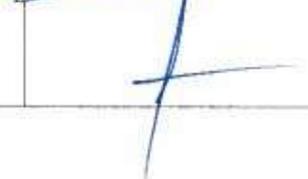


**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA DIVISIÓN DE
PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL**

DICIEMBRE, 2021

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.01
			Hoja: 1 de 5

Responsable del Área	Cargo	Firma
Dr. Héctor Manuel Prado Calleros	Director de Enseñanza e Investigación	
Dr. Erick Alejandro Rodríguez Ordóñez	Director de Integración y Desarrollo Institucional	
Dra. Lorena Hernández Delgado	Subdirectora de Pediatría	
Dr. Gustavo Aguilar Montes	Encargado de la Subdirección de Cirugía	
Dr. Agustín Vélez Pérez	Subdirector de Gestión de Calidad	
Dra. Arlene Orta Guerrero	Subdirectora de Servicios Ambulatorios	

Elabora	Revisa	Autoriza
		
Dr. Jorge Andrés Peña Ortega Jefe de División de Psiquiatría y Salud Mental	Dr. José Jesús Acevedo Mariles Subdirector de Urgencias y Medicina	Dra. Irma Jiménez Escobar Directora Médica

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.01 Hoja: 2 de 8
---	---------------------------------	---	--

CONTENIDO

	PAG.
INTRODUCCIÓN	3
I.- OBJETIVO DEL MANUAL	4
II.- MARCO JURÍDICO	5
III.- PROCEDIMIENTOS	
1.- PROCEDIMIENTO PARA LA ORGANIZACIÓN, COORDINACIÓN Y SUPERVISIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA.	
2.- PROCEDIMIENTO DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ	
3.- PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS.	
4.- PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES DE CONSULTA SUBSECUENTE.	
5.- PROCEDIMIENTO DE INTERCONSULTA	
6.- PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN, RECEPCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA POR PARTE DE LAS DIFERENTES ÁREAS DE ATENCIÓN MÉDICA.	

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.01 Hoja: 3 de 8
--	---------------------------------	---	--

INTRODUCCIÓN

Tras su habilitación como Hospital General y ante la necesidad de ofrecer la atención integral que ello implica, en 1977 se propone la extensión de diversos servicios clínicos y en 1978 se inician los servicios de Psiquiatría y Psicología Clínica. En 1997 se crea el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental que incorpora ya a Psiquiatría, Paidopsiquiatría, Psicología Clínica y Psicoterapia.

La División de Psiquiatría y Salud Mental fue creada en el año 2000 ante la necesidad de cubrir la creciente demanda de atención médica especializada en psiquiatría y salud mental entre los pacientes que acuden al Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, dependiendo de la Subdirección de Urgencias y Medicina.

El presente Manual de Procedimientos se elaboró de acuerdo a la Estructura Orgánica Funcional y considerando la “Guía Técnica para la Elaboración de Manuales de Procedimientos”, emitida por la Dirección General de Programación y Presupuesto de la Secretaría de Salud; conformándose con los siguientes apartados: el objetivo del manual; el marco jurídico y los procedimientos para el ejercicio de las funciones asignadas a esta área. Cada uno de los procedimientos contiene: el propósito; alcance; políticas de operación, normas y lineamientos, así como su descripción y diagramación; los documentos de referencia; registros y glosario de términos.

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

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

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

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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.01 Hoja: 4 de 8
---	---------------------------------	---	--------------------------------------

I.- OBJETIVO DEL MANUAL

Contar con un documento de tipo operativo en el cual se establezcan las políticas, normas y mecanismos para el desarrollo de las actividades asignadas a la División de Psiquiatría y Salud Mental.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.01 Hoja: 5 de 8
---	---------------------------------	---	--

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.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.01 Hoja: 6 de 8
---	---------------------------------	---	--

Reglamento de la Ley Federal de Archivos.

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.

Relación de entidades paraestatales de la Administración Pública Federal.

Resolución Miscelánea Fiscal del ejercicio fiscal que corresponda.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.01 Hoja: 7 de 8
---	---------------------------------	---	--

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.

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.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.01 Hoja: 8 de 8
---	---------------------------------	---	--

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.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Urgencias y Medicina		
	1. Procedimiento para la Organización, Coordinación y Supervisión de la Prestación de Servicios de Atención Psiquiátrica		Hoja: 1 de 7

1. PROCEDIMIENTO PARA LA ORGANIZACIÓN, COORDINACIÓN Y SUPERVISIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Urgencias y Medicina		
	1. Procedimiento para la Organización, Coordinación y Supervisión de la Prestación de Servicios de Atención Psiquiátrica		Hoja: 2 de 7

1. PROPÓSITO

Optimizar la utilización del recurso humano para la prestación de servicios de atención psiquiátrica.

2. ALCANCE

- 2.1. A nivel interno aplica a la Subdirección de Urgencias y Medicina que supervisa las actividades de la División, y a la División de Psiquiatría y Salud Mental que coordina las actividades al interior del área.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La Subdirección de Urgencias y Medicina a través de la División de Psiquiatría y Salud Mental es responsable de la organización, coordinación y supervisión de la prestación de servicios de atención psiquiátrica.
- 3.2 La Subdirección de Urgencias y Medicina a través de la División de Psiquiatría y Salud Mental realiza un programa anual de actividades que será difundido entre los médicos y psicólogos de las siguientes especialidades:
- Psiquiatría
- Paidopsiquiatría
- Psicología clínica
- Psicoterapia.
- 3.3 La Subdirección de Urgencias y Medicina a través de la División de Psiquiatría y Salud Mental, es responsable de realizar la supervisión periódica de los servicios que se proporcionan y evaluar anualmente los resultados de los programas.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	PROCEDIMIENTO
	Subdirección de Urgencias y Medicina
	Procedimiento para la Organización, Coordinación y Supervisión de la Prestación de Servicios de Atención Psiquiátrica

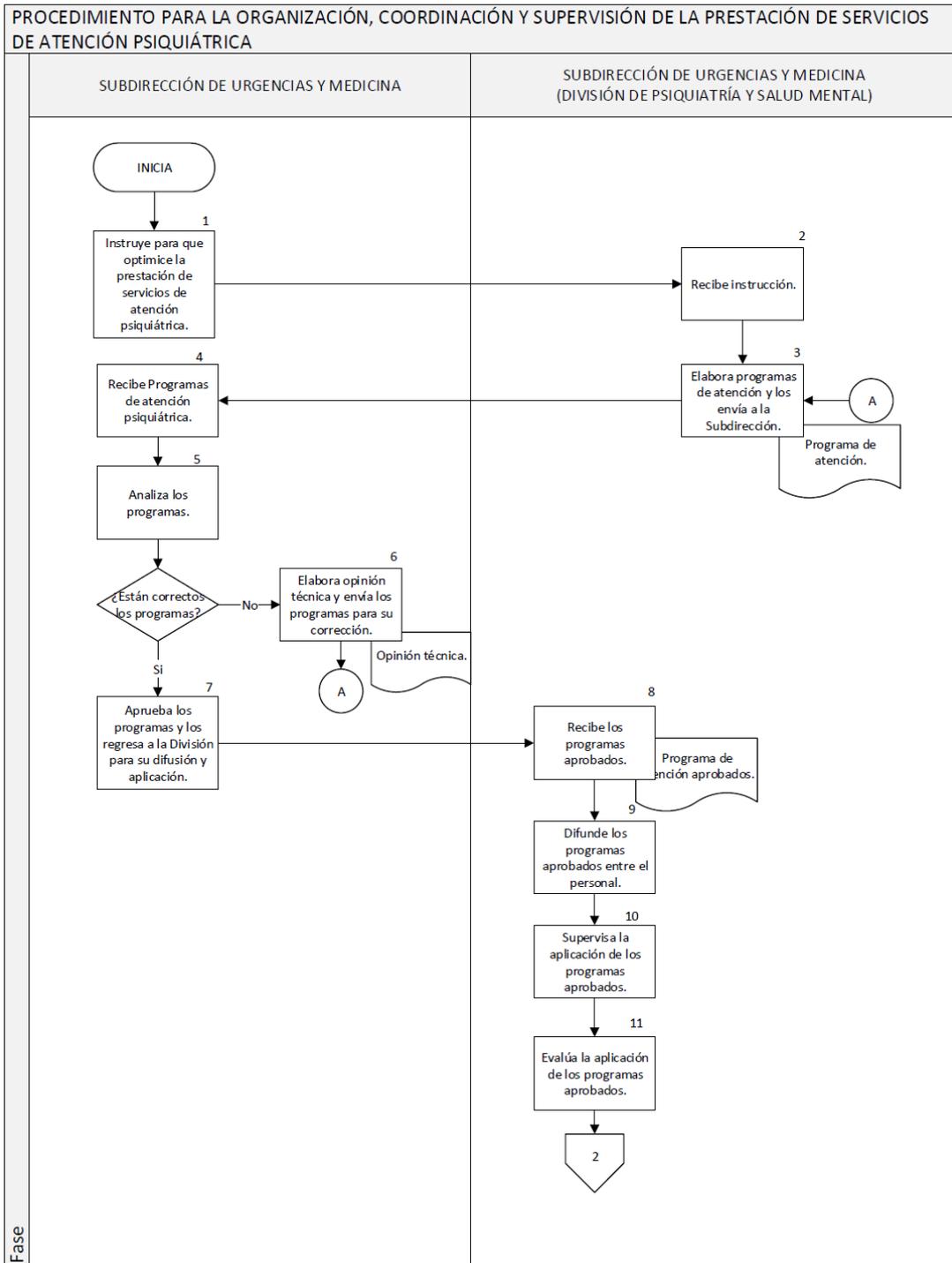
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o anexo
Subdirector de Urgencias y Medicina	1	Instruye a la División de Psiquiatría y Salud Mental para que optimice la prestación de servicios de atención psiquiátrica entre los pacientes del Hospital.	
Subdirector de Urgencias y Medicina (Jefe de División de Psiquiatría y Salud Mental)	2	Recibe instrucción	Programas de atención en salud mental.
	3	Elabora programas de atención y los envía a la Subdirección de Urgencias y Medicina para su aprobación.	
Subdirector de Urgencias y Medicina	4	Recibe Programas de atención psiquiátrica.	Opinión técnica.
	5	Analiza los programas. ¿Están correctos los programas?	
	6	No: Elabora opinión técnica y envía los programas para su corrección. Regresa a actividad 3.	
	7	Si: Aprueba los programas y los regresa a la División de Psiquiatría y Salud Mental para su difusión y aplicación.	
Subdirector de Urgencias y Medicina (Jefe de División de Psiquiatría y Salud Mental)	8	Recibe los programas aprobados.	Programas de atención psiquiátrica aprobados.
	9	Difunde los programas aprobados entre el personal de la División.	
	10	Supervisa la aplicación de los programas aprobados.	Reporte anual de actividades.
	11	Evalúa la aplicación de los programas aprobados.	
Subdirector de Urgencias y Medicina	12	Reporta anualmente los resultados de los programas aprobados a la Subdirección de Urgencias y Medicina.	Reporte anual de actividades.
	13	Recibe reporte anual de actividades. ¿Está correcto el reporte?	

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	PROCEDIMIENTO
	Subdirección de Urgencias y Medicina
	Procedimiento para la Organización, Coordinación y Supervisión de la Prestación de Servicios de Atención Psiquiátrica

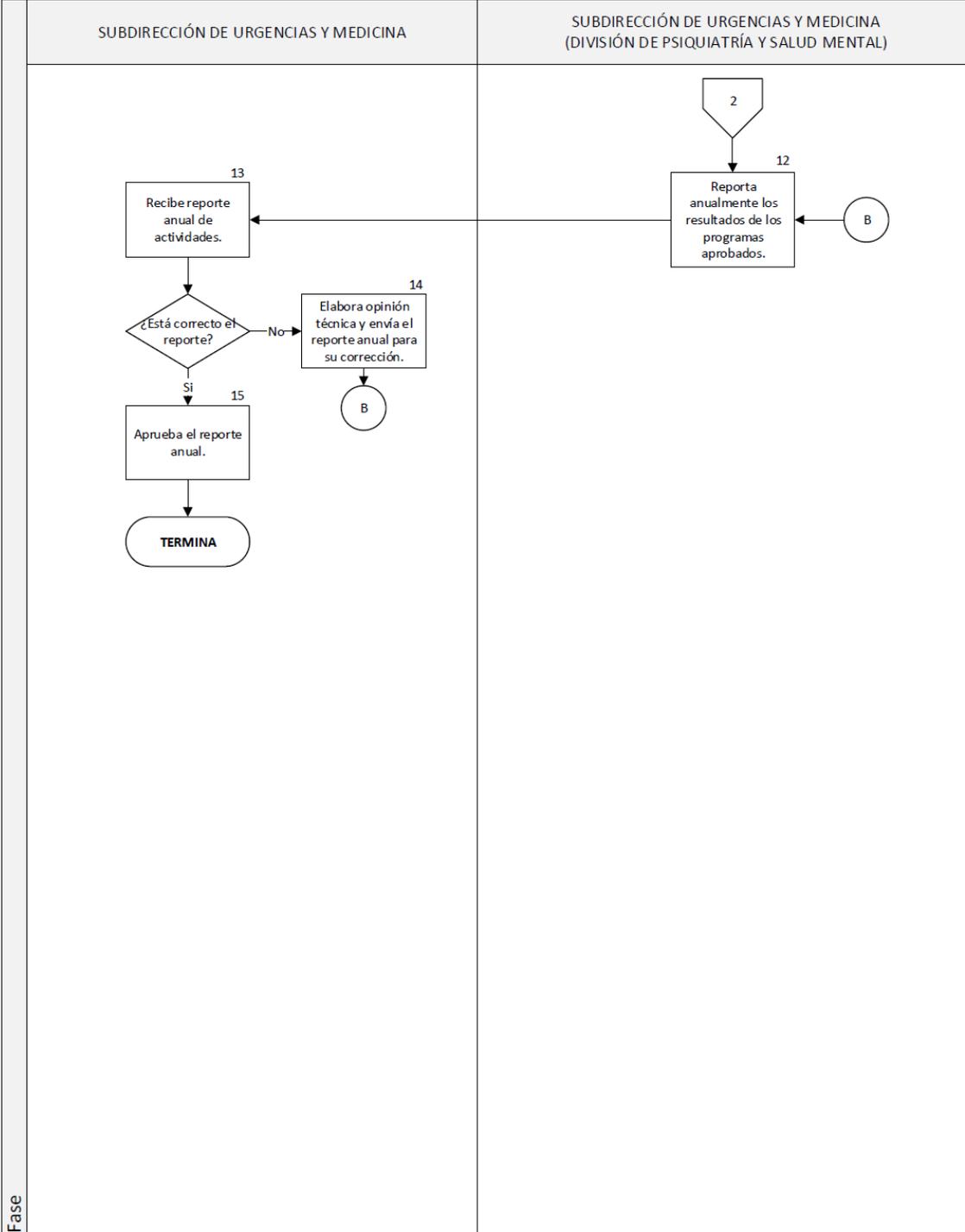
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o anexo
	14	No: Elabora opinión técnica y envía el reporte anual para su corrección. Regresa a actividad 12	
	15	Si: Aprueba el reporte anual.	
		TERMINA	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Urgencias y Medicina		Hoja: 6 de 7
	1. Procedimiento para la Organización, Coordinación y Supervisión de la Prestación de Servicios de Atención Psiquiátrica		

PROCEDIMIENTO PARA LA ORGANIZACIÓN, COORDINACIÓN Y SUPERVISIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Urgencias y Medicina		
	1. Procedimiento para la Organización, Coordinación y Supervisión de la Prestación de Servicios de Atención Psiquiátrica		Hoja: 7 de 7

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

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Psiquiatría: Es la especialidad médica que estudia las enfermedades mentales, sus tipos, causas, cursos y tratamientos.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

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

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento de Consulta de Primera vez		Hoja: 1 de 73

2. PROCEDIMIENTO DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento de Consulta de Primera vez		Hoja: 2 de 73

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 y 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 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. Las Subdirecciones Médicas son responsables del control y organización de sus citas de Pre-consulta, consultas de primera vez y consultas subsecuentes.
- 3.4. 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.
- 3.5. 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".
- 3.6. 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 continuarán su seguimiento en consulta externa de manera subsecuente.
- 3.7. La Dirección Médica define como servicios de apoyo a las siguientes especialidades: Estomatología, Ortodoncia, Psiquiatría, Paidopsiquiatría, Psicología, Psicoterapia, Audiología, Nutrición Clínica, Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos, Rehabilitación y Foniatría.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento de Consulta de Primera vez		Hoja: 3 de 73

- 3.8. 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.
- 3.9. Las Subdirecciones Médicas son responsables de que todo usuario que acuda a consulta subsecuente, ya cuente con expediente clínico completo según la NOM 004-SSA3-2012 y Carnet vigente.
- 3.10. Las Subdirecciones Médicas son responsables de realizar la nota médica según la NOM 004-SSA3-2012 en cada consulta subsecuente.
- 3.11. La Subdirección de Servicios Ambulatorio es responsable de autorizar atenciones médicas de pacientes distintos en este procedimiento.
- 3.12. Las Subdirecciones Médicas a través de las jefaturas de División y Departamento son responsables que cuando sea necesario realizar cualquier intervención médico-quirúrgica-rehabilitación dentro de la consulta, deberá apegarse al "Procedimiento de atención médica-quirúrgica-rehabilitación fuera de quirófanos centrales".
- 3.13. 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.
- 3.14. 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.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	PROCEDIMIENTO
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA
	Procedimiento de Consulta de Primera Vez Hoja: 4 de 73

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

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

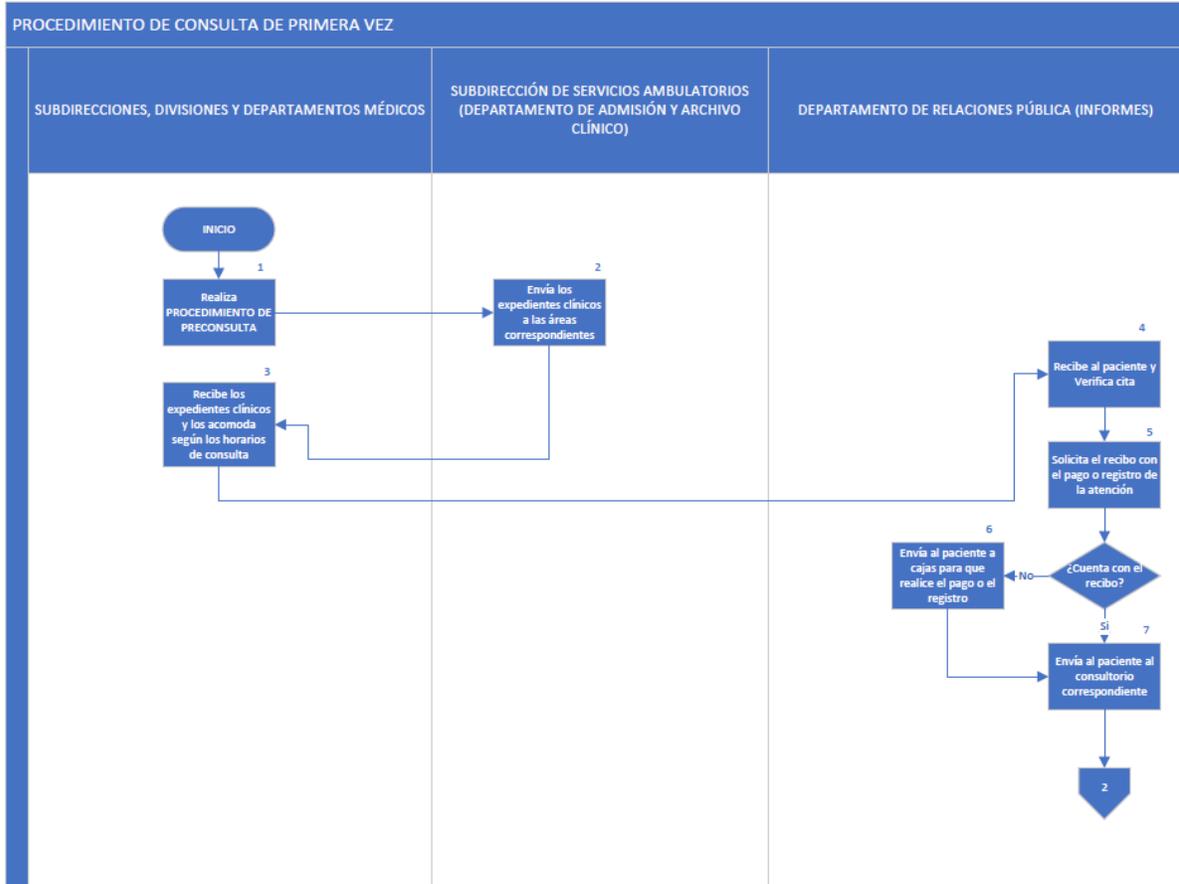


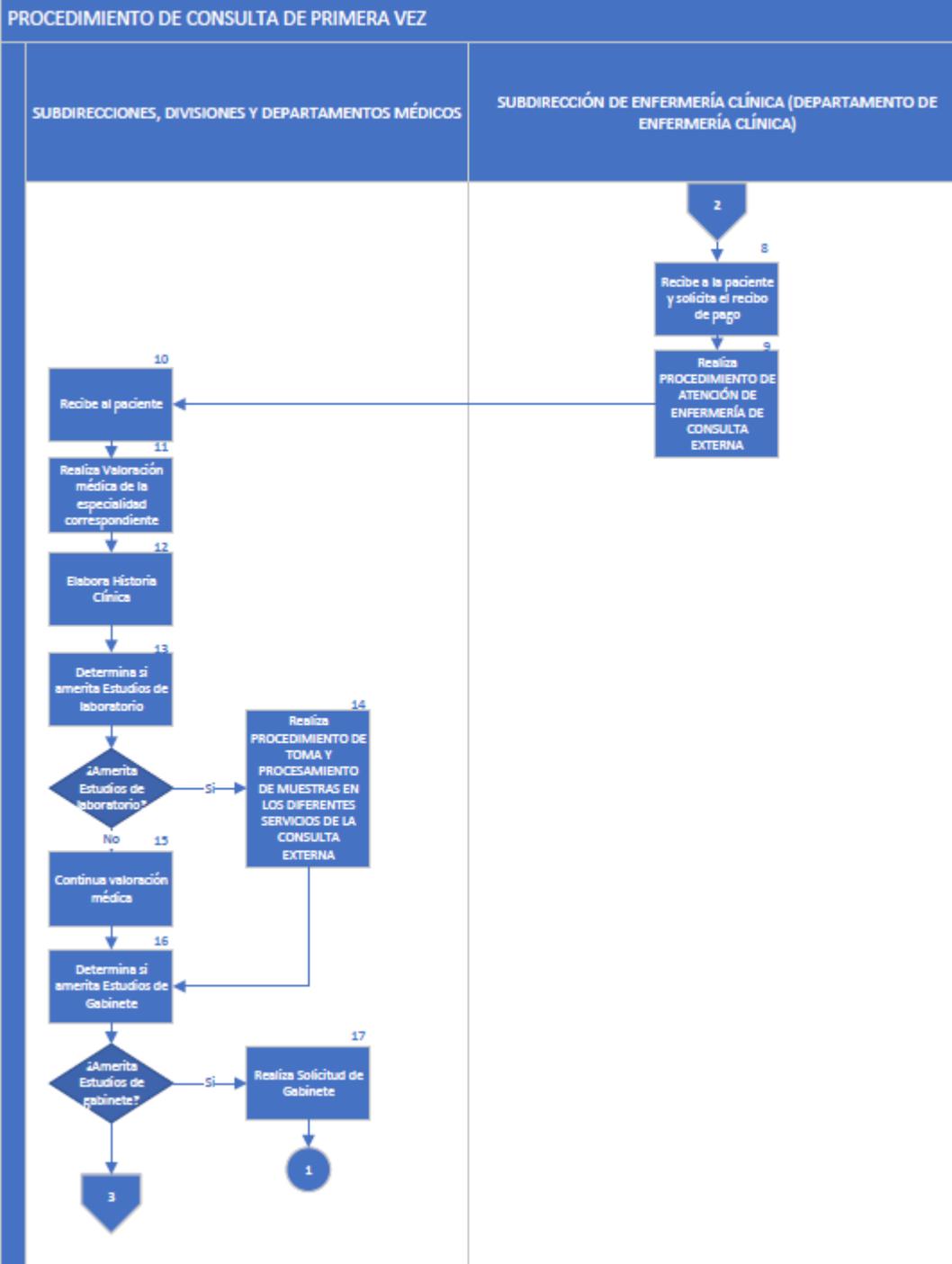
CLÍNICA)		EXTERNA	
SUBDIRECTORES Y SUBDIRECTORAS MÉDICAS (JEFES Y JEFAS DE DIVISIONES MÉDICAS Y JEFE DE LA CONSULTA EXTERNA)	10	Recibe al paciente	Historia Clínica
	11	Realiza Valoración de la Especialidad correspondiente	Hojas de Valoración o Nota Médica
	12	Elabora Historia Clínica	Estudios de Laboratorio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



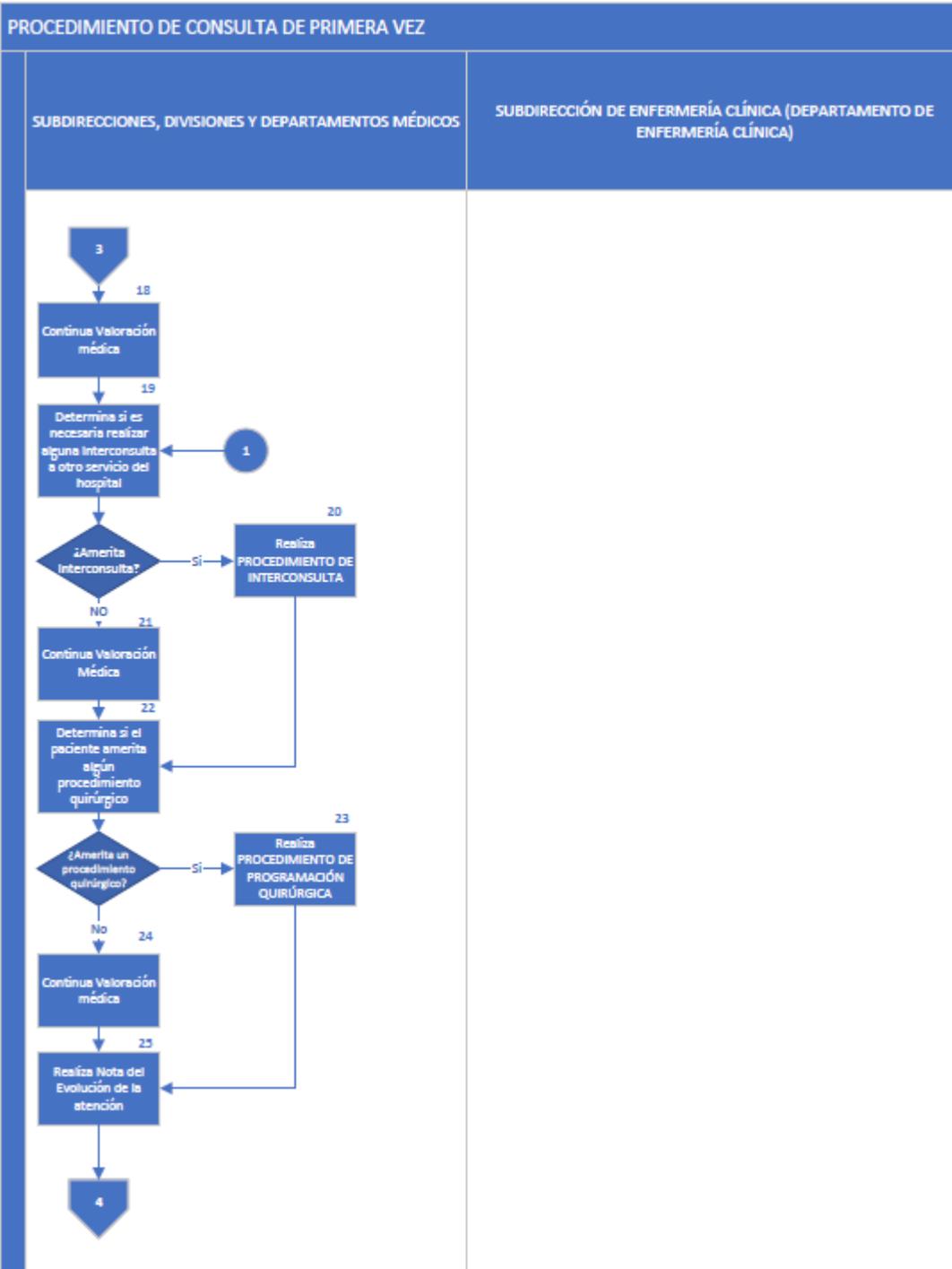
	26	Otorga tratamiento médico, en caso necesario.	
	27	Registra la consulta en la Plataforma Electrónica	
	28	Envía al paciente para asignación de cita subsecuente en el módulo correspondiente	
	29	Envía los expedientes al Departamento de Admisión Hospitalaria y Archivo Clínico	
Subdirector de Servicios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

5. DIAGRAMA DE FLUJO





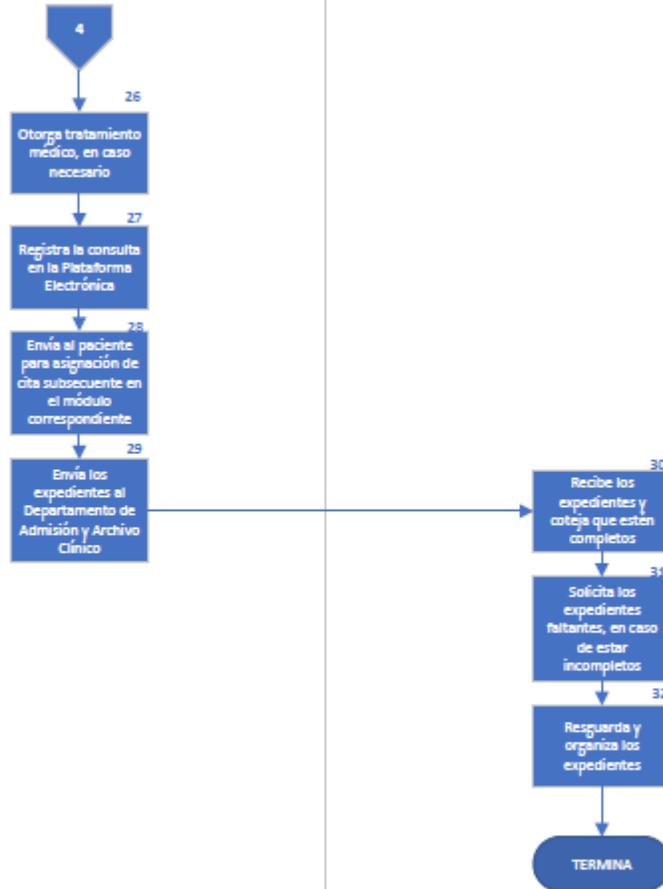
Decisión 16-17. Falta el No en conector



PROCEDIMIENTO DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ

SUBDIRECCIONES, DIVISIONES Y DEPARTAMENTOS MÉDICOS

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



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 11 de 73

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

7. REGISTROS

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

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

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

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

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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 12 de 73

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

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

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Historia Clínica
- 10.2 Nota de evolución
- 10.3 Solicitud de Interconsulta
- 10.4 Hoja de Referencia y Contrarreferencia
- 10.5 Solicitud de estudio endoscópico
- 10.6 Solicitud de Estudio citológico
- 10.7 Solicitud de Laboratorio
- 10.8 Solicitud de Gabinete
- 10.9 Receta medica
- 10.10 Hoja de Programación y Registro individual de pacientes
- 10.11 Solicitud de Electrocardiograma
- 10.12 Reporte de Aplicación de Toxina botulínica
- 10.13 Solicitud de Aplicación de Toxina botulínica
- 10.14 Reporte de Microcopia 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

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 13 de 73

- 10.36 Inventario de Ansiedad de Beck
- 10.37 Reporte de Citología Cervical
- 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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 14 de 73

10.1 HISTORIA CLÍNICA



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA

Procedimiento de Consulta Primera Vez



Rev. 02

Hoja: 15 de 73



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 Índice Tabáquico Alcoholismo Años Tomando Frecuencia de Ingesta
Si No _____ Si No _____
Otros: _____

Otros exámenes o datos de laboratorio

Hábitos Higiénico Dietéticos

Alimentación: Adecuada No Higiene: Adecuada No

Perinatales (pacientes pediátricos)

Parto Cesárea Complicaciones: _____ APGAR: _____
Peso al Nacer: _____ Talla al Nacer: _____ Sexo 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

Otros: _____

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS



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

INTERROGATORIO: PACIENTE FAMILIAR OTRO

MOTIVO DE CONSULTA: _____

PADECIMIENTO ACTUAL: _____

HEREDO FAMILIARES:

Sistémicos:

D.M.: _____

HAS: _____

CA: _____

OTROS: _____

Oftalmológicos:

RETINOPATIA: _____

GLAUCOMA: _____

CATARATA: _____

OTROS: _____

ANTECEDENTES PERSONALES:

Sistémicos:

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

CONTROL: _____

CÁNCER: _____

TRANSFUNCIONALES: _____

ALÉRGICOS: _____

QUIRÚRGICOS: _____

MEDICAMENTOS SISTÉMICOS: _____

HAS: _____ EVOLUCIÓN: _____

CONTROL: _____

CARDIOPATÍA: _____

ENF. ENDOCRINA: _____

ENF. NEUROLÓGICA: _____

AR: _____

INFECCIOSOS: _____

OTROS: _____

Oftalmológicos: ojo *Tiempo Evolución*

CATARATA: _____

GLAUCOMA: _____

RETINOPATIA: _____

ESTRABISMO: _____

TRUMA: _____

OTROS: _____

LÁSER: _____

Procedimientos *Fecha*

CIRUGÍAS: *Procedimientos* *Fecha*

Último examen oftalmológico

Medicamentos oftalmológicos



Hospital General Dr. Manuel Gea González
HISTORIA CLÍNICA PERINATAL SIMPLIFICADA

FECHA Y HORA DE ELABORACIÓN: _____

APELLIDOS Y NOMBRE				FECHA DE NACIMIENTO				No. HISTORIA CLÍNICA							
DOMICILIO				EDAD Años		ALFABETA		ESTUDIOS		AÑOS APROBADOS		ESTADO CIVIL		FUMAR	
LOCALIDAD				Menor de 15 Mayor de 35		SI NO		Ning. Med. Prim. Sup.		Cesado Unión Sol. Otro		NO SI		Cualquier	
ANTECEDENTES FAMILIARES		PERSONALES		OBSTETRICOS		ABORTOS		VAGINALES		NAC. VIVOS		VIVEN MUJEREN		ALGUN RN PESO	
Diabetes, TAC pulmonar, Cáncer, Gemelares, Otras		TBC, Diabetes, Hipertensión crónica, Cirugía pélvico-uterina, Infertilidad, Otras		Anotar el número de PARTOS, GESTAS		Ninguno o más de 5 partos		CIDAARELAS		Fecha de último parto abortado		Mujer embarazada después de 30 días		MINOS DE 2500g	
EMBARAZO ACTUAL		DUDAS FUM		ANTITETANICA PREVA		ACTUAL		GRUPO Rh		HOSPITALIZACION EMBARAZO		TRASLADO			
Peso anterior Embarazo, Talla (cm), Kg		NO SI		SI NO		1° 2° 3°		+ -		NO SI		NO SI			
EX. CLINICO NORMAL		EX. MAMAS NORMAL		EX. ODONTOL. NORMAL		PELVE NORMAL		FRANCO CLAU CLASE I		EXPL. VAGINAL NORMAL		E.G.O. NORMAL		VOR.	
SI NO		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO		+ -	
CONSULTA No.		1		2		3		4		5		6		7	
FECHA															
SEMANAS DE AMENORRREA															
PESO (Kg)															
TENSIÓN ARTERIAL															
ALT. UTER. / PRESENT.															
PCF (at / min) / MOV. FETAL															
GANANCIA DE PESO															
ALTURA UTERINA															
PARTO / ABORTO		EDAD GESTA		TAMARO FETAL		INICIO		MEMBRANAS		Fecha ruptura		PRESENCIA		Ciel.	
CONTROL PRENATAL MESA UNIDAD		Semanas Menor 37 y Más		SI NO		Exp. Ind.		Int. Rot.		Día Mes Año		Ciel. Pelv. Tran.		Ciel. Pelv. Tran.	
TERMINACION		Esp. Ces.		Horm. Otros		Horm. Otros		NIVEL DE ATENCION		3° 2° 1°		Dom. Otro			
EPISIOTOMIA		NO SI		SI NO		MUERTE FETAL		ATENDIDO		Médico Exp. Part. Auxil. Partes Trad. Otro		PARTO		PARTO	
NO SI		SI NO		SI NO		SI NO		PARTO		Médico Exp. Part. Auxil. Partes Trad. Otro		PARTO		PARTO	
REGENACIDO		F. SEXO VIVO		APGAR5		PESO AL NACER		EDAD POR EX. FISICO		PESQUEG.		EXFISICO INMEDIATO		HS. O DIAS POST PARTO O ABORTO	
SI NO		M. NO		1° 5° menor		SI NO		Menor de 37		Adec. Peq. Gr.		Normal Anormal		12 Hrs. 24 Hrs. 7° Dic.	
TALLA		EXFISICO PPE. ALTA		EX-NEUROL.		PTOLOGICAS		ALIMENTO		Pecho Mado Adif.		Seno Embarazo Parto Puerperio		Método de PP. Ninguno	
PER. QEF.		Normal Anormal		Normal Anormal Duda		M. Hml S. Asp.		Pecho Mado Adif.		Seno Embarazo Parto Puerperio		Método de PP. Ninguno		Ligadura de Trompa Rfimo Otro	
RN CON LA MADRE		EGRESO RN		EDAD ALTA / TRASLADO		EDAD AL FALLECER									
SI NO		Seno Con. pat. Tneado Falloce		Día Mes Hrs.		Día Mes Hrs.									

OBSERVACIONES _____



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA

Procedimiento de Consulta Primera Vez



Rev. 02

Hoja: 18 de 73

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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 21 de 73

NOTA DE INTERCONSULTA	HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"	
SERVICIO: _____		

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

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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 22 de 73

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



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA

Procedimiento de Consulta Primera Vez



Rev. 02

Hoja: 23 de 73



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

Formulario de consulta primera vez con campos para: FECHA, No. DE EXPEDIENTE, NOMBRE DEL PACIENTE, SERVICIO QUE ATENDIÓ, UNIDAD A LA QUE SE ENVÍA, MANEJO DEL PACIENTE (Tensión Arterial, Frecuencia Cardíaca/Respiratoria, Temperatura, Peso, Talla), Padecimiento Actual, Terapéutica Empleada, Estudios Clínicos (Anexar), Diagnóstico de Ingreso/Referencia, Diagnóstico de Ingreso/Contrareferencia, y 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 URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 24 de 73

10.5 SOLICITUD DE ESTUDIO ENDOSCOPICO

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

06-01-0044

Licencia Sanitaria 1014004673

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 25 de 73

10.6 SOLICITUD DE ESTUDIOS CITOLOGICOS



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

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

10.7 SOLICITUD DE LABORATORIO



HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

LABORATORIO CLÍNICO
SOLICITUD DE ESTUDIOS

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

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

NOMBRE DEL MÉDICO: _____

SERVICIO SOLICITANTE: _____ TURNO: M. ____ V. ____ N. ____

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

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

HEMATOLOGÍA	
<input type="checkbox"/>	1565 BIOMETRÍA HEMÁTICA
<input type="checkbox"/>	1604 RECUENTO DE RETICULOCITOS
<input type="checkbox"/>	1593 ESTUDIO DE PLASMODIUM
<input type="checkbox"/>	1635 VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR
<input type="checkbox"/>	1535 EOSINOFILOS EN MOCO NASAL
<input type="checkbox"/>	1763 PROCALCITONINA
HEMOSTASIA	
<input type="checkbox"/>	1607 TIEMPO DE PROTROMBINA
<input type="checkbox"/>	1609 TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL
<input type="checkbox"/>	1608 TIEMPO DE TROMBINA
<input type="checkbox"/>	1516 ANTITROMBINA III
<input type="checkbox"/>	1584 FIBRINÓGENO
<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 AMLASA 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 AMLASA
<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 HAFTOGLOBINA
<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 PÉPTIDO NATRIURÉTICO TIPO B (BNP)
<input type="checkbox"/>	1601 PROTEÍNA C REACTIVA

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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 27 de 73

10.8 SOLICITUD DE GABINETE

	HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ" SOLICITUD DE ESTUDIOS RADIOLOGÍA E IMAGEN	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">FECHA DE NACIMIENTO</td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">NUMERO DE EXPEDIENTE</td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">EDAD</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No. DE CAMA</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td style="height: 20px;"> </td> </tr> </table>	FECHA DE NACIMIENTO		NUMERO DE EXPEDIENTE		EDAD	No. DE CAMA																
FECHA DE NACIMIENTO																								
NUMERO DE EXPEDIENTE																								
EDAD	No. DE CAMA																							
IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 33%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 33%; height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">APELLIDO PATERNO</td> <td style="text-align: center;">MATERNO</td> <td style="text-align: center;">NOMBRE (S)</td> </tr> </table>						APELLIDO PATERNO	MATERNO	NOMBRE (S)																
APELLIDO PATERNO	MATERNO	NOMBRE (S)																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%; text-align: center;"> AREA <input type="radio"/> C. E. <input type="radio"/> HOSP. <input type="radio"/> URG. <input type="radio"/> EXTERNO </td> <td style="width: 20%; text-align: center;"> SERVICIO <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> </td> <td style="width: 40%; text-align: center;"> SEXO MASC. <input type="radio"/> FEM. <input type="radio"/> </td> </tr> </table>			AREA <input type="radio"/> C. E. <input type="radio"/> HOSP. <input type="radio"/> URG. <input type="radio"/> EXTERNO	SERVICIO <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	SEXO MASC. <input type="radio"/> FEM. <input type="radio"/>																			
AREA <input type="radio"/> C. E. <input type="radio"/> HOSP. <input type="radio"/> URG. <input type="radio"/> EXTERNO	SERVICIO <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	SEXO MASC. <input type="radio"/> FEM. <input type="radio"/>																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; text-align: center;"> ESTUDIO SOLICITADO (MARCAR CLAVE AL REVERSO) <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> </td> <td style="width: 40%; text-align: center;"> URGENTE SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> </td> </tr> </table>			ESTUDIO SOLICITADO (MARCAR CLAVE AL REVERSO) <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	URGENTE SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>																				
ESTUDIO SOLICITADO (MARCAR CLAVE AL REVERSO) <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	URGENTE SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>																							
DATOS CLÍNICOS E IMPRESIÓN DIAGNOSTICA																								
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="font-size: small;">*EN CASO DE QUE EL ESTUDIO SOLICITADO SEA TOMOGRAFIA 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;"> FECHA Y HORA DE SOLICITUD </td> <td style="width: 35%; text-align: center;"> MÉDICO SOLICITANTE </td> <td style="width: 35%; text-align: center;"> MÉDICO JEFE DEL SERVICIO </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <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 style="text-align: center;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">NOMBRE Y FIRMA</td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> </table> </td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">NOMBRE Y FIRMA</td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> </table> </td> </tr> </table>			FECHA Y HORA DE SOLICITUD	MÉDICO SOLICITANTE	MÉDICO JEFE DEL SERVICIO	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">DIA</td> <td style="width: 33%;">MES</td> <td style="width: 33%;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td style="height: 20px;"> </td> <td style="height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="3">HORA:</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="height: 20px;"> </td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO				HORA:						<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">NOMBRE Y FIRMA</td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> </table>	NOMBRE Y FIRMA		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">NOMBRE Y FIRMA</td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> </table>	NOMBRE Y FIRMA	
FECHA Y HORA DE SOLICITUD	MÉDICO SOLICITANTE	MÉDICO JEFE DEL SERVICIO																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">DIA</td> <td style="width: 33%;">MES</td> <td style="width: 33%;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td style="height: 20px;"> </td> <td style="height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="3">HORA:</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="height: 20px;"> </td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO				HORA:						<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">NOMBRE Y FIRMA</td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> </table>	NOMBRE Y FIRMA		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">NOMBRE Y FIRMA</td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> </table>	NOMBRE Y FIRMA							
DIA	MES	AÑO																						
HORA:																								
NOMBRE Y FIRMA																								
NOMBRE Y FIRMA																								
OBSERVACIONES POR RADIOLOGIA E IMAGEN																								
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </div>																								
INDICACIONES AL PACIENTE																								
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </div>																								

10.9 RECETA MÉDICA

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 29 de 73



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-02-2015 LIC. SANIT. 1514004873

10.10 HOJA DE PROGRAMACIÓN Y REGISTRO INDIVIDUAL DE PACIENTES

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 30 de 73



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

06-01-0028

LICENCIA SANITARIA 1014004673

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 31 de 73



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

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

06-01-0028

LICENCIA SANITARIA 1014004673

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 32 de 73

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 III	<input type="radio"/> MEDRANO
<input type="radio"/> III DE UN MINUTO	<input type="radio"/> CÍRCULO COMPLETO
Prioridad: Urgente Normal	
	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
MEDICO SOLICITANTE	
<hr/> NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CEDULA DEL MEDICO RESPONSABLE DEL AREA	
AV-200	Licencia sanitaria 101400673

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 33 de 73

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: _____

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

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 34 de 73

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

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

LICENCIA SANITARIA 1014004673

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 35 de 73

10.14 REPORTE DE MICROSCOPIA ESPECULAR



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

REPÓRTE DE MICROSCOPIA ESPECULAR

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
	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. 02
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 36 de 73

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 XVI, Delegación Tlalpan, C.P. 14080, México, D.F. Tel. 40033205

LICENCIA SAN TARIA 1014004673

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 37 de 73

10.16 REPORTE DE CURVA HORARIA



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

REPORTE DE CURVA HORARIA

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

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

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

COMENTARIO: _____

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 38 de 73

10.17 SOLICITUD DE CURVA HORARIA



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

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

SOLICITUD DE CURVA HORARIA

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

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
DEL MÉDICO SOLICITANTE

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 39 de 73

10.18 REPORTE DE ESTUDIO FLUORANGIOGRÁFICO

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 40 de 73



**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:

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 41 de 73

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 URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 43 de 73

10.21 SOLICITUD DE APLICACIÓN DE ANTIANGIOGÉNICO



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

SOLICITUD DE APLICACIÓN DE ANTIANGIOGÉNICO

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

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
DEL MÉDICO SOLICITANTE

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 44 de 73

10.22 SOLICITUD DE CAMPOS VISUALES



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

SÓLICITUD DE CAMPOS VISUALES

FECHA DE ELABORACIÓN ____/____/____ HORA: _____

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

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

 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CEDULA PROFESIONAL
 DEL MÉDICO SOLICITANTE

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 45 de 73

10.23 REPORTE DE CAMPOS VISUALES



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

REPORTE DE CAMPOS VISUALES

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

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

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

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

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

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

LICENCIA SANITARIA 1014004673

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 46 de 73

10.24 SOLICITUD DE LASER

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 47 de 73



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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 48 de 73

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 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 1014004673

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 49 de 73

10.26 REPORTE DE OCT DE GLAUCOMA



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

REPORTE DE OCT DE GLAUCOMA

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

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

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

COMENTARIO

 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CEDULA PROFESIONAL
 QUE REALIZA LA INTERPRETACIÓN

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 50 de 73

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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 51 de 73

10.28 REPORTE DE ULTRASONIDO



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

REPORTE DE ULTRASONIDO

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

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

QUERATOMETRO

TOPOGRAFÍA

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

ULTRASONIDO

Ojo derecho: _____

 Ojo izquierdo: _____

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 52 de 73

10.29 SOLICITUD DE ULTRASONIDO



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

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

SOLICITUD DE ULTRASONIDO

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

 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
 DEL MÉDICO SOLICITANTE

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 53 de 73

10.30 REPORTE DE TOPOGRAFÍA CORNEAL



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

REPORTE DE TOPOGRAFÍA CORNEAL

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

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

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

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

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

LICENCIA SANITARIA 1014004673

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 54 de 73

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

06-01-0143

LICENCIA SANITARIA 1014004673


 Hospital General Dr. Manuel Gea González
 Departamento de Medicina Interna - Cardiología

HOJA DE EVALUACIÓN CARDIOVASCULAR PREOPERATORIO DE RIESGO QUIRURGICO			
NOMBRE: _____	SEXO: _____	Nº. EXPEDIENTE: _____	Nº. CAMA: _____
FECHA DE REALIZACIÓN: _____			
SERVICIO SOLICITANTE: _____			
DIAGNÓSTICO: _____			
CIRUGÍA PLANEADA: _____			
CIRUGÍA PROGRAMADA ()		CIRUGÍA URGENTE ()	
ENFERMEDAD CONCOMITANTE: SI () NO ()			
D.M. ()	INSF. RENAL ()	ENF. PSIQUIÁTRICA ()	
H.T.A.S. ()	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 TROMBOEMBOLICO			
RIESGO:	ALTO ()	MODERADO	BAJO ()
SEXO FEMENINO	1 ()	ARTERITIS	5 ()
SOBREPESO > 20%	1 ()	FLEBITIS	5 ()
EDAD > 50 AÑOS A MÁS	1 ()	INSUF. VENOSA	5 ()
ENF. CARDIACA	1 ()	NEOPLASIA	5 ()
ENF. PULMONAR	1 ()	CIRG. MAYOR 3 HRS.	5 ()
D. M.	1 ()	CIRG. CAADERA	5 ()
USO HORMONALES	1 ()	CIRG. FEMUR	5 ()
REPOSO PROLONGADO	1 ()	CIRG. PRÓSTATA	5 ()
CIRG. MENOR 2 HRS.	1 ()	(SUPRAPUBLICA)	5 ()
CARDIOREGULACIÓN Y/O	1 ()		
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 CLORURO > 30 mEq / l	3 ()
IM < 6 MESES	10 ()	BUN > 50 mg / d ó CREATININA > 3.0 mg / d	3 ()
AGNOR CLASE III SC vc	10 ()	TGO ANORMAL O EVIDENCIA DE	
AGNOR CLASE IV SC vc	20 ()	HEPATOPATIA CRÓNICA	3 ()
GALOPE S3 O PLETORA		CIRUGIA URGENTE	4 ()
YUGULAR		INTRAPERITONEAL / NEUROCIROLOGIA	3 ()
AGNOR INESTABLE	11 ()		
6 MESES	10 ()		
TEP < 1 SEMANA	10 ()	CALIFICACIÓN TOTAL	()
TEP (ANTECEDENTES)	5 ()		
ESTENOSIS AÓRTICA	3 ()		
EKG EN RITMO NO SINUSAL	7 ()		
EKG CON S L PVS / mm.	7 ()		
RIESGO: GRADO I ()	GRADO II ()	GRADO III ()	GRADO IV ()
DATOS CARDIOVASCULARES: _____			
VALVULOPATIAS SI () NO () _____			

06-01-0143

LICENCIA SANITARIA 1014004673

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 56 de 73

10.33 REGISTRO DE ADOLESCENTES DE CONSULTA Y HOSPITALIZACIÓN

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 57 de 73



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 _____

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 58 de 73

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 indice de severidad

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

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

¿Por quién?

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

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

Puntaje total: ISVP _____ SVP _____ SVF _____ SVS _____

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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 59 de 73

10.35 PROGRAMA EMBARAZO ADOLESCENTE

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 60 de 73



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

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

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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 61 de 73

10.36 INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK



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

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

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

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

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

10.37 REPORTE DE CITOLOGÍA CERVICAL

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

Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino

ROLLO

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

1. Instituto: 4. Municipio:
 2. Entidad / Delegación: 5. Unidad Médica:
 3. Subinstitución:

II. IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE

CLAVE DE LA PACIENTE:

6. Nombre: Apellido Paterno Apellido Materno (Nombres)
 7. Fecha de nacimiento: CUBR:
 8. Entidad de nacimiento: 9. Sexo:
 10. Domicilio: Calle y Número: Colonia: Localidad (Municipio) Delegación:
 11. Otro Domicilio: Calle y Número: Colonia: Localidad (Municipio) Delegación:

III. ANTECEDENTES

12. Estado civil: 1. Pímorea en la vida 2. Pímorea en el último 3 años 3. Subsecuente

13. Menstruación: 1. Regular 2. Irregular 3. Ausente

14. Fecha de la última regla: 15. Si la exploración se observa:

16. Usando con el que tomó la muestra: 17. Responsante de la toma citológica:

18. Fecha de toma de la muestra: 19. Fecha de riesgo:

20. ¿Cuanto con la Casita Nacional de Salud de la Mujer? 1. Sí 2. No

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

IV. RESULTADO DE CITOLOGÍA CERVICAL

22. Fecha de interpretación: 23. Número citológico:

24. Laboratorio: 25. Características de la muestra: 1. Adhesiva 2. Inadhesiva

26. Diagnóstico Citológico:

27. Repetir estudio: 1. Sí 2. No

28. Método: 1. Adhesiva, Incompleta, Incompleta y/o repetida en vida del TPA de adherencia 2. Muestra mal fijada 3. Pímorea grande 4. Otro (especificar):

29. R.F.C. del Citólogo:

Nombre completo, edad, prof. y firma:

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

30.1 Diagnóstico del Patólogo:

31. R.F.C. del Patólogo:

Nombre completo, edad, prof. y firma:

32. Fecha de interpretación: 1. Sí 2. No 32.1 Resultado de interpretación:

1. Negativo 2. Positivo VPH bajo riesgo (E1, E2, E3, E4, E5) 3. Positivo VPH alto riesgo (E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E17, E18)

Citología Positiva:

11. Citología escamosa atípica de significado incierto ASC

12. Lesión intraepitelial de bajo grado L1B0 VNP

13. Lesión intraepitelial de bajo grado L1B1 Displasia Leve (L1C1)

14. Lesión intraepitelial de bajo grado L1B2 Displasia Leve (L1C2) VPH

15. Lesión intraepitelial de alto grado L1A0 Displasia Moderada (L1C3)

16. Lesión intraepitelial de alto grado L1A1 Displasia Grave (L1C3)

17. Lesión intraepitelial de alto grado L1A2 Cáncer in situ (L1C3)

18. Carcinoma de células escamosas Cáncer Invasor

Citología Inconclusiva:

19. Citología escamosa atípica de significado incierto ASC

20. Citología glandular atípica de significado incierto AGC

21. Adenocarcinoma in situ

22. Adenocarcinoma Endocervical

23. Adenocarcinoma Endocervical

Citología Positiva:

11. Citología escamosa atípica de significado incierto ASC

12. Lesión intraepitelial de bajo grado L1B0 VNP

13. Lesión intraepitelial de bajo grado L1B1 Displasia Leve (L1C1)

14. Lesión intraepitelial de bajo grado L1B2 Displasia Leve (L1C2) VPH

15. Lesión intraepitelial de alto grado L1A0 Displasia Moderada (L1C3)

16. Lesión intraepitelial de alto grado L1A1 Displasia Grave (L1C3)

17. Lesión intraepitelial de alto grado L1A2 Cáncer in situ (L1C3)

18. Carcinoma de células escamosas Cáncer Invasor

Citología Inconclusiva:

19. Citología escamosa atípica de significado incierto ASC

20. Citología glandular atípica de significado incierto AGC

21. Adenocarcinoma in situ

22. Adenocarcinoma Endocervical

23. Adenocarcinoma Endocervical

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 63 de 73

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: escurrimiento 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. 02
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 64 de 73

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 65 de 73



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 URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 66 de 73

10.39 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INGRESO RECIBIR SEDACIÓN PALIATIVA



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

Carta de Consentimiento Informado Para Ingreso recibir Sedación Paliativa.

División de Cuidados Paliativos y Clínica de Dolor.

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

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

Información sobre Sedación Paliativa.

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

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

Sedación Paliativa.

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

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

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

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

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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 67 de 73



HOSPITAL GENERAL
DR. MANUEL GEA
GONZÁLEZ

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 _____

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 68 de 73

**10.40 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR
TRATAMIENTO PALIATIVO**

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 69 de 73



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

Carta de Consentimiento Informado Para recibir tratamiento Paliativo.

División de Cuidados Paliativos y Clínica de Dolor.

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

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

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

Información sobre el Tratamiento Paliativo.

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

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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 70 de 73



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 riesgos beneficios y todo lo relacionado con su atención en este Servicio. Tendrá la libertad de retirar mi consentimiento en cualquier momento, así como el compromiso de notificar esta decisión al personal que le está brindando la atención sin que por ello se creen prejuicios para continuar mi cuidado y tratamiento de parte del médico.

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

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

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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 71 de 73



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 _____

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 73 de 73

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Urgencias y Medicina		
	3. Procedimiento para la Atención Psiquiátrica de Pacientes en Hospitalización y Urgencias.		Hoja: 1 de 9

3.- PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA DE PACIENTES EN HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Urgencias y Medicina		
	3. Procedimiento para la Atención Psiquiátrica de Pacientes en Hospitalización y Urgencias.		Hoja: 2 de 9

1. PROPÓSITO

Establecer los mecanismos para realizar el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales y del comportamiento de los pacientes atendidos en Hospitalización y Urgencias.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno aplica a las Subdirecciones Médicas brindar la atención médica a los usuarios, a la División de Psiquiatría y Salud Mental, valorar psiquiátricamente a los pacientes y a los Servicios médico-quirúrgicos de hospitalización o urgencias, solicitan la intervención de la División mediante interconsulta.
- 2.2 A nivel externo es aplicable a los pacientes con problemas de salud mental que se encuentran hospitalizados o en observación.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

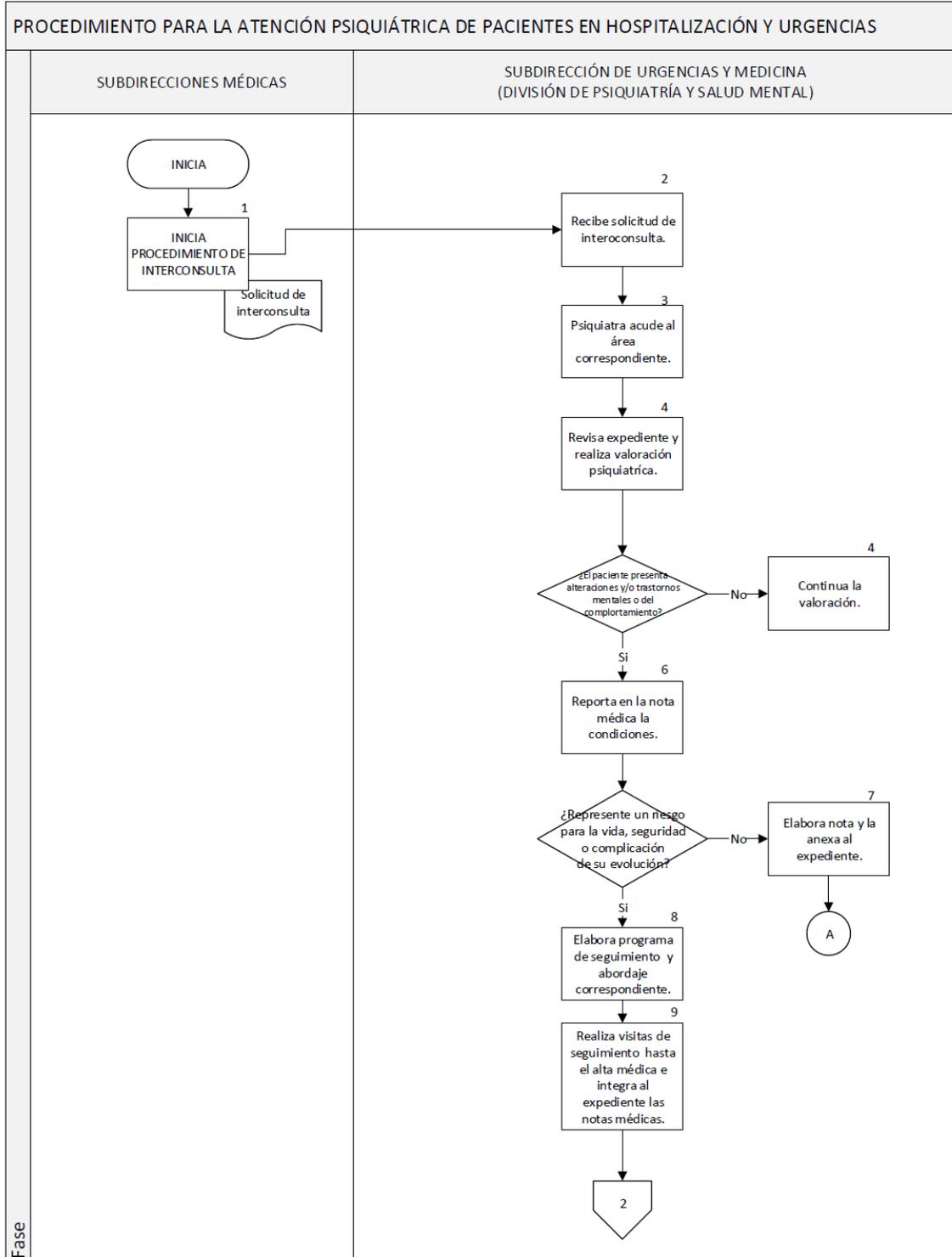
- 3.1 Las Subdirecciones Médicas son responsables de solicitar por medio de una interconsulta, la atención para sus pacientes a la División de Psiquiatría y Salud Mental.
- 3.2 La Subdirección de Urgencias y Medicina a través de la División de Psiquiatría y Salud Mental, es responsable de realizar la evaluación psiquiátrica de solicitada para cada paciente.
- 3.3 La Subdirección de Urgencias y Medicina a través de la División de Psiquiatría y Salud Mental es responsable de brindar la atención clínica de los pacientes, así como de la propuesta de respaldar el diagnóstico con exámenes de gabinete o laboratorio.
- 3.4 La Subdirección de Urgencias y Medicina a través de la División de Psiquiatría y Salud Mental es responsable de supervisar la prestación de servicios de atención psiquiátrica.
- 3.5 La Subdirección de Urgencias y Medicina a través de la División de Psiquiatría y Salud Mental es responsable de explicar al médico del servicio tratante y, en su caso, al familiar, el padecimiento, el manejo terapéutico y los cuidados que se le deberán proporcionar al paciente.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	PROCEDIMIENTO
	Subdirección de Urgencias y Medicina
	Procedimiento para la Atención Psiquiátrica de Pacientes en Hospitalización y Urgencias.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o anexo
Subdirectores Médicos	1	Inicia PROCEDIMIENTO DE INTERCONSULTA.	Solicitud de Interconsulta
Subdirector de Urgencias y Medicina (Jefe de División de Psiquiatría y Salud Mental)	2	Recibe solicitud de interconsulta.	
	3	Psiquiatra acude al área correspondiente.	
	4	Revisa expediente y realiza valoración psiquiátrica.	
		¿El paciente presenta alteraciones y/o trastornos mentales o del comportamiento?	
	5	No: Continúa la valoración.	
	6	Si: Reporta en la nota médica la condiciones.	
		¿Represente un riesgo para la vida, seguridad o complicación de su evolución?	
	7	No: Elabora nota y la anexa al expediente, termina procedimiento.	
	8	Si: Elabora programa de seguimiento y abordaje correspondiente.	
	9	Realiza visitas de seguimiento hasta el alta médica e integra al expediente las notas médicas.	
		¿El paciente requiere continuidad por Consulta Externa?	
10	No: Elabora nota médica e integra al expediente.	Nota de evolución	
11	Si: Elabora nota médica e indica continuidad de atención en CE, integra al expediente.		
		TERMINA	

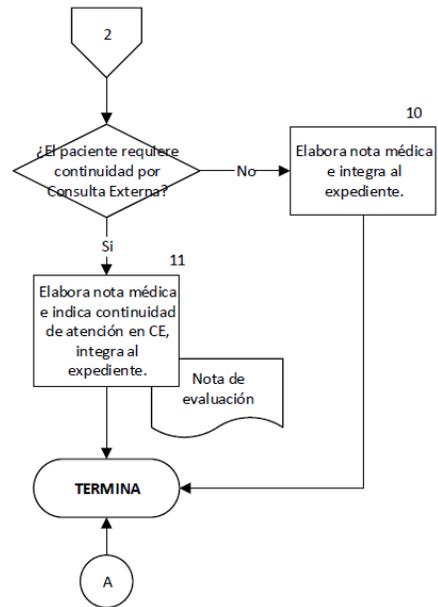
5. DIAGRAMA DE FLUJO



PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA DE PACIENTES EN HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS

SUBDIRECCIONES MÉDICAS

SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA
(DIVISIÓN DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL)



Fase

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Urgencias y Medicina		
	3. Procedimiento para la Atención Psiquiátrica de Pacientes en Hospitalización y Urgencias.		Hoja: 6 de 9

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

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Expediente Clínico	6 años	Departamento de Admisión Hospitalaria y Archivo Clínico	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Trastornos mentales y del comportamiento: los enumerados en el capítulo F de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, CIE-10.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	05/10/2021	Actualización en formato, propósito, alcance, políticas descripción y diagrama del procedimiento.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Solicitud de Interconsulta

10.2 Nota de evolución

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Urgencias y Medicina		
	3. Procedimiento para la Atención Psiquiátrica de Pacientes en Hospitalización y Urgencias.		Hoja: 7 de 9

10. 1 Solicitud de Interconsulta

NOTA DE INTERCONSULTA	HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ	
SERVICIO: _____		
NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ SEXO: _____ No. EXP. _____ SIGNOS VITALES: T.A. _____ TEMP. _____ F.C. _____ F.R. _____ TALLA _____ PESO _____ FECHA Y HORA EN QUE SE OTORGA EL SERVICIO: _____		
MOTIVO DE LA ATENCIÓN:		
RESUMEN DEL INTERROGATORIO, EXPLORACIÓN FÍSICA Y ESTADO MENTAL, EN SU CASO:		
RESULTADOS RELEVANTES DE LOS ESTUDIOS DE LOS SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO QUE HAYAN SIDO SOLICITADOS PREVIAMENTE:		
DIAGNÓSTICOS O PROBLEMAS CLÍNICOS:		
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:		
PLAN DE ESTUDIO:		
SUGERENCIAS DIAGNÓSTICAS Y DE TRATAMIENTO:		
TRATAMIENTO E INDICACIONES MÉDICAS:		
PRONÓSTICO:		

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

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Urgencias y Medicina		
	3. Procedimiento para la Atención Psiquiátrica de Pacientes en Hospitalización y Urgencias.		Hoja: 8 de 9

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



FECHA DE SOLICITUD: _____ HORA DE SOLICITUD: _____ No. EXP.: _____ NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ SEXO: _____ CAMA: _____ SERVICIO SOLICITANTE: _____ INTERCONSULTA AL SERVICIO DE: _____ MOTIVO: _____ _____ _____ _____ _____ _____ <div style="text-align: center; border-top: 1px solid black; width: 50%; margin: 0 auto;"> PROFESIONAL DE LA SALUD NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL </div>

LICENCIA SANITARIA 1014004673

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

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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 1 de 54

4. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES DE CONSULTA SUBSECUENTE

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 2 de 54

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 y 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. Las Subdirecciones Médicas son responsables del control y organización de sus citas de Preconsulta, consultas de primera vez y consultas subsecuentes.
- 3.4. 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.
- 3.5. 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.
- 3.6. 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.
- 3.7. 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.
- 3.8. 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.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 3 de 54

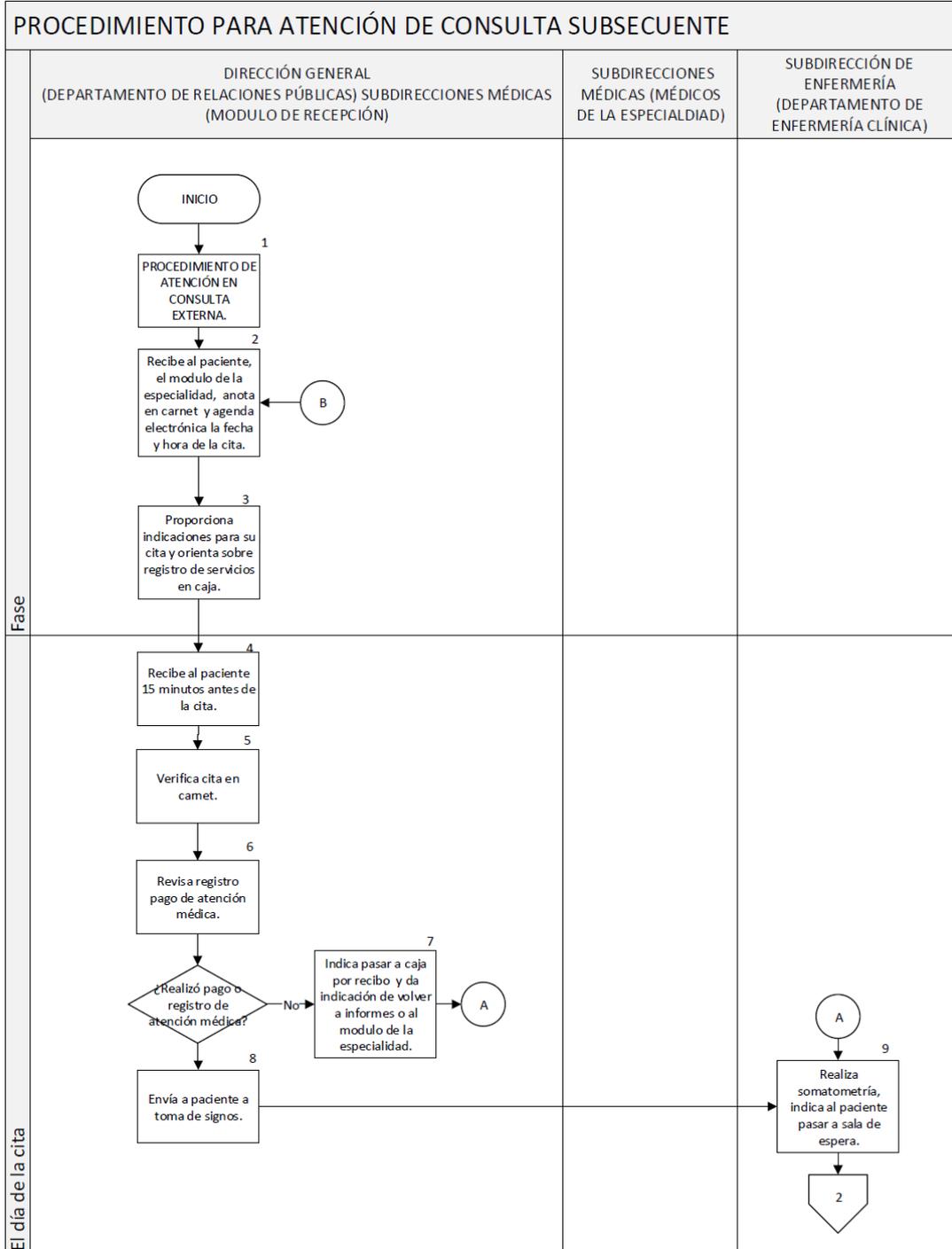
- 3.9. La Subdirección de Servicios Ambulatorios es responsable de autorizar atenciones médicas de usuarios distintos en este procedimiento.
- 3.10. La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Cuidados Paliativos y Clínica del Dolor, en los casos de pacientes que ameriten Medicina 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.
- 3.11. 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.
- 3.12. Las Subdirecciones Médicas a través de las jefaturas de División y Departamento son responsables que cuando sea necesario realizar cualquier intervención médico-quirúrgica-rehabilitación dentro de la consulta, deberá apegarse al “Procedimiento de atención médica-quirúrgica-rehabilitación fuera de quirófanos centrales”.

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

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

5. DIAGRAMA DE FLUJO



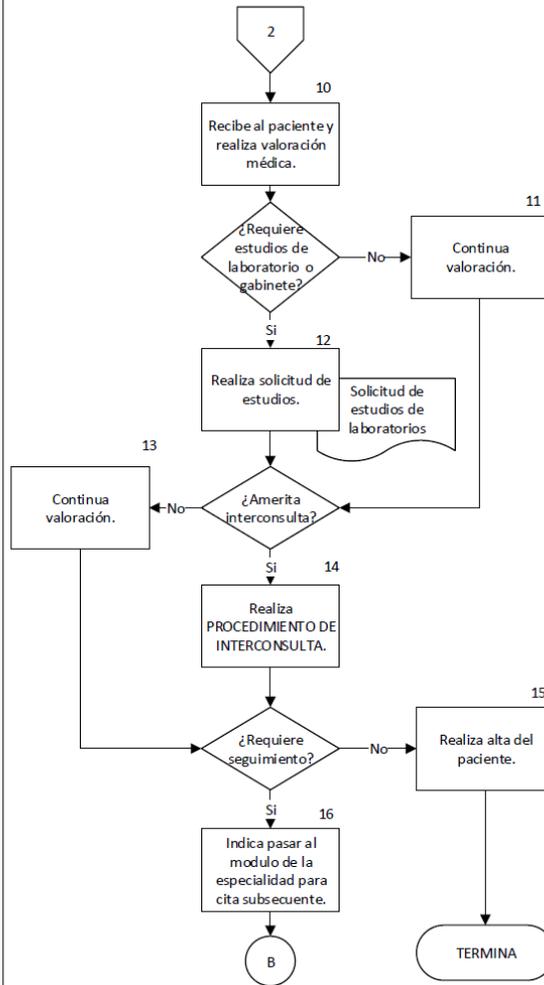
PROCEDIMIENTO PARA ATENCIÓN DE CONSULTA SUBSECUENTE

DIRECCIÓN GENERAL
(DEPARTAMENTO DE RELACIONES PÚBLICAS) SUBDIRECCIONES MÉDICAS (MODULO DE RECEPCIÓN)

SUBDIRECCIONES MÉDICAS (MÉDICOS DE LA ESPECIALIDAD)

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA
(DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA CLÍNICA)

El día de la cita



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 8 de 54

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

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 9 de 54

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

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

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 10 de 54

10.1 NOTA DE EVOLUCIÓN

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 13 de 54

NOTA DE INTERCONSULTA	HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
SERVICIO: _____	



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

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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 14 de 54

10.3 HOJA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA



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

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

TERAPÉUTICA EMPLEADA:	

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:	

08-01-0039

 MÉDICO TRATANTE
 NOMBRE COMPLETO
 FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL

 JEFE DEL DEPARTAMENTO
 NOMBRE COMPLETO
 FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL

 DIRECTOR MÉDICO
 NOMBRE COMPLETO
 FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 15 de 54



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

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

TERAPÉUTICA EMPLEADA:	

ESTUDIOS CLÍNICOS (ANEXAR):	

DIAGNÓSTICO DE INGRESO/REFERENCIA:	

DIAGNÓSTICO DE INGRESO/CONTRAREFERENCIA:	

RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE:	

 MÉDICO TRATANTE
 NOMBRE COMPLETO
 FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL

 MÉDICO TRATANTE
 NOMBRE COMPLETO
 FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL

10.4 SOLICITUD DE ESTUDIO ENDOSCOPICO

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

06-01-0044

Licencia Sanitaria 1014004673

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 17 de 54

10.5 SOLICITUD DE ESTUDIOS CITOLOGICOS



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

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

10.6 SOLICITUD DE LABORATORIO



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

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

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

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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 19 de 54

10.7 SOLICITUD DE GABINETE



HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

SOLICITUD DE ESTUDIOS
RADIOLOGÍA E IMAGEN

FECHA DE NACIMIENTO

--

NÚMERO DE EXPEDIENTE

--

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

APELLIDO PATERNO	MATERNO	NOMBRE (S)

--

--

EDAD

Nº. DE CAMA

AREA

C. E. HOSP. URG. EXTERNO

SERVICIO

--

SEXO

MASC. FEM.

ESTUDIO SOLICITADO (MARCAR CLAVE AL REVERSO)

--

URGENTE

SI NO

DATOS CLÍNICOS E IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

--

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

FECHA Y HORA DE SOLICITUD

DIA	MES	AÑO
HORA:		

MÉDICO SOLICITANTE

NOMBRE Y FIRMA

MÉDICO JEFE DEL SERVICIO

NOMBRE Y FIRMA

OBSERVACIONES POR RADIOLOGÍA E IMAGEN

--

INDICACIONES AL PACIENTE

--

10.8 RECETA MÉDICA

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 21 de 54



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-02-2005 LIC. SANIT. 0216004873

10.9 HOJA DE PROGRAMACIÓN Y REGISTRO INDIVIDUAL DE PACIENTES

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 22 de 54



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

06-01-0028

LICENCIA SANITARIA 1014004673

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 23 de 54



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

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

06-01-0028

LICENCIA SANITARIA 1014004673

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 24 de 54

10.10 SOLICITUD DE ELECTROCARDIOGRAMA



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

FECHA: _____	
Nombre del paciente: _____	
Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____	
Sexo: H _____ M _____	N° cama _____
N° de expediente: _____ Servicio: _____	
Diagnóstico: _____ Aislado: _____	
<input type="radio"/> 12 DERIVADAS	<input type="radio"/> PRECORDIALES DERECHAS
<input type="radio"/> TIRA DE RITMO III	<input type="radio"/> MEDRANO
<input type="radio"/> III DE UN MINUTO	<input type="radio"/> CÍRCULO COMPLETO
Prioridad: Urgente Normal	
	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
MEDICO SOLICITANTE	
<hr/> <small>NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CEDULA DEL MEDICO RESPONSABLE DEL AREA</small>	
<small>AV-200</small>	<small>Licencia sanitaria 101400673</small>

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 25 de 54

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 CARDIACA: _____
 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

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 26 de 54

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

LICENCIA SANITARIA 1014004673

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 27 de 54

10.13 REPORTE DE MICROSCOPIA ESPECULAR



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

REPÓRTE DE MICROSCOPIA ESPECULAR

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

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

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

COMENTARIO: _____

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

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

LICENCIA SANITARIA 1014004673

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 28 de 54

10.14 SOLICITUD DE MICROSCOPIA ESPECULAR



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

SOLICITUD DE MICROSCOPIA ESPECULAR

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

 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
 DEL MÉDICO SOLICITANTE

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

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

LICENCIA SAN TARIA 1014004673

10.15 REPORTE DE CURVA HORARIA



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

REPORTE DE CURVA HORARIA

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

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

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

COMENTARIO: _____

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 30 de 54

10.16 SOLICITUD DE CURVA HORARIA



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

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

SOLICITUD DE CURVA HORARIA

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

 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
 DEL MÉDICO SOLICITANTE

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 31 de 54

10.17 REPORTE DE ESTUDIO FLUORANGIOGRÁFICO

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 32 de 54



**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:

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 33 de 54

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 4890, col. Sección XVI, Delegación Tlalpan, C.P. 14080, México, D.F. Tel. 40033205

LICENCIA SANITARIA 1014004673

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 34 de 54

10.19 REPORTE DE APLICACIÓN DE ANTIANGIOGÉNICO



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

REPORTE DE APLICACIÓN DE ANTIANGIOGÉNICO

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

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

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 35 de 54

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

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 36 de 54

10.21 SOLICITUD DE CAMPOS VISUALES



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

SÓLICITUD DE CAMPOS VISUALES

FECHA DE ELABORACIÓN ____/____/____ HORA: _____

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

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

 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CEDULA PROFESIONAL
 DEL MÉDICO SOLICITANTE

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 37 de 54

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

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 38 de 54

10.23 SOLICITUD DE LASER

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 39 de 54



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

10.24 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 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 DIAGNOSTICA: _____

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 2014004573

10.25 REPORTE DE OCT DE GLAUCOMA



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

REPORTE DE OCT DE GLAUCOMA

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

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

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

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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 42 de 54

10.26 SOLICITUD DE OCT DE GLAUCOMA



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

SOLICITUD DE OCT DE GLAUCOMA

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

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
DEL MÉDICO SOLICITANTE

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

10.27 REPORTE DE ULTRASONIDO



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

REPORTE DE ULTRASONIDO

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

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

QUERATOMETRO

TOPOGRAFÍA

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

ULTRASONIDO

Ojo derecho: _____

 Ojo izquierdo: _____

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 44 de 54

10.28 SOLICITUD DE ULTRASONIDO

	HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ" DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA
<small>NOMBRE COMPLETO, CÉDULA PROFESIONAL Y FIRMA DEL MÉDICO QUE REALIZA EL ESTUDIO</small>	
SOLICITUD DE ULTRASONIDO	
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p style="text-align: center;">FECHA DE SOLICITUD: ____/____/____ HORA: _____</p> <p>NOMBRE COMPLETO: _____ NO. EXPEDIENTE: _____</p> <p>FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ EDAD: _____ SEXO: _____</p> <p>SERVICIO SOLICITANTE: _____</p> <p>MOTIVO: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> </div>	
<hr style="width: 30%; margin: 0 auto;"/> NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO SOLICITANTE	
ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE	

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 45 de 54

10.29 REPORTE DE TOPOGRAFÍA CORNEAL



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

REPORTE DE TOPOGRAFÍA CORNEAL

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

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

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

 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
 QUE REALIZA LA INTERPRETACIÓN

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

LICENCIA SANITARIA 1014004673

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 46 de 54

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

<p>CARDIOPATÍA ISQUÉMICA SI () NO () _____</p> <p>INSUFICIENCIA CARDÍACA SI () NO () _____</p> <p>HIPERTENSIÓN ARTERIAL SI () NO () _____</p> <p>CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS SI () NO () _____</p> <p>NEUMOPATÍAS SI () NO () _____</p> <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 / Detský: _____</p> <p>RIESGO ASA: _____</p>	<p style="text-align: center;">RECOMENDACIONES</p> <p>PREOPERATORIAS: _____</p> <p>TRANSOPERATORIAS: _____</p> <p>POSTOPERATORIAS: _____</p>		
<p>ESCALA (ASA) AMERICAN SOCIETY ANESTHESIOLOGISTS</p> <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>			
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <p>GOLDMAN / Detský (RIESGO CARDÍACO EN CIRUGÍA NO CARDÍACA)</p> <p>G I (ENTRE 0 Y 5 PUNTOS)</p> <p>G II (ENTRE 5 Y 12 PUNTOS)</p> <p>G III (ENTRE 13 Y 22 PUNTOS)</p> <p>G IV (ENTRE 23 Y 33 PUNTOS)</p> </td> </tr> </table>			<p>GOLDMAN / Detský (RIESGO CARDÍACO EN CIRUGÍA NO CARDÍACA)</p> <p>G I (ENTRE 0 Y 5 PUNTOS)</p> <p>G II (ENTRE 5 Y 12 PUNTOS)</p> <p>G III (ENTRE 13 Y 22 PUNTOS)</p> <p>G IV (ENTRE 23 Y 33 PUNTOS)</p>
	<p>GOLDMAN / Detský (RIESGO CARDÍACO EN CIRUGÍA NO CARDÍACA)</p> <p>G I (ENTRE 0 Y 5 PUNTOS)</p> <p>G II (ENTRE 5 Y 12 PUNTOS)</p> <p>G III (ENTRE 13 Y 22 PUNTOS)</p> <p>G IV (ENTRE 23 Y 33 PUNTOS)</p>		
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border-top: 1px solid black;"> <p>NOMBRE Y FIRMA MÉDICO SOLICITANTE</p> </td> <td style="width: 50%; border-top: 1px solid black;"> <p>NOMBRE Y FIRMA MÉDICO QUE REALIZÓ EL ESTUDIO</p> </td> </tr> </table>		<p>NOMBRE Y FIRMA MÉDICO SOLICITANTE</p>	<p>NOMBRE Y FIRMA MÉDICO QUE REALIZÓ EL ESTUDIO</p>
<p>NOMBRE Y FIRMA MÉDICO SOLICITANTE</p>	<p>NOMBRE Y FIRMA MÉDICO QUE REALIZÓ EL ESTUDIO</p>		

06-01-0143

LICENCIA SANITARIA 1014094673



Hospital General Dr. Manuel Gea González
Departamento de Medicina Interna - Cardiología

HOJA DE EVALUACIÓN CARDIOVASCULAR PREOPERATORIO DE RIESGO QUIRÚRGICO			
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 ()	()	ENF. PSIQUIÁTRICA ()
HTAS. ()	INSF. HEPÁTICA ()	()	ALT. NEUROLÓGICA ()
EPOC ()	INSF. VENOSA ()	()	OBESIDAD ()
INST. RESP. ()	INFECC. ABDOMINAL ()	()	DEBILIDAD ()
I. C. C. ()	INFECC. 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. CAJERA	5 ()
USO HORMONALES	1 ()	CIRG. FEMUR	5 ()
RIESGO PROLONGADO	1 ()	CIRG. PRÓSTATA	5 ()
CIRG. MENOR 2 HRS.	1 ()	CIRG. (SUPRAPUBLICA)	5 ()
CARDIOMEGALIA Y/O FIBRILACIÓN AURICULAR	5 ()	CALIFICACIÓN TOTAL	()
VALORACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR (GOLDMANDETSKY)			
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 ()	BUN > 50 mg / dl ó CREATININA > 3.0 mg / d	3 ()
ÁGNOR CLASE III SC vc	10 ()	TGO ANORMAL ó EVIDENCIA DE HEPATOPATÍA CRÓNICA	3 ()
ÁGNOR CLASE IV SC vc	20 ()	CIRUGÍA URGENTE	4 ()
GALOPE S3 ó PLETORA YUGULAR	11 ()	INTRAPERITONEAL / NEUROCIROLOGÍA	3 ()
ÁGNOR INESTABLE 6 MESES	10 ()		
TEP < 1 SEMANA	10 ()		
TEP (ANTECEDENTES)	5 ()		
ESTENOSIS AÓRTICA	3 ()	CALIFICACIÓN TOTAL	()
EKG EN RITMO NO SINUSAL	7 ()		
EKG CON 5 LPVS / min.	7 ()		
RIESGO: GRADO I ()	GRADO II ()	GRADO III ()	GRADO IV ()
DATOS CARDIOVASCULARES:			
VALVULOPATÍAS SI () NO () _____			

06-01-0143

LICENCIA SANITARIA 1014094673

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 48 de 54

10.32 REGISTRO DE ADOLESCENTES DE CONSULTA Y HOSPITALIZACIÓN

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 49 de 54



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 indice 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 URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 51 de 54

10.34 PROGRAMA EMBARAZO ADOLESCENTE

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 52 de 54



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

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

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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS Y MEDICINA		
	Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 53 de 54

10.35 INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK



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

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

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

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

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

10.16 REPORTE DE CITOLOGÍA CERVICAL

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

Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino

R.O.C. _____

ANTES DE LLENAR, FAVOR DE LEER EL INSTRUCTIVO (ELABORAR ORIGINAL Y COPIA)

I. IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD

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

II. IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE

CLAVE DE LA PACIENTE: _____

6. Nombre: Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____ (Nombres) _____
 7. Fecha de nacimiento: DD/MM/AAAA CURP: _____
 8. Estado de nacimiento: _____ 9. Edad: _____
 10. Domicilio: Calle y Número: _____ Colonia: _____ Localidad (Municipio) País: _____
 11. Cita Domicilio: Edificio: _____ Apto/Casa: _____ Teléfono: _____
 Calle y Número: _____ Colonia: _____ Localidad (Municipio) País: _____

III. ANTECEDENTES

12. Obstetria: 1. Primerá paró en la vida 2. Primerá paró después de 3 años 3. Subsecuente

13. Embarazo o parto: 1. Puerperio o parto normal 2. Parto cesáreo 3. Use de fórceps 4. D.U. 5. Maternidad 6. Parto normal 7. Embarazo actual 8. Tratamiento obstétrico previo 9. Ninguno

15.1 Inicio de vida sexual: 1. Sí 2. No Edad: _____
 15.2 Antecedentes de vacunación VPH: 1. Sí 2. No Edad: _____
 16. Fecha de la última regla: DD/MM/AAAA 17. A la exploración se observó: 1. Cervix 2. No se observó nada 3. Cervix normal 4. Cervix 5. Lesiones 6. Sangrado anormal 7. No se observó nada

18. Usó método con el que hace la muestra: 1. Regla de Ayre modificada 2. Cópula 3. Hisopos 4. Otro (especificar): _____
 19. Fecha de toma de la muestra: DD/MM/AAAA 20. ¿Cuánto con la Cédula Nacional de Identificación de la Mujer? 1. Sí 2. No

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

IV. RESULTADO DE CITOLOGÍA CERVICAL

22. Fecha de Interpretación: DD/MM/AAAA 23. Número citológico: _____
 24. Laboratorio: _____ 25. Características de la muestra: 1. Aféctica 2. Infeccionada

26. Diagnóstico Citológico: 1. Detrás de límite normal 2. Células escamosas benignas (Infección Tricomonas) 3. Células escamosas benignas (Infección Cervicitis) 4. Células escamosas benignas (Infección Candidiasis) 5. Células escamosas benignas (Infección Substancia roja) 6. Células escamosas benignas (Infección Heces) 7. Células escamosas benignas (Cervix metrorragia Infección) 8. Células escamosas benignas (Cervix metrorragia Atrofia) 9. Células escamosas benignas (Cervix metrorragia Parto) 10. Células escamosas benignas (Cervix metrorragia D.U.)

27. Repetir estudio: 1. Sí 2. No 28. Método: 1. Aféctica, hemorragias, inflamación y/o reacción en más del 75% del estudio 2. Lesión de alto grado 3. Prosa gruesa 4. Muestra mal fijada 5. Otro (especificar): _____

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

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

30.1 Diagnóstico del Patólogo: 1. Detrás de límite normal 2. Células escamosas benignas (Infección Tricomonas) 3. Células escamosas benignas (Infección Cervicitis) 4. Células escamosas benignas (Infección Candidiasis) 5. Células escamosas benignas (Infección Substancia roja) 6. Células escamosas benignas (Infección Heces) 7. Células escamosas benignas (Cervix metrorragia Infección) 8. Células escamosas benignas (Cervix metrorragia Atrofia) 9. Células escamosas benignas (Cervix metrorragia Parto) 10. Células escamosas benignas (Cervix metrorragia D.U.)

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

32. Fecha de Interpretación: 1. Sí 2. No 32.1 Resultado de Interpretación: 1. Negativo 2. Positivo VPH bajo riesgo (L1, L2, L3, L4) 3. Positivo VPH alto riesgo (L1, L2, L3, L3a, L3b, L4, L5, L6, L7, L8, L9)

06-01-0037 LICENCIA SANITARIA 1014004873

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Urgencias y Medicina		
	5. Procedimiento de Interconsulta		Hoja: 1 de 9

5. PROCEDIMIENTO DE INTERCONSULTA

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Urgencias y Medicina		
	5. Procedimiento de Interconsulta		Hoja: 2 de 9

1. PROPÓSITO

Determinar las actividades que debe realizar el personal médico para solicitar el apoyo de las demás áreas médicas del hospital y brindar al paciente un manejo multidisciplinario.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección Médica es responsable de la atención médica integral del paciente y solicita la interconsulta para su diagnóstico y rehabilitación.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a todos los pacientes que se encuentran hospitalizados que requieren atención complementaria.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La Dirección Médica está conformada por la Subdirección de Cirugía, Subdirección de Pediatría, Subdirección de Urgencias y Medicina y Subdirección de Anestesia y Terapias.
- 3.2 La Dirección Médica a través de sus áreas médicas – quirúrgicas, es responsable de que toda interconsulta que se solicite a otra especialidad deberá ser a través de la solicitud de interconsulta escrita debidamente requisitada y autorizada por el área correspondiente.
- 3.3 La Dirección Médica a través de sus áreas médicas – quirúrgicas determina, dependiendo las condiciones médicas, qué paciente tiene la necesidad de ser valorado por otra Especialidad Médica o Servicio de Apoyo.
- 3.4 La Dirección Médica a través de sus áreas médicas – quirúrgicas verifica que se realicen las Interconsultas y el seguimiento oportuno al paciente mediante el formato de solicitud de interconsulta.
- 3.5 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través de la División de Consulta externa y las asistentes Médicas de las especialidades son responsables de asignar cita de interconsulta cuando el paciente la solicite.
- 3.6 En el caso de pacientes con múltiples patologías, la Dirección Médica a través de sus áreas médicas – quirúrgicas es responsable de ingresar al paciente en la especialidad donde corresponda la patología principal y los demás darán seguimiento como interconsultantes.
- 3.7 La Dirección Médica a través de sus áreas médicas – quirúrgicas es responsable del ingreso a otra especialidad, solo en caso de que la patología de ingreso ya haya sido resuelta por el servicio principal.
- 3.8 La Dirección Médica a través de sus áreas médicas – quirúrgicas es responsable de solicitar el pago de la interconsulta el día de su cita en la consulta externa. Y en el caso de pacientes hospitalizados se le deberá entregar en la hoja de cargos antes del egreso hospitalario.
- 3.9 La Dirección Médica a través de sus áreas médicas – quirúrgicas es responsable que al recibir una interconsulta debe sellar y anotar fecha y hora.
- 3.10 La Dirección Médica a través de sus áreas médicas – quirúrgicas en el área de consulta externa es responsable de enviar al paciente a la especialidad correcta en caso de no pertenecer a su área.
- 3.11 La Dirección Médica a través de sus áreas médicas – quirúrgicas en el área de hospitalización es responsable de solicitar las interconsultas necesarias, en caso de que las especialidades interconsultantes no sean las adecuadas.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Urgencias y Medicina		
	5. Procedimiento de Interconsulta		Hoja: 3 de 9

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

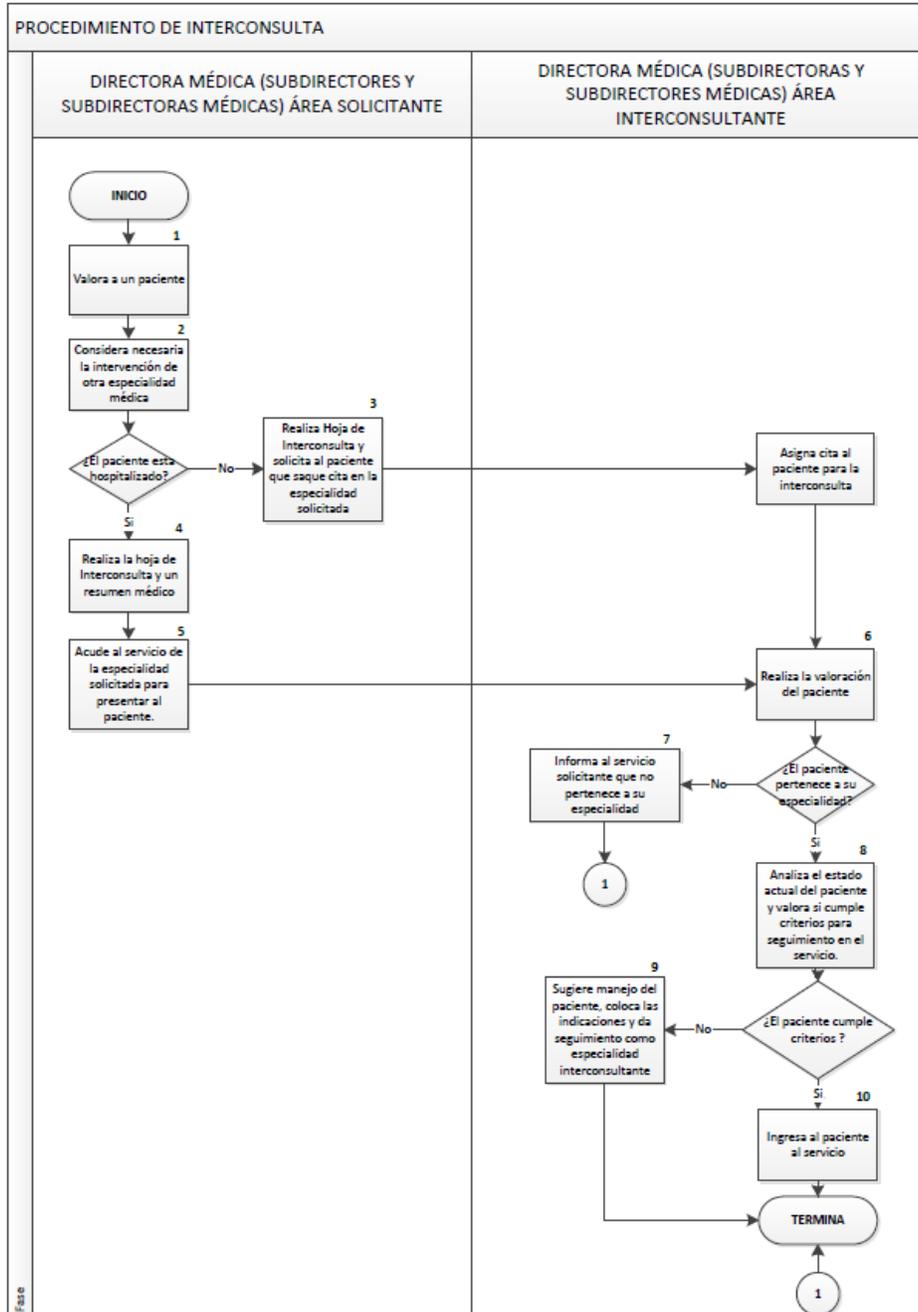
 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	PROCEDIMIENTO
	Subdirección de Urgencias y Medicina
	Procedimiento de Interconsulta Hoja: 4 de 9

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o anexo
Directora Médica (Subdirectores y Subdirectoras médicas) Área solicitante	1	Valora a un paciente	Solicitud de interconsulta/Nota de interconsulta Nota Médica
	2	Considera necesaria la intervención de otra especialidad médica	
	3	¿El paciente está hospitalizado? No: Realiza Hoja de Interconsulta y solicita al paciente que saque cita en la especialidad solicitada.	
		*Asigna cita al paciente para la interconsulta y el día de su cita, continua la actividad 6.	
	4	Si: Realiza la hoja de Interconsulta y un resumen médico.	
5	Acude al servicio de la especialidad solicitada para presentar al paciente.		
Directora Médica (Subdirectores y Subdirectoras médicas) Área Interconsultante	6	Realiza la valoración del paciente ¿El paciente pertenece a su especialidad?	Solicitud de interconsulta/Nota de interconsulta Nota Médica
	7	No: Informa al servicio solicitante que no pertenece a su especialidad. Termina Procedimiento	
	8	Si: Analiza el estado actual del paciente y valora si cumple criterios para seguimiento en el servicio ¿El paciente cumple criterios?	
	9	No: Sugiere manejo del paciente coloca las indicaciones y da seguimiento como especialidad interconsultante	
	10	Si: Ingresa al paciente al servicio. TERMINA	



5. DIAGRAMA DE FLUJO



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Urgencias y Medicina		
	5. Procedimiento de Interconsulta		Hoja: 6 de 9

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Específico	No Aplica
6.2 Nom-004-SSA3-2012 Del expediente clínico	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Solicitud de interconsulta	3 años	Dirección Médica Área interconsultante	Fecha y nombre del paciente

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Área Solicitante.** - Especialidad médica que solicita la interconsulta.
- 8.2 Área Interconsultante.** - Especialidad médica que proporciona la interconsulta.
- 8.3 Diagnóstico.** - Proceso de acercamiento gradual al conocimiento científico de una patología, que permite destacar los elementos más significativos de una alteración.
- 8.4 Interconsulta.** - Acción realizada para solicitar la atención u opinión para el tratamiento de un paciente por otra especialidad distinta a la del tratante.
- 8.5 Manejo multidisciplinario.** - Manejo integral.
- 8.6 Valoración.** - Revisión detallada y sistemática de un paciente.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	10 Diciembre 2021	Actualización de formato y políticas de operación, normas y lineamientos.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Solicitud de interconsulta
- 10.2 Nota de Evolución

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

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

6. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN, RECEPCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA POR PARTE DE LAS DIFERENTES ÁREAS DE ATENCIÓN MÉDICA

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Urgencias y Medicina		
	6. Procedimiento para la recepción, recolección y procesamiento de información estadística por parte de las diferentes áreas de atención médica		Hoja: 2 de 12

1. PROPÓSITO

Establecer las actividades para la integración, validación, el procesamiento y el análisis de la información de las áreas de atención médica del hospital y su posterior envío para generar informes e indicadores oportunamente, para facilitar la toma de decisiones estratégicas en la institución.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección Médica, y la Dirección de Integración y Desarrollo Institucional las cuáles son responsables de la coordinación del envío de la información de las Subdirecciones, Divisiones y Departamentos a su cargo. Las Subdirecciones adscritas a estas direcciones son encargadas de enviar la información derivada de la atención médica de las áreas a su cargo en los tiempos y formatos establecidos, la Subdirección de Planeación es responsable de recolectar la información enviada.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a la Secretaria de Salud e Instituto Nacional de Acceso a la información (INAI), responsable de enviar los criterios necesarios para la información estadística.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La Dirección Médica y de Integración y Desarrollo Institucional son responsables de coordinar que la información estadística que se genera en las áreas a su cargo, sea entregada puntualmente.
- 3.2 Las Subdirecciones son responsables de la información que generan las áreas a su cargo.
- 3.3 Las Subdirecciones son responsables de garantizar que la información enviada a la Subdirección de Planeación está respaldada en documentos oficiales y que sea válida exacta, completa y consistente.
- 3.4 La Subdirección de Planeación a través de la División de Bioestadística es responsable de elaborar los informes requeridos y enviarlos a las instancias correspondientes en los periodos establecidos (semanal, mensual, trimestral, semestral o anual).
- 3.5 Las Subdirecciones Médicas son responsables de garantizar que la información enviada a la Subdirección de Planeación está respaldada en documentos oficiales.
- 3.6 Las Subdirecciones Médicas son responsables de concentrar y enviar la información diaria derivada de la atención médica en la Consulta Externa, Urgencias y Hospitalización, la cuál se recibirá al día hábil siguiente, antes de las 10:00 horas.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Urgencias y Medicina		
	6. Procedimiento para la recepción, recolección y procesamiento de información estadística por parte de las diferentes áreas de atención médica		Hoja: 3 de 12

- 3.7 La Subdirección de Planeación a través de la División de Bioestadística es responsable de establecer el periodo de cierre de la información, mismo que será informado por oficio a las subdirecciones que generan información para que informen a las áreas a su cargo.
- 3.8 Las Subdirecciones son responsables de concentrar y enviar la información mensual derivada de toda la atención clínica que generan las áreas a su cargo no mencionadas en el punto 3.6, en los dos primeros días hábiles del mes en el formato establecido por la normativa interna y/o externa del hospital, acompañada del soporte en electrónico (base de datos) y un oficio firmado donde reporte la cifra final al cierre del periodo respectivo. Las cifras recibidas antes de las 10:00 horas, serán las que se tomen en cuenta para la integración del informe mensual.
- 3.9 La información que se entregue de forma extemporánea no será contabilizada para la productividad del servicio y será devuelta por oficio con copia a la Dirección correspondiente para tomar las medidas pertinentes.
- 3.9 La Subdirección de Planeación a través de la División de Bioestadística notificará de forma oficial a las Subdirecciones generadoras de información si existen cambios en las fechas de entrega establecidas, así como en los mecanismos y métodos de entrega de la información.
- 3.10 La Subdirección de Planeación a través de la División de Bioestadística es responsable de elaborar los informes requeridos y enviarlos a las instancias correspondientes en los periodos establecidos.
- 3.11 La Subdirección de Planeación a través de la División de Bioestadística es responsable de utilizar la Plataforma “Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud”, en caso de que la plataforma no esté disponible se utilizarán las siguientes: “Subsistema Automatizado de Urgencias Médicas, Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios, Sistema de Información en Salud y Sistema de Lesiones” o las que las autoridades pertinentes determinen para carga de información.
- 3.12 La Subdirección de Planeación a través de la División de Bioestadística es responsable de solicitar al Departamento de Informática el respaldo mensual de la información generada y entregada, para la generación de los informes bioestadísticos.
- 3.13 La Subdirección de Planeación a través de la División de Bioestadística es responsable de enviar al Departamento de Información de Control de Gestión el informe bioestadísticos final.

	PROCEDIMIENTO
	Subdirección de Urgencias y Medicina
	Procedimiento para la recepción, recolección y procesamiento de información estadística por parte de las diferentes áreas médicas

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?	

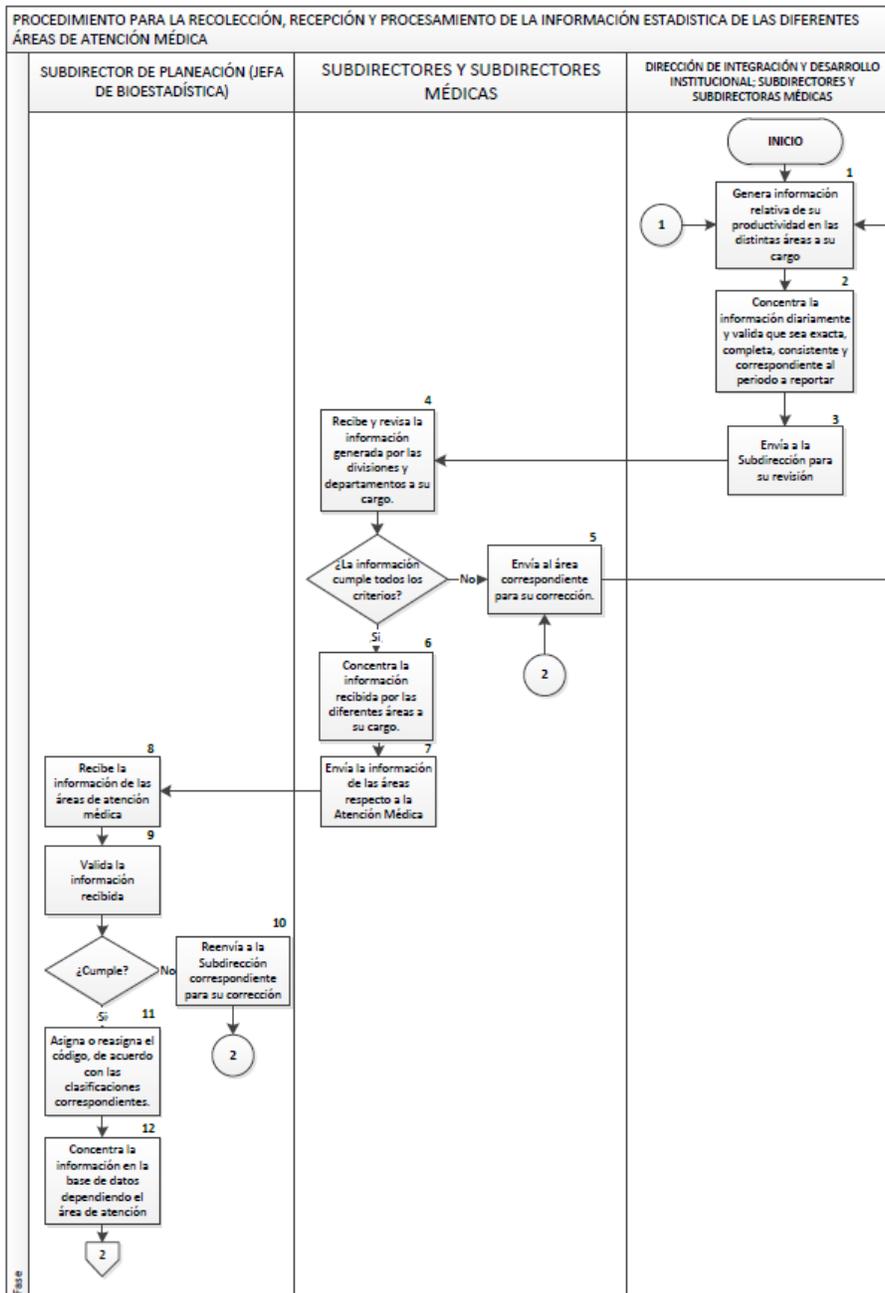
PROCEDIMIENTO

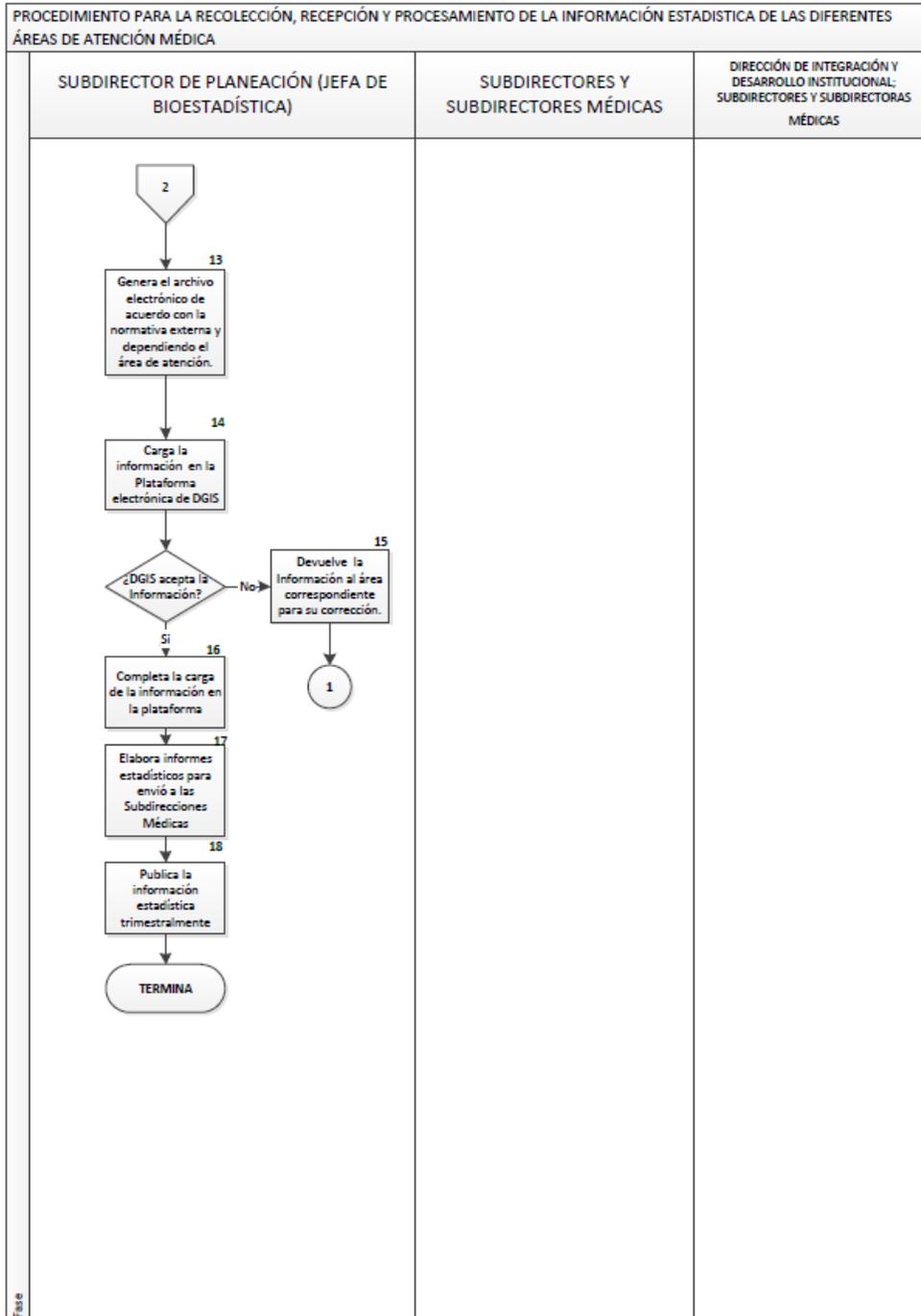
Subdirección de Urgencias y Medicina

Procedimiento para la recepción, recolección y procesamiento de información estadística por parte de las diferentes áreas médicas

	<p>10</p> <p>11</p> <p>12</p> <p>13</p> <p>14</p> <p>15</p> <p>16</p> <p>17</p> <p>18</p>	<p>No: Reenvía la información a la Subdirección correspondiente para su corrección, regresa a la actividad 5.</p> <p>Si: Asigna o reasigna el código, de acuerdo con las clasificaciones correspondientes.</p> <p>Concentra la información en la base de datos dependiendo el área de atención.</p> <p>Genera el archivo electrónico de acuerdo con la normativa externa y dependiendo el área de atención.</p> <p>Carga la información en la Plataforma electrónica de DGIS</p> <p>¿DGIS acepta la Información?</p> <p>No: Devuelve la información al área correspondiente para su corrección. Regresa a la actividad 1</p> <p>Si: Completa la carga de la información en la plataforma</p> <p>Elabora informes estadísticos para envío a las Subdirecciones Médicas</p> <p>Publica la información estadística trimestralmente.</p> <p>TERMINA</p>	
--	---	--	--

5. DIAGRAMA DE FLUJO





6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Urgencias y Medicina		
	6. Procedimiento para la recepción, recolección y procesamiento de información estadística por parte de las diferentes áreas de atención médica		Hoja: 8 de 12

Documentos	Código (cuando aplique)
Manual de Organización Funcional	No aplica
Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud	No aplica
Clasificación de Procedimientos	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Archivo Electrónico de Excel	3 años	División de Bioestadística	Mes, Año y Servicio
Informe Estadístico de las Actividades del Médico	3 años	División de Bioestadística	Mes, Año y Servicio

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Días de estancia:** número de días transcurridos desde el ingreso del paciente al servicio de hospitalización hasta su egreso.
- 8.2 Egreso hospitalario:** evento de salida del paciente del servicio de hospitalización que implica la desocupación de una cama censable. Incluye altas por curación, mejoría, traslado a otra unidad hospitalaria, defunción, alta voluntaria o fuga. Excluye movimientos intraservicios
- 8.3 Fehaciente:** Que hace fe, fidedigno.
- 8.4 Estadística:** Es una rama de la matemática que se refiere a la recolección, análisis e interpretación de los datos obtenidos en un estudio. Es aplicable a una amplia variedad de disciplinas, desde la física hasta las ciencias sociales, ciencias de la salud como la Psicología y la medicina.
- 8.5 Información diaria:** Corresponde al periodo de las 00:00 hrs. a las 23:59 hrs. del día natural a reportar, la productividad se cierra con la información enviada hasta las 10 hrs. del primer día del siguiente mes estadístico.
- 8.6 Información mensual:** Corresponde al periodo de las 00:00 hrs. Del primer día natural del mes a las 23:59 horas del último día natural del mes.
- 8.7 Morbilidad:** Número Proporcional de personas que enferman en población y tiempo determinados.
- 8.8 Defunción/muerte:** A la extinción o término de la vida. Desaparición de todas las funciones vitales de una persona ocurridas después del nacimiento vivo.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Urgencias y Medicina		
	6. Procedimiento para la recepción, recolección y procesamiento de información estadística por parte de las diferentes áreas de atención médica		Hoja: 9 de 12

9. CAMBIOS DE VERSIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	04/03/2019	Actualización del Formato, se conjuntan el procedimiento 1, 2 y 3 del Manual de Procedimientos, Se cambian políticas de entrega de Información y se agregan anexos.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Captura de pantalla Registro Diario de pacientes de consulta externa
- 10.2 Captura de pantalla Sistema de Registro de pacientes en el área de Urgencias
- 10.3 Ejemplo de base de Excel para hospitalización.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Urgencias y Medicina		
	6. Procedimiento para la recepción, recolección y procesamiento de información estadística por parte de las diferentes áreas de atención médica		Hoja: 10 de 12

10.1 CAPTURA DE PANTALLA REGISTRO DIARIO DE PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA

Hospital General "Dr. Manuel Gea González"





Adsc.

Residente

viernes, 24 de junio de 2016

Fecha de Consulta

<input style="width: 60px;" type="text"/>				
Curp	No. Expediente	Recibo de pago	Tipo de Consulta	▼

<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input style="width: 60px;" type="text"/>			
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Sexo	Años	Meses	Solo llene uno de los dos (Años o Meses)

<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Migrante	<input type="checkbox"/> Discapacitado
Estado o delegación	Derechohabencia		

Diagnóstico (CIE10) Nvo.

Diagnóstico (CIE10)

Av. Calzada de Tlalpan 4800, Tlalpan, Sección XVI, 14080 Ciudad de México, D.F. Teléfono: 01 55 4000 3000

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Urgencias y Medicina		
	6. Procedimiento para la recepción, recolección y procesamiento de información estadística por parte de las diferentes áreas de atención médica		

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

Login







HOSPITAL GENERAL
DR. MANUEL GEA GONZALEZ

Usuario:

Contraseña:



