADES UI: _____
COMENTARIO
_____
_____
_____

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE COMPLETO Y CÉDULA PROFESIONAL  
 QUE REALIZA LA INTERPRETACIÓN

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

LICENCIA SANITARIA 1014004673

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

LICENCIA SANITARIA 1014004673

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 59 de 100

### 10.36 SOLICITUD DE APLICACIÓN DE TOXINA BOTULINICA



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

#### SOLICITUD DE APLICACIÓN DE TOXINA BOTULINICA

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

\_\_\_\_\_  
NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL  
DEL MÉDICO SOLICITANTE

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

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

LICENCIA SANITARIA 1014004673

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA</b>		
	<b>Procedimiento de Hospitalización</b>		<b>Hoja: 60 de 100</b>

## 10.37 REPORTE DE MICROSCOPIA ESPECULAR



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

### REPOORTE DE MICROSCOPIA ESPECULAR

FECHA DE ELABORACIÓN: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

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

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

COMENTARIO: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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

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

LICENCIA SANITARIA 1014004673

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 61 de 100

### 10.38 SOLICITUD DE MICROSCOPIA ESPECULAR



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

#### SOLICITUD DE MICROSCOPIA ESPECULAR

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

\_\_\_\_\_  
NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL  
DEL MÉDICO SOLICITANTE

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

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

LICENCIA SAN TARIA 1014004673

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA</b>		
	<b>Procedimiento de Hospitalización</b>		<b>Hoja: 62 de 100</b>

### 10.39 REPORTE DE CURVA HORARIA



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

#### REPORTE DE CURVA HORARIA

FECHA DE ELABORACIÓN: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ HORA: \_\_\_

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

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

COMENTARIO: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA</b>		
	<b>Procedimiento de Hospitalización</b>		<b>Hoja: 63 de 100</b>

## 10.40 SOLICITUD DE CURVA HORARIA



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

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

### SOLICITUD DE CURVA HORARIA

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

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL  
 DEL MÉDICO SOLICITANTE

**ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE**

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 64 de 100

## 10.41 REPORTE DE ESTUDIO FLUORANGIOGRÁFICO



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

### REPORTE DE ESTUDIO FLUORANGIOGRÁFICO

FECHA DE ELABORACIÓN: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_ No. EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

SIGNOS VITALES: TENSIÓN ARTERIAL: \_\_\_/\_\_\_ FRECUENCIA CARDÍACA: \_\_\_\_\_

FRECUENCIA RESPIRATORIA: \_\_\_\_\_ TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_

TALLA: \_\_\_\_\_

#### FOTOGRAFÍA DE FONDO DE OJO:

OJO DERECHO:

OJO IZQUIERDO:

#### FLUORANGIOGRAFIA:

OJO DERECHO:

OJO IZQUIERDO:

COMENTARIO:

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA</b>		
	<b>Procedimiento de Hospitalización</b>		<b>Hoja: 65 de 100</b>

## 10.42 SOLICITUD DE FLUORANGIOGRAFÍA



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

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL  
 QUE REALIZA LA INTERPRETACIÓN

### SOLICITUD DE FLUORANGIOGRAFÍA

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

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL  
 DEL MÉDICO SOLICITANTE

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

Calzada de Tlalpan 4890, cd. Sección XVI, Delegación Tlalpan, C.P. 14080, México, D.F. Tel. 40033205

LICENCIA SANITARIA 1014004673



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA</b>		
	<b>Procedimiento de Hospitalización</b>		<b>Hoja: 67 de 100</b>

## 10.44 SOLICITUD DE APLICACIÓN DE ANTIANGIOGÉNICO



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

### SOLICITUD DE APLICACIÓN DE ANTIANGIOGÉNICO

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

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL  
 DEL MÉDICO SOLICITANTE

**ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE**

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA</b>		
	<b>Procedimiento de Hospitalización</b>		<b>Hoja: 68 de 100</b>

## 10.45 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:	_____	
	<b>OJO DERECHO</b>	<b>OJO IZQUIERDO</b>
AGUDEZA VISUAL:	_____	_____
GONISCOPIA:	_____	_____
EXCAVACIÓN:	_____	_____
CORRECCIÓN REFRACTIVA:	_____	_____
PAQUIMETRÍA:	_____	_____
CAMPOS VISUALES PREVIOS:	_____	_____

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CEDULA PROFESIONAL  
 DEL MÉDICO SOLICITANTE

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

Calzada de Tlalpan 4800, col Sección XVI, Delegación Tlalpan, C.P. 14080, México, D.F. Tel. 40553205

LICENCIA SANITARIA 1014004673

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 69 de 100

## 10.46 REPORTE DE CAMPOS VISUALES



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

### REPORTE DE CAMPOS VISUALES

FECHA DE SOLICITUD: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_ No. EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

SIGNOS VITALES: TENSIÓN ARTERIAL: \_\_\_/\_\_\_ FRECUENCIA CARDIACA: \_\_\_\_\_

FRECUENCIA RESPIRATORIA: \_\_\_\_\_ TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_

TALLA: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL  
QUE REALIZA LA INTERPRETACIÓN

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

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

LICENCIA SANITARIA 1014004673

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 70 de 100

## 10.47 SOLICITUD DE LASER



HOSPITAL GENEI  
"DR. MANUEL GEA GONZÁL  
DIVISIÓN DE OFTALMOLO

### SOLICITUD DE LÁSER

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

\_\_\_\_\_  
NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL  
DEL MÉDICO SOLICITANTE

### REPORTE DE LASER

### REPORTE DE LÁSER

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

### PARAMETROS DE LASER

	Ojo izquierdo	Ojo izquierdo
Disparos		
Podex		
Tiempo		
Spot		

OBSERVACIONES: _____ _____ _____
--

Tratamiento: \_\_\_\_\_  
Pronóstico: \_\_\_\_\_  
Próxima cita: \_\_\_\_\_

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

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

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

LICENCIA SANITARIA 1014004673

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA</b>		
	<b>Procedimiento de Hospitalización</b>		<b>Hoja: 71 de 100</b>

### 10.48 REPORTE DE OCT DE RETINA



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

#### REPORTE DE OCT DE RETINA

FECHA DE ELABORACIÓN: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_ No. EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

SIGNOS VITALES: TENSIÓN ARTERIAL: \_\_\_/\_\_\_ FRECUENCIA CARDIACA: \_\_\_\_\_

FRECUENCIA RESPIRATORIA: \_\_\_\_\_ TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_

TALLA: \_\_\_\_\_

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

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: \_\_\_\_\_

COMENTARIO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL  
 DEL MEDICO SOLICITANTE

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

LICENCIA SANITARIA 1014004573

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA</b>		
	<b>Procedimiento de Hospitalización</b>		<b>Hoja: 72 de 100</b>

## 10.49 REPORTE DE OCT DE GLAUCOMA



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

### REPORTE DE OCT DE GLUCOMA

FECHA DE ELABORACIÓN: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

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

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

COMENTARIO

---



---

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL  
 QUE REALIZA LA INTERPRETACIÓN

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		Hoja: 73 de 100
	Procedimiento de Hospitalización		

## 10.50 SOLICITUD DE OCT DE GLAUCOMA



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

### SOLICITUD DE OCT DE GLAUCOMA

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

\_\_\_\_\_  
NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL  
DEL MÉDICO SOLICITANTE

**ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE**

## 10.51 REPORTE DE ULTRASONIDO



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

### REPORTE DE ULTRASONIDO

FECHA DE ELABORACIÓN: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

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

QUERATOMETRO

TOPOGRAFÍA

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

ULTRASONIDO

Ojo derecho: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Ojo izquierdo: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 75 de 100

## 10.52 SOLICITUD DE ULTRASONIDO



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

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

SOLICITUD DE ULTRASONIDO

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

\_\_\_\_\_  
NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL  
DEL MÉDICO SOLICITANTE

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA</b>		
	<b>Procedimiento de Hospitalización</b>		<b>Hoja: 76 de 100</b>

### 10.53 REPORTE DE TOPOGRAFÍA CORNEAL



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

#### REPORTE DE TOPOGRAFÍA CORNEAL

FECHA DE ELABORACIÓN: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

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

<b>OJO DERECHO</b>
<b>OJO IZQUIERDO</b>
<b>COMENTARIO</b>

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

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

LICENCIA SANITARIA 1014004673

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA</b>		
	<b>Procedimiento de Hospitalización</b>		<b>Hoja: 77 de 100</b>

## 10.54 SOLICITUD DE TOPOGRAFÍA CORNEAL



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

### SOLICITUD DE TOPOGRAFÍA CORNEAL

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

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL  
 DEL MÉDICO SOLICITANTE

**ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE**

## 10.55 TAMIZAJE NUTRICIONAL GEA GINECOBSTERICIA



### TAMIZAJE NUTRICIONAL GEA GINECOBSTERICIA

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Cama \_\_\_\_\_ Registro \_\_\_\_\_  
 Servicio: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años  
 Semanas de gestación (embarazadas): \_\_\_\_\_ Peso pregestacional (kg) \_\_\_\_\_  
 Talla: \_\_\_\_\_ m. IMC pregestacional (kg/m<sup>2</sup>): \_\_\_\_\_  
 Peso al final del embarazo \_\_\_\_\_ kg Ganancia de peso total(kg): \_\_\_\_\_  
 Peso postparto: \_\_\_\_\_ Kgs. IMC post-parto (kg/m<sup>2</sup>): \_\_\_\_\_  
 Diagnósticos: \_\_\_\_\_

Parámetro	Criterios	Puntuación
Edad	< 20 años	1 punto
	≥ 20 años	0 puntos
	≥ 35 años	1 punto
Embarazo múltiple	Sí	2 puntos
	No	0 puntos
IMC pregestacional (Kg/m <sup>2</sup> )	≤ 16	3 puntos
	16.1 – 18.4	2 puntos
	18.5 – 24.9	0 puntos
	≥ 25	1 punto
Disminución reciente en el consumo de alimentos	Sí	1 punto
	No	0 puntos
Peso para la edad gestacional (ver reverso)	Insuficiente	3 puntos
	Adecuado	0 puntos
	Excesivo	1 punto
Toxicomanías (alcoholismo, tabaquismo, consumo de drogas)	Sí	2 puntos
	No	0 puntos
Diagnósticos médicos que afectan el estado nutricional (anemia, diabetes mellitus, enfermedad renal, hiperémesis, RCIU, preeclampsia, etc)	Sí	2 puntos
	No	0 puntos
Consumo de suplementos (hierro, ácido fólico, etc)	Sí	0 puntos
	No	1 punto
SUMA		

#### RESULTADOS:

Puntuación	Interpretación	Plan
4 puntos	Riesgo nutricio alto	Evaluación nutricional
3 puntos	Riesgo nutricio moderado	Evaluación nutricional
2 puntos o menos	Sin riesgo nutricio	Repetir dentro de una semana
IMC (Post-parto >30 kg/m <sup>2</sup> )	Riesgo por obesidad	Orientación nutricional antes de egreso

Elaboró: \_\_\_\_\_  
Nombre completo, Cédula y Firma

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		Hoja: 79 de 100
	Procedimiento de Hospitalización		

## 10.56 TAMIZAJE NUTRICIONAL DEL PACIENTE PEDIATRICO



### TAMIZAJE NUTRICIONAL DEL PACIENTE PEDIÁTRICO

Nombre: _____ Fecha: _____ Fecha de nacimiento: _____																															
Edad: _____ Cama: _____ Género: M _____ F _____ Registro: _____ Hora: _____																															
Diagnósticos: _____																															
TAMIZAJE																															
<b>A) ¿Tiene un diagnóstico que afecte el estado nutricional?</b>  <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Grado 1 <input type="checkbox"/> Grado 2	<b>CLASIFICACIÓN DE GRADO</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>GRADO 1</th> <th>GRADO 2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cirugía menor</td> <td>Cirugía mayor</td> </tr> <tr> <td>Cirugía laparoscópica</td> <td>Falla orgánica múltiple</td> </tr> <tr> <td>Fractura</td> <td>Politraumatizado</td> </tr> <tr> <td>Bronquiolitis,</td> <td>Sepsis</td> </tr> <tr> <td>Gastroenteritis</td> <td>Pancreatitis severa</td> </tr> <tr> <td>Otras Infecciones leves</td> <td>Múltiples úlceras por presión</td> </tr> <tr> <td>Úlceras por presión</td> <td>Enfermedad crónica con deterioro agudo</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Neoplasias</td> </tr> <tr> <td></td> <td>SIDA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Hipertiroidismo</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Fibrosis quística</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Enfermedad de células falciformes</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Enfermedades Hematológicas</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Depresión mayor</td> </tr> </tbody> </table>	GRADO 1	GRADO 2	Cirugía menor	Cirugía mayor	Cirugía laparoscópica	Falla orgánica múltiple	Fractura	Politraumatizado	Bronquiolitis,	Sepsis	Gastroenteritis	Pancreatitis severa	Otras Infecciones leves	Múltiples úlceras por presión	Úlceras por presión	Enfermedad crónica con deterioro agudo		Neoplasias		SIDA		Hipertiroidismo		Fibrosis quística		Enfermedad de células falciformes		Enfermedades Hematológicas		Depresión mayor
	GRADO 1	GRADO 2																													
Cirugía menor	Cirugía mayor																														
Cirugía laparoscópica	Falla orgánica múltiple																														
Fractura	Politraumatizado																														
Bronquiolitis,	Sepsis																														
Gastroenteritis	Pancreatitis severa																														
Otras Infecciones leves	Múltiples úlceras por presión																														
Úlceras por presión	Enfermedad crónica con deterioro agudo																														
	Neoplasias																														
	SIDA																														
	Hipertiroidismo																														
	Fibrosis quística																														
	Enfermedad de células falciformes																														
	Enfermedades Hematológicas																														
	Depresión mayor																														
<b>Puntuación</b> <input type="checkbox"/> No 0 <input type="checkbox"/> Grado 1 2 <input type="checkbox"/> Grado 2 3																															
<b>B) ¿Cómo es el consumo dietético?</b>  <input type="checkbox"/> Adecuado - sin cambios en las últimas dos semanas <input type="checkbox"/> Deficiente - ha disminuido recientemente <input type="checkbox"/> Ayuno - Ninguno																															
<b>Puntuación</b> <input type="checkbox"/> Adecuado - sin cambios en las últimas dos semanas 0 <input type="checkbox"/> Deficiente - ha disminuido recientemente 2 <input type="checkbox"/> Ayuno - Ninguno 3																															
<b>C) Evaluar índices peso para la talla, peso para la edad, talla para la edad.</b>																															
<b>Puntuación</b> <input type="checkbox"/> 5 a 95 0 <input type="checkbox"/> 3 a 5 percentil 1 <input type="checkbox"/> < 3 percentil 3	<b>Antropometría</b> Peso: _____ Kg Talla: _____ cm Peso para la talla (P/T) _____ percentil Peso para la edad (P/E) _____ percentil Talla para la edad (T/E) _____ percentil <b>Auxiliares</b> < 2 años Perímetro cefálico _____ cm _____ percentil > 2 años Índice de Masa Corporal (IMC) _____ kg/m <sup>2</sup> _____ percentil																														
RESULTADOS																															
<input type="text"/> <b>SUMA DE PUNTUACIÓN</b>																															
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Interpretación de la suma de puntuación</th> <th>Plan Asistencial</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0 - 1 Sin riesgo de desnutrición = Verde</td> <td>-Revalorar en 7 días.</td> </tr> <tr> <td>2 - 3 Riesgo nutricio moderado = Amarillo</td> <td>-Asegurar adecuado aporte nutricio según estado clínico, revalorar en 3 días</td> </tr> <tr> <td>≥ 4 Riesgo nutricio elevado = Rojo</td> <td>-Clasificar la desnutrición (Anexo), aviso a Nutrición Clínica.</td> </tr> <tr> <td>IMC con &gt; 95 percentil = Obesidad</td> <td>-Orientación nutricia a familiar previo al egreso.</td> </tr> </tbody> </table>	Interpretación de la suma de puntuación	Plan Asistencial	0 - 1 Sin riesgo de desnutrición = Verde	-Revalorar en 7 días.	2 - 3 Riesgo nutricio moderado = Amarillo	-Asegurar adecuado aporte nutricio según estado clínico, revalorar en 3 días	≥ 4 Riesgo nutricio elevado = Rojo	-Clasificar la desnutrición (Anexo), aviso a Nutrición Clínica.	IMC con > 95 percentil = Obesidad	-Orientación nutricia a familiar previo al egreso.																					
Interpretación de la suma de puntuación	Plan Asistencial																														
0 - 1 Sin riesgo de desnutrición = Verde	-Revalorar en 7 días.																														
2 - 3 Riesgo nutricio moderado = Amarillo	-Asegurar adecuado aporte nutricio según estado clínico, revalorar en 3 días																														
≥ 4 Riesgo nutricio elevado = Rojo	-Clasificar la desnutrición (Anexo), aviso a Nutrición Clínica.																														
IMC con > 95 percentil = Obesidad	-Orientación nutricia a familiar previo al egreso.																														

Nombre/ firma y cédula del evaluador: \_\_\_\_\_

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA</b>		
	<b>Procedimiento de Hospitalización</b>		<b>Hoja: 80 de 100</b>

## 10.57 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS E INVASIVOS



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

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

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

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

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

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

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

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

El médico me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado, por ello manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y que comprende el alcance y los riesgos del acto médico y en tales condiciones CONSENTIENDO 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

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA</b>		
	<b>Procedimiento de Hospitalización</b>		<b>Hoja: 81 de 100</b>

## 10.58 TAMIZ NUTRICIONAL



### TAMIZAJE NUTRICIONAL GEA

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Cama \_\_\_\_\_ Registro \_\_\_\_\_  
 Servicio: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Paciente: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F  
 Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Kgs. Talla: \_\_\_\_\_ m. IMC (kg/m<sup>2</sup>): \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años

Es necesario estimar por fórmula el peso: Si \_\_\_ No \_\_\_

A) ¿Ha perdido peso en los últimos seis meses sin proponérselo?

- |                          |                 |   |
|--------------------------|-----------------|---|
| <input type="checkbox"/> | No              | 0 |
| <input type="checkbox"/> | No está seguro  | 2 |
| <input type="checkbox"/> | Si De 1 a 5 Kg. | 1 |
|                          | De 6 a 10 Kg.   | 2 |
|                          | De 11 a 15 Kg.  | 3 |
|                          | Más de 15 Kg.   | 4 |

PUNTOS: \_\_\_\_\_

B) ¿Ha disminuido su consumo de alimentos en los últimos tres meses en comparación con lo que come habitualmente?

- |                          |    |   |
|--------------------------|----|---|
| <input type="checkbox"/> | No | 0 |
| <input type="checkbox"/> | Si | 1 |

PUNTOS: \_\_\_\_\_

C) ¿Estará en ayuno en los próximos tres días?

- |                          |    |   |
|--------------------------|----|---|
| <input type="checkbox"/> | No | 0 |
| <input type="checkbox"/> | Si | 2 |

PUNTOS: \_\_\_\_\_

D) ¿Cursa con alguna enfermedad que comprometa el estado nutricional (pancreatitis grave, enfermedad crónica agudizada, sepsis u otra enfermedad catabólica)?

- |                          |    |   |
|--------------------------|----|---|
| <input type="checkbox"/> | No | 0 |
| <input type="checkbox"/> | Si | 3 |

PUNTOS: \_\_\_\_\_

Total de puntos (A+B+C+D): \_\_\_\_\_

VERDE     AMARILLO     ROJO

Conducta:

Puntos	Diagnóstico de Tamizaje Nutricional	Estado	Maneja
0 - 1	Sin riesgo de desnutrición	Verde	Reevaluación en 7 días
2 - 3	Riesgo nutricional moderado	Amarillo	Reevaluación en 7 días
4 ó más	Riesgo nutricional elevado	Rojo	Evaluación Nutricional Completa
Por IMC	Obesidad.	Rojo	Orientación nutricional.

Elaboró: \_\_\_\_\_

Nombre completo, Cédula y Firma

LICENCIA SANITARIA 10588673

## 10.59 HOJA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL





	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		Hoja: 84 de 100
	Procedimiento de Hospitalización		

## 10.60 CARTA Y AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR NECROPSIA (AUTOPSIA)



HOSPITAL GENERAL  
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

**Limitaciones:**

**Ninguna.** El permiso se otorga para realizar una necropsia completa con remoción, examinación y retención de los órganos y tejidos por parte del personal de la División de Anatomía Patológica.

El permiso se otorga para la realización de una necropsia con las siguientes limitaciones y condiciones

\_\_\_\_\_

Asimismo, declaro que en mi presencia han sido llenados o cancelados todos los espacios en blanco que se presentan en este documento.

Lugar, fecha y hora de la autorización: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL FAMILIAR

\_\_\_\_\_  
NOMBRE COMLETO Y FIRMA DEL TESTIGO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO

**NEGACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE NECROPSIA**

Por la presente, NIEGO autorización para que sea practicada en mi familiar la NECROPSIA.

Lo anterior en virtud de: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL FAMILIAR



HOSPITAL GENERAL  
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

**CARTA DE CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR NECROPSIA (AUTOPSIA)**

Nombre del fallecido: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Expediente Clínico: \_\_\_\_\_

Nombre del familiar responsable: \_\_\_\_\_

Identificado con: \_\_\_\_\_

Servicio: \_\_\_\_\_ Cama: \_\_\_\_\_

Fecha y hora de la defunción: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, (parentesco) \_\_\_\_\_ del fallecido \_\_\_\_\_, siendo el disponente secundario del cadáver, con fundamento en los artículos 350 bis de la Ley General de la Salud; 13 y 14 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos, autorizo a la División de Anatomía Patológica del Hospital General Dr. Manuel Gea González la realización de la necropsia en el cuerpo de mi familiar. Yo comprendo que cualquier información y diagnóstico obtenidos estarán sujetos a las leyes de confidencialidad.

**Estudio de órganos y tejidos:**

Asimismo con fundamento en el artículo 350 bis 3 de la Ley General de Salud autorizo que los órganos y fluidos sean removidos del cuerpo para su examen en la División de Anatomía Patológica con fines de diagnóstico, educación mejora de la calidad del servicio hospitalario e investigación. Este consentimiento no se hace extensivo para que los órganos removidos sean usados con fines de trasplante. Entiendo que los órganos que no sean requeridos para el diagnóstico, educación, mejora de calidad del servicio hospitalario e investigación tendrá como destino final la incineración.

Comprendo que puedo poner limitaciones sobre el alcance de la necropsia y la conversación de los órganos y tejidos. Entiendo que cualquier limitación puede poner en peligro el valor diagnóstico de la necropsia y limitar su utilidad en la educación, mejora en la calidad del servicio hospitalario o con fines de investigación. Se me ha dado la oportunidad de resolver cualquier duda que pueda tener sobre el alcance o con la finalidad de la necropsia.

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA</b>		
	<b>Procedimiento de Hospitalización</b>		<b>Hoja: 85 de 100</b>

## 10.61 ESCALA DE DUELO PERINATAL



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

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

### Escala de Duelo Perinatal

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

Reactivo	Definitivamente sí	Probablemente sí	Probablemente no	Definitivamente no
1. Me siento deprimida				
2. Se me hace difícil llevarme bien con algunas personas				
3. Tomo medicina para los nervios				
4. Me siento vacía				
5. No puedo realizar mis actividades cotidianas				
6. Me siento culpable cuando pienso en mi bebé				
7. Siento la necesidad de hablar de mi bebé				
8. He pensado en el suicidio desde que perdí a mi bebé				
9. Me siento enferma cuando pienso en mi bebé				
10. Me lamento por la pérdida de mi bebé				
11. Intento reír pero ya nada me parece gracioso				
12. Me siento desprotegida en un mundo peligroso desde que perdí a mi bebé				
13. Estoy asustada				
14. Siento que decepcioné a la gente por la pérdida de mi bebé				
15. Siento que estoy retomando de nuevo mi vida				
16. Extraño mucho a mi bebé				

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA</b>		
	<b>Procedimiento de Hospitalización</b>		<b>Hoja: 86 de 100</b>

17. Necesito justificarme ante algunas personas por la pérdida de mi bebé				
18. La mejor parte de mí se perdió con mi bebé				
19. Es doloroso recordar la pérdida de mi bebé				
20. Siento que necesito ayuda profesional para que mi vida funcione otra vez				
21. Me siento culpable por la pérdida de mi bebé				
22. Me enojo cuando pienso en mi bebé				
23. Me siento como muerta en vida				
24. Siento que no valgo nada desde que perdí a mi bebé				
25. Llora cuando pienso en mi bebé				
26. Me siento apartada y sola, aunque esté con amigos				
27. Siento que es mejor no amar				
28. El tiempo pasa muy lentamente desde que perdí a mi bebé				
29. Desde que perdí a mi bebé se me hace difícil tomar decisiones				
30. El futuro me preocupa				
31. Me siento muy sola desde que perdí a mi bebé				
32. Es maravilloso estar vivo				
33. Una madre desolada por la pérdida de un bebé es menos que otra				
34. Siento que me estoy adaptando bien a la pérdida de mi bebé				
35. Estoy aceptando la pérdida de mi bebé				
36. Siento un gran dolor por la pérdida de mi bebé				

Puntaje total: \_\_\_\_\_

Elaborado por Mtra. Psic. Karla Vanessa Rodríguez Rodríguez basado en:  
 González, C. M., Bello, N. C., Calva, E. A., López, M. E. G., & Pichardo, M. A. S. (2011). Escala de duelo perinatal: validación en mujeres mexicanas con pérdida gestacional. *Revista latinoamericana de psicología*, 43(3), 419-428.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA</b>		<b>Hoja: 87 de 100</b>
	<b>Procedimiento de Hospitalización</b>		

## 10.62 ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN



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

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Alcaldía: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ No. Registro \_\_\_\_\_  
 Estado civil: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Atención psicológica: Consulta externa \_\_\_\_\_ Hospitalización \_\_\_\_\_ Cama \_\_\_\_\_  
 Embarazo: \_\_\_\_\_SDG\_\_\_\_\_posparto\_\_\_\_\_Gesta\_\_\_\_\_Parto\_\_\_\_\_Aborto\_\_\_\_\_Óbito\_\_\_\_\_

### Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión

**Instrucciones:** A continuación, se presenta una lista de afirmaciones que describen una serie de estados emocionales. Lea cada pregunta y marque con una X la respuesta que mejor indique cómo se ha sentido en esta última semana incluyendo el día de hoy.

1. Me siento tenso(a) o nervioso(a):

Todo el día	Gran parte del día	De vez en cuando	Nunca
-------------	--------------------	------------------	-------

2. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

Igual que antes	No tanto como antes	Solamente un poco	Ya no disfruto como antes
-----------------	---------------------	-------------------	---------------------------

3. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

Sí y muy intenso	Sí, pero no muy intenso	Sí, pero no me preocupa	No siento nada de eso
------------------	-------------------------	-------------------------	-----------------------

4. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

Igual que siempre	Actualmente, algo menos	Actualmente, mucho menos	Actualmente, nada
-------------------	-------------------------	--------------------------	-------------------

5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

Todo el día	Gran parte del día	De vez en cuando	Nunca
-------------	--------------------	------------------	-------

6. Me siento lento(a) y torpe:

Todo el día	Gran parte del día	De vez en cuando	Nunca
-------------	--------------------	------------------	-------

7. Soy capaz de permanecer sentado(a) tranquilo(a) y relajado(a):

Siempre	A menudo	Raras veces	Nunca
---------	----------	-------------	-------

8. He perdido el interés por mi aspecto personal:

Completamente	A menudo	Rara vez	Nada
---------------	----------	----------	------

9. Experimento una desagradable sensación de "nervios y hormigueos" en el estómago:

Siempre	A menudo	Rara vez	Nunca
---------	----------	----------	-------

10. Espero las cosas con ilusión:

Siempre	A menudo	Rara vez	Nunca
---------	----------	----------	-------

11. Me siento inquieto(a) como si no pudiera parar de moverme:

Siempre	A menudo	Rara vez	Nunca
---------	----------	----------	-------

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 88 de 100

12. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:

Siempre	A menudo	Rara vez	Nunca
---------	----------	----------	-------

13. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

Siempre	A menudo	Rara vez	Nunca
---------	----------	----------	-------

14. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión

Siempre	A menudo	Rara vez	Nunca
---------	----------	----------	-------

Puntaje depresión: \_\_\_\_\_

Puntaje Ansiedad: \_\_\_\_\_

Elaborado por Mtra. Psic. Karla Vanessa Rodríguez Rodríguez basado en:  
Galindo Vázquez O, Beniet C, Juárez García F, Rojas Castillo F, Riveros Rosas A, Amilar Ponce J T. & Alvarado Amilar S. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud mental*, 38(4), 253-258.

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA</b>		
	<b>Procedimiento de Hospitalización</b>		<b>Hoja: 89 de 100</b>

## 10.63 REGISTRO DE ADOLESCENTES DE CONSULTA Y HOSPITALIZACIÓN



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

Fecha \_\_\_\_\_ No. de Expediente \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Delegación \_\_\_\_\_

Diagnóstico Médico:

Antecedente de Diagnóstico Psiquiátrico;

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

Causa de la consulta 1.- Atención perinatal SDG \_\_\_\_\_ 2.- Parto

3.- Cesárea 4.- Abortos 5.- Obito

6. Días de nacido \_\_\_\_\_  
7.- Otro \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Originaria \_\_\_\_\_

Estado civil

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

Edad menarca \_\_\_\_\_ años

Inicio vida sexual \_\_\_\_\_ años

Número de parejas sexuales \_\_\_\_\_

Edad primera unión \_\_\_\_\_ años

Edad pareja \_\_\_\_\_

Ocupación de pareja actual \_\_\_\_\_ años

Vive con \_\_\_\_\_

Ingreso económico proveniente \_\_\_\_\_

Grado escolar:

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

Estudios no formales: \_\_\_\_\_

Trabajo actual: \_\_\_\_\_

Trabajo anterior: \_\_\_\_\_

Plan de estudio a o trabajo a mediano plazo:

Evaluación

Ansiedad \_\_\_\_\_

Depresión \_\_\_\_\_

Violencia intrafamiliar \_\_\_\_\_

## 10.64 HOJA DE EVALUACIÓN CARDIOVASCULAR

CARDIOPATÍA ISQUEMICA	SI ( )	NO ( )	
INSUFICIENCIA CARDIACA	SI ( )	NO ( )	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	SI ( )	NO ( )	
CARDIOPATÍAS CONGENITAS	SI ( )	NO ( )	
NEUMOPATÍAS	SI ( )	NO ( )	
EKO: _____			
Rx: _____			
LABORATORIO: _____			
CONCLUSIONES: _____			
PUEDE OPERARSE: SI ( ) NO ( )			
RIESGO TROMBOEMBOLICO: _____			
RIESGO GOLDMAN / DETSKY: _____			
RIESGO ASA: _____			
<b>RECOMENDACIONES</b>			
PREOPERATORIAS: _____			
TRANSOPERATORIAS: _____			
POSTOPERATORIAS: _____			
<b>ESCALA (ASA) AMERICAN SOCIETY ANESTHESIOLOGISTS</b>			
ASA I ( I / V ) SANO			
ASA II ( II / V ) ENFERMEDAD GRAL. LEVE			
ASA III ( III / V ) ENFERMEDAD GRAL. GRAVE			
ASA IV ( IV / V ) ENFERMEDAD GRAL. QUE PONE EN PELIGRO LA VIDA			
ASA V ( V / V ) PACIENTE MORIBUNDO			
		GOLDMAN / DetskY	
(RIESGO CARDIACO EN CIRUGÍA NO CARIACIA)			
RIESGO TROMBOEMBOLICO	G I	(ENTRE 0 Y 5 PUNTOS)	
BAJO (ENTRE 1 Y 18 PUNTOS)	G II	(ENTRE 6 Y 12 PUNTOS)	
MODERADO (19 Y 35 PUNTOS)	G III	(ENTRE 13 Y 22 PUNTOS)	
ALTO (36 A 54 PUNTOS)	G IV	(ENTRE 23 Y 53 PUNTOS)	
NOMBRE Y FIRMA		NOMBRE Y FIRMA	
MÉDICO SOLICITANTE		MÉDICO QUE REALIZÓ EL ESTUDIO	

06-01-0143

LICENCIA SANITARIA 1014004673


 Hospital General Dr. Manuel Gea González  
 Departamento de Medicina Interna - Cardiología

HOJA DE EVALUACIÓN CARDIOVASCULAR PREOPERATORIO DE RIESGO QUIRURGICO			
NOMBRE: _____		No. EXPEDIENTE: _____	
EDAD: _____		SEXO: _____	
FECHA DE REALIZACIÓN: _____		No. CAMA: _____	
SERVICIO SOLICITANTE: _____			
DIAGNÓSTICO: _____			
CIRUGÍA PLANEADA: _____			
CIRUGÍA PROGRAMADA ( )		CIRUGÍA URGENTE ( )	
ENFERMEDAD CONCOMITANTE: SI ( ) NO ( )			
D.M.	( )	INSF. RENAL	( )
HTAS.	( )	INSF. HEPÁTICA	( )
EPOC	( )	INSF. VENOSA	( )
INST. RESP.	( )	INFEC. ABDOMINAL	( )
I. C. C.	( )	INFEC. NO ABDOMINAL	( )
ALT. HEMATOLÓGICAS	( )	ARRITMIAS	( )
OTRAS: _____			
<b>VALORACIÓN DE RIESGO TROMBOEMBOLICO</b>			
RIESGO:	ALTO ( )	MODERADO	BAJO ( )
SEXO FEMENINO	1 ( )	ARTERITIS	5 ( )
SOBREPESO 20%	1 ( )	FLEBITIS	5 ( )
EDAD 50 AÑOS A MÁS	1 ( )	INSUF. VENOSA	5 ( )
ENF. CARDIACA	1 ( )	NEOPLASIA	5 ( )
ENF. PULMONAR	1 ( )	CIRG. MAYOR 3 HRS.	5 ( )
D. M.	1 ( )	CIRG. CABERA	5 ( )
USO HORMONALES	1 ( )	CIRG. FEMUR	5 ( )
REPOSO PROLONGADO	1 ( )	CIRG. PRÓSTATA	5 ( )
CIRG. MENOR 2 HRS.	1 ( )	(SUPRAPUBLICA)	( )
CARDIOMEGALIA Y/O		CALIFICACIÓN TOTAL	( )
FIBRILACIÓN AURICULAR	5 ( )		
<b>VALORACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR (GOLDMAN/DETSKY)</b>			
EDAD MAYOR A 70 A	5 ( )	PAO2 < 80 mm. Hg. ó PACO2 > 50 mmHg	3 ( )
IM > 6 MESES	5 ( )	K+ < 3.0 mEq / lL ó HCO3 > 30 mEq / l	3 ( )
IM < 6 MESES	10 ( )		
ÁNOR CLASE III SC vc	10 ( )	BUN > 50 mg / dl ó CREATININA > 3.0 mg / dl	3 ( )
ÁNOR CLASE IV SC vc	20 ( )	TGO ANORMAL O EVIDENCIA DE	
GALOPE S3 O PLÉTORA		HEPATOPATIA CRÓNICA	3 ( )
YUGULAR	11 ( )	CIRUGIA URGENTE	4 ( )
ÁNOR INESTABLE		INTRAPERITONEAL / NEUROCIRUGÍA	3 ( )
6 MESES	10 ( )		
TEP < 1 SEMANA	10 ( )		
TEP (ANTECEDENTES)	5 ( )		
ESTENOSIS AÓRTICA	3 ( )	CALIFICACIÓN TOTAL	( )
ENG EN RITMO NO SINUSAL	7 ( )		
EKG CON 5 LPVS / mm.	7 ( )		
RIESGO: GRADO I ( )	GRADO II ( )	GRADO III ( )	GRADO IV ( )
DATOS CARDIOVASCULARES: _____			
VALVULOPATIAS: SI ( ) NO ( )			

06-01-0143

LICENCIA SANITARIA 1014004673

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA</b>		
	<b>Procedimiento de Hospitalización</b>		<b>Hoja: 91 de 100</b>

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



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

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

División de Cuidados Paliativos y Clínica de Dolor.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 92 de 100



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

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

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

CDMX a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201

Nombre \_\_\_\_\_ No de Expediente \_\_\_\_\_

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

El medicamento que tomaré es: \_\_\_\_\_

La dosis que recibiré es de: \_\_\_\_\_

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

**Deseo voluntariamente aceptar el tratamiento que se me propone.**

Nombre/Firma del Paciente \_\_\_\_\_

**Testigos**

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Nombre y firma del Médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA</b>		
	<b>Procedimiento de Hospitalización</b>		<b>Hoja: 93 de 100</b>

## 10.66 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INGRESO RECIBIR SEDACIÓN PALIATIVA



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

### **Carta de Consentimiento Informado Para Ingreso recibir Sedación Paliativa.**

División de Cuidados Paliativos y Clínica de Dolor.

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

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

#### **Información sobre Sedación Paliativa.**

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

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

#### **Sedación Paliativa.**

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

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

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

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

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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		Hoja: 94 de 100
	Procedimiento de Hospitalización		



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

\_\_\_\_\_

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

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

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

CDMX a de de 201

Nombre \_\_\_\_\_ No de Expediente \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

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

Nombre/Firma \_\_\_\_\_

**Testigos:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA</b>		
	<b>Procedimiento de Hospitalización</b>		<b>Hoja: 95 de 100</b>

## 10.67 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR TRATAMIENTO PALIATIVO



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

### Carta de Consentimiento Informado Para recibir tratamiento Paliativo.

División de Cuidados Paliativos y Clínica de Dolor.

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

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

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

### Información sobre el Tratamiento Paliativo.

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

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

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA</b>		
	<b>Procedimiento de Hospitalización</b>		<b>Hoja: 96 de 100</b>



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

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

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

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

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

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

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

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA</b>		
	<b>Procedimiento de Hospitalización</b>		<b>Hoja: 97 de 100</b>



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

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

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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

CDMX a            de            del 20

**Nombre del paciente**

\_\_\_\_\_ Expediente \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA</b>		
	<b>Procedimiento de Hospitalización</b>		<b>Hoja: 99 de 100</b>

## 10.68 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

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA</b>		
	<b>Procedimiento de Hospitalización</b>		<b>Hoja: 100 de 100</b>

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

4. En caso de DIU hormonal:

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

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

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

**Contraindicaciones**

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

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

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

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

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

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

**Lugar y fecha:**

\_\_\_\_\_

Acceptante. \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nombre completo y firma

**Testigo**

**Testigo**

\_\_\_\_\_

Nombre completo y firma

Nombre completo y firma

**Unidad Médica donde se otorgó el método      Persona que otorgo el método**

Hospital General Dr. Manuel Gea González

\_\_\_\_\_

Nombre completo y firma

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	Subdirección de Pediatría		
	<b>Procedimiento para la Pre alta y Alta Hospitalaria</b>		<b>Hoja: 1 de 23</b>

## **14. 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 23

## 1. PROPÓSITO

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

## 2. ALCANCE

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

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento para la Pre alta y Alta Hospitalaria		Hoja: 3 de 23

- 3.6 La Dirección médica a través de las diferentes Divisiones Médicas debe garantizar que en el expediente clínico se encuentra toda la documentación requerida para el egreso del paciente, incluyendo, nota de egreso con base en el numeral 8.9 de la NOM-004-SSA3-2012, solicitudes de laboratorio y gabinete, recetas médicas, referencia (interna o externa) y hoja de cargos con los últimos estudios realizados.
- 3.7 La Subdirección de Recursos Financieros a través del Jefe de Departamento de Tesorería (área de cajas) debe garantizar que el expediente administrativo del paciente se encuentra actualizado diariamente y contiene toda la información necesaria para el proceso de pago.
- 3.8 La Subdirección de Recursos Financieros a través del Jefe de Departamento de Tesorería (área de cajas) es responsable de realizar el cobro de los servicios con los formatos que disponga la División de Enlace y Gestión de atención médica Interinstitucional.
- 3.9 La Subdirección de Gestión de Calidad a través del Departamento de Trabajo Social es responsable de colocar el sello de nivel 6 socioeconómico, en aquellos pacientes que decidan pagar sus servicios y brindar apoyo a los que lo requieran en su trámite administrativo.
- 3.10 La Dirección médica a través de las diferentes Divisiones Médicas debe notificar al paciente y al familiar responsable sobre la pre alta y alta hospitalaria.
- 3.11 La Subdirección de Enfermería y la Dirección Médica a través de las diferentes Divisiones Médicas deben anticipar que el paciente reciba la capacitación necesaria para su autocuidado de forma oportuna previo al alta hospitalaria para garantizar que esto no sea motivo para retrasarla.
- 3.12 La Subdirección de Gestión de Calidad a través de la Jefatura de Departamento de Trabajo Social debe informar al paciente y familiar responsable sobre los trámites necesarios para el alta hospitalaria; y en caso de que no cuenten con los recursos suficientes para el pago del alta hospitalaria, realizar los trámites necesarios para su resolución correspondiente.
- 3.13 La Dirección médica a través de las diferentes Divisiones Médicas debe orientar al paciente y familiar responsable sobre el tratamiento y recomendaciones generales que continuará en su domicilio.
- 3.14 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica debe planear las siguientes actividades para el alta hospitalaria: Notificar al departamento de Nutrición clínica sobre el egreso del paciente para que el mismo envíe la dieta recomendada, verificar que el paciente que cuente con algún dispositivo médico, catéter o sonda, el "Área de Educación al paciente", los haya capacitado sobre los cuidados generales y la asepsia para mantenerlos en el mejor estado de funcionamiento y enviar al paciente al departamento de trabajo social para que sea orientado en los trámites médico administrativos que debe realizar el familiar responsable al egreso.
- 3.15 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través de la División de Nutrición Clínica es responsable de orientar al paciente que se egresa y amerite una dieta especializada, sobre sus nuevos requerimientos; y debe registrarse en el expediente clínico; así como en el formato de PFE.
- 3.16 La Dirección médica a través de las diferentes Divisiones Médicas debe el día del alta hospitalaria proporcionar al paciente y familiar responsable la hoja de egreso hospitalario, solicitudes de laboratorio y gabinete cuando lo amerita, receta médica y hoja de pago. En el

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>Subdirección de Pediatría</b>		
	<b>Procedimiento para la Pre alta y Alta Hospitalaria</b>		<b>Hoja: 4 de 23</b>

caso de pacientes que sean trasladados a otra institución o a la consulta externa, el médico adscrito deberá generar además la hoja de referencia a otra institución o a la consulta externa.

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

	<b>PROCEDIMIENTO</b>
	<b>Subdirección de Pediatría</b>
	<b>Procedimiento para el Pre Alta y Alta Hospitalaria Hoja: 5 de 23</b>

#### 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		

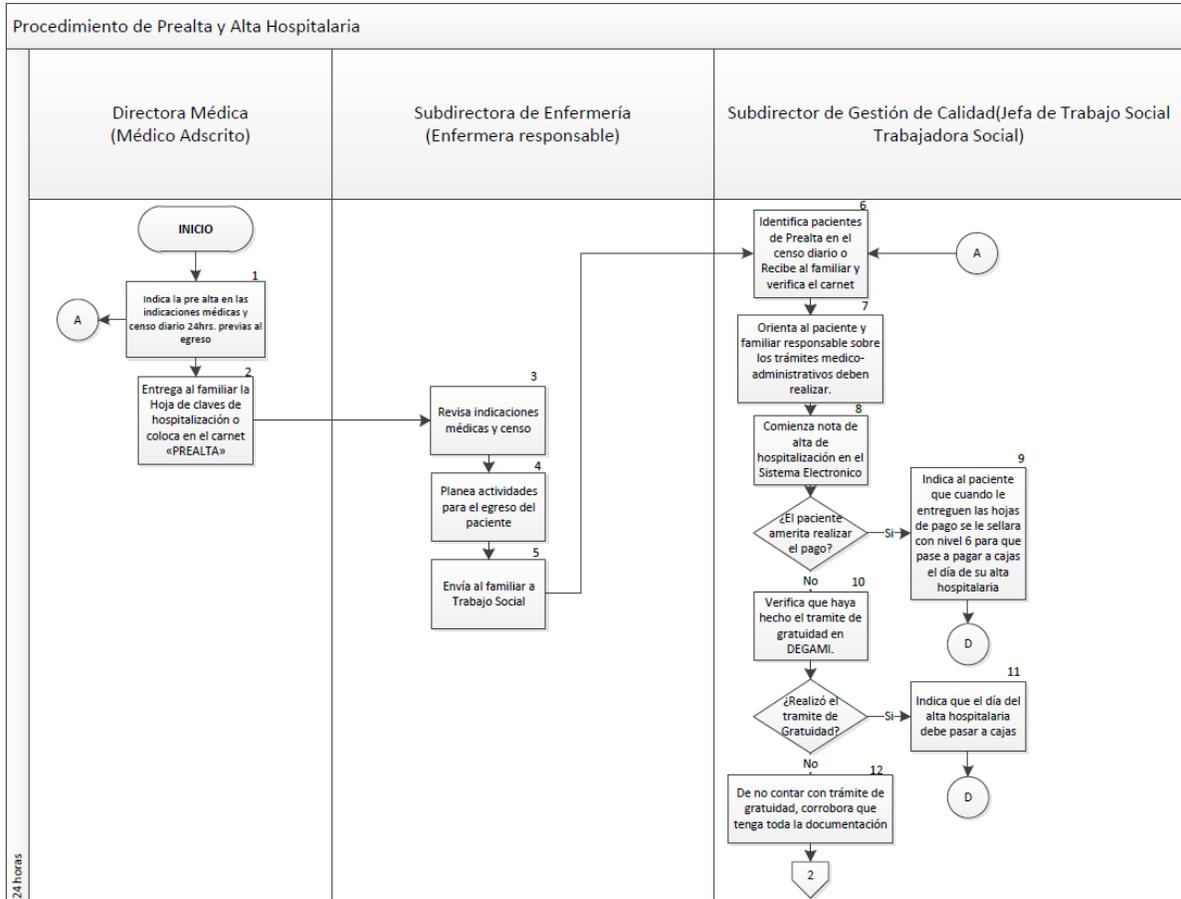
<b>Responsable</b>	<b>No. Act.</b>	<b>Descripción de Actividades</b>	<b>Documento o Anexo</b>
	14	Solicita que en cuanto cuente con la documentación, acuda a la DEGAMI. Continúa actividad 16.	
	15	Si Envía a la DEGAMI.	
DEGAMI	16	Recibe al familiar y verifica estatus de derechohabiencia.  ¿Cuenta con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

<b>Responsable</b>	<b>No. Act.</b>	<b>Descripción de Actividades</b>	<b>Documento o Anexo</b>
	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	
<b>DÍA DEL ALTA HOSPITALARIA</b>			
Directora Médica (Médico Adscrito)	33	Valora al paciente para el alta hospitalaria, dependiendo de su estado clínico.	Hoja de cargos Hoja de

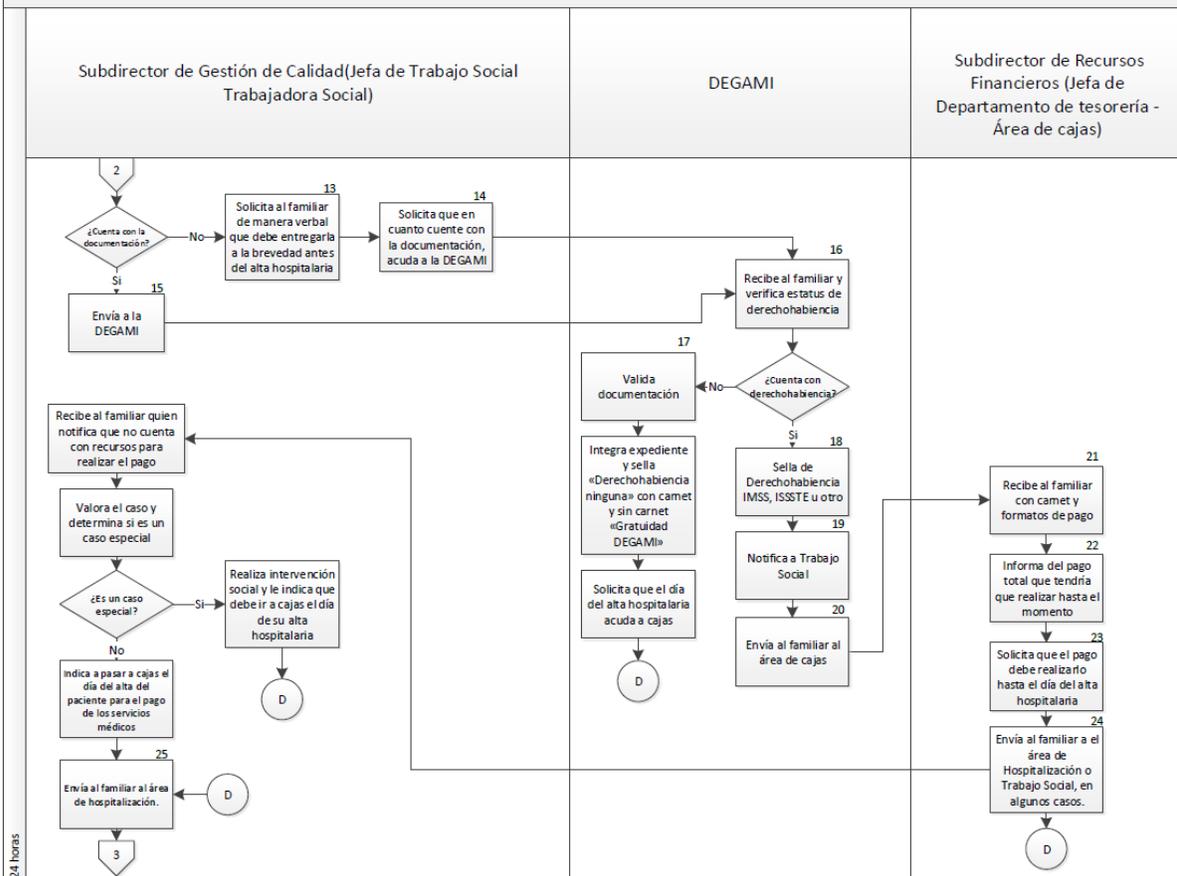
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
		¿El paciente cumple condiciones clínicas para su egreso?	egreso Nota de egreso
	34	No: Detiene el proceso del alta hospitalaria y termina el procedimiento.	Receta médica
	35	Si: Entrega hojas de claves de hospitalización al familiar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

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

## 5. DIAGRAMA DE FLUJO

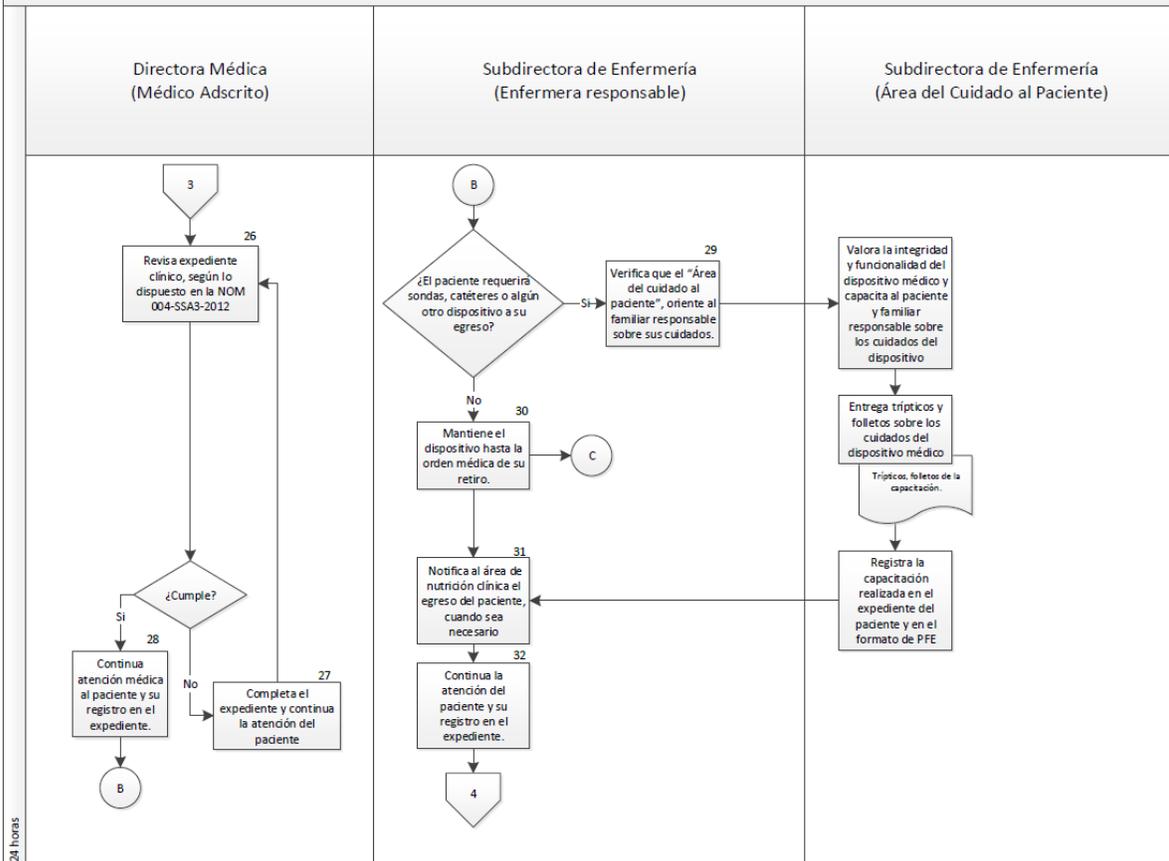


Procedimiento de Prealta y Alta Hospitalaria

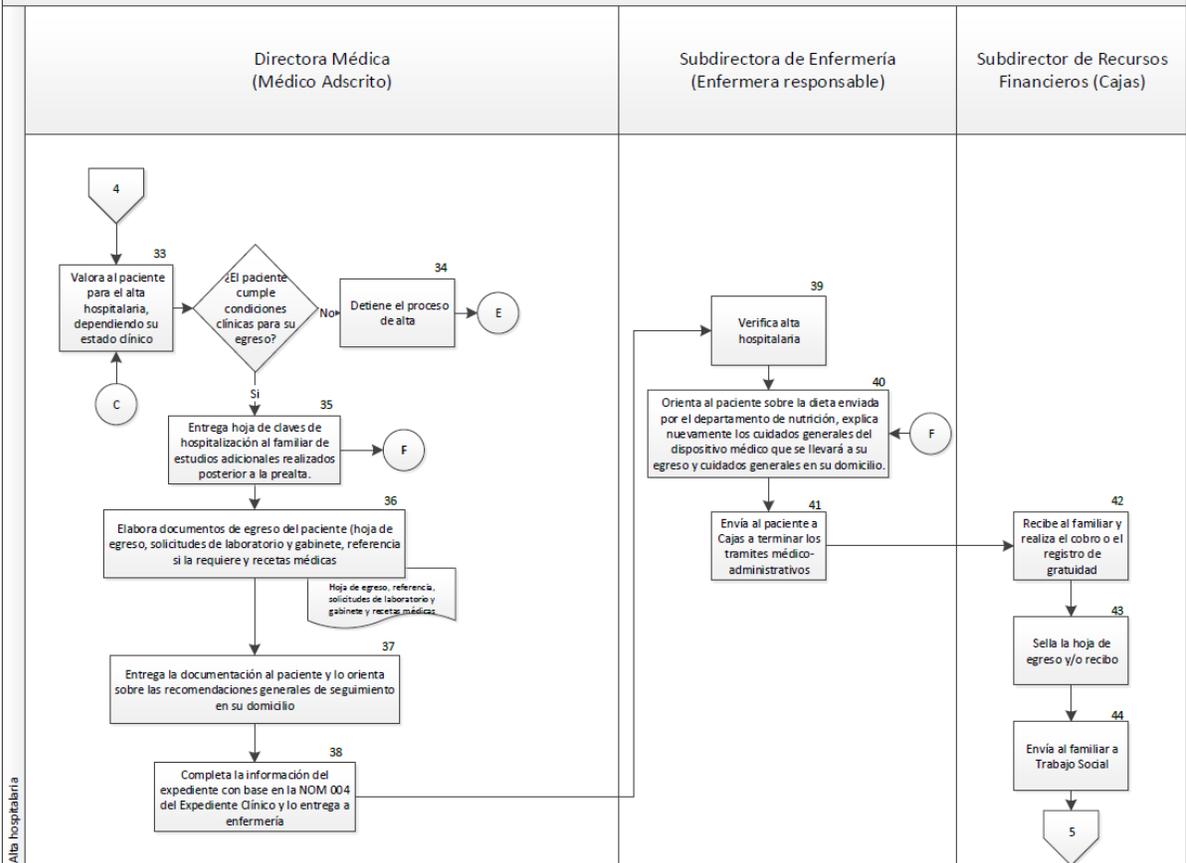


24 horas

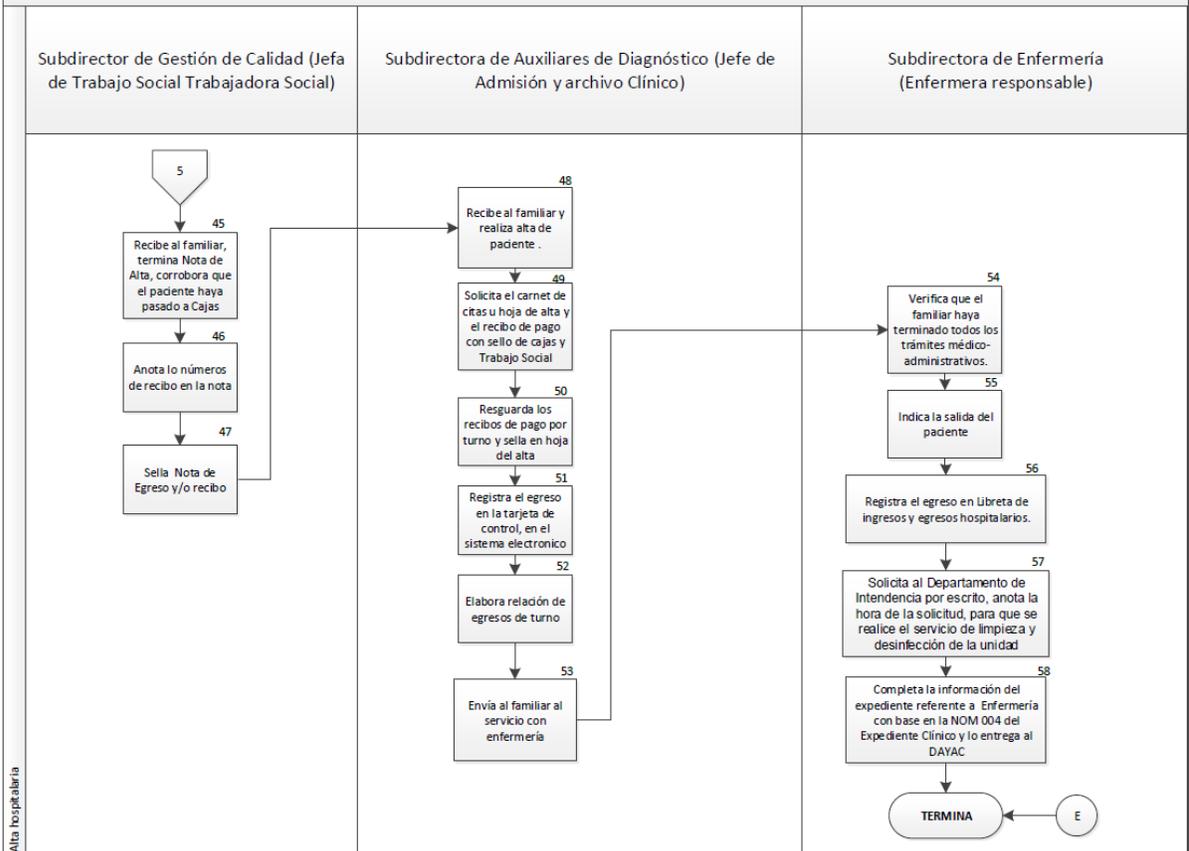
Procedimiento de Prealta y Alta Hospitalaria



Procedimiento de Prealta y Alta Hospitalaria



Procedimiento de Prealta y Alta Hospitalaria



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>Subdirección de Pediatría</b>		
	<b>Procedimiento para la Pre alta y Alta Hospitalaria</b>		<b>Hoja: 15 de 23</b>

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

<b>Documentos</b>	<b>Código (cuando aplique)</b>
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

<b>Registros</b>	<b>Tiempo de conservación</b>	<b>Responsable de conservarlo</b>	<b>Código de registro o identificación única</b>
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

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

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>Subdirección de Pediatría</b>		
	<b>Procedimiento para la Pre alta y Alta Hospitalaria</b>		<b>Hoja: 16 de 23</b>

## **10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO**

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



**10.2 NOTA DE EGRESO**

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





 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>Subdirección de Pediatría</b>		
	<b>Procedimiento para la Pre alta y Alta Hospitalaria</b>		<b>Hoja: 21 de 23</b>

#### 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.	
<b>CONSTANCIA DE RECEPCIÓN DE SERVICIOS</b>					
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		
<b>Firmas</b>					
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				
<b>HOJA DE NO COBRO</b>					
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 <i>no cuenten con seguridad social</i> tienen derecho a <i>recibir de forma gratuita</i> la prestación de servicios públicos de salud, medicamentos y demás insumos asociados, al momento de requerir la atención; y <i>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.</i>					
<b>INSTRUCCIONES:</b> ↔↔↔↔↔↔	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			\$	
<b>NOTA: NO FIRME SI LE REALIZARON ALGÚN COBRO DE LOS SERVICIOS EN EL PERIODO SEÑALADO</b>					
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		



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

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

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

**6. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN, RECEPCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA POR PARTE DE LAS DIFERENTES ÁREAS DE ATENCIÓN MÉDICA**

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>Subdirección de Pediatría</b>		
	<b>Procedimiento para la recepción, recolección y procesamiento de información estadística por parte de las diferentes áreas de atención médica</b>		<b>Hoja: 2 de 12</b>

## 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.

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>Subdirección de Pediatría</b>		
	<b>Procedimiento para la recepción, recolección y procesamiento de información estadística por parte de las diferentes áreas de atención médica</b>		<b>Hoja: 3 de 12</b>

- 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.

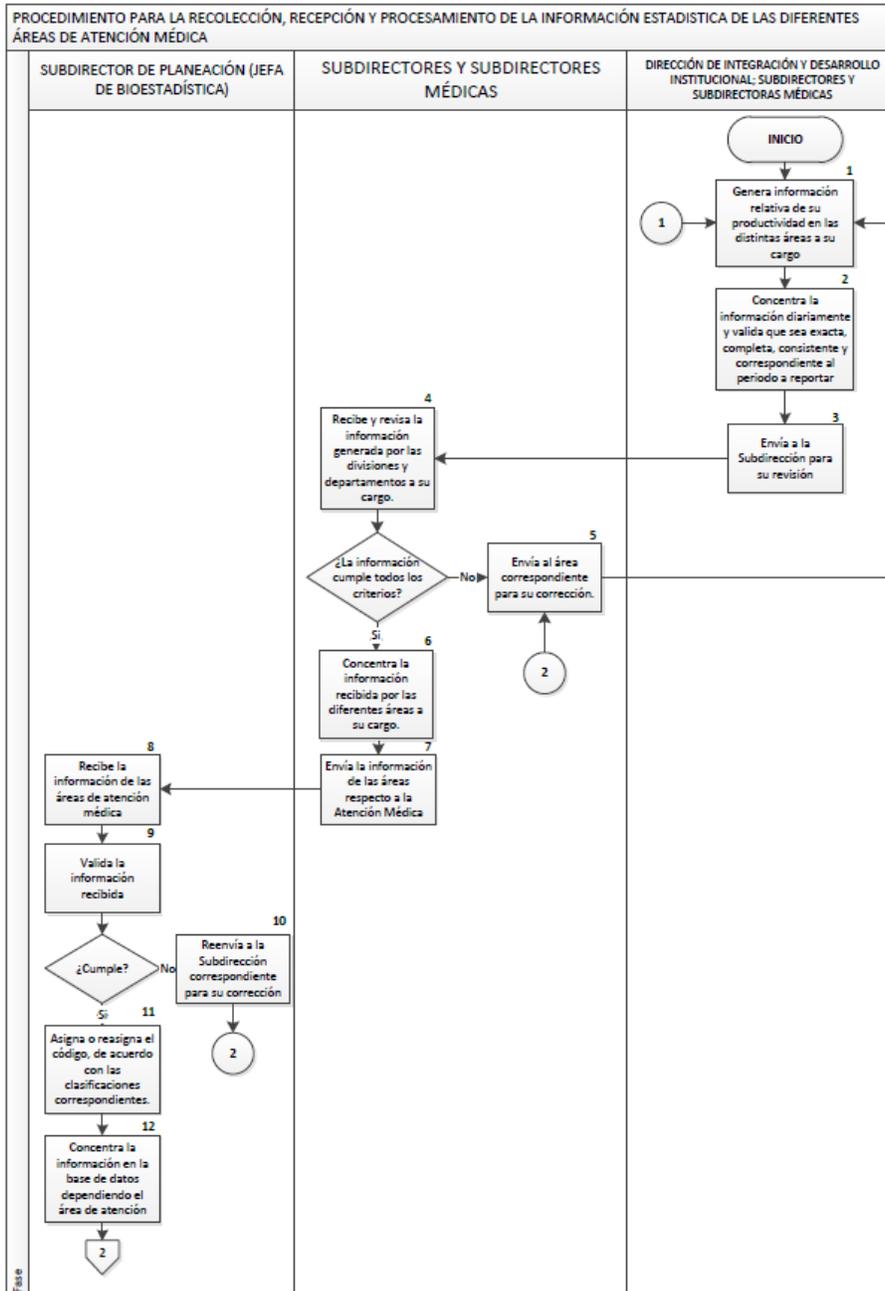
 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>PROCEDIMIENTO</b>
	<b>Subdirección de Pediatría</b>
	<b>Procedimiento para la recepción, recolección y procesamiento de información estadística por parte de las diferentes áreas médicas Hoja: 4 de 12</b>

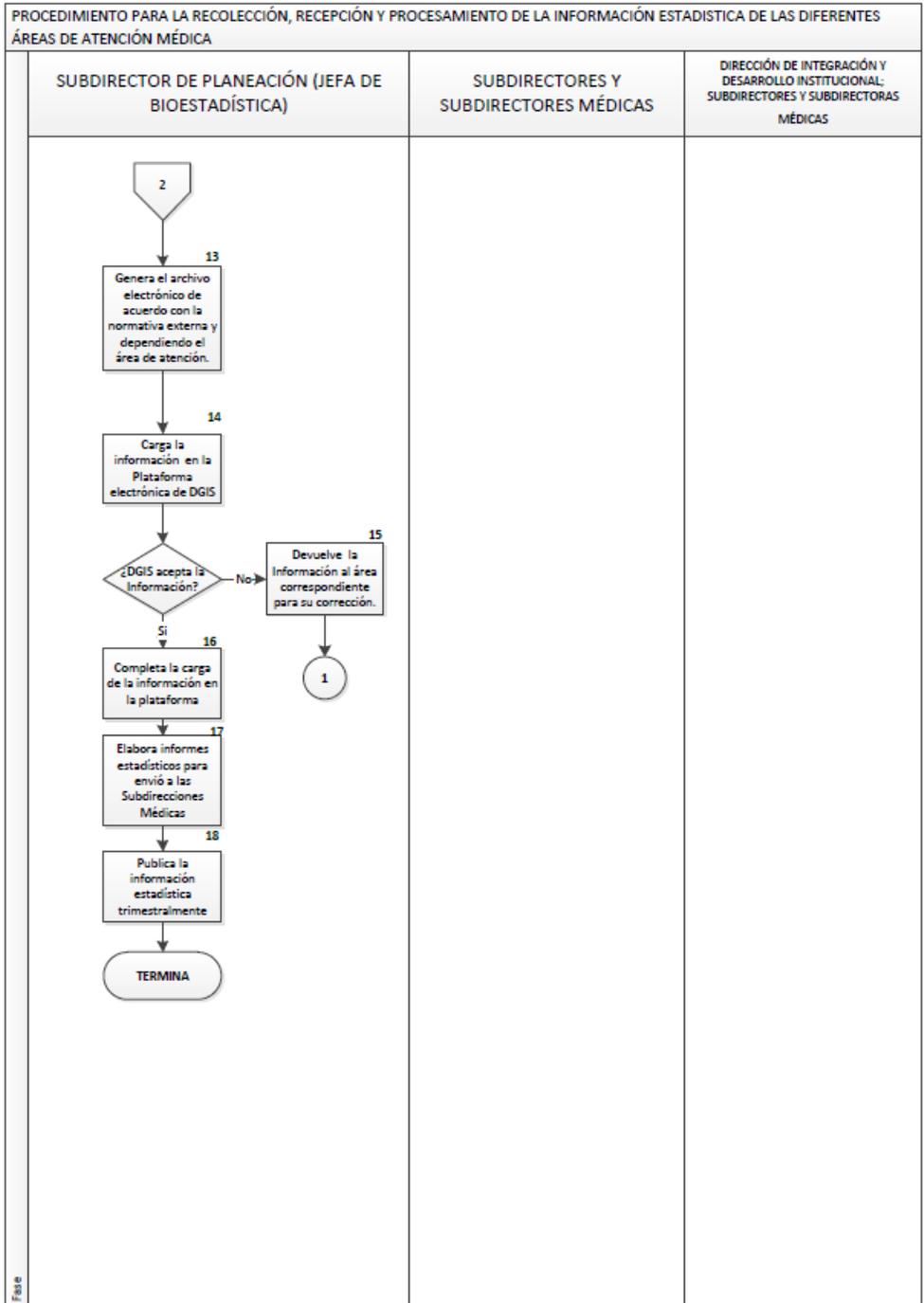
#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

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><b>TERMINA</b></p>	
--	---	--	--

## 5. DIAGRAMA DE FLUJO





Fase

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>Subdirección de Pediatría</b>		
	<b>Procedimiento para la recepción, recolección y procesamiento de información estadística por parte de las diferentes áreas de atención médica</b>		<b>Hoja: 8 de 12</b>

## 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.

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>Subdirección de Pediatría</b>		
	<b>Procedimiento para la recepción, recolección y procesamiento de información estadística por parte de las diferentes áreas de atención médica</b>		<b>Hoja: 9 de 12</b>

## 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.

### 10.1 CAPTURA DE PANTALLA REGISTRO DIARIO DE PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>Subdirección de Pediatría</b>		<b>Hoja: 10 de 12</b>
	<b>Procedimiento para la recepción, recolección y procesamiento de información estadística por parte de las diferentes áreas de atención médica</b>		

**Hospital General "Dr. Manuel Gea González"**



Adisc.

Residente

viernes, 24 de junio de 2016

Fecha de Consulta

Curp      No. Expediente      Recibo de pago      Tipo de Consulta

Apellido paterno      Apellido materno      Nombre(s)      Sexo

Estado o delegación      Derechohabencia       Migrante       Discapacitado

Años  Meses

Solo llene uno de los dos (Años o Meses)

Diagnóstico (CIE10)      Nvo.

Diagnóstico (CIE10)

Av. Calzada de Tlalpan 4800, Tlalpan, Sección XVI, 14080 Ciudad de México, D.F. Teléfono: 01 55 4000 3000

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

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>Subdirección de Pediatría</b>		
	<b>Procedimiento para la recepción, recolección y procesamiento de información estadística por parte de las diferentes áreas de atención médica</b>		<b>Hoja: 11 de 12</b>

Login







HOSPITAL GENERAL  
DR. MANUEL GEA GONZALEZ

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

Usuario:

Contraseña:



**10.3 EJEMPLO DE BASE DE EXCEL PARA HOSPITALIZACIÓN.**



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>Subdirección de Pediatría</b>		
	<b>Procedimiento de Interconsulta</b>		<b>Hoja: 1 de 9</b>

## 7. PROCEDIMIENTO DE INTERCONSULTA

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>Subdirección de Pediatría</b>		
	<b>Procedimiento de Interconsulta</b>		<b>Hoja: 2 de 9</b>

## 1. PROPÓSITO

Determinar las actividades que debe realizar el personal médico para solicitar el apoyo de las demás áreas médicas del hospital y brindar al paciente un manejo multidisciplinario.

## 2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección Médica es responsable de la atención médica integral del paciente y solicita la interconsulta para su diagnóstico y rehabilitación.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a todos los pacientes que se encuentran hospitalizados que requieren atención complementaria.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La Dirección Médica está conformada por la Subdirección de Cirugía, Subdirección de Pediatría, Subdirección de Urgencias y Medicina y Subdirección de Anestesia y Terapias.
- 3.2 La Dirección Médica a través de sus áreas médicas – quirúrgicas, es responsable de que toda interconsulta que se solicite a otra especialidad deberá ser a través de la solicitud de interconsulta escrita debidamente requisitada y autorizada por el área correspondiente.
- 3.3 La Dirección Médica a través de sus áreas médicas – quirúrgicas determina, dependiendo las condiciones médicas, qué paciente tiene la necesidad de ser valorado por otra Especialidad Médica o Servicio de Apoyo.
- 3.4 La Dirección Médica a través de sus áreas médicas – quirúrgicas verifica que se realicen las Interconsultas y el seguimiento oportuno al paciente mediante el formato de solicitud de interconsulta.
- 3.5 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través de la División de Consulta externa y las asistentes Médicas de las especialidades son responsables de asignar cita de interconsulta cuando el paciente la solicite.
- 3.6 En el caso de pacientes con múltiples patologías, la Dirección Médica a través de sus áreas médicas – quirúrgicas es responsable de ingresar al paciente en la especialidad donde corresponda la patología principal y los demás darán seguimiento como interconsultantes.
- 3.7 La Dirección Médica a través de sus áreas médicas – quirúrgicas es responsable del ingreso a otra especialidad, solo en caso de que la patología de ingreso ya haya sido resuelta por el servicio principal.
- 3.8 La Dirección Médica a través de sus áreas médicas – quirúrgicas es responsable de solicitar el pago de la interconsulta el día de su cita en la consulta externa. Y en el caso de pacientes hospitalizados se le deberá entregar en la hoja de cargos antes del egreso hospitalario.
- 3.9 La Dirección Médica a través de sus áreas médicas – quirúrgicas es responsable que al recibir una interconsulta debe sellar y anotar fecha y hora.
- 3.10 La Dirección Médica a través de sus áreas médicas – quirúrgicas en el área de consulta externa es responsable de enviar al paciente a la especialidad correcta en caso de no pertenecer a su área.
- 3.11 La Dirección Médica a través de sus áreas médicas – quirúrgicas en el área de hospitalización es responsable de solicitar las interconsultas necesarias, en caso de que las especialidades interconsultantes no sean las adecuadas.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>Subdirección de Pediatría</b>		
	<b>Procedimiento de Interconsulta</b>		<b>Hoja: 3 de 9</b>

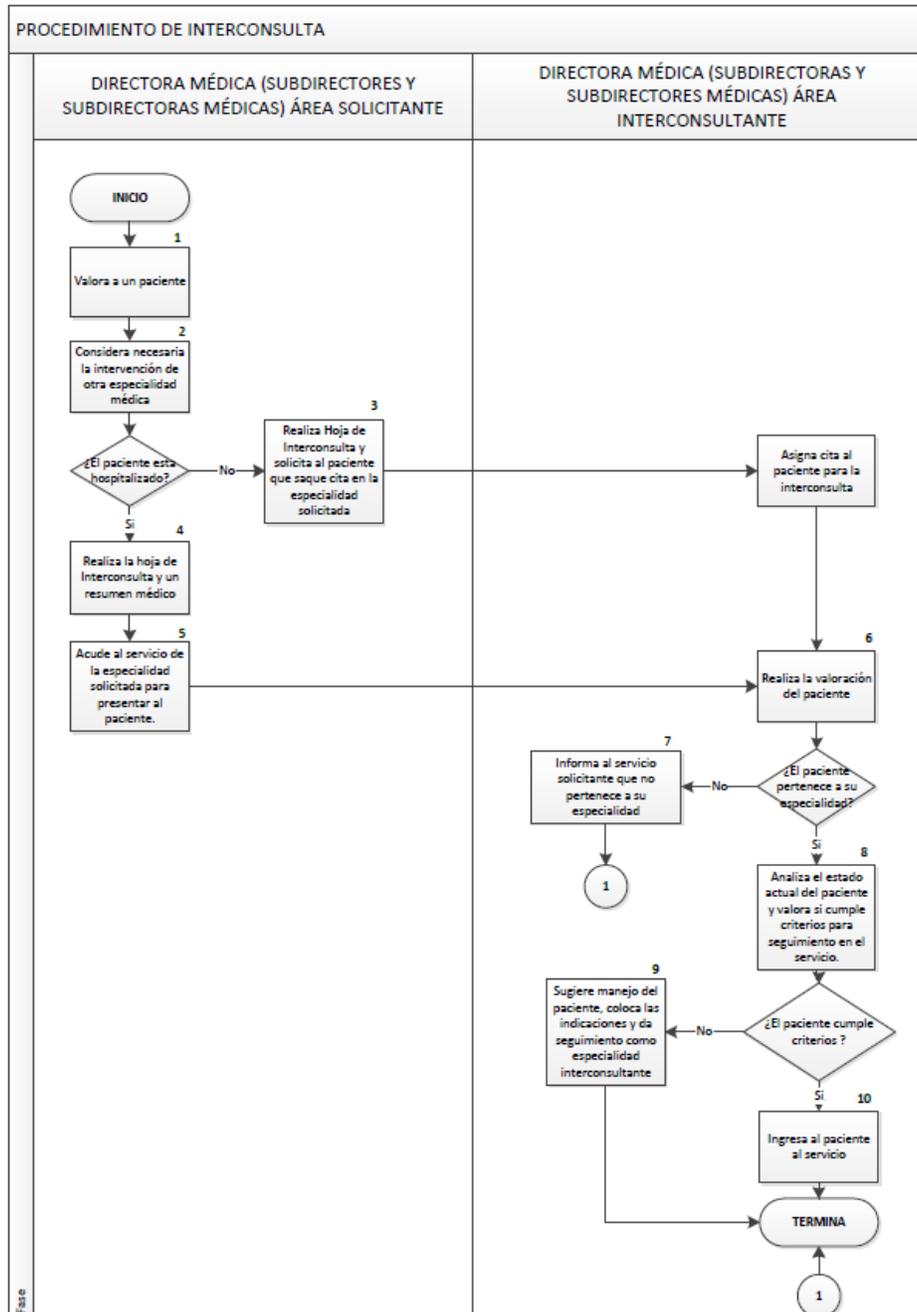
- 3.12 Las Subdirecciones Médicas, a través de sus Divisiones y Departamentos, son responsables de solicitar Interconsulta cuando sea necesario y el servicio Interconsultante después de su valoración médica podrá decidir su cambio de servicio, manejo conjunto o seguimiento.

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>PROCEDIMIENTO</b>
	<b>Subdirección de Pediatría</b>
	<b>Procedimiento de Interconsulta Hoja: 4 de 9</b>

#### 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.		
		<b>TERMINA</b>	

**5. DIAGRAMA DE FLUJO**



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>Subdirección de Pediatría</b>		
	<b>Procedimiento de Interconsulta</b>		<b>Hoja: 6 de 9</b>

## 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

### 10.1 SOLICITUD DE INTERCONSULTA





**NOTA DE INTERCONSULTA**

HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"



SERVICIO: \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_ No. EXP. \_\_\_\_\_ SIGNOS VITALES: T.A. \_\_\_\_\_ TEMP. \_\_\_\_\_ F.C. \_\_\_\_\_ F.R. \_\_\_\_\_

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

MOTIVO DE LA ATENCIÓN:

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

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

DIAGNÓSTICOS O PROBLEMAS CLÍNICOS:

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

PLAN DE ESTUDIO:

SUGERENCIAS DIAGNÓSTICAS Y DE TRATAMIENTO:

TRATAMIENTO E INDICACIONES MÉDICAS:

PRONÓSTICO:

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

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA DEL MÉDICO RESPONSABLE: \_\_\_\_\_

**10.2 NOTA DE EVOLUCIÓN**



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

## **8. PROCEDIMIENTO DE TOMA Y PROCESAMIENTO DE MUESTRAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA**

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 1
	<b>SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRIA</b>		
	<b>Procedimiento de toma y procesamiento de muestras en los diferentes servicios de consulta</b>		Hoja: 2 de 12

## 1. PROPÓSITO

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

## 2. ALCANCE

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

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

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

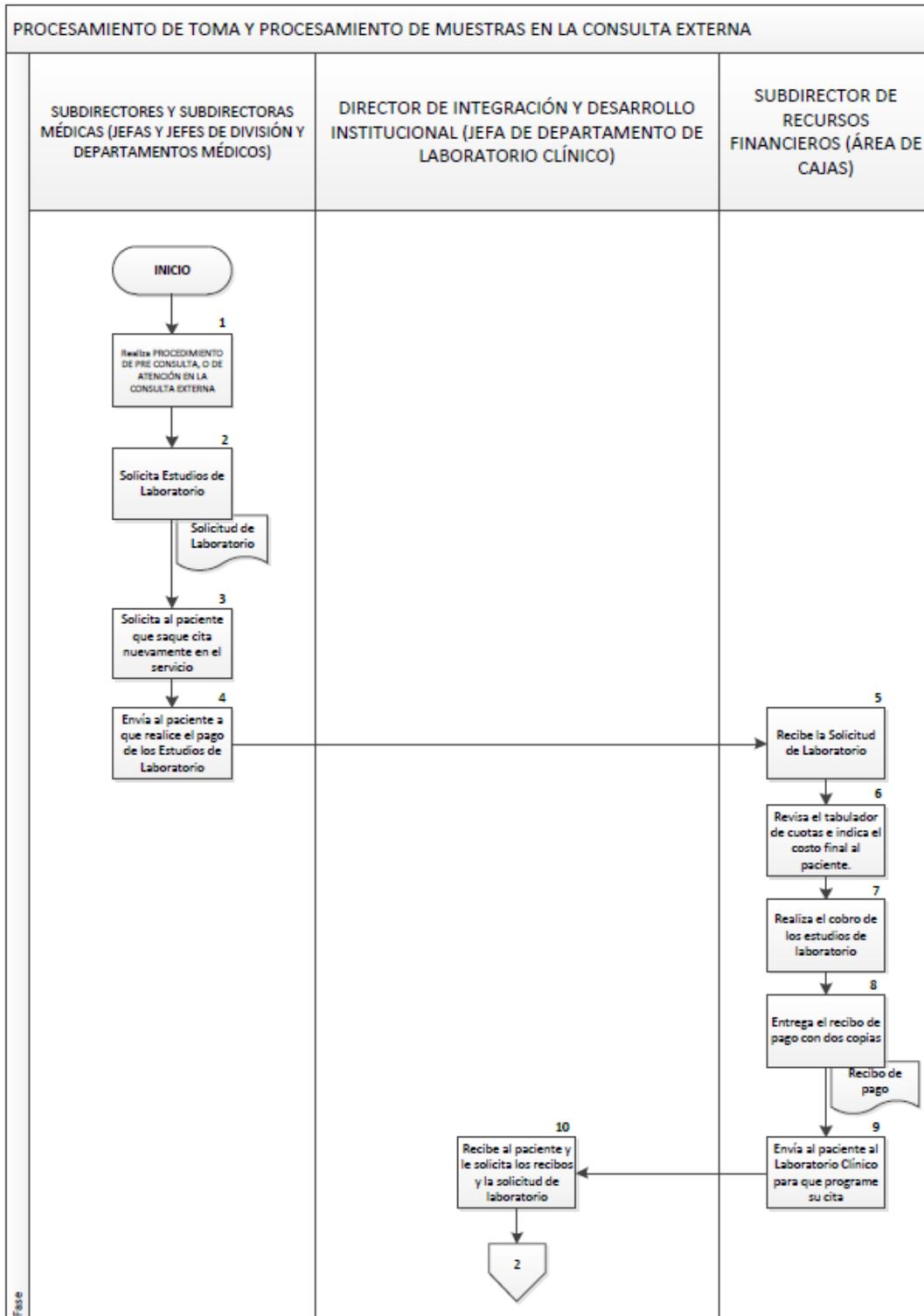
 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>PROCEDIMIENTO</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA</b>
	<b>Procedimiento de toma y procesamiento de muestras en los diferentes servicios de consulta</b>

#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

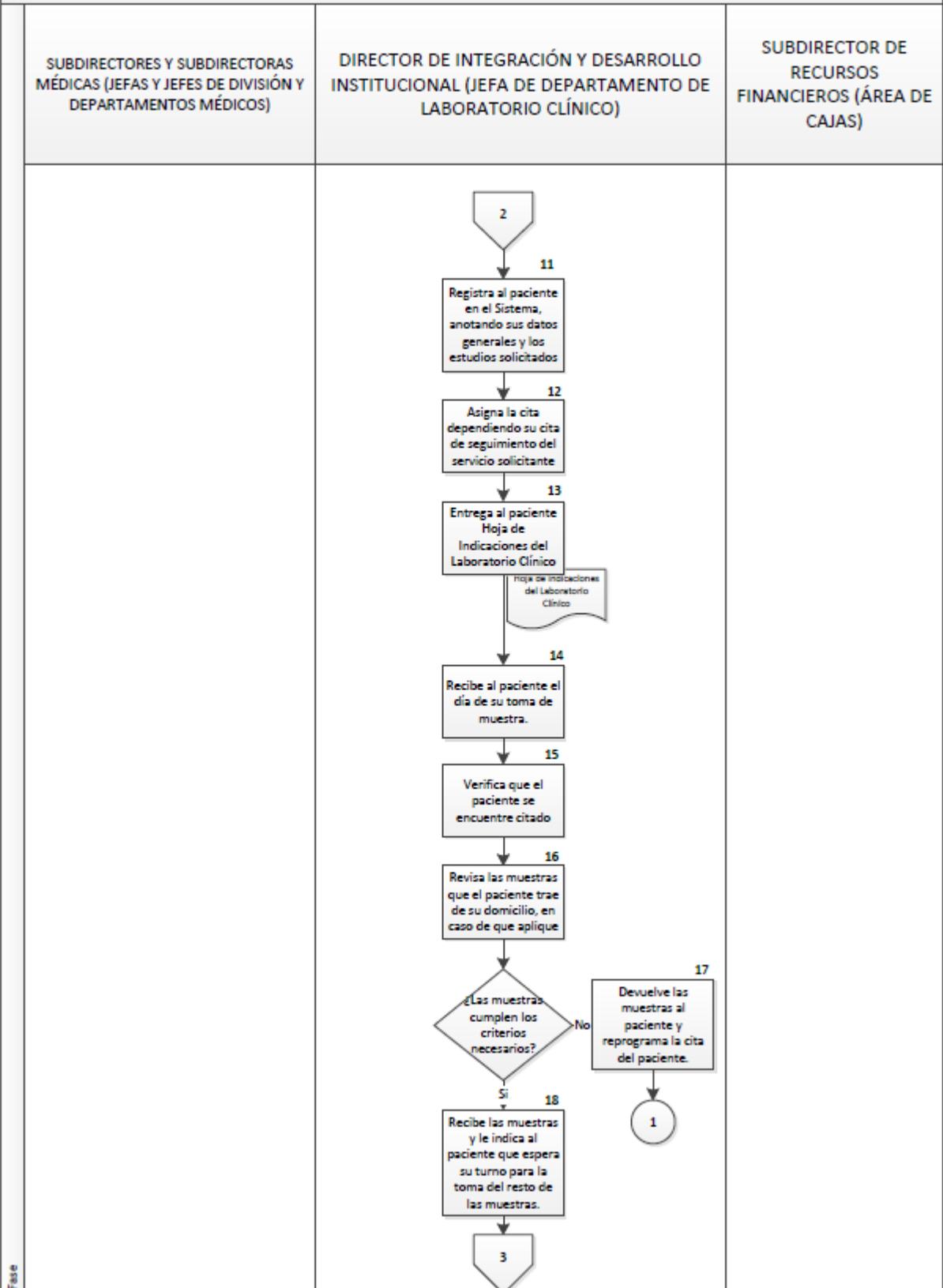
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirectores y Subdirectoras Médicas (Jefes y Jefas de División y Departamentos Médicos)	1	Realiza PROCEDIMIENTO DE PRE CONSULTA O PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE LA CONSULTA EXTERNA	Solicitud de Estudios de Laboratorio
	2	Solicita Estudios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

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

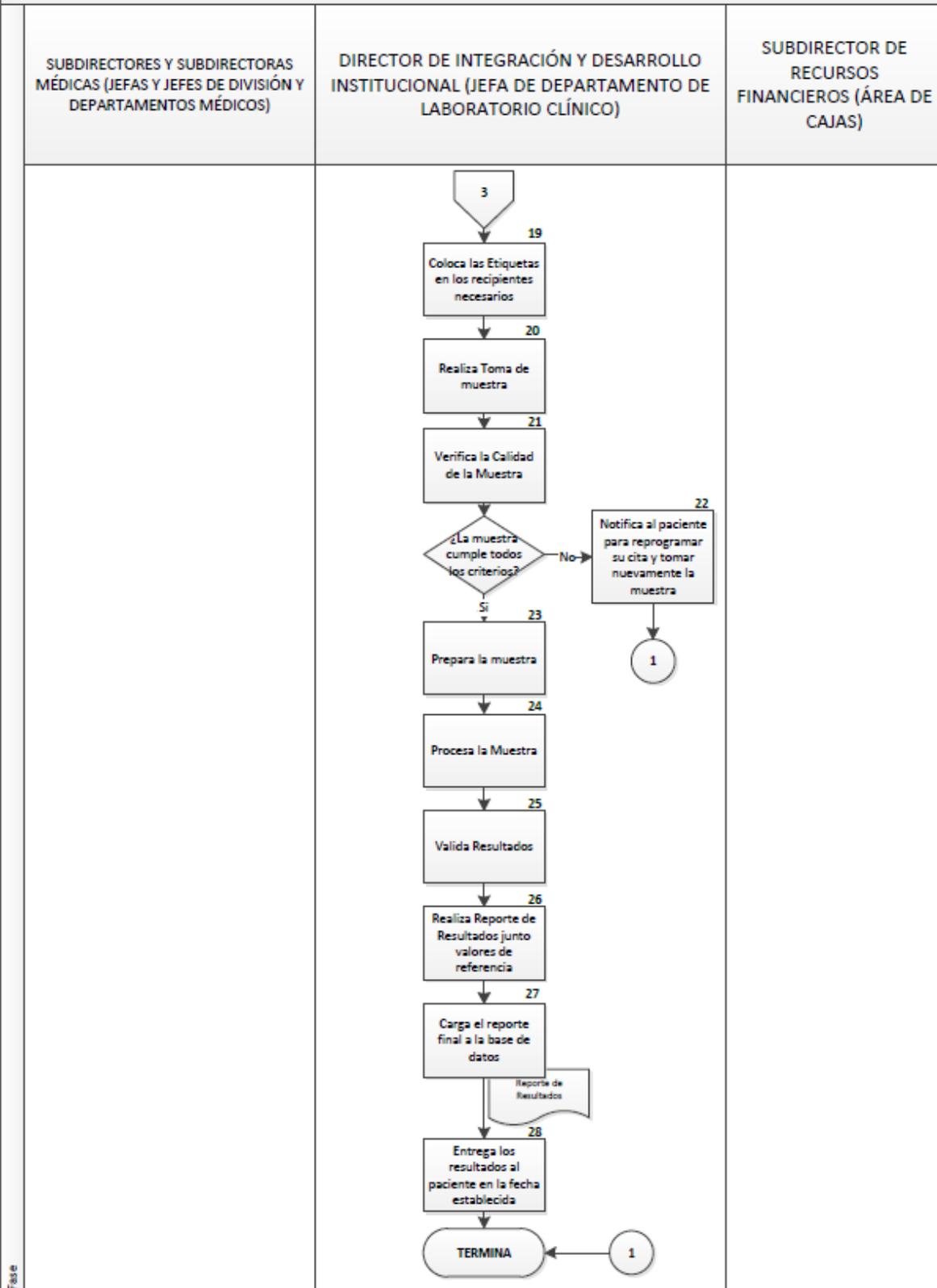
## 5. DIAGRAMA DE FLUJO



PROCESAMIENTO DE TOMA Y PROCESAMIENTO DE MUESTRAS EN LA CONSULTA EXTERNA



PROCESAMIENTO DE TOMA Y PROCESAMIENTO DE MUESTRAS EN LA CONSULTA EXTERNA



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

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

## 7. REGISTROS

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

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Calidad:** Grado en que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.
- 8.2 Característica:** Rasgo diferenciador
- 8.3 Código de barras:** Es un código basado en la representación mediante un conjunto de líneas verticales de distinto grosor y espaciado que en su conjunto contienen una determinada información. De este modo, el código de barras permite reconocer rápidamente a un artículo en un punto de la cadena logística y así poder realizar inventario, o consultar sus características asociadas. En el laboratorio se usa para identificar a los pacientes y los estudios solicitados por el médico, para que estos últimos puedan ser reconocidos por los lectores de los analizadores.
- 8.4 Cuadro Básico de Estudios de Urgencias del Laboratorio Clínico:** Conjunto de estudios que se procesan en el Laboratorio Clínico, durante las 24 horas, los 365 días del año.

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

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

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

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

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

## 9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

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

## 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Solicitud de Laboratorio

10.2 Hoja de Indicaciones del Laboratorio Clínico

10.3 Reporte de Resultados

### 10.1 SOLICITUD DE LABORATORIO



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

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

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

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 1
	<b>SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRIA</b>		
	<b>Procedimiento de toma y procesamiento de muestras en los diferentes servicios de consulta</b>		Hoja: 11 de 12

## 10.2 HOJA DE INDICACIONES DE LABORATORIO CLÍNICO



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



FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN DE MUESTRAS:

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

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

**\*\* IMPORTANTE \*\***

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

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

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

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

### Perfiles

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

### Pruebas

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

### Indicaciones

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

En caso de estar menstruando no recolectar muestra.

Sin tratamiento con antibiótico 8 días antes de la cita

Recien bañado

Seguir indicaciones del Laboratorio

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

### 10.3 REPORTE DE RESULTADOS



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



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

Copia de Laboratorio

ESTUDIO	<b>HEMATOLOGÍA</b>		
	RESULTADO	UNIDADES	INTERVALO DE REFERENCIA
<b><u>BIOMETRÍA HEMÁTICA</u></b>			
Leucocitos (WBC)	8.4	10 <sup>3</sup> /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 <sup>3</sup> /µL	1.80 - 7.70
Linfocitos #	** 4.10	10 <sup>3</sup> /µL	0.00 - 0.80
Monocitos #	0.60	10 <sup>3</sup> /µL	0.00 - 0.80
Eosinófilos #	** 0.10	10 <sup>3</sup> /µL	0.20 - 0.45
Basófilos #	** 0.00	10 <sup>3</sup> /µL	0.02 - 0.10
Eritrocitos	4.27	10 <sup>6</sup> /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 <sup>3</sup> /µL	150. - 450.
Volumen Plaquetar Medio (MPV)	7.80	fL	7.40 - 10.40
<b><u>Fórmula Roja</u></b>			
Eritroblastos#	0.00	10 <sup>3</sup> /µL	
Eritroblastos%	0.00	%	
Resultados revisados y validados por:	Q.B.P. Tiburcio García Duran		24/08/18 7:25

ESTUDIO	<b>BIOQUÍMICA</b>		
	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
<b><u>HEMOGLOBINA GLICOSILADA</u></b>			

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA</b>		
	<b>Procedimiento de toma y procesamiento de muestras en los diferentes servicios de hospitalización</b>		<b>Hoja: 1 de 11</b>

## **9. PROCEDIMIENTO DE TOMA Y PROCESAMIENTO DE MUESTRAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN**

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

## 1. PROPÓSITO

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

## 2. ALCANCE

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

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

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 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.

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

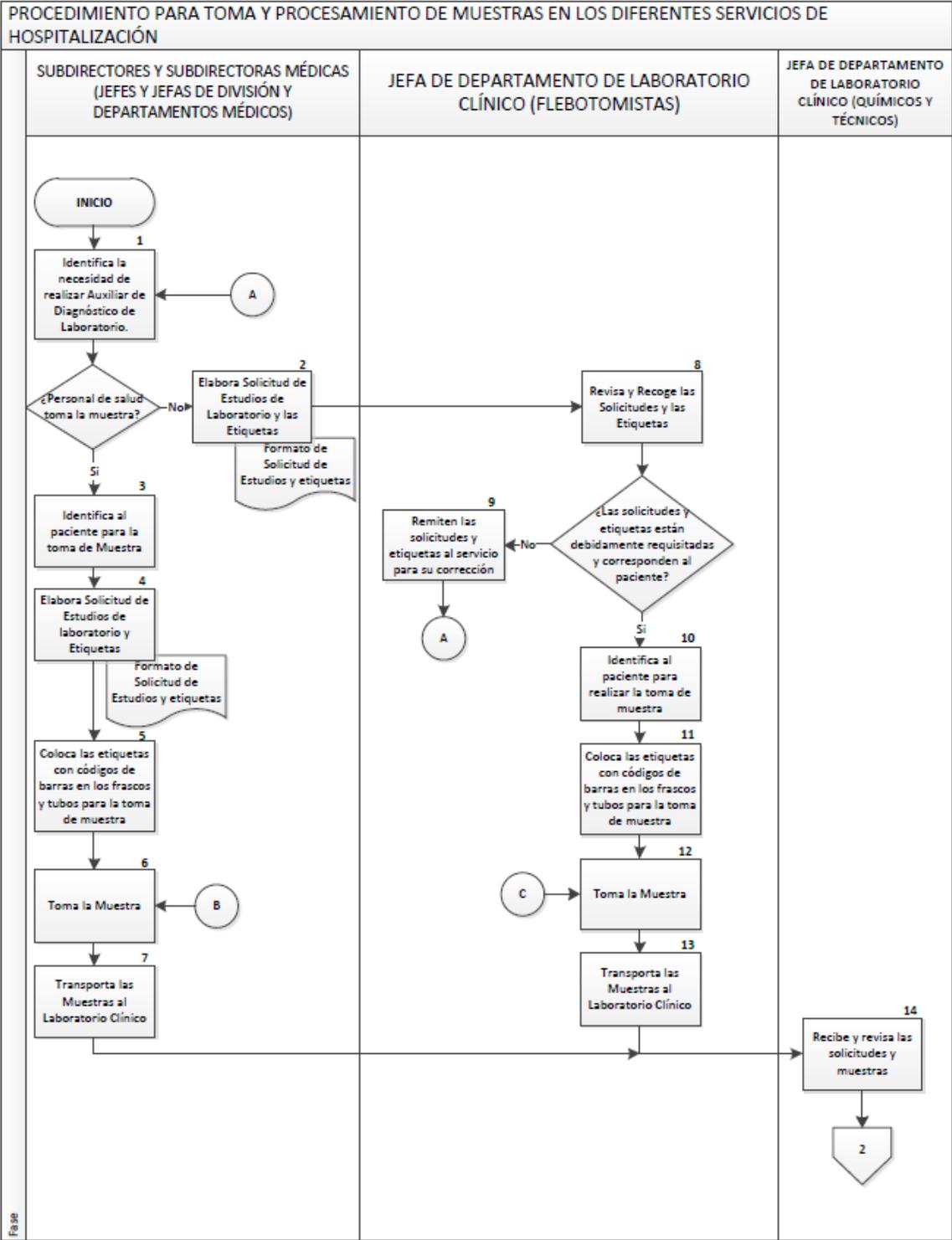
#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

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	

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

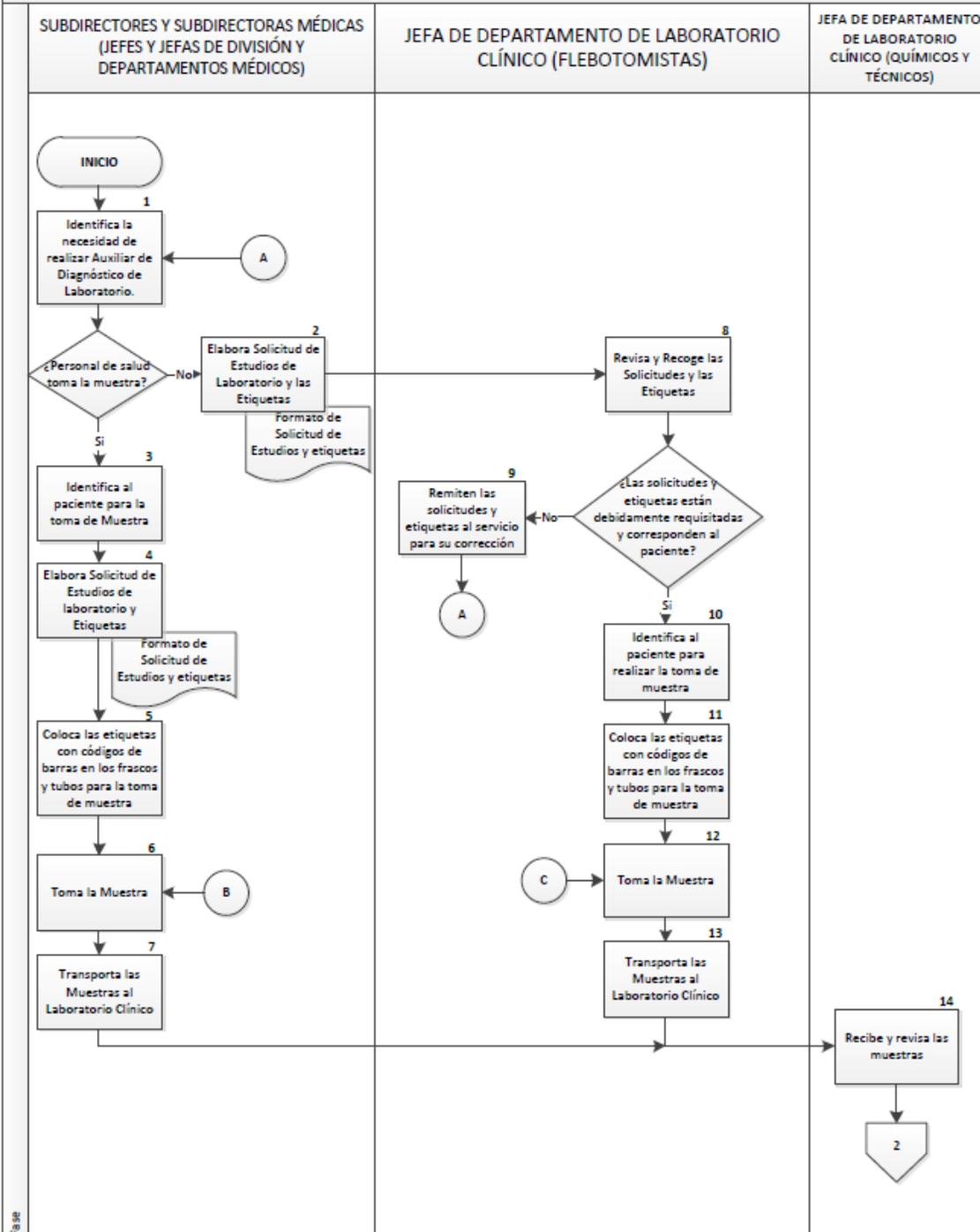
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
		¿La muestra cumple todos los criterios?	
	17	No: Remite al área para su corrección, ir a la actividad 6 o 12.	
	18	Si: Extrae la lista de trabajo de la basa de datos y la imprime	
	19	Prepara Muestras	
	20	Procesa Muestras	
	21	Valida 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  <b>TERMINA</b>	

**5. DIAGRAMA DE FLUJO**



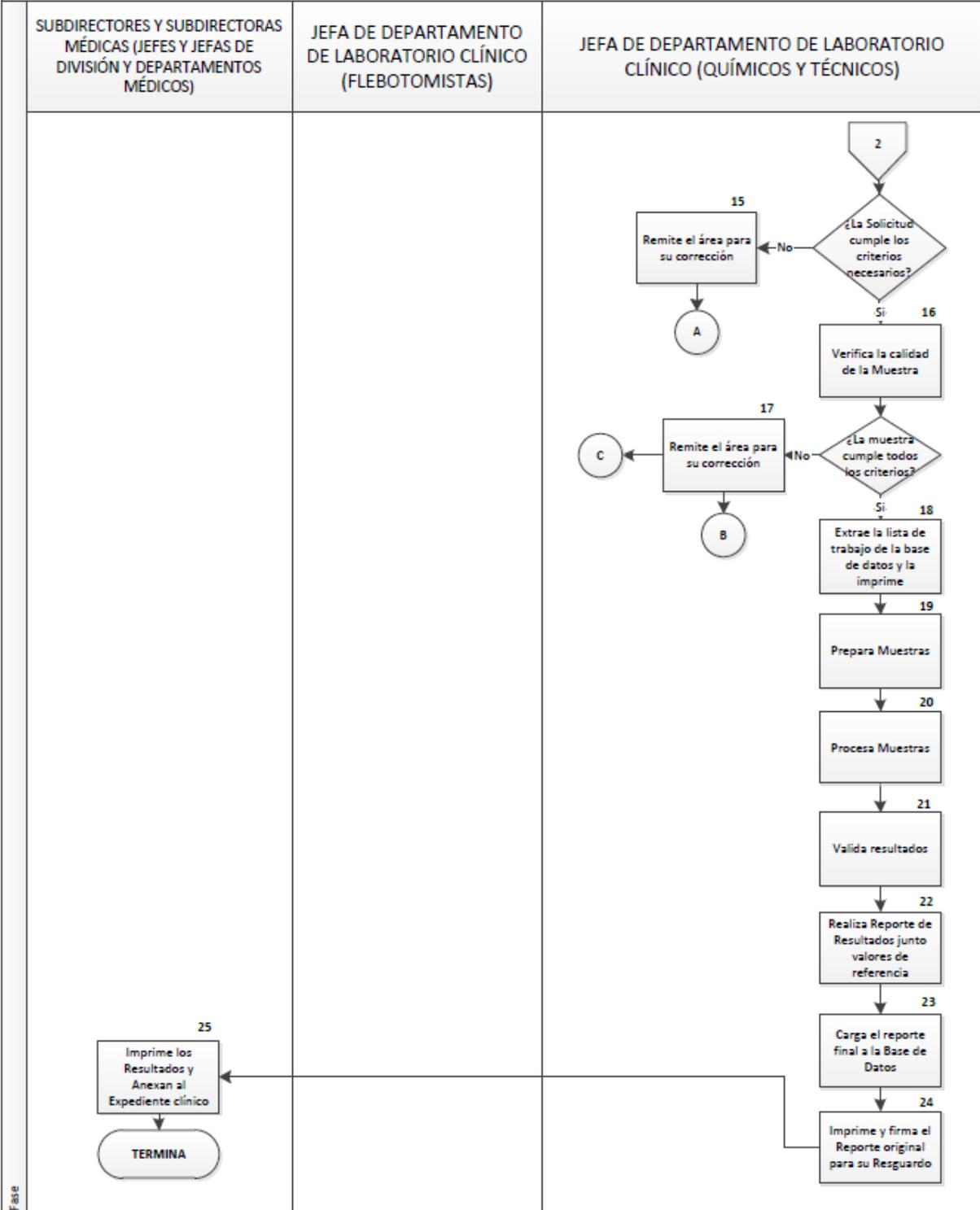
Fase

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



Flase

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



Fase

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

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

<b>Documentos</b>	<b>Código (cuando aplique)</b>
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

<b>Registros</b>	<b>Tiempo de conservación</b>	<b>Responsable de conservarlo</b>	<b>Código de registro o identificación única</b>
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.

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

**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"> <li>• Se actualiza el formato</li> <li>• Se fusionan los procedimientos 1, 2 y 3 del Manual de Procedimientos de laboratorio Clínico.</li> <li>• Se actualiza el propósito, alcance y políticas y lineamientos.</li> <li>• Se reestructura el procedimiento respaldado con el nuevo contrato de laboratorio.</li> </ul>

## 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Solicitud de Laboratorio

### 10.1 Solicitud de Laboratorio



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

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

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

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

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

## 10. PROCEDIMIENTO DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO

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

## 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.

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

- 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.

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

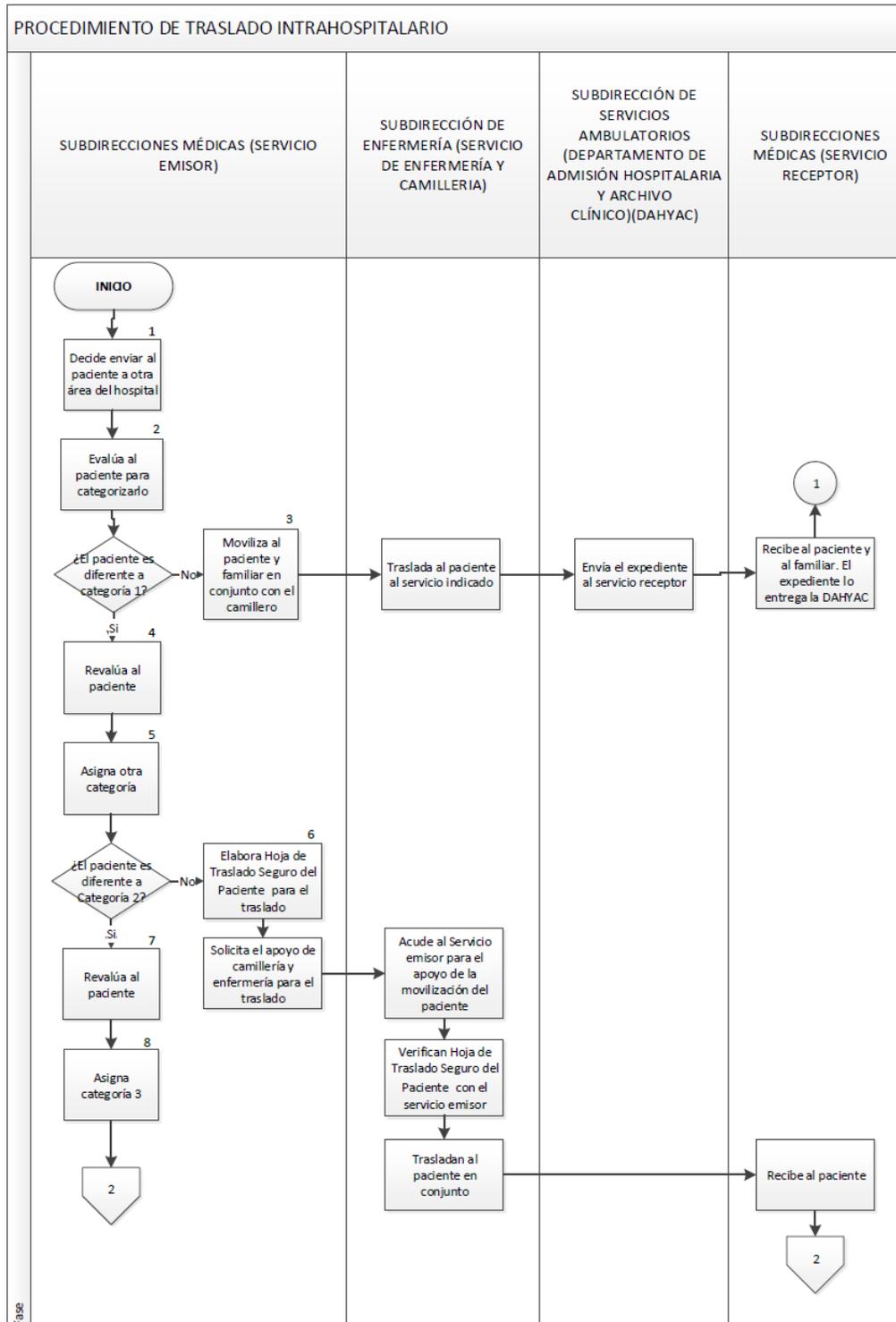
#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

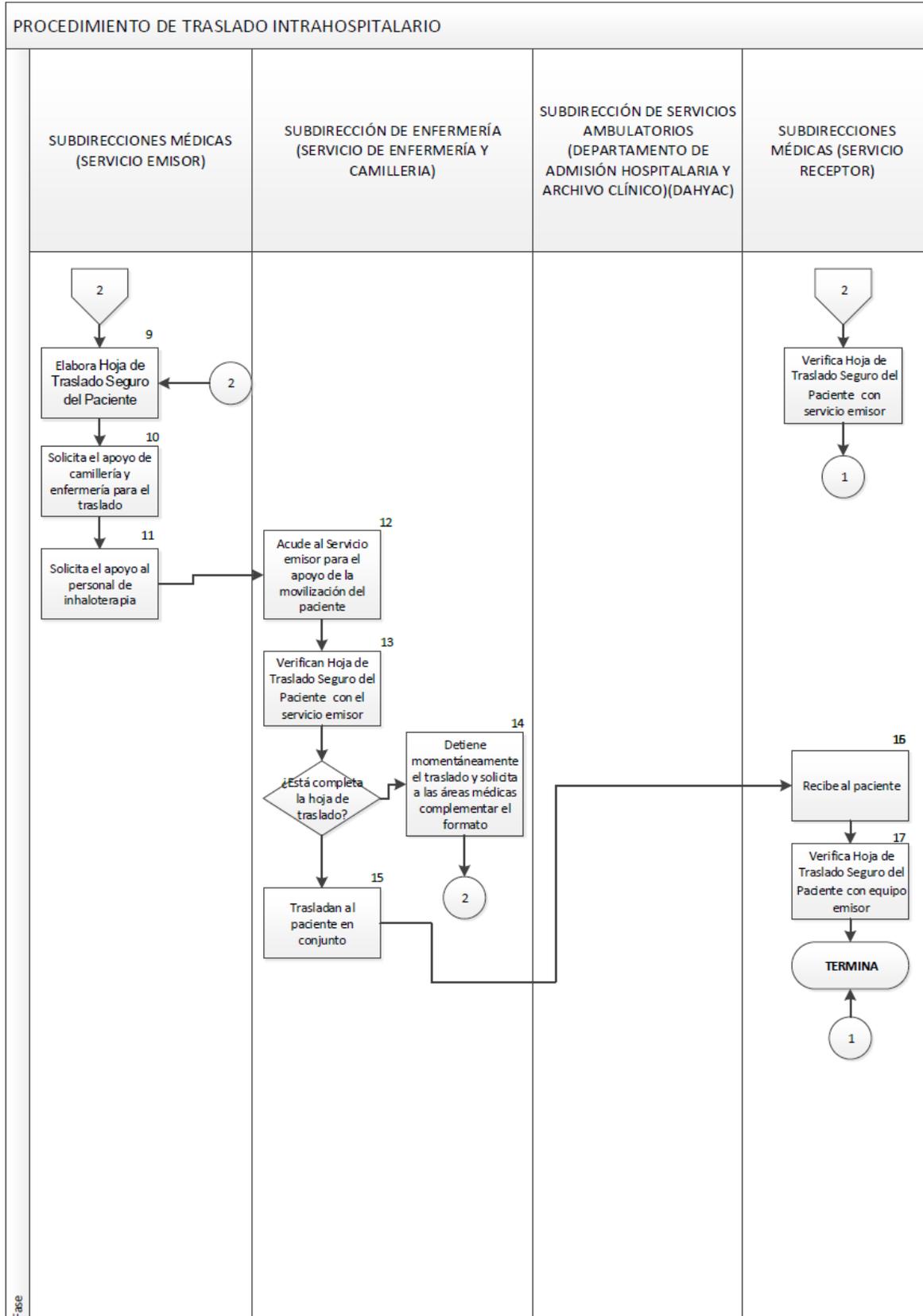
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirectores Médicos (Servicio Emisor- Médicos adscritos o residentes de más alto rango)	1	Decide enviar al paciente a otra área del hospital.	Hoja de traslado seguro del paciente
	2	Evalúa al paciente para categorizarlo.  ¿El paciente 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	

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

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

## 5. DIAGRAMA DE FLUJO





	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		
	<b>Procedimiento de traslado intrahospitalario</b>		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.

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

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"> <li>No aplica</li> </ul>

## 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 <sub>2</sub>		
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					

\*Paciente con categoría 2 y 3, obligatorio "Maletín de traslado".  
NA= No Aplica.

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

Explicar Brevemente:	

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:	

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>Subdirección de Pediatría</b>		
	<b>Procedimiento de traslado intrahospitalario</b>		<b>Hoja: 11 de 11</b>

### INSTRUCTIVO DE LLENADO

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

<p><b>INFORMACIÓN QUE SERÁ LLENADA POR LA ENFERMERA RESPONSABLE DEL PACIENTE</b></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><b>TRASLADO, MOTIVO DE TRASLADO Y RIESGO DE CAÍDA</b></p> <p>Anotar una <input checked="" type="checkbox"/> en el recuadro correspondiente.</p> <p><b>REGRESO</b></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>
--

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

## 11. PROCEDIMIENTO PARA PROGRAMAR Y ELABORAR ESTUDIOS RADIOLÓGICOS Y DE IMAGENOLOGÍA

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

## 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

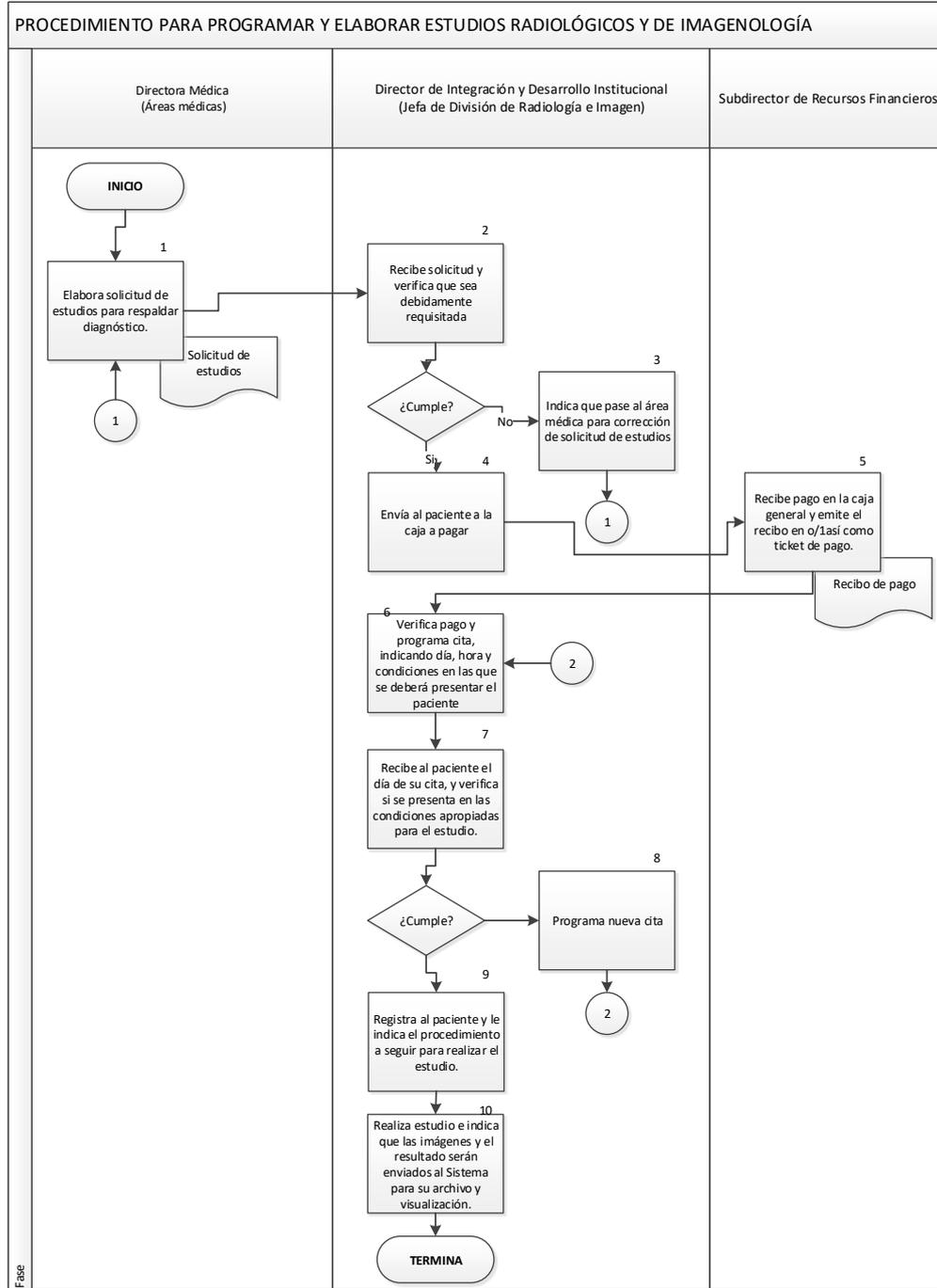
- 3.1 La Subdirección de Cirugía a través de sus Divisiones Quirúrgicas, es responsable de requisitar debidamente la solicitud por escrito de los estudios radiológicos y/o de imagen que requiera el paciente a través del Sistema Digital (SIGHO)
- 3.2 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional 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.

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

#### 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/1así 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.	
<b>TERMINA</b>			

## 5. DIAGRAMA DE FLUJO



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		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"> <li>Actualización de formato</li> </ul>

## 10. ANEXOS DEL PRODECIMIENTO

- 10.1 Solicitud de Estudios
- 10.2 Recibo de pago



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

### 10.2 RECIBO DE PAGO



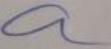
**HOSPITAL GENERAL**  
**DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ**

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

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

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

## 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.

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

- 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".

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

#### 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?	

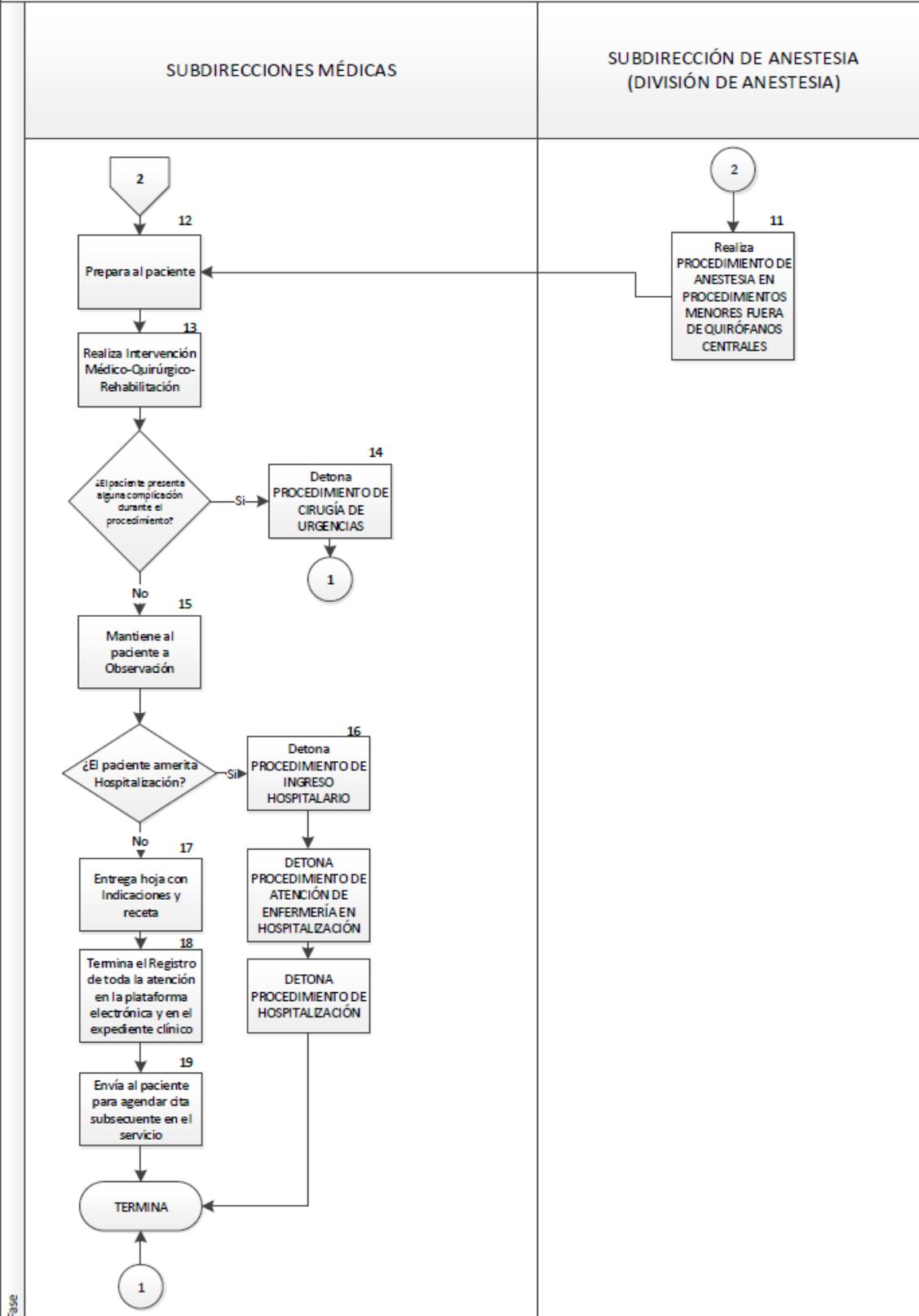
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
	14	Si: Detona PROCEDIMIENTO DE CIRUGÍA DE URGENCIAS. Termina Procedimiento	
	15	No: Mantiene al paciente en Observación ¿El paciente amerita hospitalización?	
	16	Si: Detona PROCEDIMIENTO DE INGRESO HOSPITALARIO	
		Detona PROCEDIMIENTO 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.	
		<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>	

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	

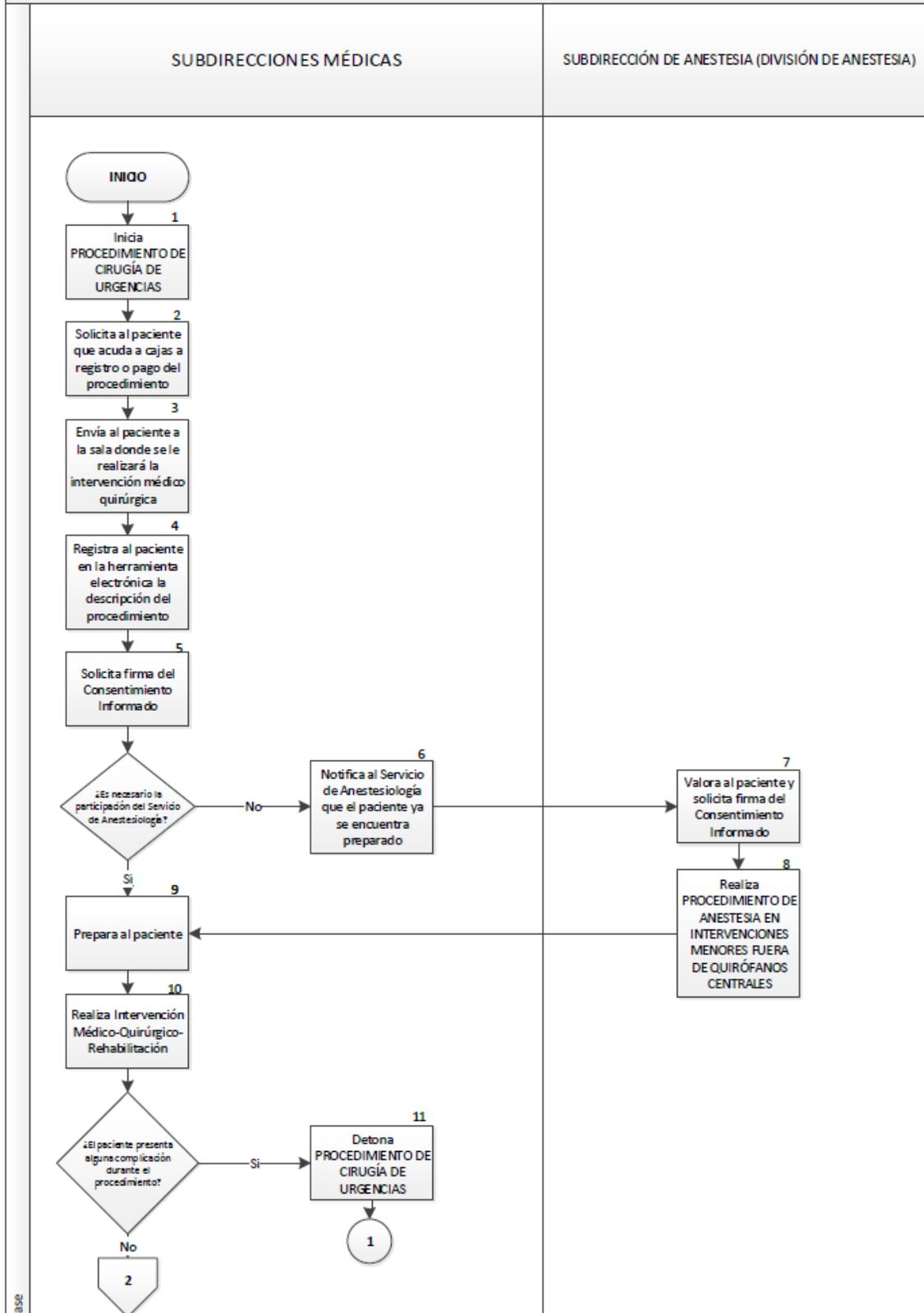
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
		<p>DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN</p> <p>Detona PROCEDIMIENTO DE HOSPITALIZACIÓN, termina procedimiento.</p>	
	14	No: Entrega Hoja de Indicaciones y receta	
	15	Termina el registro de toda la atención en la plataforma electrónica y 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><b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b></p>	



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

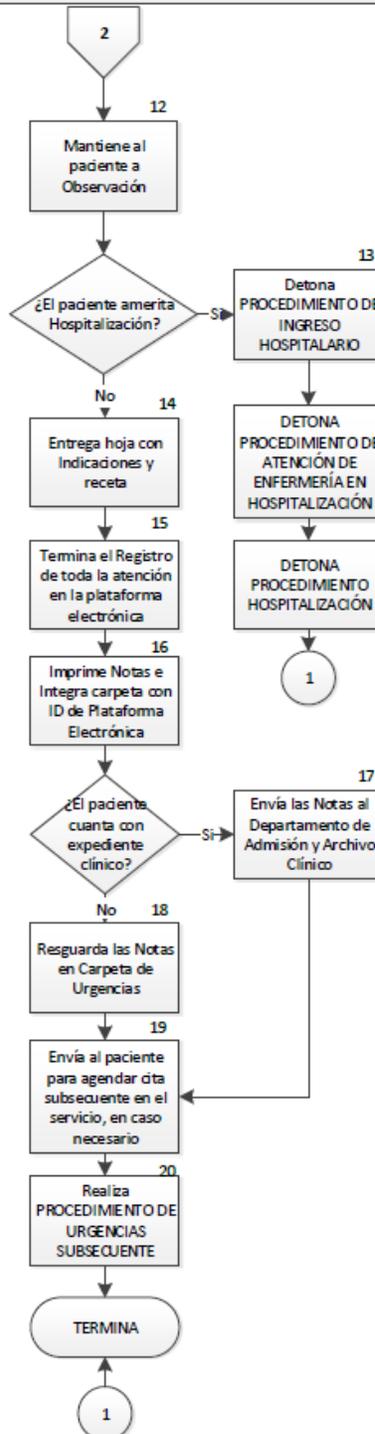


PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA-QUIRÚRGICA- REHABILITACIÓN FUERA DE QUIROFANOS CENTRALES EN URGENCIAS



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

SUBDIRECCIONES MÉDICAS



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

## 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.

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

**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

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

## **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

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

## **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

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

### 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

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

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

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

## 10.4 PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LA DIVISIÓN DE UROLOGÍA

### URGENCIAS

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

### CONSULTA EXTERNA

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

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

## 10.5 PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LA DIVISIÓN DE ORTOPEDIA

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

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

## **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

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

## 10.7 PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LA DIVISIÓN DE GINECOLOGÍA

### HISTEROSCOPIA DE CONSULTORIO

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

### DISPLASIAS

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

### UROGINECOLOGÍA Y PISO PELVICO

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

### URGENCIAS GINECO-OBSTÉTRICAS

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

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

## PLANIFICACIÓN FAMILIAR

1. RETIRO DE IMPLANTE SUBDÉRMICO

## CONSULTA EXTERNA

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

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

## **10.8 PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LA DIVISIÓN DE MEDICINA INTERNA**

### **CARDIOLOGÍA**

1. ELECTROCARDIOGRAMA ESTÁTICO

### **ENDOCRINOLOGIA**

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

### **NEUROLOGÍA**

1. PUNCIÓN LUMBAR
2. INFILTRACIÓN PERICRANEAL PARA CEFALÉAS

### **REUMATOLOGÍA**

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

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

## 10.9 PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LA DIVISIÓN DE NEONATOLOGÍA

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

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

## 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

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 01
	<b>SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA</b>		
	<b>Procedimiento de atención médica-quirúrgica-rehabilitación fuera de quirófanos centrales</b>		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

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 01
	<b>SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA</b>		
	<b>Procedimiento de atención médica-quirúrgica-rehabilitación fuera de quirófanos centrales</b>		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



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

## 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: _____ <small>(APELLIDO PATERNO MATERNO NOMBRE "S")</small>
FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ SEXO: F _____ M _____
CAMA: _____ PISO: _____ SERVICIO: _____ FECHA: _____
MÉDICO RESPONSABLE _____ <small>(NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL)</small>

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"/>				

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

## 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

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

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

**Unidad Médica donde se otorgó el método**

**Persona que otorgo el método**

Hospital General Dr. Manuel Gea González

\_\_\_\_\_

Nombre completo y firma

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA DE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO O INTERCONSULTA EN INSTITUCIONES DE APOYO</b>		Hoja: 1 de 15

### **13. PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA DE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO O INTERCONSULTA EN INSTITUCIONES DE APOYO**

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA DE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO O INTERCONSULTA EN INSTITUCIONES DE APOYO</b>		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

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

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

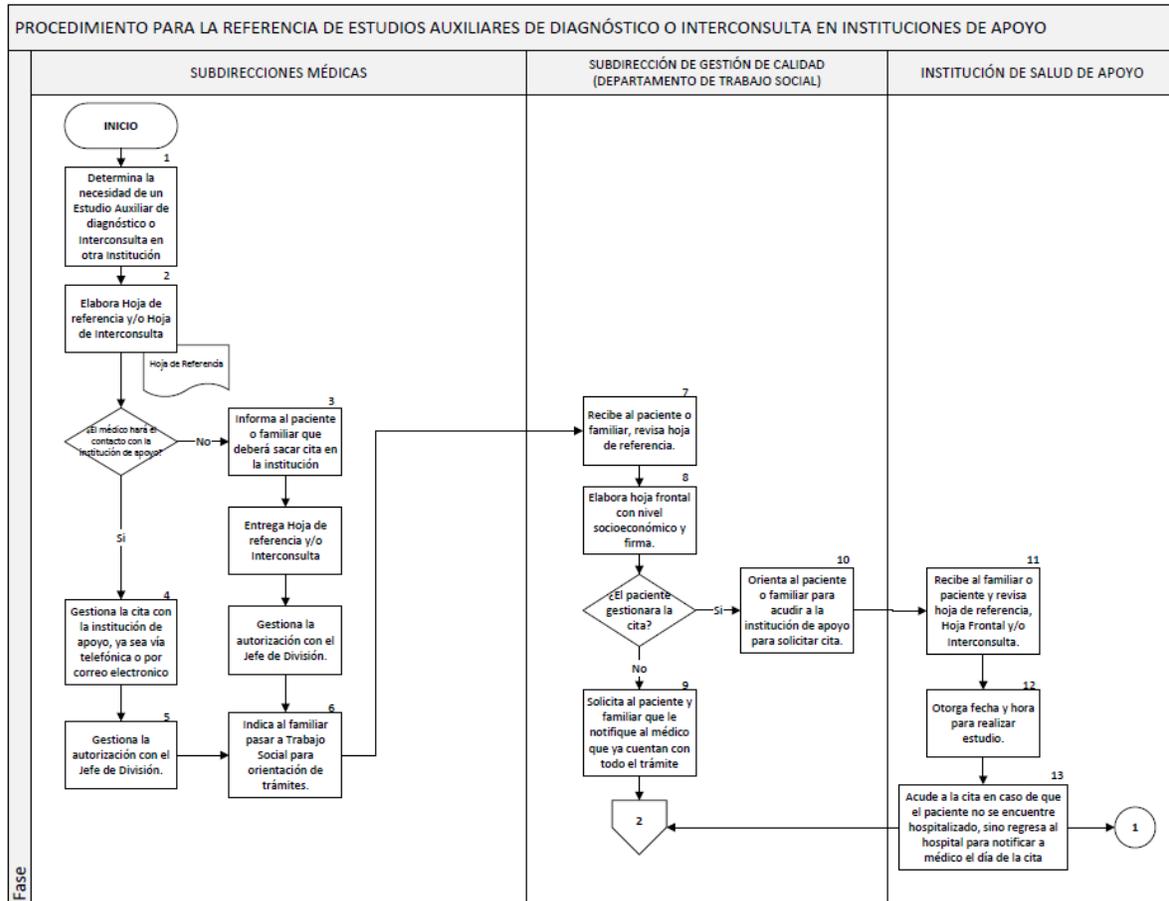
#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

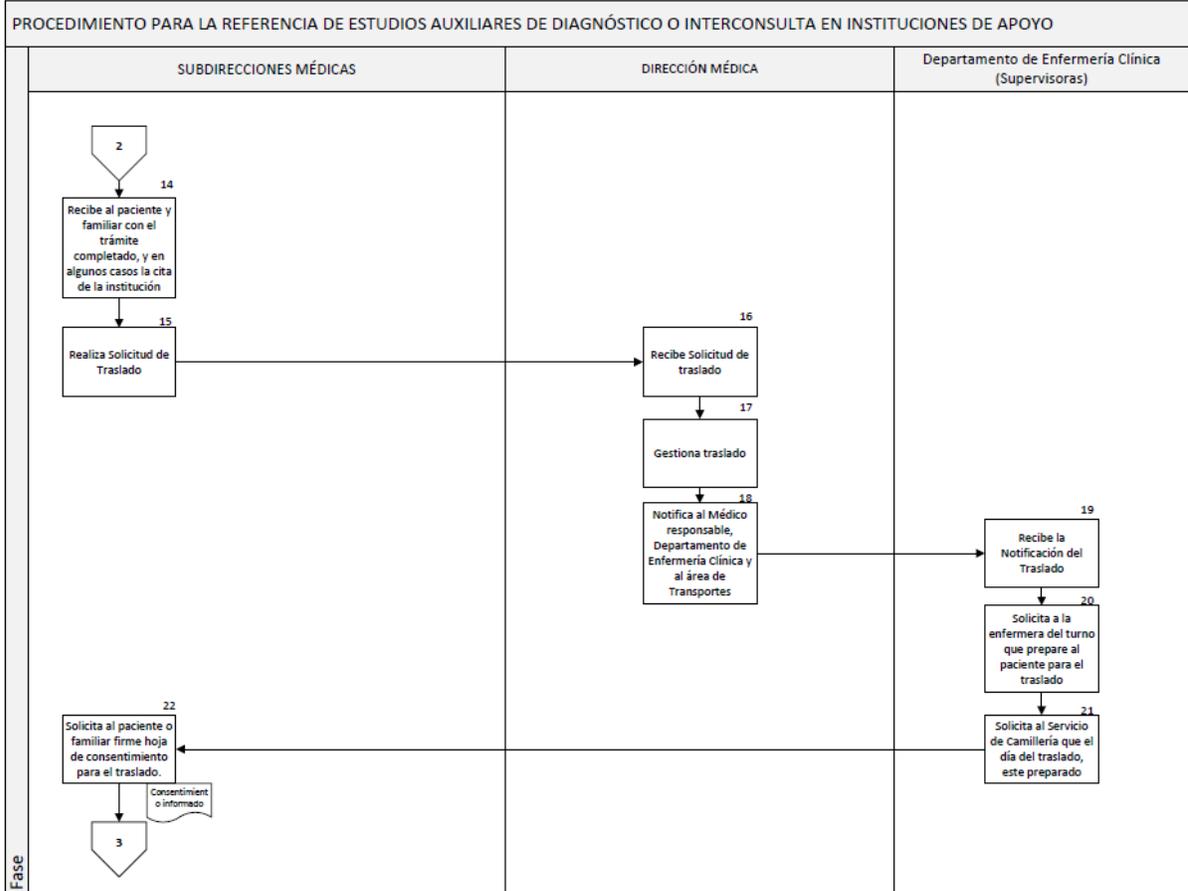
Responsable	No. Act.	Descripción de la Actividades	Documento o Anexo
SUBDIRECCIONES MÉDICAS	1	Determina la necesidad de un Estudio Auxiliar de diagnóstico o Interconsulta en otra Institución	Hoja de Referencia  Hoja de Interconsulta
	2	Elabora Hoja de Referencia y/o Hoja de Interconsulta  ¿El médico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

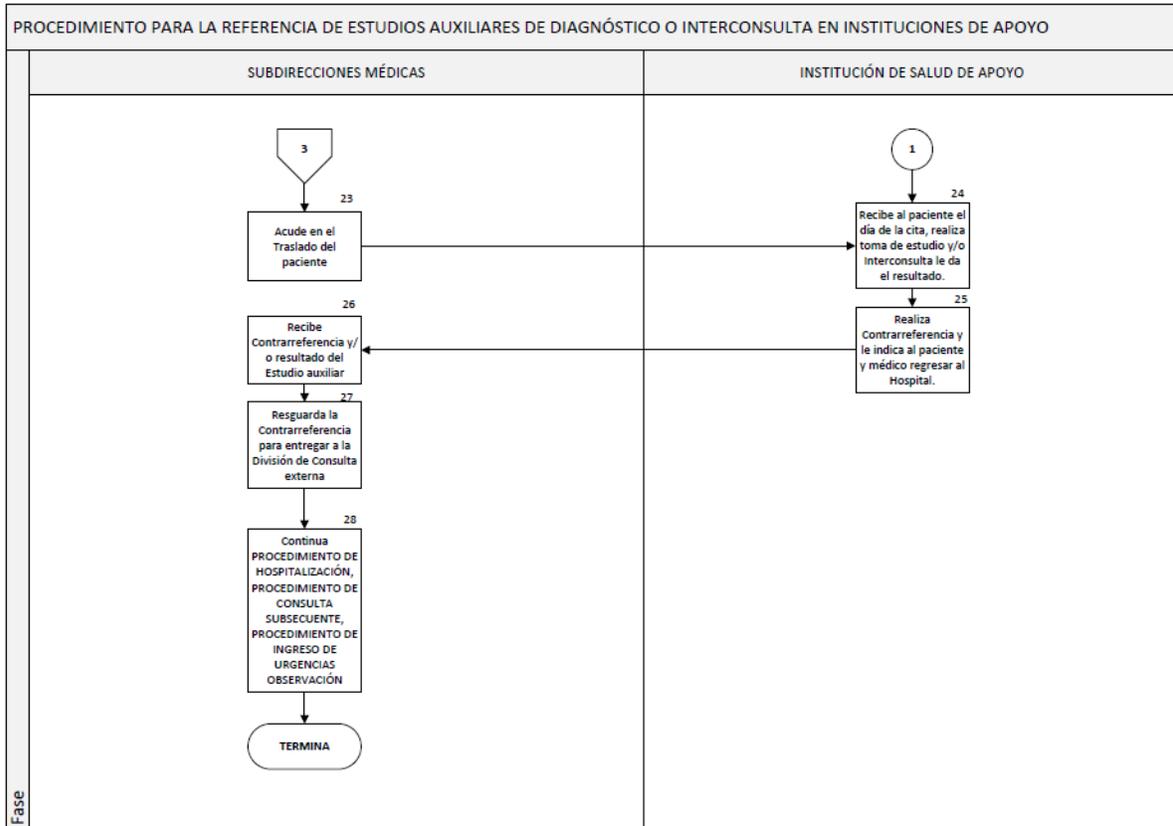
 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>PROCEDIMIENTO</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA</b>	
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA DE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO O INTERCONSULTA EN INSTITUCIONES DE APOYO</b>	

	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	
		<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>	

## 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

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

<b>Número de Revisión</b>	<b>Fecha de la actualización</b>	<b>Descripción del cambio</b>
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**

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

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA DE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO O INTERCONSULTA EN INSTITUCIONES DE APOYO</b>		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 _____	
<b>MANEJO DEL PACIENTE:</b>	
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

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA DE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO O INTERCONSULTA EN INSTITUCIONES DE APOYO</b>		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.					
<b>HEMATOLOGÍA</b>					
<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
<b>HEMOSTASIA</b>					
<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
<b>BIOQUÍMICA</b>					
<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 <b>"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"</b>		FECHA DE NACIMIENTO
	SOLICITUD DE ESTUDIOS RADIOLOGÍA E IMAGEN		NÚMERO DE EXPEDIENTE
<b>IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE</b>			EDAD
APELLIDO PATERNO                      MATERNO                      NOMBRE (S)			No. DE CAMA
<b>AREA</b> <input type="radio"/> C. E. <input type="radio"/> HOSP. <input type="radio"/> URG. <input type="radio"/> EXTERNO		<b>SERVICIO</b>	<b>SEXO</b> MASC. <input type="radio"/> FEM. <input type="radio"/>
<b>ESTUDIO SOLICITADO (MARCAR CLAVE AL REVERSO)</b>			<b>URGENTE</b> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
<b>DATOS CLÍNICOS E IMPRESIÓN DIAGNOSTICA</b>			
*EN CASO DE QUE EL ESTUDIO SOLICITADO SEA TOMOGRAFÍA CONTRASTE ENDOVENOSO, ANOTAR EL VALOR DE CREATININA (VIGENCIA DEL ESTUDIO, DOS MESES)			
<b>FECHA Y HORA DE SOLICITUD</b>		<b>MÉDICO SOLICITANTE</b> NOMBRE Y FIRMA	<b>MÉDICO JEFE DEL SERVICIO</b> NOMBRE Y FIRMA
DÍA	MES	AÑO	
HORA:			
<b>OBSERVACIONES POR RADIOLOGÍA E IMAGEN</b>			
<b>INDICACIONES AL PACIENTE</b>			

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