
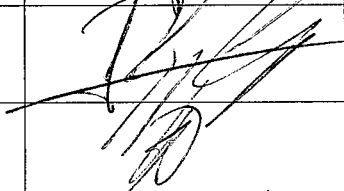
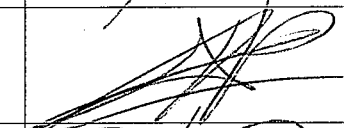
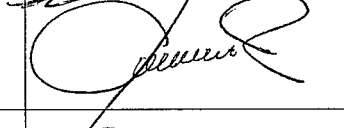

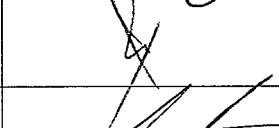
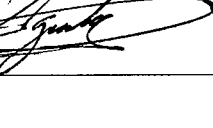
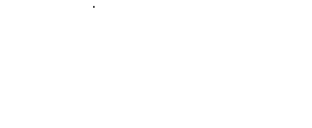
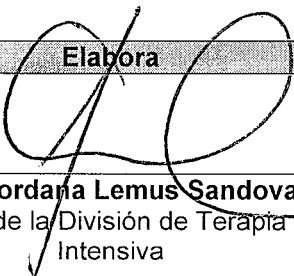
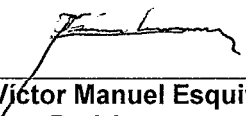
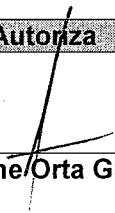









**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA DIVISIÓN DE TERAPIA
INTENSIVA**

MAYO, 2022

Responsable del Área	Cargo	Firma
Dr. Héctor Manuel Prado Calleros	Director de Enseñanza e Investigación	
Dr. Erick Alejandro Rodríguez Ordóñez	Director de Integración y Desarrollo Institucional	
Dr. Juan Pablo Ramírez Hinojosa	Subdirector de Epidemiología e Infectología	
Dr. Agustín Vélez Pérez	Subdirector de Gestión de Calidad	
Dra. Guadalupe Dorantes Mendoza	Subdirectora de Servicios Ambulatorios	
Mtra. Wendy Melina Suasto Gómez	Subdirectora de Enfermería	
Dr. José Jesús Acevedo Mariles	Subdirector de Urgencias y Medicina	
Dr. Gustavo Aguilar Montes	Subdirector de Cirugía	

Elabora	Revisa	Autoriza
 Dra. Jordana Lemus Sandoval Jefa de la División de Terapia Intensiva	 Dr. Víctor Manuel Esquivel Rodríguez Subdirector de Anestesia y Terapias	 Dra. Arlene Orta Guerrero Directora Médica

INDICE

	PAG.
INTRODUCCIÓN	4
I.- OBJETIVO DEL MANUAL	6
II.- MARCO JURÍDICO	
III.- PROCEDIMIENTOS	
1. PROCEDIMIENTO PARA ATENDER AL PACIENTE EN EL ÁREA DE TERAPIA INTENSIVA	
2. PROCEDIMIENTO DE TOMA Y PROCESAMIENTO DE MUESTRAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN	
3. PROCEDIMIENTO DE HOSPITALIZACIÓN	
4. PROCEDIMIENTO PARA PROGRAMAR Y ELABORAR ESTUDIOS RADIOLÓGICOS Y DE IMAGENOLÓGIA	
5. PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO HOSPITALARIO POR URGENCIAS	
6. PROCEDIMIENTO DE INTERCONSULTA	WS
7. PROCEDIMIENTO DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO	
8. PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA-QUIRÚRGICA-REHABILITACIÓN FUERA DE QUIRÓFANOS CENTRALES	
9. PROCEDIMIENTO DE RECEPCIÓN ENTREGA DE CADÁVERES Y PRODUCTOS ÓRGANICOS	
10. PROCEDIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN A PACIENTES HOSPITALIZADOS	
11. PROCEDIMIENTO PARA LA PRE ALTA Y ALTA HOSPITALARIA	
12. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN, RECEPCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA POR PARTE DE LAS DIFERENTES ÁREAS DE ATENCIÓN MÉDICA	
13. PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA DE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO O INTERCONSULTA EN INSTITUCIONES DE APOYO	




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

INTRODUCCIÓN

La necesidad creciente de atención médica especializada para los pacientes en estado crítico, aunado a la utilización en forma más adecuada, de los recursos con que cuenta la institución, originó la instalación de una Unidad de Terapia Intensiva en este hospital. Este servicio se presta a población abierta que no cuenta con algún tipo de seguridad social y se encuentra adscrita a la subdirección de anestesia y terapias.

La unidad de terapia intensiva (UTI) no solo es un espacio físico limitado, también es un sistema organizado para la atención de pacientes graves la cual provee cuidados médicos y de enfermería intensivos especializados. Así mismo brinda monitoreo constante para el sostenimiento fisiológico durante el periodo de falla o fallas orgánica(s) de los pacientes, con la capacidad de proveer resucitación rápida y cuidados de soporte cuando son necesarios.

El cuidado intensivo es una especialidad multidisciplinaria e interprofesional que se dedica al manejo integral de los pacientes que tienen o están en riesgo de desarrollar alguna disfunción o disfunciones orgánicas agudas. Este utiliza un abanico de tecnologías que proveen soporte de los órganos o sistemas que están fallando particularmente a los pulmones, sistema cardiovascular y riñones, aunque la especialidad ha desarrollado experiencia en el manejo integral de otras enfermedades como sepsis y el síndrome de insuficiencia respiratoria aguda, su área de experiencia, es la fisiopatología y el soporte de la disfunción orgánica más que el manejo específico de las enfermedades responsables de la enfermedad aguda; la meta primaria del cuidado intensivo es prevenir mayor deterioro mientras se maneja y se trata de resolver la enfermedad causante de este.

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

El presente Manual de Procedimientos se elaboró de acuerdo a la Estructura Orgánica Funcional autorizada por la H. Junta de Gobierno en la Primera Sesión Ordinaria 2011, celebrada el día 11 marzo de 2011 y considerando la Guía Técnica para la elaboración de Manuales de Procedimientos, emitido por la Dirección General de Programación Organización y Presupuesto de la Secretaría de Salud, y la actualización se realizará de acuerdo con los cambios que surjan de la dinámica cotidiana en el desempeño de las funciones y atribuciones encomendadas, así como por modificaciones a la estructura Orgánica Funcional.

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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01 <hr/> Hoja: 4 de 8
-----------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------

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

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

El presente manual consta de 13 procedimientos, congruentes con las atribuciones del Hospital General “Dr. Manuel González” y concuerdan con las actividades que se llevan a cabo en las áreas que lo conforman: Áreas Sustantivas o Médico-Asistenciales, Enseñanza, Investigación y Administrativas.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
			Hoja: 5 de 8

I.- OBJETIVO DEL MANUAL

Establecer las políticas, normas y mecanismos necesarios para el desarrollo de las actividades dirigidas a la atención del paciente críticamente enfermo por parte del personal que conforma la División de Cuidados Intensivos, así como su interacción con otras áreas de servicio del hospital, a fin de brindar oportunamente la atención especializada requerida por los pacientes en estado crítico.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01 <hr/> Hoja: 6 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 Responsabilidades Administrativas.

Ley General de Bienes Nacionales.

Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.

Ley Federal de Austeridad Republicana

Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Ley Federal de los Trabajadores al servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B, del Artículo 123 Constitucional.

Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.

Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.

REGLAMENTOS

Reglamento de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales.

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

Reglamento de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente de Trabajo.

Reglamento 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 Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Sanidad Internacional.

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

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

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

CÓDIGOS

Código Civil Federal.

Código Penal Federal.

Código de Ética de la Administración Pública Federal.

ACUERDOS

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01 <hr/> Hoja: 7 de 8
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------

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

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

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

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

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

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

OTROS ORDENAMIENTOS Y DISPOSICIONES

Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024.

Programa Sectorial de Salud 2020-2024.

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

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

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

Lineamientos en materia de austeridad republicana de la administración pública.

Relación de entidades paraestatales de la Administración Pública Federal.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NOM-015-SSA3-2012, Para la atención integral a personas con Discapacidad.

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.

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

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

NORMA Oficial Mexicana NOM-024-SCT2/2010, Especificaciones para la construcción y reconstrucción, así como los métodos de ensayo (prueba) de los envases y embalajes de las sustancias, materiales y residuos peligrosos.

NORMATIVIDAD INTERNA DEL HOSPITAL GENERAL DOCTOR MANUEL GEA GONZÁLEZ.

Decreto del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

Estatuto Orgánico del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

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

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

Manual de Procedimientos del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

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

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

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

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

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

Código de Conducta del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

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

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



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

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



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

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

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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	Subdirección de Anestesia y Terapias		
	Procedimiento para atender al paciente en el área de Terapia Intensiva		Hoja: 1 de 23

1. PROCEDIMIENTO PARA ATENDER AL PACIENTE EN EL ÁREA DE TERAPIA INTENSIVA

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	Subdirección de Anestesia y Terapias		
	Procedimiento para atender al paciente en el área de Terapia Intensiva		Hoja: 2 de 23

1. PROPÓSITO


Establecer los lineamientos para brindar atención al paciente críticamente enfermo con posibilidades razonables de sobrevivir que requieren de manejo en el área de Terapia Intensiva.

2.0 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a las Subdirecciones Médicas responsables del envío de pacientes críticos y la Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Terapia Intensiva responsable de la atención de paciente crítico, Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica es responsable de realizar la atención de enfermería de todo paciente crítico según las indicaciones médicas.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a todos los pacientes que han sido hospitalizados o ingresados por el servicio de Urgencias y sean considerados para recibir cuidados intensivos.


3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Terapia Intensiva, debe recibir pacientes referidos del Servicio de Urgencias, de las Áreas de Hospitalización o directamente del Quirófano, sólo y exclusivamente los pacientes evaluados y aceptados por el personal médico adscrito a Terapia Intensiva, serán ingresados.
- 3.3 La Dirección Médica a través de las Subdirecciones, Jefaturas de División y Departamento, como servicio solicitante, serán los responsables del cuidado del paciente hasta el momento en que el personal de la Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Terapia Intensiva reciba al paciente, junto con su expediente clínico y radiológico.
- 3.4 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Terapia Intensiva, es el responsable directo de la atención del paciente, debiendo realizar la vigilancia constante del estado de salud; entiendo por esta, todos los procesos que conlleven derivados de la misma.
- 3.6 El egreso del paciente del área de cuidados intensivos se realizará cuando se haya brindado el máximo beneficio, es decir, cuando el estado de salud del paciente mejore o sea irrecuperable, por necesidades del servicio y/o por defunción.
- 3.7 La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Terapia Intensiva, en caso de fallecimiento del paciente, será el encargado del correcto requisitado y llenado por el médico de Terapia Intensiva en turno, del certificado de defunción, la hoja de ingreso y egreso hospitalario.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	PROCEDIMIENTO
	Subdirección de Anestesia y Terapias
	Procedimiento para atender al paciente en el área de Terapia Intensiva. Hoja: 3 de 23

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o anexo
Área de urgencias, Hospitalización y/o Urgencias			
Dirección Médica (Subdirecciones Médicas, Jefaturas De División Y Departamentos Médicos)		INICIA PROCEDIMIENTO	
	1	Realiza PROCEDIMIENTO DE CHOQUE, PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR EL INGRESO DEL PACIENTE DEL ÁREA DE URGENCIAS A LAS ÁREAS DE OBSERVACIÓN y REANIMACIÓN, PROCEDIMIENTO DE HOSPITALIZACIÓN Y PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO	
	2	Solicita Interconsulta para el paciente crítico de urgencias, hospitalización o quirófanos a la División de Terapia Intensiva	
	3	Realiza PROCEDIMIENTO DE INTERCONSULTA	Solicitud de Interconsulta
Subdirección de Anestesia y Terapias (Jefatura de División de Terapia Intensiva)	4	Recibe solicitud de Interconsulta	
	5	Analiza el estado Integral del paciente y delimita prioridades	
		¿Cumple criterios para el ingreso a Terapia Intensiva?	
	6	No: Elabora Nota de Valoración indicando que no cumple criterios. Termina procedimiento.	
	7	Acepta al paciente y lo justifica en la nota de Interconsulta	
	8	Solicita el envío del paciente	
Dirección Médica (Subdirecciones Médicas, Jefaturas De División Y Departamentos Médicos)	9	Realiza Resumen Clínico completo y prepara expediente completo	Resumen Clínico
	10	Realiza PROCEDIMIENTO DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO	Expediente clínico

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	PROCEDIMIENTO
	Subdirección de Anestesia y Terapias
	Procedimiento para atender al paciente en el área de Terapia Intensiva.

Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o anexo
Área de Terapia Intensiva			
Subdirección de Anestesia y Terapias (Jefatura de División de Terapia Intensiva)	11	Recibe al paciente con expediente completo y resumen clínico	
	12	Realiza el Ingreso del Paciente en la Terapia Intensiva y firma del consentimiento informado	
	13	Valora si el paciente amerita estudios de laboratorio ¿Amerita estudios de laboratorio?	
	14	Si: Realiza PROCEDIMIENTO DE TOMA Y PROCESAMIENTO DE MUESTRAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN. Continúa actividad 15.	Solicitud de Estudios de Laboratorio
	15	No: Continúa atención médica	
	16	Determina si amerita estudios de gabinete ¿Amerita estudios de gabinete?	
	17	Si: Realiza PROCEDIMIENTO PARA PROGRAMAR Y ELABORAR ESTUDIOS RADIOLÓGICOS Y DE IMAGENOLOGÍA. Continúa actividad 18.	Solicitud de Estudios de Gabinete
	18	No: Continúa atención médica	
	19	Determina si amerita una intervención médico-quirúrgica ¿Amerita alguna intervención médico quirúrgica?	
	20	Si: Realiza PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA-QUIRÚRGICA-REHABILITACIÓN FUERA DE QUIRÓFANOS CENTRALES. Continúa actividad 21.	



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

PROCEDIMIENTO

Subdirección de Anestesia y Terapias

Procedimiento para atender al paciente en el área de Terapia Intensiva.

Subdirección de Anestesia y Terapias (Jefatura de División de Terapia Intensiva)	21	No: Continúa atención médica	
	22	Determina si amerita Interconsulta con otra Especialidad ¿Amerita Interconsulta con otra especialidad?	
	23	Si: Realiza PROCEDIMIENTO DE INTERCONSULTA. Continúa actividad 24.	
	24	No: Continúa atención médica	
	25	Determina si amerita tratamiento de Rehabilitación ¿Amerita tratamiento de Rehabilitación?	
	26	Si: Realiza PROCEDIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN A PACIENTES HOSPITALIZADOS. Continúa actividad 27.	
	27	No: Continúa atención médica	
	28	Determina si requiere valoración por Nutrición ¿Amerita Interconsulta por Nutrición?	
	29	Si: Realiza PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN NUTRICIONAL DEL PACIENTE HOSPITALIZADO. Continúa actividad 30.	
	30	No: Continúa atención médica	
	31	Determina si amerita interconsulta o algún estudio complementario en alguna Institución de apoyo	



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

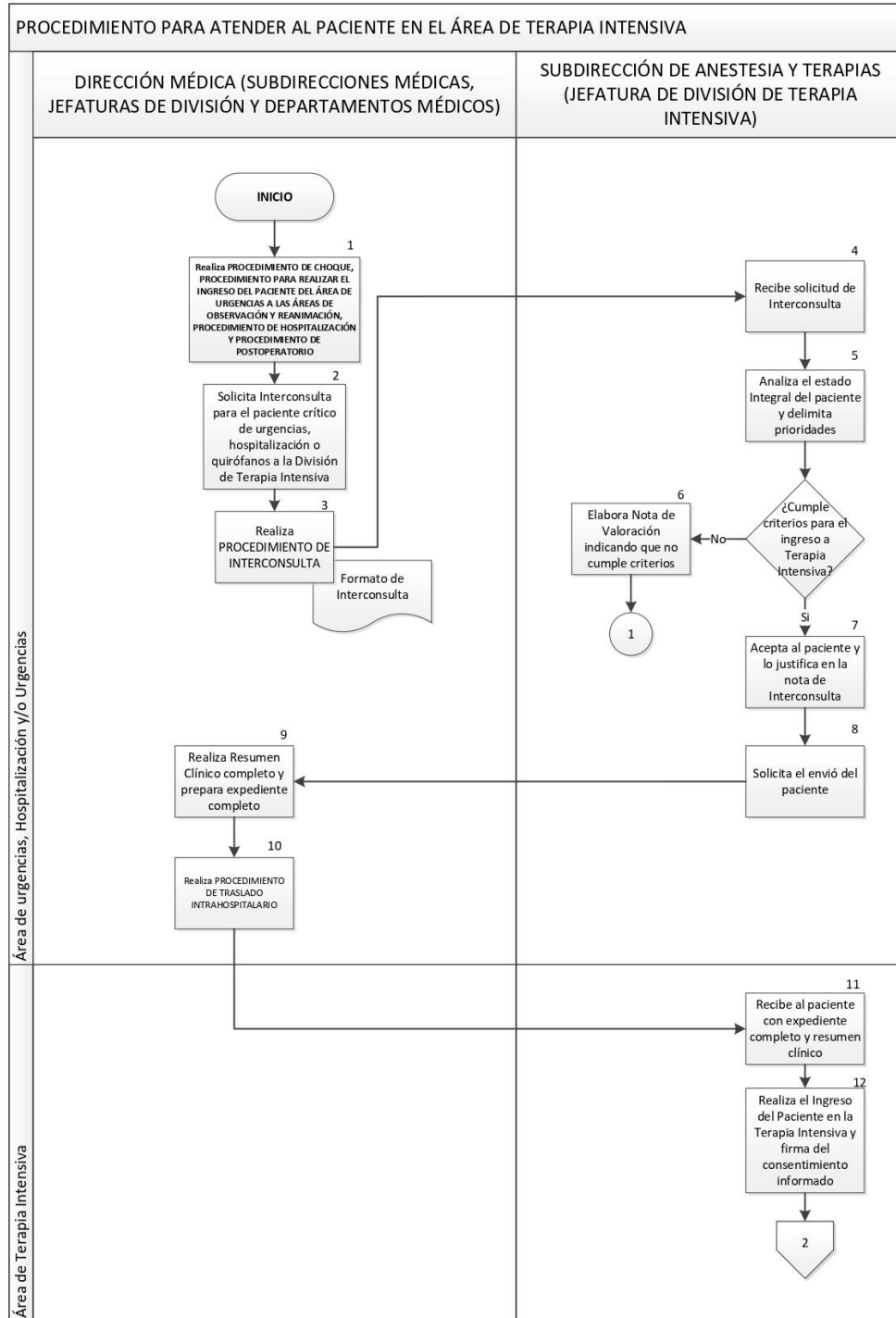
PROCEDIMIENTO

Subdirección de Anestesia y Terapias

Procedimiento para atender al paciente en el área de Terapia Intensiva.

Subdirección de Anestesia y Terapias (Jefatura de División de Terapia Intensiva)		¿Amerita Interconsulta o Estudio Complementario en alguna institución de apoyo?	Notas de Evolución
	32	Si: Realiza PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA DE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO O INTERCONSULTA EN INSTITUCIONES DE APOYO. Continúa actividad 33.	
	33	No: Continúa atención médica	
	34	Determina la necesidad de transfusión de algún componente sanguíneo	
		¿Amerita trasfusión de algún componente sanguíneo?	
	35	Si: Elabora Solicitud de Componente sanguíneo, toma de piloto y firma de consentimiento informado	
	36	No: Continúa atención médica	
	37	Elabora Indicaciones Médicas según las necesidades del paciente	
	38	Realiza Nota de Evolución por turno	
	39	Vigila al paciente hasta su egreso del servicio	
	40	Realiza PROCEDIMIENTO DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO	
	41	Se realiza traslado e ingreso a hospitalización del paciente	
	42	Detona PROCEDIMIENTO DE HOSPITALIZACIÓN TERMINA PROCEDIMIENTO	

5. DIAGRAMA DE FLUJO

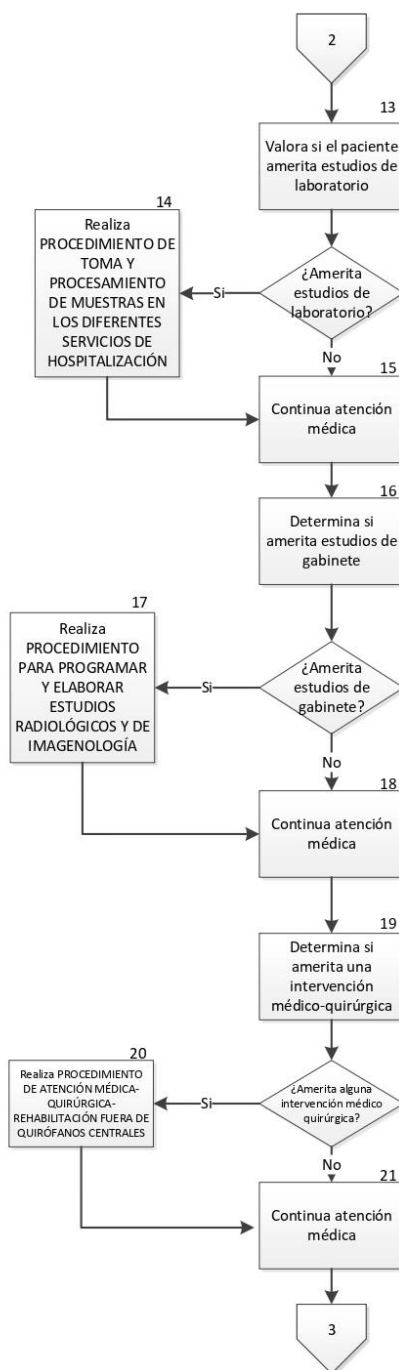




PROCEDIMIENTO PARA ATENDER AL PACIENTE EN EL ÁREA DE TERAPIA INTENSIVA

SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS (JEFATURA DE DIVISIÓN DE TERAPIA INTENSIVA)

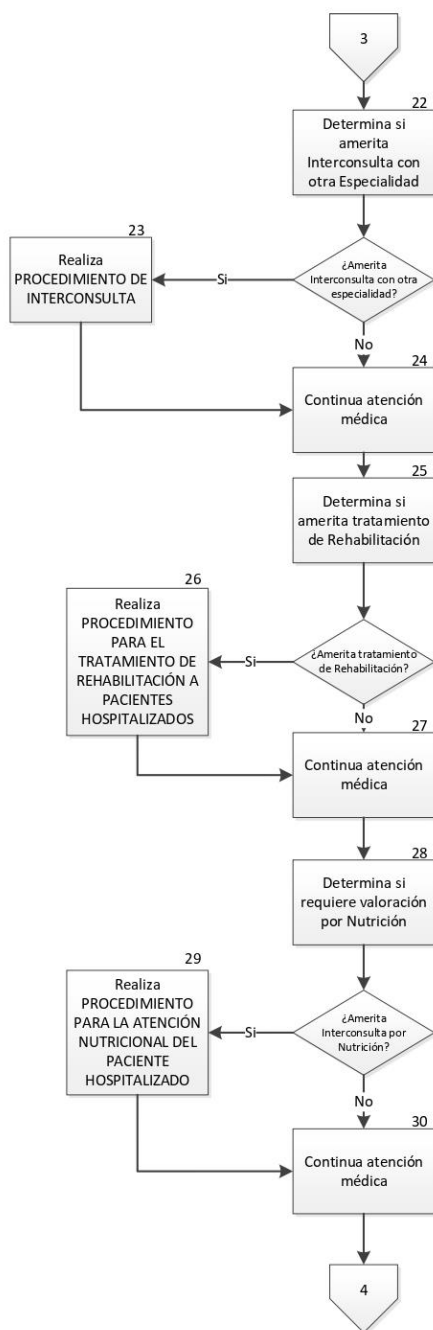
Área de Terapia Intensiva





PROCEDIMIENTO PARA ATENDER AL PACIENTE EN EL ÁREA DE TERAPIA INTENSIVA

SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS (JEFATURA DE DIVISIÓN DE TERAPIA INTENSIVA)

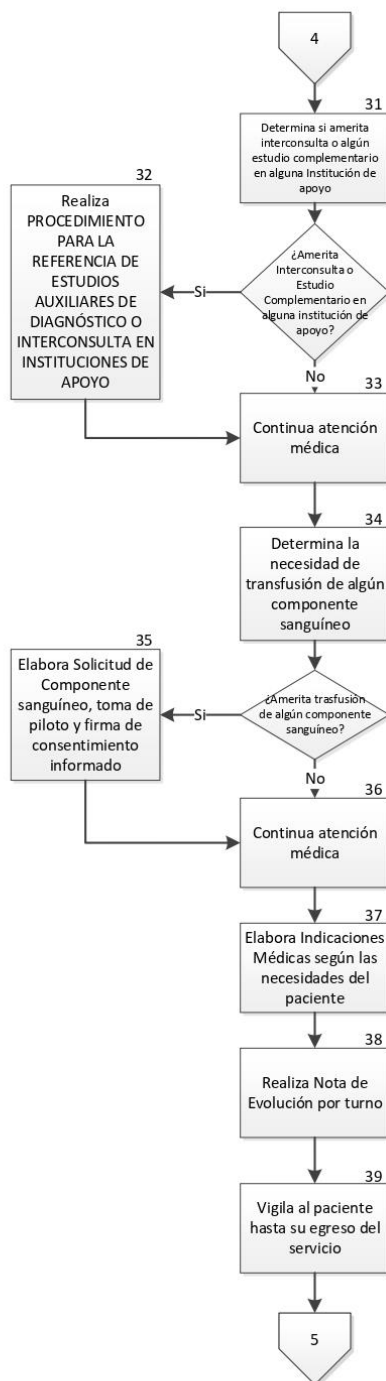




PROCEDIMIENTO PARA ATENDER AL PACIENTE EN EL ÁREA DE TERAPIA INTENSIVA

SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS (JEFATURA DE DIVISIÓN DE TERAPIA INTENSIVA)

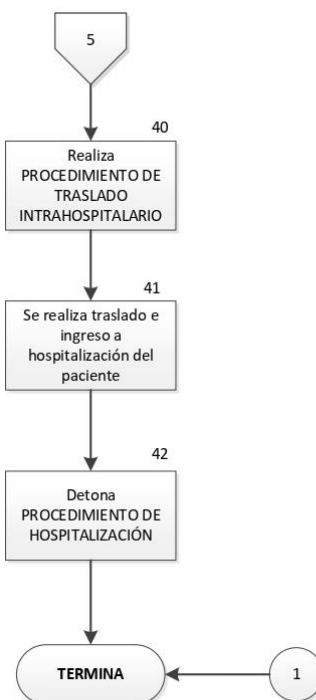
Área de Terapia Intensiva







PROCEDIMIENTO PARA ATENDER AL PACIENTE EN EL ÁREA DE TERAPIA INTENSIVA

SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS (JEFATURA DE DIVISIÓN DE TERAPIA INTENSIVA)



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Anestesia y Terapias		
	Procedimiento para atender al paciente en el área de Terapia Intensiva.		Hoja: 12 de 23

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización	No Aplica
6.2 NOM-025-SSA3-2013 Para la organización y funcionamiento de cuidados intensivos	No Aplica
6.3 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	5 años	Subdirección de Anestesia y Terapias (División de Terapia Intensiva)	Solicitud por fecha y nombre

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO



- 8.1 Estado agudo crítico: alteraciones fisiológicas que ponen en peligro inmediato la vida de los pacientes que presentan enfermedades con posibilidades razonables de recuperación
- 8.2 Paciente en estado agudo crítico: aquel que presenta alteración de uno o más de los principales sistemas fisiológicos, con pérdida de autorregulación, que requiere soporte artificial de sus funciones vitales, asistencia continua y que es potencialmente recuperable.
- 8.3 Terapia Intensiva: Área médica en la que previa valoración del médico adscrito se interna a pacientes críticamente graves.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO



Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
02	02/05/2022	Se actualiza, propósito, alcance, descripción del procedimiento y diagrama

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Solicitud de ingreso
- 10.2 Solicitud de estudios de gabinete
- 10.3 Solicitud interconsulta
- 10.4 Abordaje Multidisciplinario para los eventos asociados a ventilación

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Anestesia y Terapias		
	Procedimiento para atender al paciente en el área de Terapia Intensiva.		Hoja: 13 de 23

- 10.5** Nota de ingreso a la unidad de terapia intensiva
- 10.6** Formato de infección nosocomial de medios invasivos
- 10.7** Hoja de enfermería de áreas críticas
- 10.8** Reporte de seguimiento transfusional
- 10.9** Hoja de traslado seguro
- 10.10** Consentimiento Informado

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Anestesia y Terapias		Hoja: 14 de 23
	Procedimiento para atender al paciente en el área de Terapia Intensiva.		

10.1 SOLICITUD DE INGRESO

HOSPITAL GENERAL
DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ



SOLICITUD DE INGRESO HOSPITALARIO

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



10.2 SOLICITUD DE ESTUDIOS DE GABINETE



HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
SOLICITUD DE ESTUDIOS
RADIOLOGÍA E IMAGEN

FECHA DE NACIMIENTO

NÚMERO DE EXPEDIENTE

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

APPELLIDO 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 TOMOGRAFIA CONTRASTE ENDOVENOSO, ANOTAR EL VALOR DE CREATININA (VIGENCIA DEL ESTUDIO, DOS MESES)



FECHA Y HORA DE SOLICITUD
DIA MES AÑO
HORA:

MÉDICO SOLICITANTE
NOMBRE Y FIRMA

MÉDICO JEFE DEL SERVICIO
NOMBRE Y FIRMA

OBSERVACIONES POR RADIOLOGÍA E IMAGEN

INDICACIONES AL PACIENTE

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Anestesia y Terapias		
	Procedimiento para atender al paciente en el área de Terapia Intensiva.		Hoja: 16 de 23

10.3 SOLICITUD INTERCONSULTA

HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"



SOLICITUD DE INTERCONSULTA

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

LICENCIA SANITARIA 1014004673

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

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



10.5 NOTA DE INGRESO A LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

NOTA DE INGRESO	HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZALEZ"
SERVICIO: UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA	



NOMBRE: XXX FECHA DE NACIMIENTO: 00.00.0000 EDAD: AÑOS

SEXO: XXX No. EXP.: 000000 SIGNOS VITALES: T.A. 00/00 (00) mmHg 000 lpm F.R. 00 rpm

00.0°C XX Kg 000 cm 00.00.0000 00:00 Hrs

TEMP.: 00.0°C PESO: XX Kg TALLA: 000 cm FECHA Y HORA DE ELABORACIÓN: 00.00.0000 00:00 Hrs

FECHA Y HORA DE INGRESO: 00.00.0000 00:00 Hrs

NOTA DE INGRESO A TERAPIA INTENSIVA

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre:		Edad:	
Género:		Ocupación:	
Fecha de Nacimiento:		Lugar de nacimiento:	
Lugar de residencia:		Estado Civil:	
Escolaridad:		Religión:	
Fecha y hora de ingreso a URG:		Fecha y hora de ingreso UCI:	
Procedencia:		Interrogatorio:	
Lateralidad Manual:		Tipo sanguíneo:	
Persona responsable:		Cama:	
Domicilio:		No. Expediente:	
Teléfono:		Reingreso:	
Seguro popular, IMSS o ISSSTE:		Fecha y hora de elaboración:	

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Abuelo materno:	
Abuela materna:	
Abuelo paterno:	
Abuela paterna:	
Padre:	
Madre:	
Hermanos:	
Hijos:	

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Vivienda:	
Alimentación:	
Higiene:	
Actividad física:	
Convivencia con animales:	
Tatuajes y perforaciones:	
Inmunizaciones:	
Estancia en minas o cavernas:	
Exposición a biomasa:	
Exposición a tuberculosis:	

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS O ANDROGENICOS

Inicio Vida Sexual Activa:		Número y Tipo de Parejas:	
Método Planificación Familiar:			

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Exantemáticas:	
Infectocontagiosos:	
Crónico degenerativas:	
Alérgicos:	
Hospitalizaciones:	
Quirúrgicos:	
Traumáticos:	
Transfusionales:	
Tabaquismo:	
Alcoholismo:	
Toxicomanías:	
Medicamentos:	

PADECIMIENTO ACTUAL Y EVOLUCIÓN INTRAHOSPITALARIA:

INICIO, EVOLUCIÓN Y ACTUALMENTE.

EVOLUCIÓN INTRAHOSPITALARIA:
Fecha y hora de ingreso a URGENCIAS. Signos vitales y alteraciones en la exploración física.



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Subdirección de Anestesia y Terapias

Procedimiento para atender al paciente en el área de Terapia Intensiva.

gea
hospital

Rev. 0

Hoja: 19 de 23

10.6 FORMATO DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL DE MEDIOS INVASIVOS

HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
CALZADA DE TLALPAN 4800, COL. SECCIÓN XVI C.P. 14080
DELEG. TLALPAN, MÉXICO, D.F. TEL. 4000-3000



FORMATO DE INFECCION NOSOCOMIAL DE MEDIOS INVASIVOS (FEIN 2.00)

NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ No. DE EXPEDIENTE _____ SERVICIO _____ CAMA _____
FECHA INGRESO _____ FECHA EGRESO _____ EDAD _____ SEXO _____ FECHA Y HORA DE ELABORACION _____

DIAGNOSTICO 1 _____		DIAGNOSTICO 2 _____									
DIAGNOSTICO 3 _____		DIAGNOSTICO 4 _____									
TIPO DE INFECCION INTRAHOSPITALARIA											
1- _____		1- _____									
2- _____		2- _____									
3- _____		3- _____									
TIPO DE INFECCION COMUNITARIA											
1- _____		1- _____									
2- _____		2- _____									
3- _____		3- _____									
CATETERS*	FECHA INST.	FECHA RETIRO	ANTISEPTICO	BATA	GUANTES	CUBRE-BOCA	GUANTES	INDICACIONES DE RETIRO INFECCION		CAMBIO	INSTALO
1a. Arterial ()	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2a. Arterial ()	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
1a. Venosa Central ()	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2a. Venosa Central ()	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3a. Venosa Central ()	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
1a. Venodisales ()	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2a. Venodisales ()	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3a. Venodisales ()	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
4a. Venodisales ()	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
7a. Venodisales ()	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
*B=Subclavia Y= Yugular P=Percutánea SE=Seldinger											
OTROS CATETERS											
OBSERVACIONES											
SELLO DE AGUA	FECHA INST.	FECHA RETIRO	ANTISEPTICO	BATA	GUANTES	CUBRE-BOCA	GUANTES	INDICACIONES DE RETIRO INFECCION		CAMBIO	INSTALO
INDICACIONES DE INSTALACION:											
SONDAS	FECHA INST.	FECHA RETIRO	ANTISEPTICO	BATA	GUANTES	CUBRE-BOCA	GUANTES	INDICACIONES DE RETIRO INFECCION		CAMBIO	INSTALO
Foley Transitoria	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Foley Permanente	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Foley Intermitente	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nasogástrica	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nasointestinal	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
OBSERVACIONES											
ASISTENCIA VENTILATORIA	FECHA INST.	FECHA RETIRO	QUIROFANO	SERVICIO	GUANTES	CUBRE-BOCA	MEJORA	INDICACIONES DE RETIRO INFECCION		CAMBIO	INSTALO
Cámbula	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
TT traqueostomía	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Circuitos de extracción	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
OBSERVACIONES											
Nebulizador	FECHA INST.	FECHA RETIRO	CAMBIO CIRCUTO	MEJORA	INDICACIONES DE RETIRO INFECCION	CAMBIO	INSTALO				
Vent. Vol.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____				
Vent. Pres.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____				
OBSERVACIONES											

06-01-0183

LICENCIA SANITARIA 1014004673

10.8 REPORTE DE SEGUIMIENTO TRANSFUSIONAL



HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
REPORTE SEGUIMIENTO TRANSFUSIONAL

PACIENTE: _____ FECHA DE NAC.: _____ FECHA Y HORA: _____
 No. CAMA: _____ EXPEDIENTE: _____ GRUPO Y RH: _____
 MÉDICO TRATANTE: _____ DIAGNÓSTICO: _____

FECHA DE LA TRANSFUSIÓN	NÚMERO DE LA UNIDAD	TIPO DE COMPONENTE	HORA DE INICIO	SIGNOS VITALES			HORA DE TÉRMINO	VOLUMEN TRANS.	NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN APLICÓ LA TRANSFUSIÓN	MÉDICO QUE INDICA	ESTADO GENERAL DEL PACIENTE Y OBSERVACIONES
				T.A.	F.C.	TEMP.					
				ANTES							
				DURANTE							
				DESPUÉS							
				ANTES							
				DURANTE							
				DESPUÉS							
				ANTES							
				DURANTE							
				DESPUÉS							
				ANTES							
				DURANTE							
				DESPUÉS							
				ANTES							
				DURANTE							
				DESPUÉS							
				ANTES							
				DURANTE							
				DESPUÉS							

LICENCIA SANITARIA 10/4004673



10.9 HOJA DE TRASLADO SEGURO

Hospital General "Dr. Manuel Gea González"



HOJA DE TRASLADO SEGURO DEL PACIENTE

Salida

Nombre completo del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ No. de Expediente: _____

Servicio Solicitante: _____ Fecha de Traslado: _____ Hora de Traslado: _____

Servicio al que se traslada: _____ Diagnóstico: _____ Médico Tratante: _____

Parámetros Clínicos		
	Antes del traslado	Al llegar al servicio de traslado
TA		
SaO ₂		
FC		
Glasgow		

Condición Clínica			
Categoría 1 (Estable)	<input type="checkbox"/>	Urgente	<input type="checkbox"/>
Categoría 2 (Délicado)	<input type="checkbox"/>	Programado	<input type="checkbox"/>
Categoría 3 (Grave)	<input type="checkbox"/>	Hora Programada:	_____

Observaciones : _____

Traslado	
Intrahospitalario	<input type="checkbox"/>
Extrahospitalario	<input type="checkbox"/>
Camilla	<input type="checkbox"/>
Silla de Ruedas	<input type="checkbox"/>
Motivo de Traslado	
Interconsulta	<input type="checkbox"/>
Procedimiento	<input type="checkbox"/>
Estudio	<input type="checkbox"/>
Quirófano	<input type="checkbox"/>
Hospitalización	<input type="checkbox"/>
Riesgo de Caída	
Alto Riesgo	<input type="checkbox"/>
Mediano Riesgo	<input type="checkbox"/>
Bajo Riesgo	<input type="checkbox"/>

Lista de verificación	SI			NO			NA			Equipos	
										Bateria/Alarma	
Inhaloterapia verifica la Ventilación mecánica											
Personal de enfermería y médico verifican la Inmovilización de paciente politraumatizado											
Enfermería verifica el Tanque de Oxígeno											
Enfermería verifica el Acceso Venoso:				Catéter Central							
Enfermería verifica la Bomba de Infusión											
Enfermería verifica la infusión de Aminas											
Enfermería y Médico verifican la Sedación/Vasopresor											
Enfermería verifica el Monitor de Signos Vitales											
Enfermería verifica el Oxímetro de Pulso											
Enfermería verifica el Maletín de Traslado*											
Expediente Clínico											
Consentimiento Informado											
Solicitud Completa											
Ayuno											
Médico											
Enfermera											
Inhaloterapeuta											
Camillero											

*Paciente con categoría 2 y 3, obligatorio "Maletín de traslado".
NA= No Aplica.



Regreso

Hora de Regreso al Servicio: _____

¿El paciente regresó en las mismas condiciones? SI NO

Explique Brevemente: _____

Explique brevemente si se presentaron incidentes en el proceso del traslado y el estudio: _____

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Anestesia y Terapias		
	Procedimiento para atender al paciente en el área de Terapia Intensiva.		Hoja: 23 de 23

10.10 CONSENTIMIENTO INFORMADO

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



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

El (la) suscrito (a) paciente de esta institución, con fecha de nacimiento _____ con número de expediente clínico _____ en pleno uso de mis facultades, declaro que la/el Dra. (Dr.) _____ Adscrita (o) al Servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos _____ me ha explicado ampliamente que en mi situación _____ es conveniente realizar el siguiente acto médico: _____

En un lenguaje claro y sencillo que he comprendido, se me ha expuesto los riesgos que todo acto médico, diagnóstico o terapéutico sea quirúrgico o no quirúrgico lleva implícito, así como las complicaciones mayores o menores que pueden surgir, en ocasiones potencialmente serias que pueden ocasionar la muerte o que requieran procedimientos y/o tratamientos complementarios médicos o quirúrgicos que incrementen la estancia hospitalaria. También se me ha mencionado que dichas complicaciones pueden ser derivadas directamente de la propia técnica, pero otras dependerán del procedimiento, del estado previo del paciente y de los tratamientos que esté recibiendo o de las posibles anomalías anatómicas y/o de la utilización de equipos médicos. Entre los riesgos y complicaciones que pueden surgir en mi caso, se encuentran:

Y dentro de los beneficios esperados de los procedimientos, quirúrgico, técnicas y/o invasivos son:

Así como las posibles alternativas al tratamiento quirúrgico, procedimiento y/o técnica:

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

También se me ha informado que por contingencia sanitaria y/o evento natural mi representante legal puede recibir llamadas telefónicas para informarle sobre mi estado de salud, en horarios diferentes según sea el caso y por el estado de gravedad de mi salud.

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

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

En la Ciudad de México, a los _____ días del mes de _____ del 20_____



Hora: _____

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PACIENTE



NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de toma y procesamiento de muestras en los diferentes servicios de hospitalización		Hoja: 1 de 12

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

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

1. PROPÓSITO

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

2. ALCANCE

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

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

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

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

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



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

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


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

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

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


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

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

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	PROCEDIMIENTO
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS
	Procedimiento de toma y procesamiento de muestras en los diferentes servicios de hospitalización Hoja: 4 de 12

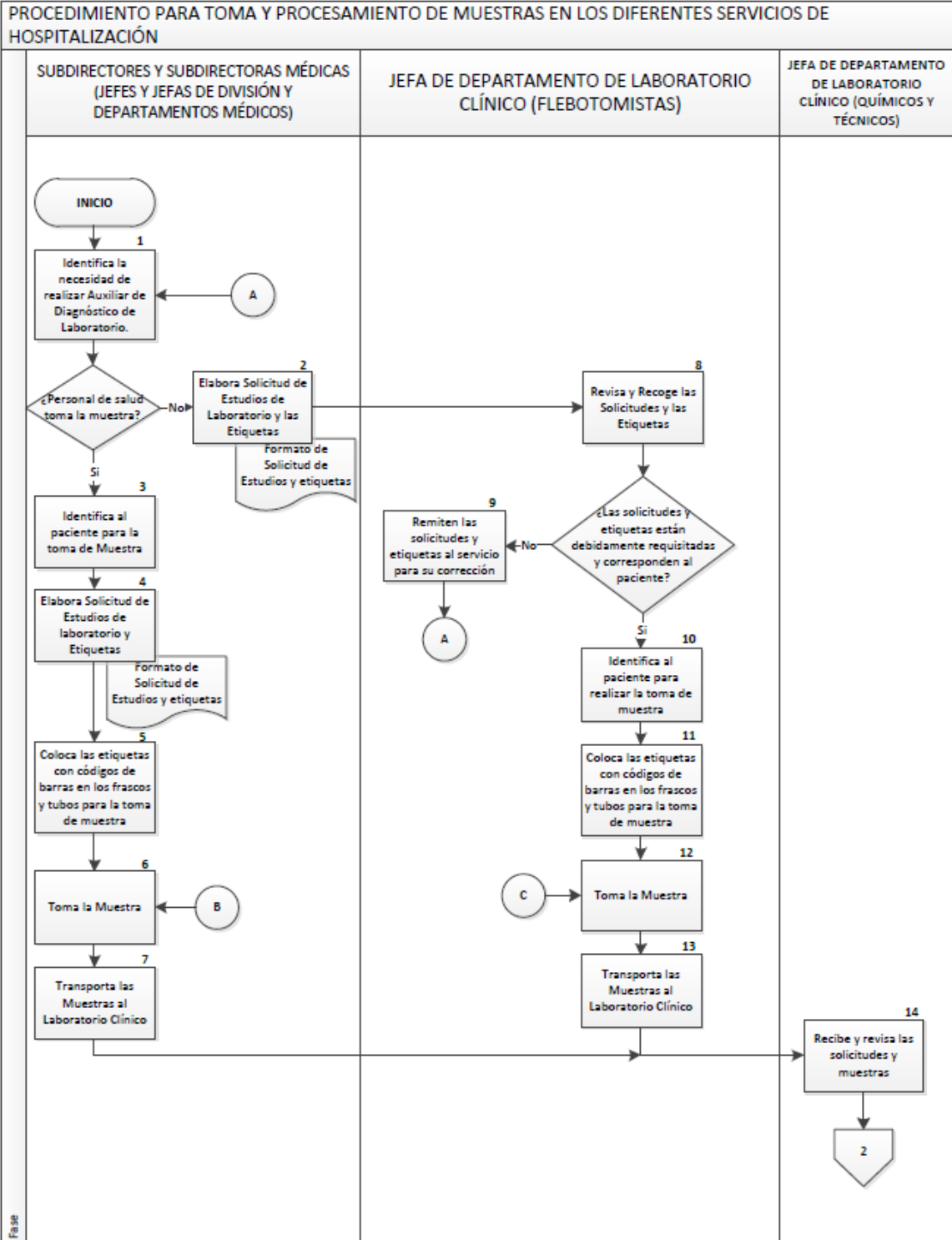
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

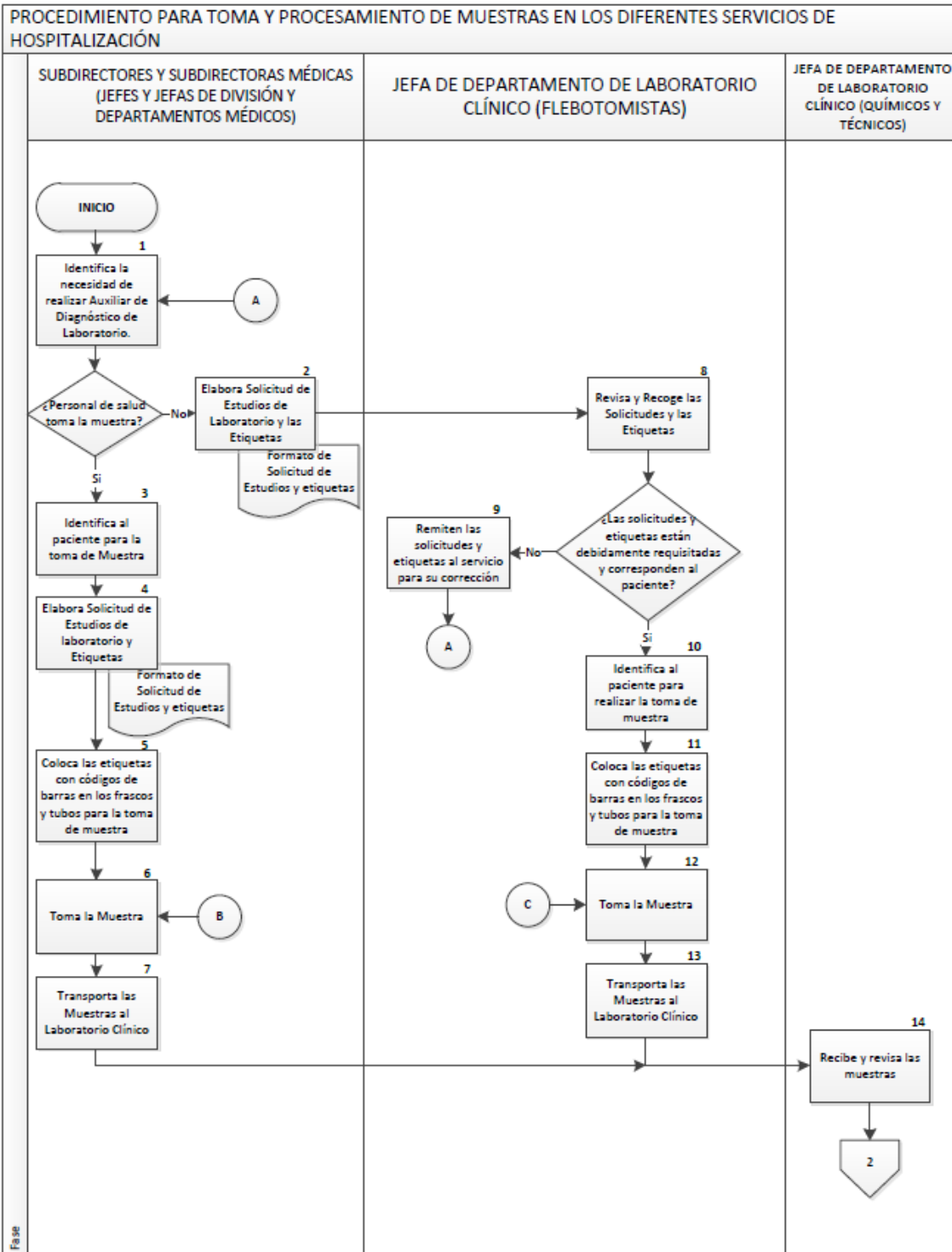
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirectores y Subdirectoras Médicas (Jefes y Jefas de División y Departamentos Médicos)	1	Identifica la necesidad de realiza un Auxiliar de Diagnóstico de Laboratorio ¿Personal de salud toma la muestra?	Solicitud de Laboratorio
	2	No: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

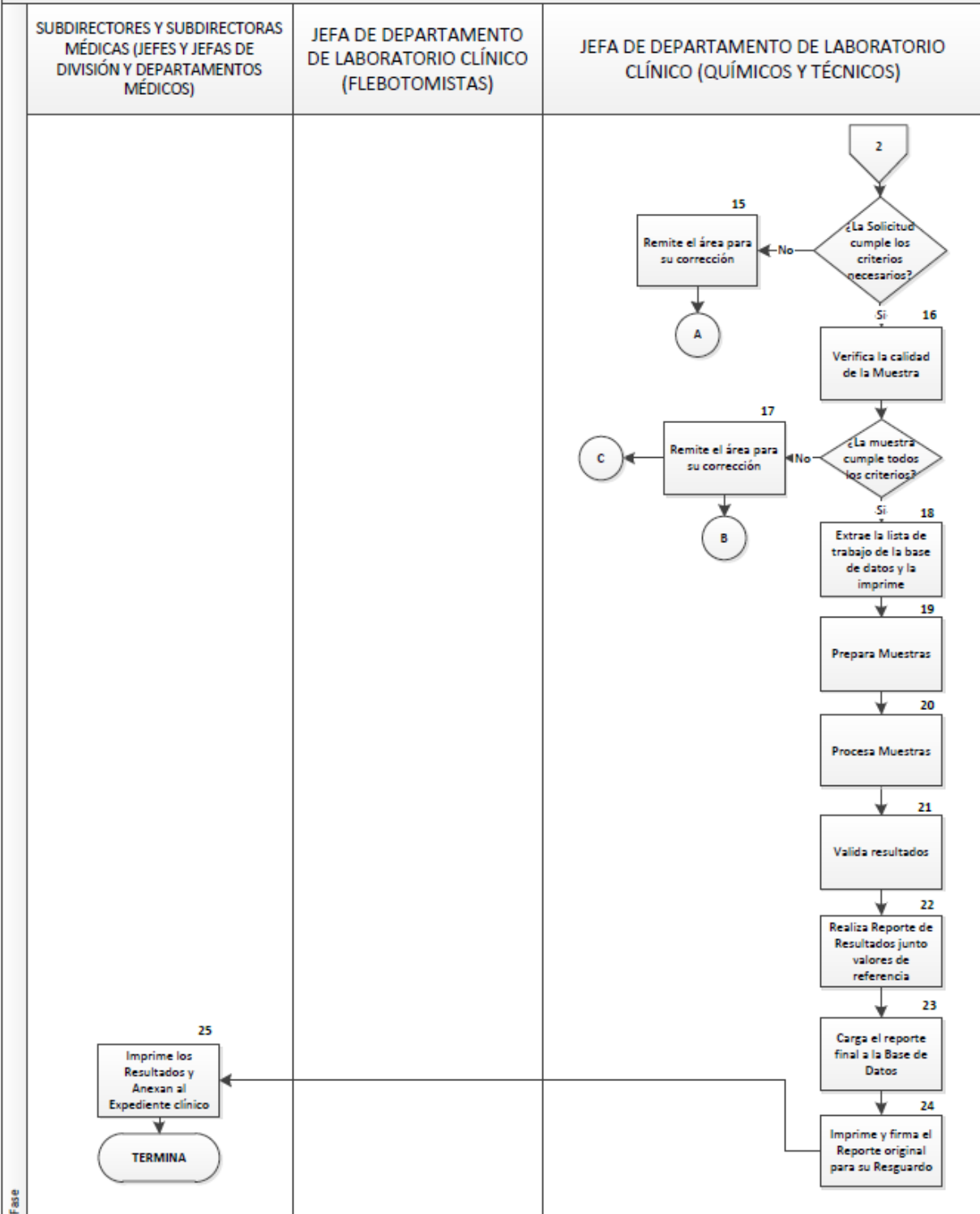
	PROCEDIMIENTO
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS
	Procedimiento de toma y procesamiento de muestras en los diferentes servicios de hospitalización Hoja: 5 de 12



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

5. DIAGRAMA DE FLUJO





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


	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de toma y procesamiento de muestras en los diferentes servicios de hospitalización		Hoja: 9 de 12

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

7. REGISTROS

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


8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

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

8.2 Característica: Rasgo diferenciador

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

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

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

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

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

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

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


9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

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

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Solicitud de Laboratorio

10.2 Reporte de Resultados

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de toma y procesamiento de muestras en los diferentes servicios de hospitalización		Hoja: 11 de 12

10.1 Solicitud de Laboratorio





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

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

NO UTILIZAR PAPEL CARBÓN EN LA ELABORACIÓN DE ESTA SOLICITUD. GRACIAS.		
HEMATOLOGÍA		
<input type="checkbox"/>	1565	BIOMETRÍA HEMÁTICA
<input type="checkbox"/>	1604	RECuento DE RETICULOCITOS
<input type="checkbox"/>	1593	ESTUDIO DE PLASMODIUM
<input type="checkbox"/>	1635	VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR
<input type="checkbox"/>	1535	EOSINOFILOS EN MOCO NASAL
<input type="checkbox"/>	1763	PROCALCITONINA
HEMOSTASIA		
<input type="checkbox"/>	1607	TIEMPO DE PROTROMBINA
<input type="checkbox"/>	1609	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL
<input type="checkbox"/>	1608	TIEMPO DE TROMBINA
<input type="checkbox"/>	1516	ANTITROMBINA III
<input type="checkbox"/>	1584	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 VIII
<input type="checkbox"/>	1671	CUANTIFICACIÓN DE FACTOR VIII
BIOQUÍMICA		
<input type="checkbox"/>	1588	GLUCOSA
<input type="checkbox"/>	1600	BUN
<input type="checkbox"/>	1572	CREATININA
<input type="checkbox"/>	1636	ÁCIDO ÚRICO
<input type="checkbox"/>	1605	SODIO
<input type="checkbox"/>	1648	POTASIO
<input type="checkbox"/>	1570	CLORURO
<input type="checkbox"/>	1568	CALCIO
<input type="checkbox"/>	1586	FÓSFORO
<input type="checkbox"/>	1599	MAGNESIO
<input type="checkbox"/>	1571	COLESTEROL TOTAL
<input type="checkbox"/>	1524	COLESTEROL HDL
<input type="checkbox"/>	1630	TRIGLICERIDOS
<input type="checkbox"/>	1517	APOLIPOPROTEÍNA A
<input type="checkbox"/>	1518	APOLIPOPROTEÍNA B
<input type="checkbox"/>	1594	HEMOGLOBINA GLUCOSILADA
<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	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	PEPTIDO NATRIURÉTICO TIPO B (BNP)
<input type="checkbox"/>	1601	PROTEÍNA C REACTIVA

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

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de toma y procesamiento de muestras en los diferentes servicios de hospitalización		Hoja: 12 de 12

10.2 Reporte de Resultados



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





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



Copia de Laboratorio

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

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

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 1 de 103

3. PROCEDIMIENTO DE HOSPITALIZACIÓN

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 2 de 103

1. PROPÓSITO



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

2. ALCANCE



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

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

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


 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 3 de 103

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

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 4 de 103


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

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


 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	PROCEDIMIENTO
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS
	Procedimiento de Hospitalización Hoja: 5 de 103

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

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

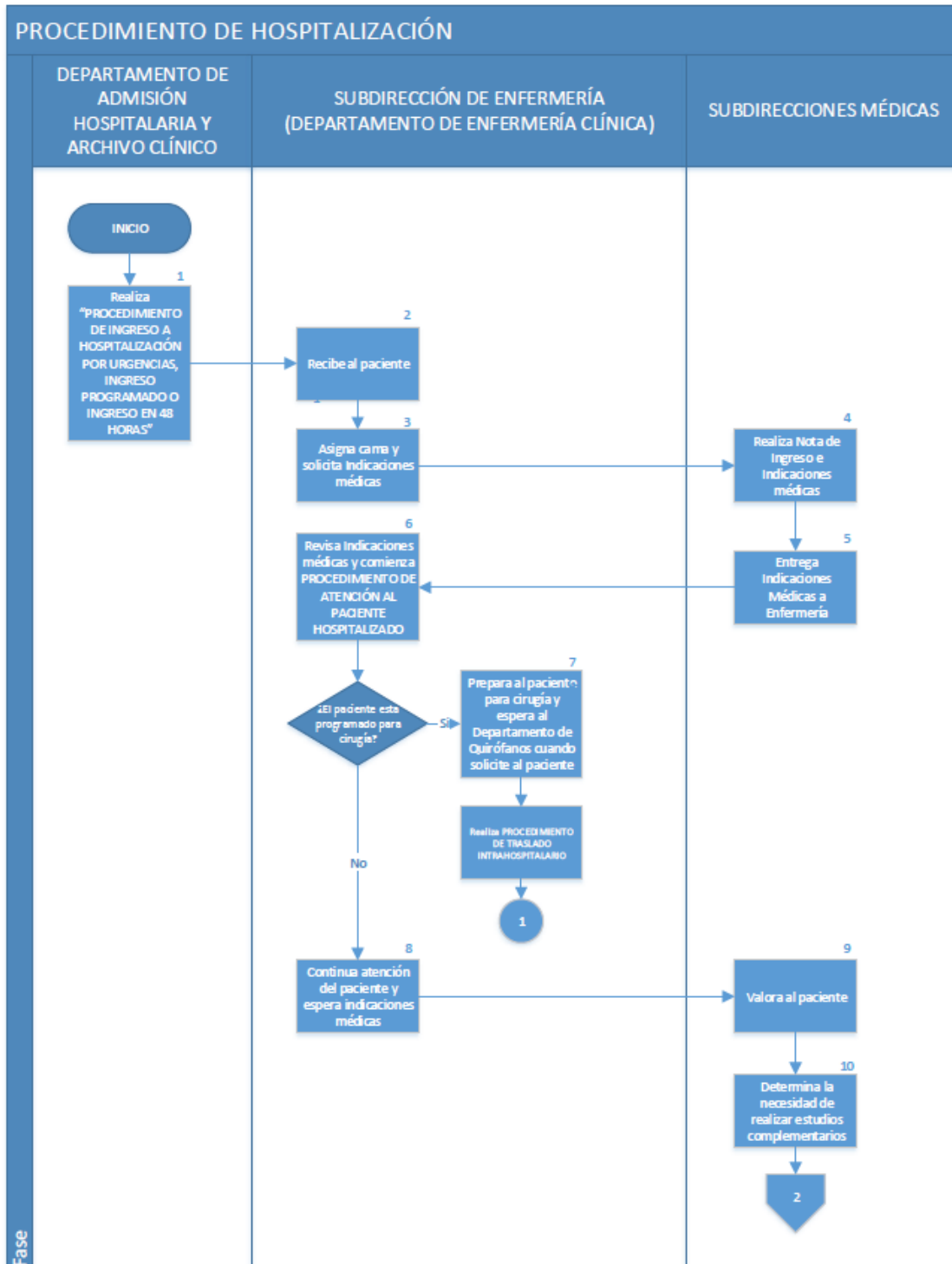
 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	PROCEDIMIENTO
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS
	Procedimiento de Hospitalización Hoja: 6 de 103

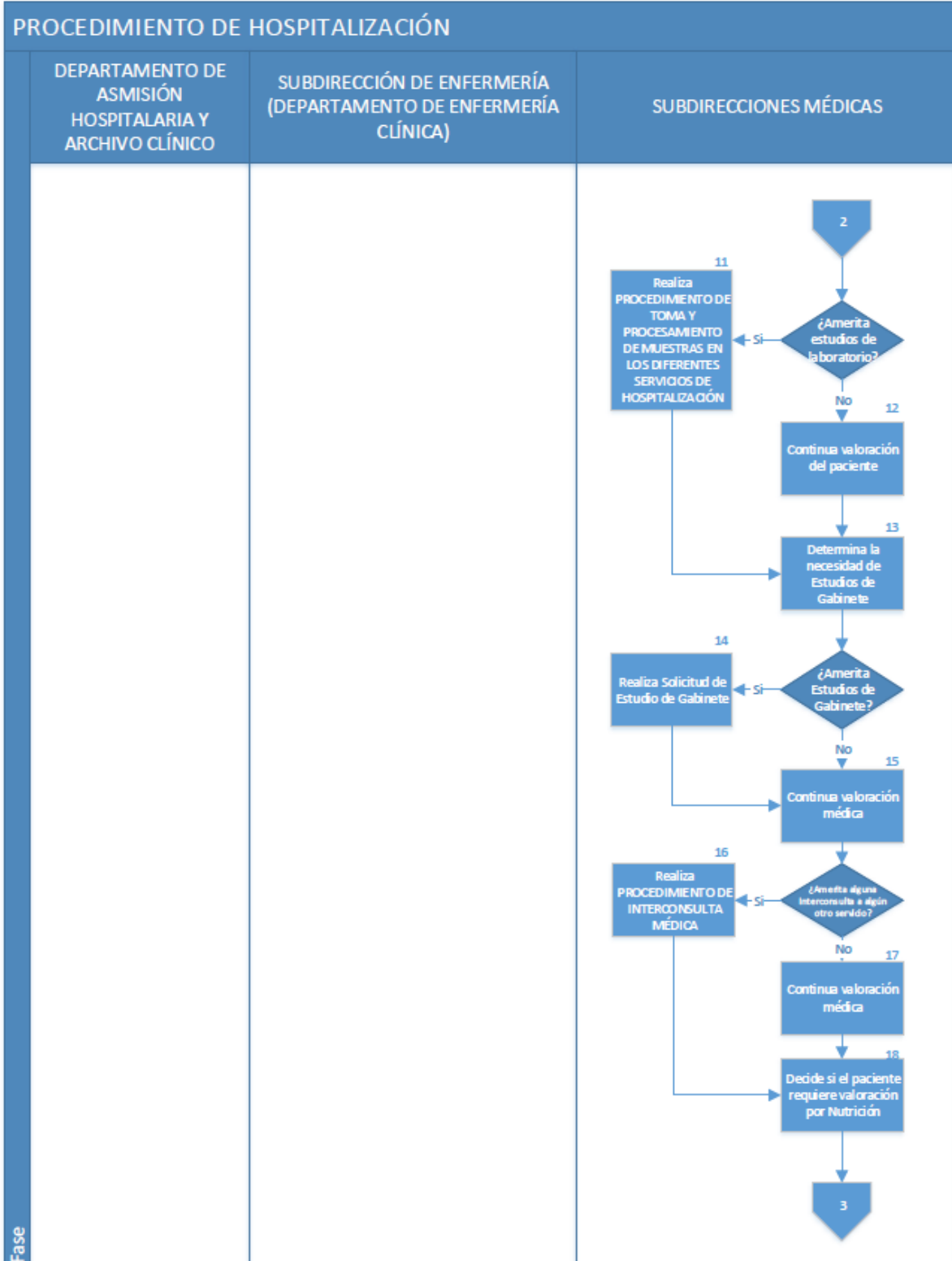
	13	Determina la necesidad de estudios de gabinete ¿Amerita estudios de gabinete?	Solicitud de estudio de gabinete (radiología e imagen, endoscopia)
	14	Si: Realiza Solicitud de Estudio de Gabinete	
	15	No: Continúa valoración del paciente ¿Amerita alguna Interconsulta a algún otro servicio?	
	16	Si: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

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	PROCEDIMIENTO
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS
	Procedimiento de Hospitalización Hoja: 7 de 103

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

5. DIAGRAMA DE FLUJO



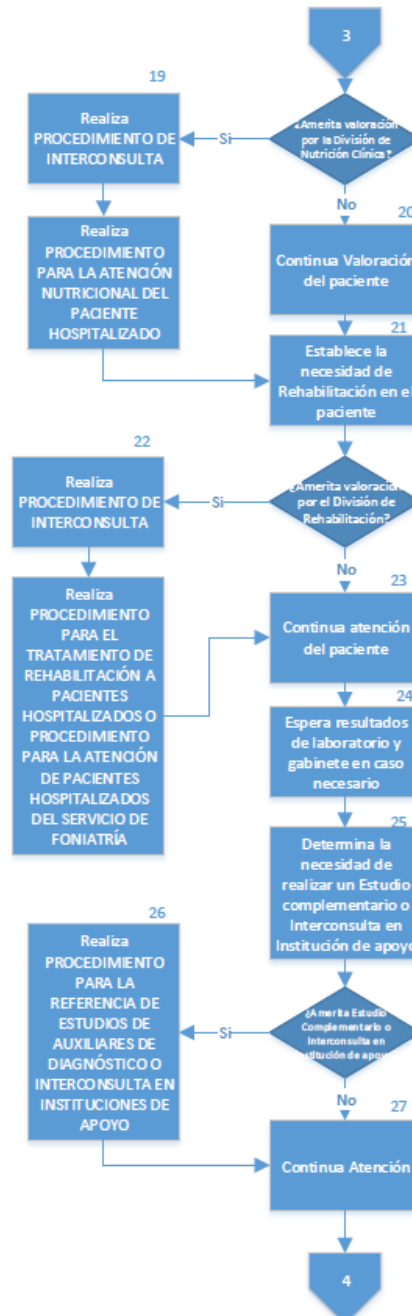


PROCEDIMIENTO DE HOSPITALIZACIÓN

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA
(DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA CLÍNICA)

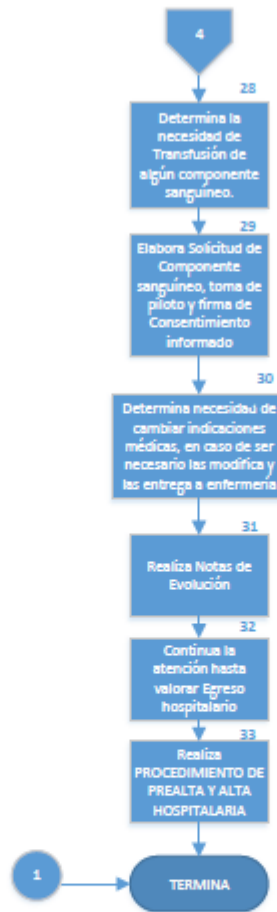
SUBDIRECCIONES MÉDICAS



Fase



PROCEDIMIENTO DE HOSPITALIZACIÓN

SUBDIRECCIONES MÉDICAS



 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 12 de 103

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA



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

7. REGISTROS

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

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

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

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 13 de 103

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



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

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO



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

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

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

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 14 de 103

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

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 15 de 103

10.1 HOJA FRONTAL

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

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

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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 16 de 103

10.2 SOLICITUD DE INGRESO HOSPITALARIO

HOSPITAL GENERAL
DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ



SOLICITUD DE INGRESO HOSPITALARIO

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



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

Procedimiento de Hospitalización

gea
hospital

Rev. 0

Hoja: 18 de 103



Hospital General Dr. Manuel Gea González
HISTORIA CLÍNICA OFTALMOLÓGICA

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

INTERROGATORIO: PACIENTE FAMILIAR OTRO
MOTIVO DE CONSULTA: _____

PADECIMIENTO ACTUAL: _____

HEREDO FAMILIARES:

<i>Sistémicos:</i>	<i>Oftalmológicos:</i>
D.M.: _____	RETINOPATÍA: _____
HAS: _____	GLAUCOMA: _____
CA: _____	CATARATA: _____
OTROS: _____	OTROS: _____

ANTECEDENTES PERSONALES:

<i>Sistémicos:</i>	
D.M.: _____ EVOLUCIÓN: _____ UG: _____	HAS: _____ EVOLUCIÓN: _____
CONTROL: _____	CONTROL: _____
CÁNCER: _____	CARDIOPATÍA: _____
TRANSFUNCIONALES: _____	ENF. ENDOCRINA: _____
ALÉRGICOS: _____	ENF. NEUROLÓGICA: _____
QUIRÚRGICOS: _____	AR: _____
MEDICAMENTOS SISTÉMICOS: _____	INFECCIOSOS: _____
	OTROS: _____

<i>Oftalmológicos: ojo</i>	<i>Tiempo Evolución</i>	
CATARATA: _____		
GLAUCOMA: _____		
RETINOPATÍA: _____		
ESTRABISMO: _____		
TRUMA: _____		
OTROS: _____		
LÁSER:		
<i>Procedimientos</i>	<i>Fecha</i>	
_____	_____	
_____	_____	

<i>CIRUGÍAS:</i>	<i>Procedimientos</i>	<i>Fecha</i>
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Último examen oftalmológico

Medicamentos oftalmológicos



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

Procedimiento de Hospitalización



Rev. 0

Hoja: 19 de 103



Hospital General Dr. Manuel Gea González
HISTORIA CLÍNICA PERINATAL SIMPLIFICADA

FECHA Y HORA DE ELABORACIÓN: _____

APELLIDOS Y NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO				No. HISTORIA CLÍNICA			
DOMICILIO		EDAD Años	ALFABETA	ESTUDIOS	AÑOS APROBADOS	ESTADO CIVIL		FUMA	
LOCALIDAD		Menor de 15	SI NO	Ning. Prim. Med. Sup.		Casado Unión Libre Sol. Otro	NO SI Cuántos		
ANTECEDENTES		PERSONALES	OBSTETRICOS	ABORTOS	VAGINALES	NAC. VIVOS	VIVEN MUJEREN	ALGUN RN PESO MENOS DE 2500g	
FAMILIARES		NO SI	TBC	Analice el número de PARTOS	CESAREAS	NAC. MUERTOS	1a. Sem. MUJEREN	NO SI	
Diabetes				GESTAS			después de 1a. Sem.	NACIMIENTO CON MAYOR PESO	
TAC pulmonar				Ninguna o más de 5 partos				g	
Otras									
Gemelares									
Otras									
EMBARAZO ACTUAL		EMBARAZO	DUDAS FUM	ANTIETANICA PREVIA	ACTUAL	GRUPO	HOSPITALIZACION EMBARAZO	TRASLADO	
Peso arterial Embarazo		Talla (cm)	NO SI	SI NO	1° 2° 3°	Rh + -	NO SI	NO SI	
Kg		1			MES GESTA			Día Mes Año	
EX CLINICO NORMAL		EX MAMAS NORMAL	EX ODONTOL. NORMAL	PELVIS NORMAL	IMPANICULADU CLASE I	EXPL. VAGINAL NORMAL	E.G.O. NORMAL	VORL	
SI NO		SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	Día Mes Año	
CONSULTA No.		1	2	3	4	5	6	7	8
FECHA									
SEMANAS DE AMENORRHEA									
PESO (kg)									
TENSION ARTERIAL Mm. / Min. (Mm.Hg)									
ALT UTER / PRESENT. Pub. Fondo / Cal. Pelv. Tr.									
RCF (lat / min) / MOV FETAL									
GANANCIA DE PESO NORMAL SI / NO									
ALTURA UTERINA NORMAL SI / NO									
PARTO / ABORTO		EDAD GESTA	TAMÑO FETAL ACOORDE	INICIO	MEMBRANAS	Fecha ruptura	PRESENCIA	PATOLOGIA EMBARAZO	
CONTROL PRENATAL MISMA UNIDAD		Semanas Menor 37 42 y Más	SI NO	Exp. Ind.	Int. Rot.	Día Mes Año	SI NO	Embarazo Múltiple	
TERMINACION		Exp. Ces. Part. Otras						Después parto en cal. pelv.	
EPISIOTOMIA		NO SI	ALUMB ESP	MUERTE FETAL	NEVIL DE ATENCION	3° 2° 1° Domic. Otro		Hiperrelación previa	
NO SI		NO SI	SI NO	SI NO	ATENDIO	Medico Enf. Part. Asud. Partem. Trad. Otro		Preecclampsia	
NO SI		NO SI	SI NO	SI NO	PARTO			Eclampsia	
NO SI		NO SI	SI NO	SI NO	NEONATO			Cardiopatía	
NO SI		NO SI	SI NO	SI NO				Diabetes	
NO SI		NO SI	SI NO	SI NO				Infección urinaria	
NO SI		NO SI	SI NO	SI NO				Otras infecciones	
NO SI		NO SI	SI NO	SI NO				Preeclampsia	
NO SI		NO SI	SI NO	SI NO				Infección puerperal	
NO SI		NO SI	SI NO	SI NO				Otras	
NO SI		NO SI	SI NO	SI NO				Amenaza o parto prematuro	
NO SI		NO SI	SI NO	SI NO				Ninguna	
RECIEN NACIDO		PESO AL NACER	EDAD POR Ex. FÍSICO	PESOG. G.	EMFÍSICO INMEDIATO	PATOLOGIA PUERPERO			
F. SEXO VIVO M.		SI NO	Menor de 37	Adec. Peq. Gr.	Normal Anormal	HS. O DIAS POST PARTO O ABORTO			
TALA		EX-FÍSICO PRE-ALTA	EX-NEUROL. Normal Anormal Dudoso	PATOLOGICAS		12 Hrs. 24 Hrs. 7° Dic.			
PER CEF.		Normal Anormal	M. Hal. S. Asp. Hemorragia	M. Hal. Apnea Neural		TEMPERATURA			
RN CON LA MADRE		EGRESO RN	EDAD ALTA / TRASLADO	EDAD AL FALLECER	ALIMENTO	PULSIO (lat / min)			
SI NO		Seno Con. pal. Trazado Falloce	Día Mes Año	Día Mes Año	Pecho Mado Adif.	TENSION ARTERIAL Mm. Min. (Mm.Hg)			
SI NO		SI NO	Día Mes Año	Día Mes Año		INVOL. UTERINA			
SI NO		SI NO	Día Mes Año	Día Mes Año		CARACTERÍSTICAS DE LOQUIOS			
SI NO		SI NO	Día Mes Año	Día Mes Año		Egreso Materno Muerte Materna Método de PP Ninguno			
SI NO		SI NO	Día Mes Año	Día Mes Año		Seno Embarazo Condon D.I.U. Otro			
SI NO		SI NO	Día Mes Año	Día Mes Año		Trazado Parto Puerperio			
SI NO		SI NO	Día Mes Año	Día Mes Año		Ligadura de Trompa Rizo Otro			

OBSERVACIONES



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS



Procedimiento de Hospitalización

gea
hospital

Rev. 0

Hoja: 20 de 103

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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 21 de 103



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

Fecha: _____

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

Antecedentes familiares:

Antecedentes Personales:

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

Antecedentes ginecoobstétricos:

Menarca _____ Telarca _____ Pubarca _____ Ritmo menstrual _____ FUM _____
 Dismenorrea _____ Citología cervical _____ (resultados y fecha) _____ DOCMA _____
 IVSA _____ # Parejas _____ Dispareunia _____ G _____ P _____ A _____ C _____ Ectópico _____ Hijos vivos _____
 Complicaciones de los embarazos o el puerperio _____
 Cirugía ginecológica _____ Cervicovaginitis de repetición _____
 Enfermedades de transmisión sexual _____

Historia anticonceptiva:

Método usado	Fecha Inicio	Fecha suspensión	Complicaciones	Beneficios

Exploración física:

TA _____ FG _____ Peso _____ Talla _____ IMG _____
 Mamas normales _____ Signos de embarazo _____ Abdomen normal _____
 Útero y anexos _____ Cervicovaginitis _____
 Várices _____ Otro _____

Riesgo reproductivo: Bajo _____ Alto _____

Método anticonceptivo adoptado:

Método deseado: _____ Método otorgado: _____

En caso de DIU, mirena, histerometría _____ cms.

Observaciones _____



Médico: _____ Expediente en caso de OTB _____

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 26 de 103

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. _____
		FR. _____
TALLA: _____	PESO: _____	FECHA Y HORA EN QUE SE OTORGA EL SERVICIO: _____
MOTIVO DE LA ATENCIÓN:		
RESUMEN DEL INTERROGATORIO, EXPLORACIÓN FÍSICA Y ESTADO MENTAL, EN SU CASO:		
RESULTADOS RELEVANTES DE LOS ESTUDIOS DE LOS SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO QUE HAYAN SIDO SOLICITADOS PREVIAMENTE:		
DIAGNÓSTICOS O PROBLEMAS CLÍNICOS:		
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:		
PLAN DE ESTUDIO:		
SUGERENCIAS DIAGNÓSTICAS Y DE TRATAMIENTO:		
TRATAMIENTO E INDICACIONES MÉDICAS:		
PRONÓSTICO:		

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

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 27 de 103

10.7 HOJA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA



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

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

TERAPÉUTICA EMPLEADA:	



IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:	

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 ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 28 de 103



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



 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 29 de 103

10.8 SOLICITUD DE ESTUDIO ENDOSCOPICO

	Hospital General Dr. Manuel Gea González Departamento de Endoscopia Gastrointestinal SOLICITUD DE ESTUDIO ENDOSCÓPICO				
	Fecha de solicitud: ____ - ____ - ____ Hora: ____ : ____ hrs. Fecha de estudio: ____ - ____ - ____ Hora: ____ : ____ hrs.				
NOMBRE DEL PACIENTE: _____ CE: <input type="checkbox"/> HOSP: <input type="checkbox"/> URGENTE: SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/> SEXO: M: <input type="checkbox"/> F: <input type="checkbox"/> REGISTRO: _____ AISLADO: SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/> FECHA DE NACIMIENTO: ____ - ____ - ____ EDAD: ____ SERVICIO: _____ CAMA: _____					
<table border="0"> <tr> <td> 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). </td> <td> FISIOLOGÍA DIGESTIVA: <input type="checkbox"/> pHMETRIA DE 24 HORAS <input type="checkbox"/> MANOMETRIA ESOFÁGICA <input type="checkbox"/> IMPEDANCIA <input type="checkbox"/> MANOMETRÍA ANAL <input type="checkbox"/> OTRO: _____ </td> </tr> </table>		TIPO DE ESTUDIO: <input type="checkbox"/> PANENDOSCOPIA <input type="checkbox"/> COLONOSCOPIA <input type="checkbox"/> RECTO-SIGMOIDOSCOPIA <input type="checkbox"/> COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA <input type="checkbox"/> ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO <input type="checkbox"/> PRUEBA DE ALIENTO (HELICOBACTER PYLORI).	FISIOLOGÍA DIGESTIVA: <input type="checkbox"/> pHMETRIA DE 24 HORAS <input type="checkbox"/> MANOMETRIA ESOFÁGICA <input type="checkbox"/> IMPEDANCIA <input type="checkbox"/> MANOMETRÍA ANAL <input type="checkbox"/> OTRO: _____		
TIPO DE ESTUDIO: <input type="checkbox"/> PANENDOSCOPIA <input type="checkbox"/> COLONOSCOPIA <input type="checkbox"/> RECTO-SIGMOIDOSCOPIA <input type="checkbox"/> COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA <input type="checkbox"/> ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO <input type="checkbox"/> PRUEBA DE ALIENTO (HELICOBACTER PYLORI).	FISIOLOGÍA DIGESTIVA: <input type="checkbox"/> pHMETRIA DE 24 HORAS <input type="checkbox"/> MANOMETRIA ESOFÁGICA <input type="checkbox"/> IMPEDANCIA <input type="checkbox"/> MANOMETRÍA ANAL <input type="checkbox"/> OTRO: _____				
Motivo de Solicitud: _____ Diagnóstico Clínico: _____ Antecedentes de Importancia: _____ Cuadro Clínico: _____ _____ Laboratorios: _____ Estudios de Imagen: _____ Terapia Antibiótica: SI: _____ NO: <input type="checkbox"/> Terapia Anticoagulante: SI: _____ NO: <input type="checkbox"/> Alergias: SI: _____ NO: <input type="checkbox"/> Resultados Endoscópicos Previos (Fecha): _____					
REQUIERE VALORACIÓN CARDIOVASCULAR: SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/> TIPO DE ANESTÉSIA: <input type="checkbox"/> Local. <input type="checkbox"/> Sedación Intravenosa <input type="checkbox"/> Sedación Nebulizada <input type="checkbox"/> Anestesia General AUTORIZACIÓN _____					
<table border="0"> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>NOMBRE FIRMA DEL MÉDICO RESPONSABLE</td> <td>NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO ADSCRITO</td> </tr> </table>		_____	_____	NOMBRE FIRMA DEL MÉDICO RESPONSABLE	NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO ADSCRITO
_____	_____				
NOMBRE FIRMA DEL MÉDICO RESPONSABLE	NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO ADSCRITO				
(REGISTRO DE CAJA)					
ENDOSCOPIA					

06-01-0044

Licencia Sanitaria 1014004673



 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 30 de 103

10.9 SOLICITUD DE ESTUDIOS CITOLOGICOS



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

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

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 31 de 103

10.10 CARTA DE AUTORIZACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN



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

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

Ciudad de México a

Hora:

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

Datos del Ingreso:

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

No. de Registro:

Servicio:

Cama:

Dx:

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

C. Fecha de nacimiento: Sexo: Edad:

Con domicilio particular en la calle: Número:

Colonia: Alcaldía o Mpio.:

Estado: Código Postal: Teléfono:

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

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

ATENTAMENTE



 Nombre completo y firma del paciente



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

 Nombre completo y firma del testigo

 Nombre completo y firma del testigo

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 32 de 103



Hospital General Dr. Manuel Gea González

CALZ. DE TLALPAN 4800 CDMX 14080 TEL. 4000 3000

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

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

Ciudad de México a

Hora:

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

Datos del Ingreso:

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

No. de Registro:

Servicio:

Cama:

Dx:

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

C.

Fecha de Nacimiento:

Con domicilio particular en la calle:

Número:

Colonia:

Alcaldía o Mpio.:

Estado:

Código Postal:

Teléfono:

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

Familiar de nombre

Sexo;

Edad;

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



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

Nombre completo y Firma del Familiar o Persona responsable

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

Nombre completo y Firma del testigo

Nombre completo y Firma del testigo

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 33 de 103

10.11 CONSENTIMIENTO INFORMADO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS



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

Ciudad de México, a _____ de _____ del 20____

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

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

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

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

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

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

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

Hora: _____



No. de Registro _____

Nombre y firma quien autoriza


Nombre y firma del Médico que informa

Nombre y Firma Testigo

Nombre y Firma Testigo

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 34 de 103

10.12 CONSENTIMIENTO INFORMADO DE COLONOSCOPIA

	Hospital General Dr. Manuel Gea González Departamento de Endoscopia Gastrointestinal CARTA DE AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO COLOSCOPIA
-----------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

La colonoscopia es una exploración visual del intestino grueso o colon. Para realizarlo es necesario introducir por el ano y el recto una sonda flexible con el extremo óptico que permita ver las alteraciones en el interior. Si es necesario durante el estudio, el médico podrá decidir si se toman pequeñas muestras de tejido (biopsias) para su análisis. También es posible que se realice una extracción de pólipos (pequeños tumores) llamada polipectomía, haciendo un corte utilizando electricidad con un asa metálica.

El paciente debe preparar su intestino para que el médico pueda observarlo adecuadamente. Esta preparación se lleva a cabo utilizando laxantes (purgas) y/o enemas (lavados intestinales) con diferentes medicamentos escogidos especialmente para cada caso.

Las molestias que pueden sentirse con el estudio son: sensación de distensión (hinchazón/inflamación) del abdomen o vientre, dolor cólico o deseo de defecar. Todas estas molestias se presentan por la introducción del aparato y de aire para poder visualizar el interior del intestino, además de las maniobras que debe realizar el médico para avanzar la exploración. Es por esto que el estudio se realiza con sedación o anestesia, según el caso individual, para disminuir las molestias del paciente.

Los riesgos del procedimiento incluyen: perforación del intestino y hemorragia (especialmente si se extrae un pólipo). Otras complicaciones menos frecuentes son: desarrollo de alteraciones del ritmo del corazón, daño a otros órganos internos (como bazo o hígado) o desgarro del epiplón (tejido que sostiene los intestinos en su lugar). Además, existen riesgos relacionados con los medicamentos utilizados para la preparación del intestino, la sedación o anestesia.

Estas complicaciones son raras y generalmente se resuelven con cirugía, pero pueden llegar a ser tan graves que ocasionalmente produzcan la muerte.

REQUIERE VALORACIÓN CARDIOVASCULAR: SI NO

TIPO DE ANESTESIA: SIN SEDACIÓN SEDACIÓN ANESTESIA GENERAL

Una vez leído, comprendido y aclarado lo antes expuesto:

Yo _____ autorizo al HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ", S.S.A. para que me practique el estudio llamado _____ y cualquier medida endoscópica necesaria de laboratorio, gabinete y/o quirúrgica que fuese necesaria con fecha de de _____ del mes de _____ del año _____

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE Y FIRMA TESTIGO 1

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO

NOMBRE Y FIRMA TESTIGO 2

10.13 CEDULA DE EDUCACIÓN DE PACIENTE Y FAMILIA



Hospital General Dr. Manuel Gea González
CÉDULA DE EDUCACIÓN DEL PACIENTE Y DE SU FAMILIA

<i>Datos de identificación del paciente:</i>		Fecha: _____	Hora: _____
Nombre del Paciente: _____			
Fecha de Nacimiento: _____	Edad: _____	Sexo: _____	
Registro: _____	Núm. de cama: _____	Especialidad: _____	

1.- Evaluación y Planificación de la educación del paciente y su familia.

a).- Identificación de necesidades de educación:

Fecha	DÍA	MES	AÑO
Ingreso			
1ª Evaluación			
2ª Evaluación			
3ra. Evaluación			

El paciente y/o familia necesitan educación sobre temas relacionados con:

Barreras para el aprendizaje:

1. Derechos de los pacientes
2. Trámites de ingreso y egreso
3. Consentimiento informado
4. Uso seguro de equipo y dispositivos médicos
5. Estado de salud y su diagnóstico
6. Uso seguro de medicamentos
7. Acciones esenciales para la seguridad del paciente
8. Higiene de manos precauciones estándar
9. Manejo del dolor
10. Obesidad
11. Dieta y alimentación
12. Diabetes Mellitus
13. Diabetes pantonal
14. Padecimientos cardiovasculares
15. Padecimientos cardiovasculares
16. Deterioro cognitivo
17. Lesiones asociadas a la dependencia
18. Técnicas de rehabilitación
19. Adulto mayor
20. Consejería para adolescentes
21. Prevención de adicciones
22. Violencia Familiar
23. Planificación familiar
24. Cáncer Cervico-Uterino
25. Cáncer de mama
26. Cáncer de próstata
27. Enfermedades prevenibles por vacunación
28. Lactancia materna
29. Cuidados en el puerperio
30. Signos y síntomas de alarma en las mujeres embarazadas
31. Signos y síntomas de alarma en el Recién Nacido
32. Trazo Neonatal
33. Precauciones estándar
34. _____

	Momento de evaluación		
	1a.	2a.	3ra.
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			
26.			
27.			
28.			
29.			
30.			
31.			
32.			
33.			
34.			

1. Sin barreras
2. Idioma
3. Otras lenguas diferentes al español
4. alteraciones del lenguaje
5. Alteraciones auditivas
6. Alteraciones visuales
7. Alteraciones físicas
8. Alteraciones cognitivas
9. Alteraciones emocionales
10. Nivel educativo
11. Alfabetización
12. Diferencias culturales, sociales y valores
13. Prácticas religiosas
14. Enfermedades anteriores
15. Presencia o ausencia de dolor
16. No hay disponibilidad para recibir información
17. Falta de habilidad para realizar procedimientos (actividades)
18. Factores motivacionales
19. Otro (especificar): _____

	Momento de evaluación			Especificar
	1a.	2a.	3ra.	
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				



A quién evalúa:			
	P	F	O
1ª Evaluación			
2ª Evaluación			
3ra. Evaluación			

Nombre, cédula profesional y firma de quien realiza	
1ª Evaluación	
2ª Evaluación	
3ra. Evaluación	

b).- Aceptación del paciente y/o familiar para recibir la educación:

Estimado Sr(a). _____ en virtud del motivo de su ingreso hospitalario, hemos detectado la necesidad de proporcionar a Usted, educación a cerca de su estado de salud y tratamiento con la finalidad de ayudarle a lograr mejores resultados y una más pronta recuperación, promoviendo el autocuidado, por lo que si Usted está de acuerdo le pedimos su autorización para que nuestro profesional de la salud se la proporcione.

Nombre y firma del paciente y/o familiar

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 37 de 103

10.15 HOJA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE



Hospital General
Dr. Manuel Gea González
IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Servicio: _____

Nombre: _____



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

No. de Registro: _____


Fecha de Ingreso: _____



Médico tratante: _____

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

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 40 de 103

10.18 NOTA PREOPERATORIA

NOTA PREOPERATORIA	HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"	
SERVICIO: _____		
NOMBRE COMPLETO: _____		FECHA DE NACIMIENTO: _____
EDAD: _____	SEXO: _____	No. EXP: _____
SIGNOS VITALES: T.A. _____ F.C. _____ F.R. _____		TEMP: _____ PESO: _____ TALLA: _____
FECHA DE LA CIRUGÍA: _____		FECHA Y HORA DE ELABORACIÓN: _____
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATORIO:		
PLAN QUIRÚRGICO:		
TIPO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:		
RIESGO QUIRÚRGICO:		
CUIDADOS Y PLAN TERAPÉUTICO PREOPERATORIO:		
PRONÓSTICO:		
UN INTEGRANTE DEL EQUIPO QUIRÚRGICO PODRÁ ELABORAR EL REPORTE DE LLENADO DE PROCESO DE VERIFICACIÓN PRE-PROCEDIMIENTO O LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA.		
NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO QUE ELABORÓ LA NOTA		
NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO RESPONSABLE:		

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 41 de 103

10.19 SOLICITUD DE COMPONENTES SANGUÍNEOS



Hospital General Dr. Manuel Gea González
Calzada de Tlalpan 4800 Col. Sección XVI Tel. 4000-3000 Ext. 3271
SOLICITUD DE COMPONENTES SANGUÍNEOS A MEDICINA TRANSFUSIONAL

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grupo y RH: _____

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

Diagnóstico: _____ Tipo de Solicitud: ORD _____ URG _____

Fecha y Hora de la Cirugía: _____ Motivo de la Transfusión: _____

COMPONENTE: Conc. Eritrocitario _____ PFC _____ Conc. Plaquetas _____ Crío precipitado _____

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

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

Medicamentos que se le están administrando al paciente: _____

Antecedentes Obstétricos: Gesto _____ Para _____ Abortos _____ Cesáreas _____ Inmunización Mat. Fetal _____

Hb _____ Hto _____ Plt _____ INR _____ TP _____ TTPa _____ Fibrinogeno _____

Observaciones: _____

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

Las muestras del paciente deberán estar bien identificadas con nombre completo, fecha de nacimiento, número de cama, número de expediente, fecha, hora. Muestras que no tengan ninguna identificación se retendrán y se desecharán por el servicio. Nombre y/o apellido diferente al referido en la solicitud, no se recibirán. Para Cirugías programadas, las muestras se deberán entregar 24 hrs. antes.

Nombre completo, Cédula Prof. y Firma de quien realizó las pruebas de compatibilidad: _____



10.21 SOLICITUD DE LABORATORIO



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

**LABORATORIO CLÍNICO
SOLICITUD DE ESTUDIOS**

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

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



NOMBRE DEL MÉDICO: _____

SERVICIO SOLICITANTE: _____ TURNO: M____ V____ N____

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

NO UTILIZAR PAPEL CARBÓN EN LA ELABORACIÓN DE ESTA SOLICITUD. GRACIAS.	
HEMATOLOGÍA	
<input type="checkbox"/> 1565	BIOMETRÍA HEMÁTICA
<input type="checkbox"/> 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	TAMÍZ METABÓLICO
<input type="checkbox"/> 1550	INSULINA
<input type="checkbox"/> 1525	CREATININA EN ORINA
<input type="checkbox"/> 1526	CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1529	DEPURACIÓN DE CREATININA ORINA 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1760	CISTATINA C
<input type="checkbox"/> 1500	ÁCIDO ÚRICO EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1519	BUN EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1534	ELECTROLITOS EN ORINA 24 HORAS (Na, K, Cl)
<input type="checkbox"/> 1731	CALCIO EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1543	FÓSFORO EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1730	MAGNESIO EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1505	AMILASA EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1502	ALBUMINA EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1616	MICROALBUMINA EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1563	BILIRRUBINA TOTAL
<input type="checkbox"/> 1564	BILIRRUBINA DIRECTA
<input type="checkbox"/> 1602	PROTEÍNAS TOTALES
<input type="checkbox"/> 1503	ALBUMINA
<input type="checkbox"/> 1553	ALT
<input type="checkbox"/> 1554	AST
<input type="checkbox"/> 1544	GGT
<input type="checkbox"/> 1585	FOSFATASA ALCALINA
<input type="checkbox"/> 1576	LDH
<input type="checkbox"/> 1552	AMILASA
<input type="checkbox"/> 1615	LIPASA
<input type="checkbox"/> 1659	AMONIO
<input type="checkbox"/> 1573	CK
<input type="checkbox"/> 1574	CK MB
<input type="checkbox"/> 1617	MIOGLOBINA
<input type="checkbox"/> 1631	TROPONINA
<input type="checkbox"/> 1522	CINÉTICA DE HIERRO
<input type="checkbox"/> 1541	FERRITINA
<input type="checkbox"/> 1611	TRANSFERRINA
<input type="checkbox"/> 1590	HAPTOGLOBINA
<input type="checkbox"/> 1542	FOLATOS
<input type="checkbox"/> 1634	VITAMINA B12
<input type="checkbox"/> 1643	PREALBUMINA
<input type="checkbox"/> 1581	EXAMEN GENERAL DE ORINA
<input type="checkbox"/> 1765	PEPTIDO NATRIURÉTICO TIPO B (BNP)
<input type="checkbox"/> 1601	PROTEÍNA C REACTIVA

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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 45 de 103

10.23 SOLICITUD DE ESTUDIO DE PATOLOGÍA



HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"


DIVISIÓN DE ANATOMÍA PATOLÓGICA
SOLICITUD DE ESTUDIO BIOPSIAS Y PIEZAS QUIRÚRGICAS

BIOPSIA No. _____

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

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

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

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



PIEZA OPERATORIA ENVIADA:

DATOS CLÍNICOS:

DIAGNÓSTICO DE PRESUNCIÓN:

OBSERVACIONES:

NOTA: PARA UNA INTERPRETACIÓN ADECUADA DEL ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO ES INDISPENSABLE
 INFORMACIÓN CLÍNICA. LE SOLICITAMOS LLENAR ADECUADAMENTE LA SOLICITUD.
 No. LICENCIA SANITARIA: 101404673

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 46 de 103

10.24 RECETA MÉDICA



HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

RECETA MÉDICA

FOLIO: _____

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

Rp. NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

FECHA





NOMBRE COMPLETO DEL DR. (A): _____

CEDULA PROFESIONAL _____

FIRMA: _____

DE-02-0055 LIC. SANIT. 1014004673

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 47 de 103

10.25 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE ANESTESIA Y/O SEDACIÓN



Hospital General Dr. Manuel Gea González
Calzada de Tlalpan 4800, Col. Sección XVI, Alcaldía de Tlalpan, C.P. 14080, Cd. de México

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE ANESTESIA Y/O SEDACIÓN MODERADA

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ SEXO: _____
 No. DE REGISTRO: _____ CARÁCTER DE LA CIRUGÍA O PROCEDIMIENTO ELECTIVA: _____ URGENTE: _____
 NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: _____ EDAD: _____
 RELACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL: _____ DOMICILIO: _____
 DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO: _____
 CIRUGÍA Y/O PROCEDIMIENTO PLANEADO: _____

Yo _____ en pleno uso de mis facultades mentales y en mi calidad de paciente o representante legal de éste, de conformidad a lo que establece el artículo 103 de la Ley General de Salud, el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica artículos 80, 81 y 82; la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico numerales 4.2, 10.1.1 al 10.1.1.1.8, 10.1.1.2 y 10.1.1.2.3, así como la NOM-006-SSA3-2011 para la Práctica de la Anestesiología numerales 4.4, 8.2, 13.1.1, 14.1 y 15.1.1.1;

DECLARO EN FORMA LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE LO SIGUIENTE:



- En base a mi derecho inalienable de elegir a mi médico, acepto al Dr. (a) _____ como mi Médico Anestesiólogo, quien está avalado por _____ y debidamente autorizado para ejercer la Anestesiología por _____.
- Se me ha informado que este Hospital cuenta con equipo médico para mi cuidado y manejo durante mi procedimiento, y aun así, no me exime de presentar complicaciones.
- Entiendo que las complicaciones, aunque poco probables, son posibles y pueden ser desde leves, tales como: pérdida o daño de una pieza dental, dolor de espalda o en el sitio de punción, dolor de cabeza, alteraciones asociadas con la posición quirúrgica, dificultad transitoria para orinar, molestias oculares o de garganta, heridas de boca y tos; hasta tales como aspiración del contenido gástrico, descompensación de mis enfermedades crónicas, alteraciones cardíacas, renales, de la presión arterial, complicaciones pulmonares, reacciones medicamentosas, transfusionales, lesiones nerviosas o de médula espinal (así como las que al reverso del presente consentimiento se señalan). Todas ellas pudieran causar secuelas permanentes e incluso llevar al fallecimiento. El beneficio que obtendré con la aplicación de la anestesia es que se pueda llevar a cabo el procedimiento diagnóstico y/o quirúrgico llamado _____ para intentar mejorar mi estado de salud.
- Entiendo también que todo acto médico implica una serie de riesgos que puede deberse a mi estado de salud, alteraciones congénitas o anatómicas que padezca, mis antecedentes de enfermedades, tratamientos actuales y previos, a la técnica anestésica o quirúrgica, al equipo médico utilizado y/o a la enfermedad que condiciona al procedimiento médico o quirúrgico al que he decidido someterme.
- Estoy consciente de que puedo requerir de tratamientos complementarios que aumenten mi estancia hospitalaria con la participación de otros servicios o unidades médicas, con el incremento consecuente de los costos.
- El Médico Anestesiólogo ha respondido mis dudas y me ha explicado en lenguaje claro y sencillo las alternativas anestésicas posibles y ACEPTO anestesia tipo _____, he entendido los posibles riesgos y complicaciones de esta técnica anestésica.
- Se me ha explicado que mi atención pudiera intervenir médicos en entrenamiento de la especialidad de anestesiología, pero siempre bajo la vigilancia y supervisión de mi Médico anestesiólogo.
- En mi presencia han sido llenados o cancelados todos los espacios en blanco que se presentan en este documento.
- Que existe la posibilidad de que mi procedimiento anestésico, se retrase e incluso se suspenda por causas propias a la dinámica de los procedimientos quirúrgicos y/o anestésicos, o por causas de fuerza mayor (urgencias).
- Se me ha informado que, de no existir este documento en mi expediente, no se podrá llevar a cabo el procedimiento quirúrgico planeado.
- En virtud de estar aclaradas todas mis dudas, DOY MI CONSENTIMIENTO para que mi persona o representado pueda ser anestesiado con los riesgos inherentes al procedimiento y autorizo al anestesiólogo para que, de acuerdo a su criterio, cambie la técnica anestésica intentando con ello resolver cualquier situación que se presente durante el acto anestésico quirúrgico o de acuerdo a mis condiciones físicas y/o emocionales. En Ciudad de México, a los _____ días del mes de _____ del año _____.

NOMBRE COMPLETO, FIRMA
Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO


NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O
REPRESENTANTE LEGAL



NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO


	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 48 de 103



10.26 CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PANENDOSCOPIA

HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ" DEPARTAMENTO DE ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL CARTA DE AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PANENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA			
<p>Este estudio consiste en la introducción de un aparato con forma de sonda y con extremo óptico a través de la boca para revisar el esófago, estómago y la primera porción del intestino delgado llamado duodeno. A través del aparato se pueden tomar muestras del tejido para estudiarlo al microscopio (biopsias) y también se puede administrar tratamiento para el control del problema.</p> <p>El estudio se realiza en ayunas y el paciente se acuesta de lado izquierdo; se aplica anestesia local en la garganta para que no moleste la sonda al paciente al entrar y en algunos casos se utiliza un medicamento intravenoso para sedar al paciente.</p> <p>Las molestias del estudio son pocas si el paciente sigue las indicaciones de su estudio médico y básicamente son: el paciente puede sentir distensión en el estómago; esto sucede porque durante el procedimiento se introduce aire para ver el interior de los órganos. Además, puede sentir náuseas al momento de introducir el aparato. Estas molestias son transitorias y en general leves.</p> <p>Este método es muy útil para estudiar las enfermedades que producen hemorragia, como vórices esofágicas o gástricas.</p> <p>La ligadura de vórices es el tratamiento más efectivo y menos riesgoso que puede aplicar endoscópicamente para el tratamiento de las vórices, las complicaciones son: hemorragia, perforación y estrechamiento cuando hay cicatrización de las vórices. Todas ellas son muy raras y generalmente no ocasionan la muerte. Inmediatamente después del procedimiento puede haber dolor en el pecho que generalmente es leve y desaparece pronto. Es probable que pueda existir hemorragia a pesar del tratamiento, hasta que las vórices no desaparezcan, lo cual sucede después de más de dos procedimientos.</p> <p>Los riesgos del procedimiento cuando se realiza con fines de diagnóstico son muy pocos: alergia o reacción de la anestesia o sedación, hemorragia o aún más raramente perforación. Cuando además se realizan maniobras de tratamiento, como inyección de una úlcera o dilatación de estenosis, los riesgos aumentan. Aunque siguen siendo poco frecuentes y son básicamente los mismos: hemorragia y perforación. Cuando se presenta alguna de estas complicaciones, puede ser necesario operar de emergencia en algunos casos. Puede existir aspiración del contenido gástrico. La muerte es excepcional.</p>			
REQUIERE VALORACIÓN CARDIOVASCULAR: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
TIPO DE ANESTESIA: LOCAL(SPRAY) <input type="checkbox"/> LOCAL(NEBULIZADA) <input type="checkbox"/> SEDACIÓN <input type="checkbox"/> GENERAL <input type="checkbox"/> AGB <input type="checkbox"/>			
Una vez leído, comprendido y aclarado lo antes expuesto: Yo _____ autorizo al HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ", S.S.A. para que me practique el estudio llamado _____ y cualquier medida endoscópica necesaria de laboratorio, gabinete y/o quirúrgica que fuese necesaria. México, CDMX, a ____ de _____ del año ____			
NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE		NOMBRE Y FIRMA TESTIGO 1	
NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO		NOMBRE Y FIRMA TESTIGO 2	

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 49 de 103

10.27 CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CPRE

HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ" DEPARTAMENTO DE ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL CARTA DE AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA		
<p>La CPRE es un método de estudio y tratamiento de las vías biliares y el páncreas. En muchas ocasiones evita la realización de una cirugía. Para realizarla es necesario introducir por la boca una sonda flexible con el extremo óptico que permita ver las alteraciones en el interior. De esta manera se introduce un catéter a través del orificio de salida de la bilis y se inyecta un medio de contraste para pintar las vías biliares y ver las alteraciones usando rayos X.</p> <p>Si es necesario durante el estudio el médico podrá decidir si se toman pequeñas muestras de tejido (biopsias) para su análisis. También es posible que se realice un corte en el orificio de salida (esfínter de Oddi) llamado esfinterotomía, con un alambre metálico y utilizando electricidad para cortarlo. También se pueden introducir prótesis (sondas) para facilitar la salida de la bilis en casos de obstrucciones.</p> <p>El paciente debe acudir en ayuno para que el médico pueda hacer el estudio; se colocará boca abajo en un aparato de rayos X y permanecerá así durante el procedimiento. Por eso es importante que en caso de mujeres no exista embarazo.</p> <p>Las molestias que pueden sentirse con el estudio son: en la garganta, sensación de distensión (hinchazón) del abdomen o vientre y dolor cólico. Todas estas molestias se presentan por introducir por el aparato y aire para poder ver el interior del intestino y por las maniobras que debe realizar el médico para avanzar en la exploración. Es por eso que el estudio se realiza con sedación o anestesia, según el caso de cada paciente, para disminuir molestias.</p> <p>Los riesgos del procedimiento incluyen: perforación del intestino o vías biliares, hemorragia (en especial si se realiza esfinterotomía), pancreatitis (inflamación del páncreas) y colangitis (infección de las vías biliares). Otras complicaciones menos frecuentes son: desarrollo de alteraciones en el ritmo del corazón o quemaduras en la piel por el paso de la corriente de electricidad. Además, existen riesgos relacionados a los medicamentos utilizados como los medios de contraste radiológico, la sedación y anestesia.</p> <p>Estas complicaciones son raras y generalmente se resuelven con manejo médico o cirugía, pero pueden llegar a ser tan graves que ocasionalmente produzcan la muerte.</p>		
REQUIERE VALORACIÓN CARDIOVASCULAR:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
TIPO DE ANESTESIA:	SEDACIÓN <input type="checkbox"/>	ANESTESIA GENERAL <input type="checkbox"/>
Una vez leído, comprendido y aclarado lo antes expuesto: Yo _____ autorizo al HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ", S.S.A. para que me practique el estudio llamado _____ y cualquier medida endoscópica necesaria de laboratorio, gabinete y/o quirúrgica que fuese necesaria. México, CDMX, a ____ de _____ del año _____.		
NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE	NOMBRE Y FIRMA TESTIGO 1	
NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO	NOMBRE Y FIRMA TESTIGO 2	

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 50 de 103

10.28 HOJA DE PROGRAMACIÓN Y REGISTRO INDIVIDUAL DE PACIENTES





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

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

06-01-0028

LICENCIA SANITARIA 1014004673

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 51 de 103





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 ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 52 de 103

10.29 NOTA DE EGRESO VOLUNTARIO

HOJA DE EGRESO VOLUNTARIO	HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"	
SERVICIO: _____		
NOMBRE COMPLETO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ SEXO: _____ No. EXP: _____ SIGNOS VITALES: TA _____ F.C _____ FR _____ TEMP.: _____ PESO: _____ TALLA: _____ FECHA Y HORA DE ELABORACIÓN: _____		
<p>LEY GENERAL DE SALUD CAPITULO IV DISPOSICIÓN PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE HOSPITALES, ARTICULO 79. En caso de egreso voluntario, aún en contra de la recomendación médica, el usuario, en su caso, un familiar, el tutor o su representante legal, deberán firmar un documento en que se expresen claramente las razones que motivan el egreso, mismo que igualmente deberá ser suscrito por lo menos por dos testigos idóneos, de los cuales, uno será designado por el Hospital y otro por el usuario o la persona que en representación emita el documento, en todo caso, el documento a que se refiere el párrafo anterior, revelara la responsabilidad al establecimiento y se emitirá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del mismo y otro se proporcionara al usuario.</p> <p>NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004 SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. Documento por medio del cual el paciente, familiar más cercano, tutor o representante jurídico solicita el egreso, con pleno conocimiento de las consecuencias que dicho acto pudiera originar. Deberá ser elaborada por un médico a partir del egreso y cuando el estado del paciente lo amerite; deberá incluirse la responsiva medica del profesional que se encarga del tratamiento y constara de:</p>		
FECHA Y HORA DE EGRESO:		
NOMBRE COMPLETO, EDAD, PARENTESO Y FIRMA DE QUIEN SOLICITA EL ALTA:		
RAZONES QUE MOTIVAN SU EGRESO VOLUNTARIO:		
RESUMEN CLÍNICO:		

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 53 de 103

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

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 55 de 103

10.31 SOLICITUD DE ELECTROCARDIOGRAMA



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

FECHA: _____

Nombre del paciente: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sexo: H _____ M _____ N° cama _____

N° de expediente: _____ Servicio: _____

Diagnóstico: _____ Aislado: _____



12 DERIVADAS PRECORDIALES DERECHAS
 TIRA DE RITMO III MEDIANO
 III DE UN MINUTO CÍRCULO COMPLETO

Prioridad: Urgente Normal

MEDICO SOLICITANTE

 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CEDULA DEL MEDICO RESPONSABLE DEL AREA

AW-290 Licencia sanitaria 101400673

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 56 de 103

10.32 HOJA CUMPLE-ADELANTE



**CRITERIOS QUE SE DEBEN CUMPLIR AL INGRESAR
UN PACIENTE A QUIRÓFANO
(CUMPLE-ADELANTE)**

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Edad: _____ No. Registro: _____ Servicio: _____ Fecha: _____
 Cirugía de urgencia (SI) (NO) Cirugía programada (SI) (NO) Cirugía ambulatoria (SI) (NO)
 Cirugía Proyectada: _____ Médico Tratante: _____

1. ¿Coincide el nombre del paciente y la fecha de nacimiento con el registrado en el expediente clínico y el brazalete? [Verificar directamente con el paciente y revisar brazalete]	(SI)	(NO)	
2. ¿El paciente sabe que procedimiento quirúrgico se le va a realizar? [Preguntar directamente al paciente]	(SI)	(NO)	
3. ¿El sitio de la cirugía fue previamente marcado con un asterisco? [Inspección visual]	(SI)	(NO)	(NA)
4. ¿Se tiene listo el material específico requerido para la cirugía? [Prótesis, mallas, etc.] Este punto se revisará en el quirófano	(SI)	(NO)	(NA)
5. ¿Cuenta con una solicitud autorizada del procedimiento quirúrgico? Este punto se revisará en el quirófano	(SI)	(NO)	
6. ¿Cuenta con carta de consentimiento informado para procedimiento quirúrgico con nombre y firma de ambos testigos? [Verificar su llenado correcto]	(SI)	(NO)	
7. ¿Cuenta con carta de consentimiento informado para procedimiento anestésico con nombre y firma de ambos testigos? [Verificar su llenado correcto y vigencia máxima de 3 meses]	(SI)	(NO)	
8. ¿Cuenta con valoración cardiovascular? [Pacientes mayores de 65 años o con enfermedades crónico degenerativas]	(SI)	(NO)	(NA)
9. ¿Cuenta con nota pre quirúrgica?	(SI)	(NO)	
10. ¿Cuenta con valoración anestésica?	(SI)	(NO)	
11. ¿Cuenta con indicaciones pre quirúrgicas? [No aplica en cirugía ambulatoria]	(SI)	(NO)	(NA)
12. ¿Cuenta con exámenes de laboratorio? [Vigencia máxima de tres meses]	(SI)	(NO)	
13. ¿Cuenta con cruce de sangre? ¿Vigencia de tres meses? ¿Cuenta con hemoderivados disponibles?	(SI)	(NO)	(NA) (NO REQUIERE)

SI NO SE CUMPLE CON ALGUNO DE LOS CRITERIOS PARA QUE EL PACIENTE INGRESE A QUIRÓFANO, PODRÁ CANCELARSE LA CIRUGÍA. SOLO EL JEFE DE QUIRÓFANOS O EL SUBDIRECTOR DE CIRUGÍA PUEDEN AUTORIZAR SU INGRESO.

Nombre, firma y cédula profesional de la enfermera (a) que verifica los datos de hospitalización. _____

Nombre, firma y cédula profesional de la enfermera (a) que verifica los datos en quirófano. _____



10.33 HOJA DE TRASLADO

HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ HOJA DE TRASLADO SEGURO DEL PACIENTE

Salida

Nombre completo del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ No. de Expediente: _____

Servicio Solicitante: _____ Fecha de Traslado: _____ Hora de Traslado: _____

Servicio al que se traslada: _____ Diagnóstico: _____ Médico Tratante: _____

Parámetros Clínicos		
	Ante del traslado	Al llegar al servicio de traslado
TA		
SaO ₂		
FC		
Glasgow		

Condición Clínica

Categoría 1 (Estable) Urgente

Categoría 2 (Delicado) Programado

Categoría 3 (Grave) Hora Programada: _____

Observaciones:

Lista de verificación	SI			NO			NA			Equipos
Inhaloterapia verifica la Ventilación mecánica									Batería/Alarma	
Personal de enfermería y médico verifican la inmovilización de paciente por trauma/mostrado										
Enfermería verifica el Tanque de O ₂ gaseoso										
Enfermería verifica el Acceso Venoso								Catéter Central		
Enfermería verifica la Bomba de Infusión										
Enfermería verifica la Infusión de Aminas										
Enfermería y Médico verifican la Sedación/Neopresor										
Enfermería verifica el Monitor de Signos Vitales										
Enfermería verifica el Control de Pulso										
Enfermería verifica el Maletín de Traslado*										
Expediente Clínico										
Consentimiento Informado										
Solicitud Completa										
Ayuda										
Médico										
Enfermera										
Inhaloterapeuta										
Camillero										

*Paciente con categoría 2 y 3, obligatorio "Maletín de traslado".
NA= No Aplica

¿El paciente regresó en las mismas condiciones? SI NO

Explique brevemente:

Explique brevemente si se presentaron incidentes en el proceso del traslado y el estudio:

Traslado

Intrahospitalario

Extrahospitalario

Camilla

Silla de Ruedas

Motivo de traslado

Interconsulta

Procedimiento

Estudio

Quirófano

Hospitalización

Riesgo de Caída



Alto Riesgo

Mediano Riesgo

Bajo Riesgo

Regreso

Hora de Regreso al Servicio:

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 58 de 103

10.34 CLAVES DE HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGÍA





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

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

CLAVE	SERVICIO	DÍAS DE ESTANCIA	DONADORES
<input type="checkbox"/> 900	Biopsia de Organos Pelvicos	0	0
<input type="checkbox"/> 902	Operación Cérvix	4	2
<input type="checkbox"/> 903	Cirugía Menor (Manipulación, fibroadenomas, cono cervical, aspiración manual endometrio, neocisión de quistes, y otros procedimientos de complejidad similar)	0	0
<input type="checkbox"/> 905	Histerectomía Laparoscópica	3	2
<input type="checkbox"/> 907	Histerectomía Total por Vía Abdominal	3	2
<input type="checkbox"/> 908	Histerectomía Total por Vía Vaginal	3	2
<input type="checkbox"/> 704	Laparoscopia Diagnóstica/terapéutica	4	2
<input type="checkbox"/> 912	Laparotomía Exploradora	3	2
<input type="checkbox"/> 914	Ligadura uterina instrumentado	2	2
<input type="checkbox"/> 918	Mastectomía Simple Unilateral por Gigantismo	3	2
<input type="checkbox"/> 919	Mastectomía	3	2
<input type="checkbox"/> 920	Ooforectomía	3	2
<input type="checkbox"/> 921	Atención de Parto	2	2
<input type="checkbox"/> 923	Plastia Tubaria	3	2
<input type="checkbox"/> 927	Histeroscopia quirúrgica (corte estanca)	0	0
<input type="checkbox"/> 928	Histeroscopia sin corte (diagnóstica, biopsia, terapéutica)	0	0
<input type="checkbox"/> 929	Histerectomía Obstétrica	5	2
<input type="checkbox"/> 930	Urografía	0	0
<input type="checkbox"/> 931	Electroestimulación	0	0
<input type="checkbox"/> 932	Sarcocistosis	2	2
<input type="checkbox"/> 933	Colocación de Cinta para incontinencia	0	0
<input checked="" type="checkbox"/> 711	Cirugía Robotica	5	2
<input type="checkbox"/> 150	Hospitalización Cuota Diaria		
<input type="checkbox"/> 208	Otros tratamientos de Terapia Intensiva (Cuota Diaria)		

Nombre y Firma del Médico Responsable:

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 59 de 103

10.35 REPORTE DE APLICACIÓN DE TOXINA BOTULINICA



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



REPORTE DE APLICACIÓN DE TOXINA BOTULINICA

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

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

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

 NOMBRE COMPLETO Y CÉDULA PROFESIONAL
 QUE REALIZA LA INTERPRETACIÓN

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 60 de 103

10.36 SOLICITUD DE APLICACIÓN DE TOXINA BOTULINICA



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

SOLICITUD DE APLICACIÓN DE TOXINA BOTULINICA



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

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
DEL MÉDICO SOLICITANTE

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

Calzada de Tlalpan 4820, 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 ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 61 de 103

10.37 REPORTE DE MICROSCOPIA ESPECULAR



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

REPOORTE DE MICROSCOPIA ESPECULAR

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

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



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

COMENTARIO: _____

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

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

LICENCIA SANITARIA 1014004678

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 62 de 103

10.38 SOLICITUD DE MICROSCOPIA ESPECULAR



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

SOLICITUD DE MICROSCOPIA ESPECULAR



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

 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
 DEL MÉDICO SOLICITANTE

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

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

LICENCIA SAN TARIA 1014004673

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 63 de 103

10.39 REPORTE DE CURVA HORARIA



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



REPORTE DE CURVA HORARIA

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

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

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

COMENTARIO: _____

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 64 de 103

10.40 SOLICITUD DE CURVA HORARIA



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



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

SOLICITUD DE CURVA HORARIA

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

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
DEL MÉDICO SOLICITANTE

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 65 de 103

10.41 REPORTE DE ESTUDIO FLUORANGIOGRÁFICO



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

REPORTE DE ESTUDIO FLUORANGIOGRÁFICO

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

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

FOTOGRAFÍA DE FONDO DE OJO:

OJO DERECHO:



OJO IZQUIERDO:

FLUORANGIOGRAFIA:

OJO DERECHO:

OJO IZQUIERDO:

CÓMENTARIO:

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 66 de 103

10.42 SOLICITUD DE FLUORANGIOGRAFÍA



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

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
 QUE REALIZA LA INTERPRETACIÓN

SOLICITUD DE FLUORANGIOGRAFÍA



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

 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
 DEL MÉDICO SOLICITANTE

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

Calzada de Tlalpan 4880, cd. Sección XVI, Delegación Tlalpan, C.P. 14080, México, D.F. Tel. 40033205

LICENCIA SANITARIA 1014004673

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 68 de 103

10.44 SOLICITUD DE APLICACIÓN DE ANTIANGIOGÉNICO





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

SOLICITUD DE APLICACIÓN DE ANTIANGIOGÉNICO

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

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
DEL MÉDICO SOLICITANTE

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 70 de 103

10.46 REPORTE DE CAMPOS VISUALES



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

REPORTE DE CAMPOS VISUALES

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

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



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

 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
 QUE REALIZA LA INTERPRETACIÓN

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

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

LICENCIA SANITARIA 1014004673

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 71 de 103

10.47 SOLICITUD DE LASER



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

SOLICITUD DE LÁSER

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

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
DEL MÉDICO SOLICITANTE

REPORTE DE LASER

REPORTE DE LÁSER

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

PARAMETROS DE LASER

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

Tratamiento: _____

Pronóstico: _____



Próxima cita: _____

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

ESTÉ FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

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

LICENCIA SANITARIA 3014004673

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 72 de 103

10.48 REPORTE DE OCT DE RETINA



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

REPORTE DE OCT DE RETINA

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



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

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

 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
 DEL MÉDICO SOLICITANTE

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

LICENCIA SANITARIA 1014004673

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 73 de 103

10.49 REPORTE DE OCT DE GLAUCOMA



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



REPORTE DE OCT DE GLUCOMA

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

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

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

 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CEDULA PROFESIONAL
 QUE REALIZA LA INTERPRETACIÓN

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 74 de 103

10.50 SOLICITUD DE OCT DE GLAUCOMA





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

SOLICITUD DE OCT DE GLAUCOMA

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

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
DEL MÉDICO SOLICITANTE

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 75 de 103

10.51 REPORTE DE ULTRASONIDO



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

REPORTE DE ULTRASONIDO

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

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

QUERATOMETRO

TOPOGRAFÍA



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

ULTRASONIDO

Ojo derecho: _____

 Ojo izquierdo: _____

10.52 SOLICITUD DE ULTRASONIDO

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 76 de 103



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



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

SOLICITUD DE ULTRASONIDO

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

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

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 77 de 103

10.53 REPORTE DE TOPOGRAFÍA CORNEAL



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

REPORTE DE TOPOGRAFÍA CORNEAL

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

NOMBRE COMPLETO: _____ No. EXPEDIENTE: _____

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

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

FRECUENCIA RESPIRATORIA: _____ TEMPERATURA: _____ PESO: _____



TALLA: _____

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

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

Calle de Tlalpan 4856, 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 ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 78 de 103

10.54 SOLICITUD DE TOPOGRAFÍA CORNEAL





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

SOLICITUD DE TOPOGRAFÍA CORNEAL

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

 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
 DEL MÉDICO SOLICITANTE

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 79 de 103

10.55 TAMIZAJE NUTRICIONAL GEA GINECOBSTETRICIA



TAMIZAJE NUTRICIONAL GEA GINECOBSTETRICIA



Fecha: _____ Hora: _____ Cama _____ Registro _____
 Servicio: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Paciente: _____ Edad: _____ años
 Semanas de gestación (embarazadas): _____ Peso pregestacional (kg) _____
 Talla: _____ m. IMC pregestacional (kg/m²): _____
 Peso al final del embarazo _____ kg Ganancia de peso total(kg): _____
 Peso postparto: _____ Kgs. IMC post-parto (kg/m²): _____
 Diagnósticos: _____

Parámetro	Criterios		Puntuación
Edad	< 20 años	1 punto	
	≥ 20 años	0 puntos	
	≥ 35 años	1 punto	
Embarazo múltiple	Sí	2 puntos	
	No	0 puntos	
IMC pregestacional (Kg/m ²)	≤ 16	3 puntos	
	16.1 – 18.4	2 puntos	
	18.5 – 24.9	0 puntos	
	≥ 25	1 punto	
Disminución reciente en el consumo de alimentos	Sí	1 punto	
	No	0 puntos	
Peso para la edad gestacional (ver reverso)	Insuficiente	3 puntos	
	Adecuado	0 puntos	
	Excesivo	1 punto	
Toxicomanías (alcoholismo, tabaquismo, consumo de drogas)	Sí	2 puntos	
	No	0 puntos	
Diagnósticos médicos que afectan el estado nutricional (anemia, diabetes mellitus, enfermedad renal, hiperémesis, RCIU, preeclampsia, etc)	Sí	2 puntos	
	No	0 puntos	
Consumo de suplementos (hierro, ácido fólico, etc)	Sí	0 puntos	
	No	1 punto	
		SUMA	

RESULTADOS:

Puntuación	Interpretación	Plan
4 puntos	Riesgo nutricio alto	Evaluación nutricional
3 puntos	Riesgo nutricio moderado	Evaluación nutricional
2 puntos o menos	Sin riesgo nutricio	Repetir dentro de una semana
IMC (Post-parto >30 kg/m²)	Riesgo por obesidad	Orientación nutricional antes de egreso

Elaboró: _____
 Nombre completo, Cédula y Firma

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 80 de 103



10.56 TAMIZAJE NUTRICIONAL DEL PACIENTE PEDIATRICO



TAMIZAJE NUTRICIONAL DEL PACIENTE PEDIÁTRICO

Nombre: _____ Fecha: _____ Fecha de nacimiento: _____																															
Edad: _____ Cama: _____ Género: M _____ F _____ Registro: _____ Hora: _____																															
Diagnósticos: _____																															
TAMIZAJE																															
A) ¿Tiene un diagnóstico que afecte el estado nutricional? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Grado 1 <input type="checkbox"/> Grado 2	CLASIFICACIÓN DE GRADO <table border="1"> <thead> <tr> <th>GRADO 1</th> <th>GRADO 2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cirugía menor</td> <td>Cirugía mayor</td> </tr> <tr> <td>Cirugía laparoscópica</td> <td>Falla orgánica múltiple</td> </tr> <tr> <td>Fractura</td> <td>Polltraumatizado</td> </tr> <tr> <td>Bronquiolitis,</td> <td>Sepsis</td> </tr> <tr> <td>Gastroenteritis</td> <td>Pancreatitis severa</td> </tr> <tr> <td>Otras Infecciones leves</td> <td>Múltiples úlceras por presión</td> </tr> <tr> <td>Úlceras por presión</td> <td>Enfermedad crónica con deterioro agudo</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Neoplasias</td> </tr> <tr> <td></td> <td>SIDA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Hipertiroidismo</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Fibrosis quística</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Enfermedad de células falciformes</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Enfermedades Hematológicas</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Depresión mayor</td> </tr> </tbody> </table>	GRADO 1	GRADO 2	Cirugía menor	Cirugía mayor	Cirugía laparoscópica	Falla orgánica múltiple	Fractura	Polltraumatizado	Bronquiolitis,	Sepsis	Gastroenteritis	Pancreatitis severa	Otras Infecciones leves	Múltiples úlceras por presión	Úlceras por presión	Enfermedad crónica con deterioro agudo		Neoplasias		SIDA		Hipertiroidismo		Fibrosis quística		Enfermedad de células falciformes		Enfermedades Hematológicas		Depresión mayor
	GRADO 1	GRADO 2																													
Cirugía menor	Cirugía mayor																														
Cirugía laparoscópica	Falla orgánica múltiple																														
Fractura	Polltraumatizado																														
Bronquiolitis,	Sepsis																														
Gastroenteritis	Pancreatitis severa																														
Otras Infecciones leves	Múltiples úlceras por presión																														
Úlceras por presión	Enfermedad crónica con deterioro agudo																														
	Neoplasias																														
	SIDA																														
	Hipertiroidismo																														
	Fibrosis quística																														
	Enfermedad de células falciformes																														
	Enfermedades Hematológicas																														
	Depresión mayor																														
Puntuación <input type="checkbox"/> No 0 <input type="checkbox"/> Grado 1 2 <input type="checkbox"/> Grado 2 3																															
B) ¿Cómo es el consumo dietético? <input type="checkbox"/> Adecuado - sin cambios en las últimas dos semanas <input type="checkbox"/> Deficiente - ha disminuido recientemente <input type="checkbox"/> Ayuno - Ninguno																															
Puntuación <input type="checkbox"/> Adecuado - sin cambios en las últimas dos semanas 0 <input type="checkbox"/> Deficiente - ha disminuido recientemente 2 <input type="checkbox"/> Ayuno - Ninguno 3																															
C) Evaluar índices peso para la talla, peso para la edad, talla para la edad.																															
Antropometría Peso: _____ Kg Talla: _____ cm Peso para la talla (P/T) _____ percentil Peso para la edad (P/E) _____ percentil Talla para la edad (T/E) _____ percentil Auxiliares < 2 años Perímetro cefálico _____ cm _____ percentil >2 años Índice de Masa Corporal (IMC) _____ kg/m ² _____ percentil																															
Puntuación <input type="checkbox"/> 5 a 95 0 <input type="checkbox"/> 3 a 5 percentil 1 <input type="checkbox"/> < 3 percentil 3																															
RESULTADOS																															
<input type="text"/> SUMA DE PUNTUACIÓN																															
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Interpretación de la suma de puntuación</th> <th>Plan Asistencial</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0 - 1 Sin riesgo de desnutrición = Verde</td> <td>-Revalorar en 7 días.</td> </tr> <tr> <td>2 - 3 Riesgo nutricio moderado = Amarillo</td> <td>-Asegurar adecuado aporte nutricio según estado clínico, revalorar en 3 días</td> </tr> <tr> <td>≥ 4 Riesgo nutricio elevado = Rojo</td> <td>-Clasificar la desnutrición (Anexo), aviso a Nutrición Clínica.</td> </tr> <tr> <td>IMC con > 95 percentil = Obesidad</td> <td>-Orientación nutricia a familiar previo al egreso.</td> </tr> </tbody> </table>	Interpretación de la suma de puntuación	Plan Asistencial	0 - 1 Sin riesgo de desnutrición = Verde	-Revalorar en 7 días.	2 - 3 Riesgo nutricio moderado = Amarillo	-Asegurar adecuado aporte nutricio según estado clínico, revalorar en 3 días	≥ 4 Riesgo nutricio elevado = Rojo	-Clasificar la desnutrición (Anexo), aviso a Nutrición Clínica.	IMC con > 95 percentil = Obesidad	-Orientación nutricia a familiar previo al egreso.																					
Interpretación de la suma de puntuación	Plan Asistencial																														
0 - 1 Sin riesgo de desnutrición = Verde	-Revalorar en 7 días.																														
2 - 3 Riesgo nutricio moderado = Amarillo	-Asegurar adecuado aporte nutricio según estado clínico, revalorar en 3 días																														
≥ 4 Riesgo nutricio elevado = Rojo	-Clasificar la desnutrición (Anexo), aviso a Nutrición Clínica.																														
IMC con > 95 percentil = Obesidad	-Orientación nutricia a familiar previo al egreso.																														

Nombre/ firma y cédula del evaluador: _____

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 81 de 103

10.57 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS E INVASIVOS



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Hora: _____

 NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PACIENTE

 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO

 NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO

 NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 82 de 103

10.58 TAMIZ NUTRICIONAL



TAMIZAJE NUTRICIONAL GEA

Fecha: _____ Hora: _____ Cama _____ Registro _____
 Servicio: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Paciente: _____ Sexo: M F
 Diagnósticos: _____

Peso: _____ Kgs. Talla: _____ m. IMC (kg/m²): _____ Edad: _____ años

Es necesario estimar por fórmula el peso: Si ___ No ___

A) ¿Ha perdido peso en los últimos seis meses sin proponérselo?

- | | | |
|--------------------------|-----------------|---|
| <input type="checkbox"/> | No | 0 |
| <input type="checkbox"/> | No está seguro | 2 |
| <input type="checkbox"/> | Si De 1 a 5 Kg. | 1 |
| | De 6 a 10 Kg. | 2 |
| | De 11 a 15 Kg. | 3 |
| | Más de 15 Kg. | 4 |

PUNTOS: _____

B) ¿Ha disminuido su consumo de alimentos en los últimos tres meses en comparación con lo que come habitualmente?

- | | | |
|--------------------------|----|---|
| <input type="checkbox"/> | No | 0 |
| <input type="checkbox"/> | Si | 1 |

PUNTOS: _____

C) ¿Estará en ayuno en los próximos tres días?

- | | | |
|--------------------------|----|---|
| <input type="checkbox"/> | No | 0 |
| <input type="checkbox"/> | Si | 2 |

PUNTOS: _____

D) ¿Cursa con alguna enfermedad que comprometa el estado nutricional (pancreatitis grave, enfermedad crónica agudizada, sepsis u otra enfermedad catabólica)?

- | | | |
|--------------------------|----|---|
| <input type="checkbox"/> | No | 0 |
| <input type="checkbox"/> | Si | 3 |

PUNTOS: _____

Total de puntos (A+B+C+D): _____

VERDE AMARILLO ROJO

Conducta:


Puntos	Diagnóstico de Tamizaje Nutricional	Etiqueta	Maneja
0 - 1	Sin riesgo de desnutrición	Verde	Reevaluación en 7 días
2 - 3	Riesgo nutricional moderado	Amarillo	Reevaluación en 7 días
4 ó más	Riesgo nutricional elevado	Rojo	Evaluación Nutrición Completa
Por IMC	Obesidad.	Rojo	Orientación nutricional.

Elaboró: _____

Nombre completo, Cédula y Firma

LICENCIA SANITARIA 10588673

10.59 HOJA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL

Hoja de valoración nutricional 

Nombre: _____ No. Cama: _____ Registro: _____
 Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha y hora de ingreso: _____
 Diagnóstico de ingreso: _____
 Fecha y hora de aplicación: _____ Fecha y hora de alta: _____



a. Historia	Cambio en el peso corporal	Ninguno _____ Aumento _____ Disminución _____ kg _____ tiempo _____ %PP _____	Cambios en la dieta (previo a hospitalización)	No _____ Si _____	Sólida _____ Líquida _____ Tiempo _____
	Síntomas gastrointestinales	Ninguno _____ Nauseas _____ Vómito _____ Diarrea _____ Anorexia _____ Tiempo _____	Capacidad funcional	Sin disfunción _____ Disfunción _____ Ambulatorio _____ Postrado _____ Tiempo _____	Enfermedad y relación a requerimiento
					Estrés: Bajo _____ Moderado _____ alto _____
b. Examen físico	Disminución de grasa subcutánea	Tríceps, tórax Si _____ NO _____	Disminución de masa muscular	No _____ Si _____	Edema No _____ Si _____
					Localización _____ Grado _____
c. Puntaje	Diagnóstico nutricional	Normal _____ Desnutrición leve _____ Desnutrición moderada _____ Desnutrición severa/grave _____			Elaboró: _____ Firma: _____

Evolución del paciente

Fecha						
Consumo % adecuación						
Signos y síntomas clínicos						

Parámetros clínicos

Fecha						
FC / FR						
TA (PAM)						
Temp / O ₂						
FIO ₂ / Vol. Min						
Síntomas gastrointestinales						
Edema(+++,+++)						
Dinamometría						

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 85 de 103

10.60 CARTA Y AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR NECROPSIA (AUTOPSIA)



HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

Limitaciones:

Ninguna. El permiso se otorga para realizar una necropsia completa con remoción, examinación y retención de los órganos y tejidos por parte del personal de la División de Anatomía Patológica.

El permiso se otorga para la realización de una necropsia con las siguientes **limitaciones y condiciones**

Asimismo, declaro que en mi presencia han sido llenados o cancelados todos los espacios en blanco que se presentan en este documento.

Lugar, fecha y hora de la autorización: _____

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO

NOMBRE Y FIRMA DEL FAMILIAR

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO

NEGACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE NECROPSIA

Por la presente, **NEGÓ** autorización para que sea practicada en mi familiar la NECROPSIA.

Lo anterior en virtud de: _____

Lugar y fecha: _____

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL FAMILIAR



HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

CARTA DE CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR NECROPSIA (AUTOPSIA)

Nombre del fallecido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Expediente Clínico: _____

Nombre del familiar responsable: _____

Identificado con: _____

Servicio: _____ Cama: _____



Fecha y hora de la defunción: _____

Yo, _____, (parentesco) _____ del fallecido _____, siendo el disponente secundario del cadáver, con fundamento en los artículos 350 bis de la Ley General de la Salud; 13 y 14 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos, autorizo a la División de Anatomía Patológica del Hospital General Dr. Manuel Gea González la realización de la necropsia en el cuerpo de mi familiar. Yo comprendo que cualquier información y diagnóstico obtenidos estarán sujetos a las leyes de confidencialidad.

Estudio de órganos y tejidos:

Asimismo con fundamento en el artículo 350 bis 3 de la Ley General de Salud autorizo que los órganos y fluidos sean removidos del cuerpo para su examen en la División de Anatomía Patológica con fines de diagnóstico, educación mejora de la calidad del servicio hospitalario e investigación. Este consentimiento no se hace extensivo para que los órganos removidos sean usados con fines de trasplante. Entiendo que los órganos que no sean requeridos para el diagnóstico, educación, mejora de calidad del servicio hospitalario e investigación tendrá como destino final la incineración.

Comprendo que puedo poner limitaciones sobre el alcance de la necropsia y la conversación de los órganos y tejidos. Entiendo que cualquier limitación puede poner en peligro el valor diagnóstico de la necropsia y limitar su utilidad en la educación, mejora en la calidad del servicio hospitalario o con fines de investigación. Se me ha dado la oportunidad de resolver cualquier duda que pueda tener sobre el alcance o con la finalidad de la necropsia.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 86 de 103

10.61 ESCALA DE DUELO PERINATAL





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

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

Escala de Duelo Perinatal

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



Reactivo	Definitivamente sí	Probablemente sí	Probablemente no	Definitivamente no
1. Me siento deprimida				
2. Se me hace difícil llevarme bien con algunas personas				
3. Tomo medicina para los nervios				
4. Me siento vacía				
5. No puedo realizar mis actividades cotidianas				
6. Me siento culpable cuando pienso en mi bebé				
7. Siento la necesidad de hablar de mi bebé				
8. He pensado en el suicidio desde que perdí a mi bebé				
9. Me siento enferma cuando pienso en mi bebé				
10. Me lamento por la pérdida de mi bebé				
11. Intento reír pero ya nada me parece gracioso				
12. Me siento desprotegida en un mundo peligroso desde que perdí a mi bebé				
13. Estoy asustada				
14. Siento que decepcioné a la gente por la pérdida de mi bebé				
15. Siento que estoy retomando de nuevo mi vida				
16. Extraño mucho a mi bebé				

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 87 de 103

17. Necesito justificarme ante algunas personas por la pérdida de mi bebé				
18. La mejor parte de mí se perdió con mi bebé				
19. Es doloroso recordar la pérdida de mi bebé				
20. Siento que necesito ayuda profesional para que mi vida funcione otra vez				
21. Me siento culpable por la pérdida de mi bebé				
22. Me enoja cuando pienso en mi bebé				
23. Me siento como muerta en vida				
24. Siento que no valgo nada desde que perdí a mi bebé				
25. Llora cuando pienso en mi bebé				
26. Me siento apartada y sola, aunque esté con amigos				
27. Siento que es mejor no amar				
28. El tiempo pasa muy lentamente desde que perdí a mi bebé				
29. Desde que perdí a mi bebé se me hace difícil tomar decisiones				
30. El futuro me preocupa				
31. Me siento muy sola desde que perdí a mi bebé				
32. Es maravilloso estar vivo				
33. Una madre desolada por la pérdida de un bebé es menos que otra				
34. Siento que me estoy adaptando bien a la pérdida de mi bebé				
35. Estoy aceptando la pérdida de mi bebé				
36. Siento un gran dolor por la pérdida de mi bebé				

Puntaje total: _____

Elaborado por Mtra. Psic. Karla Vanessa Rodríguez Rodríguez basado en:
 González, C. M., Bello, N. C., Calva, E. A., López, M. E. G., & Pichardo, M. A. S. (2011). Escala de duelo perinatal: validación en mujeres mexicanas con pérdida gestacional. *Revista latinoamericana de psicología*, 43(3), 419-428.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 88 de 103

10.62 ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN



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

Nombre: _____ Fecha: _____
 Edad: _____ Alcaldía: _____ Teléfono: _____ No. Registro _____
 Estado civil: _____ Escolaridad: _____ Ocupación: _____
 Atención psicológica: Consulta externa _____ Hospitalización _____ Cama _____
 Embarazo: _____SDG_____posparto_____Gesta_____Parto_____Aborto_____Óbito_____

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión

Instrucciones: A continuación, se presenta una lista de afirmaciones que describen una serie de estados emocionales. Lea cada pregunta y marque con una X la respuesta que mejor indique cómo se ha sentido en esta última semana incluyendo el día de hoy.

1. Me siento tenso(a) o nervioso(a):

Todo el día	Gran parte del día	De vez en cuando	Nunca
-------------	--------------------	------------------	-------

2. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

Igual que antes	No tanto como antes	Solamente un poco	Ya no disfruto como antes
-----------------	---------------------	-------------------	---------------------------

3. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

Sí y muy intenso	Sí, pero no muy intenso	Sí, pero no me preocupa	No siento nada de eso
------------------	-------------------------	-------------------------	-----------------------

4. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

Igual que siempre	Actualmente, algo menos	Actualmente, mucho menos	Actualmente, nada
-------------------	-------------------------	--------------------------	-------------------

5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

Todo el día	Gran parte del día	De vez en cuando	Nunca
-------------	--------------------	------------------	-------

6. Me siento lento(a) y torpe:

Todo el día	Gran parte del día	De vez en cuando	Nunca
-------------	--------------------	------------------	-------

7. Soy capaz de permanecer sentado(a) tranquilo(a) y relajado(a):

Siempre	A menudo	Raras veces	Nunca
---------	----------	-------------	-------

8. He perdido el interés por mi aspecto personal:

Completamente	A menudo	Rara vez	Nada
---------------	----------	----------	------

9. Experimento una desagradable sensación de "nervios y hormigueos" en el estómago:



Siempre	A menudo	Rara vez	Nunca
---------	----------	----------	-------

10. Espero las cosas con ilusión:

Siempre	A menudo	Rara vez	Nunca
---------	----------	----------	-------

11. Me siento inquieto(a) como si no pudiera parar de moverme:

Siempre	A menudo	Rara vez	Nunca
---------	----------	----------	-------

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 89 de 103

12. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:

Siempre	A menudo	Rara vez	Nunca
---------	----------	----------	-------

13. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

Siempre	A menudo	Rara vez	Nunca
---------	----------	----------	-------



14. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión

Siempre	A menudo	Rara vez	Nunca
---------	----------	----------	-------

Puntaje depresión: _____

Puntaje Ansiedad: _____

Elaborado por Mtra. Psic. Karla Vanessa Rodríguez Rodríguez basado en:
Galindo Vázquez O, Benjet C, Juárez García F, Rojas Castillo F, Riveros Rosas A, Asúlar Ponce J T. & Alvarado Amilar S. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud mental*, 38(4), 253-258.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 90 de 103

10.63 REGISTRO DE ADOLESCENTES DE CONSULTA Y HOSPITALIZACIÓN



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

Fecha _____ No. de Expediente _____

Nombre _____

Teléfono _____ Delegación _____

Diagnóstico Médico:
Antecedente de Diagnóstico Psiquiátrico;

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

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

Edad _____ Originaria _____

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

Edad menarca _____ años

Inicio vida sexual _____ años Número de parejas sexuales _____

Edad primera unión _____ años Edad pareja _____

Ocupación de pareja actual _____ años Vive con _____

Ingreso económico proveniente _____

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

Trabajo actual: _____
Trabajo anterior: _____
Plan de estudio a o trabajo a mediano plazo:

Evaluación
Ansiedad _____
Depresión _____
Violencia intrafamiliar _____

10.64 HOJA DE EVALUACIÓN CARDIOVASCULAR

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA	SI ()	NO ()	
INSUFICIENCIA CARDÍACA	SI ()	NO ()	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	SI ()	NO ()	
CARDIOPATÍAS CONGENITAS	SI ()	NO ()	
NEUMOPATÍAS	SI ()	NO ()	
EKG:			
Rx:			
LABORATORIO:			
CONCLUSIONES:			
PUEDEN OPERARSE:	SI ()	NO ()	
RIESGO TROMBOEMBÓLICO:			
RIESGO GOLDMAN / DETSKY:			
RIESGO ASA:			
RECOMENDACIONES			
PREOPERATORIAS:			
TRANSOPERATORIAS:			
POSTOPERATORIAS:			
ESCALA (ASA) AMERICAN SOCIETY ANESTHESIOLOGISTS			
ASA I (I / V) SANO ASA II (II / V) ENFERMEDAD GRAL. LEVE ASA III (III / V) ENFERMEDAD GRAL. GRAVE ASA IV (IV / V) ENFERMEDAD GRAL. QUE PONE EN PELIGRO LA VIDA ASA V (V / V) PACIENTE MORIBUNDO			
		GOLDMAN / DETSKY (RIESGO CARDÍACO EN CIRUGÍA NO CARDÍACA)	
RIESGO TROMBOEMBÓLICO	G I	(ENTRE 0 Y 5 PUNTOS)	
BAJO (ENTRE 1 Y 18 PUNTOS)	G II	(ENTRE 6 Y 12 PUNTOS)	
MODERADO (19 Y 35 PUNTOS)	G III	(ENTRE 13 Y 22 PUNTOS)	
ALTO (36 A 54 PUNTOS)	G IV	(ENTRE 23 Y 53 PUNTOS)	
NOMBRE Y FIRMA MÉDICO SOLICITANTE		NOMBRE Y FIRMA MÉDICO QUE REALIZÓ EL ESTUDIO	

06-01-0143

LICENCIA SANITARIA 1014004673





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

HOJA DE EVALUACIÓN CARDIOVASCULAR PREOPERATORIO DE RIESGO QUIRÚRGICO			
NOMBRE:	No. EXPEDIENTE:		
EDAD:	SEXO:	No. CAMA:	
FECHA DE REALIZACIÓN:			
SERVICIO SOLICITANTE:			
DIAGNÓSTICO:			
CIRUGÍA PLANEADA:			
CIRUGÍA PROGRAMADA ()	SI () NO ()		CIRUGÍA URGENTE ()
ENFERMEDAD CONCOMITANTE:			
DM	()	INSF. RENAL ()	ENF. PSIQUIÁTRICA ()
HTAS	()	INSF. HEPÁTICA ()	ALT. NEUROLÓGICA ()
EPOC	()	INSF. VENOSA ()	OBESIDAD ()
INST. RESP.	()	INFECC. ABDOMINAL ()	DESNUTRICIÓN ()
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 ()
REPOSO PROLONGADO	1 ()	CIRG. PRÓSTATA	5 ()
CIRG. MENOR 2 HRS.	1 ()	(SUPRAPUBICA)	()
CARDIOMEGALIA Y/O FIBRILACIÓN AURICULAR	5 ()	CALIFICACIÓN TOTAL	()
VALORACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR (GOLDMAN/DETSKY)			
EDAD MAYOR A 70 A	5 ()	PAO2 < 60 mm. Hg. ó PACO2 > 50 mmHg	3 ()
IM > 6 MESES	5 ()	K + < 3.0 mEq / l. ó HCO3 > 30 mEq / l	3 ()
IM < 6 MESES	10 ()	BUN > 50 mg / dl ó CREATININA > 3.0 mg / dl	3 ()
ÁNGOR CLASE III SC vc	10 ()	TGO ANORMAL O EVIDENCIA DE HEPATOPATIA CRÓNICA	3 ()
ÁNGOR CLASE IV SC vc	20 ()	CIRUGÍA URGENTE INTRAPERITONEAL / NEUROCIROLOGÍA	4 ()
GALOPE S3 O PLETORA YUGULAR	11 ()		
ÁNGOR 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 / mm.	7 ()		
RIESGO: GRADO I ()	GRADO II ()	GRADO III ()	GRADO IV ()
DATOS CARDIOVASCULARES:			
VAVULOPATIAS	SI ()	NO ()	

06-01-0143

LICENCIA SANITARIA 1014004673

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 92 de 103

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



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

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

División de Cuidados Paliativos y Clínica de Dolor.

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

Existen diferentes tipos de opioides de acuerdo a la manera en la que actúan. En un primer grupo están por ejemplo, la morfina, hidromorfona codeína, tramadol, oxycodona, hidrocodona, metadona, levorfanol, fentanilo. La buprenorfina pertenece a otro grupo y a un tercer grupo incluye la pentazocina, butorfanol, dezocina y 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.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 93 de 103



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 _____

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 94 de 103

10.66 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INGRESO RECIBIR SEDACIÓN PALIATIVA



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

Carta de Consentimiento Informado Para Ingreso recibir Sedación Paliativa.

División de Cuidados Paliativos y Clínica de Dolor.

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

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

Información sobre Sedación Paliativa.

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

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

Sedación Paliativa.



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

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

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

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

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

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 95 de 103



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

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

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

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

CDMX a de de 201

Nombre _____ No de Expediente _____
 Dirección _____ Teléfono _____

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

Nombre/Firma _____

Testigos:

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

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

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

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

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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 96 de 103

10.67 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR TRATAMIENTO PALIATIVO



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

Carta de Consentimiento Informado Para recibir tratamiento Paliativo.

División de Cuidados Paliativos y Clínica de Dolor.

De acuerdo con las disposiciones contenidas en la Normas Oficiales 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.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 97 de 103



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

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



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

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

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

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

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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 98 de 103



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

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

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

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

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



CDMX a de del 20

Nombre del paciente

_____ Expediente _____

Dirección _____

_____ Teléfono _____

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 100 de 103

10.68 CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

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



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

La suscrita paciente de esta institución, con fecha de nacimiento _____ con número de expediente clínico _____ en pleno uso de mis facultades, declaro que el Dr. (la Dra.) _____ Adscrito (a) a la División de _____ me ha proporcionado información amplia y precisa de usar método anticonceptivo para cuidar mi salud y prevenir embarazos, por lo que entiendo y declaro lo siguiente:

En un lenguaje claro y sencillo que he comprendido, que el DIU es un dispositivo de distintos materiales, recubierto por metales o que contiene medicamentos, que se coloca dentro del útero con fines anticonceptivos y/o como tratamiento de algunas metrorragias.
La colocación del DIU y del modelo serán indicados en consulta ambulatoria, unidad toco quirúrgica y hospitalización por el médico la(médica) ginecólogo (o) que indicará los controles posteriores a los que debo someterme, así como la duración del mismo.

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

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

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

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

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

RIESGOS FRECUENTES

1. En el momento de la inserción:

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

2. En la evolución:

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

- Descenso y expulsión.



Puede ser asintomático o cursar con dolor o sangrado.

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

- Dolor.

- Migración a cavidad abdominal con las complicaciones subsiguientes.

3. En su extracción: - Pérdida de referencia de los hilos y la rotura con retención de un fragmento. En caso de producirse alguna de estas complicaciones el ginecólogo me indicará la necesidad de someterme a las pruebas o tratamientos complementarios necesarios, que pueden ser: Extracción

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 101 de 103

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

4. En caso de DIU hormonal:

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

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

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

Contraindicaciones

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

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

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

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

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

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

Lugar y fecha:

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

Testigo

Testigo

Nombre completo y firma

Nombre completo y firma

Unidad Médica donde se otorgó el método Persona que otorgo el método

Hospital General Dr. Manuel Gea González _____

Nombre completo y firma

10.69. TAMIZAJE DEL ADULTO MAYOR



CLÍNICA DE GERIATRÍA

Hospital General "Dr. Manuel Gea González"
EVALUACIÓN DE TAMIZAJE EN EL ADULTO MAYOR



Nombre: _____ Registro: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Edad: _____ Sexo: _____ Servicio: _____ Cama: _____ Fecha de ingreso: _____
 Estado civil: _____ Escolaridad: _____ Ocupación: _____ Interrogatorio: _____
 Persona de contacto: _____ Teléfono: _____ Fecha y hora: _____
 Motivo de ingreso: _____

1. APOYO SOCIAL

- o ¿Quién es su cuidador primario? _____
- o ¿Con quién vive? _____
- o ¿En dónde vive? _____
- o ¿Cuántos hijos tiene? _____
- o ¿Cómo describiría su situación económica? Excelente Muy buena Buena Mala Muy mala

2. AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD

- o En relación a otras personas de su edad, ¿cómo diría que se encuentra su estado de salud?
 Excelente Muy buena Buena Mala Muy mala

3. FUNCIONALIDAD

Movilidad (Rosow-Breslau) _____/3		Discapacidad (Nagi) El paciente es capaz de: _____/5	
Sube y baja escaleras para llegar al siguiente piso	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Inclinarse, agacharse, arrodillarse	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Es capaz de caminar 500 m	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Levantar los brazos por arriba de los hombros	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Realiza trabajo pesado en casa	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Escribir o manipular objetos pequeños	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		Empujar o jalar objetos	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		Levantar y cargar objetos de 5 kg o más	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Actividades básicas de la vida diaria (Katz) _____/6		Actividades instrumentadas de la vida diaria (Lawton) _____/8	
Baño	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Capacidad para usar el teléfono	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Vestido	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Transporte	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Uso de sanitario	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Medicación	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Transferencias	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Finanzas	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Continencia - Urinaria <input type="checkbox"/> - Fecal <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Compras	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Alimentación	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cocina	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		Cuidado del hogar	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		Lavandería	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

o ¿Utiliza auxiliar de la marcha? Sí (1) No (0) ¿Cuál? _____

4. FUNCIÓN SENSORIAL

- o **Visión:** Normal Anormal Dx: _____ ¿Usa lentes? Sí No
- o **Audición:** Normal Anormal Dx: _____ ¿Auxiliar auditivo? Sí No

5. CAÍDAS

- o ¿Se ha caído en el último año? Sí No ¿Cuántas veces? _____ ¿Lesiones? _____

6. ÁNIMO

- o Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado cada uno de los siguientes problemas? ≥3 Sí No
- (0) Nunca (1) Varios días (2) Más de la mitad de los días (3) Todos o casi todos los días
- Tener poco interés o placer en hacer las cosas _____
- Sentirse desanimado(a), deprimido(a) o sin esperanza _____

7. ESTADO MENTAL

- > (CAM) **Delirium** (A+ B + C) + D ó E
- A. Cambio agudo en el estado mental Sí No
- B. Fluctuación de síntomas en minutos u horas Sí No
- C. Alteraciones en la atención Sí No
- D. Alteración del estado de conciencia Sí No
- E. Pensamiento desorganizado Sí No
- o ¿Presenta queja de memoria de más de 6 meses? Sí No Hiperactivo Hipoactivo Mixto
- o ¿Afecta la pérdida de memoria su vida diaria? Sí No



8. NUTRICIÓN

➤ Tamizaje (MNA):

Malnutrición (0-7) Riesgo de malnutrición (8-11) Estado nutricional normal (12-14)

A	¿Ha perdido el apetito? ¿Tiene problemas digestivos o dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses?	D	¿Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?
	<input type="checkbox"/> 0 Ha comido mucho menos <input type="checkbox"/> 1 Ha comido menos <input type="checkbox"/> 2 Ha comido igual		<input type="checkbox"/> 0 Sí <input type="checkbox"/> 2 No
B	Pérdida reciente de peso (<3 meses)	E	Problemas neuropsicológicos
	<input type="checkbox"/> 0 Pérdida de peso >3kg <input type="checkbox"/> 1 No lo sabe <input type="checkbox"/> 2 Pérdida de peso entre 1 y 3kg <input type="checkbox"/> 3 No ha habido pérdida de peso		<input type="checkbox"/> 0 Demencia o depresión grave <input type="checkbox"/> 1 Demencia moderada <input type="checkbox"/> 2 Sin problemas psicológicos
C	Movilidad	F	Índice de masa corporal (IMC)
	<input type="checkbox"/> 0 De la cama al sillón <input type="checkbox"/> 1 Autonomía en el interior <input type="checkbox"/> 2 Sale del domicilio		<input type="checkbox"/> 0 <19 <input type="checkbox"/> 1 <21 <input type="checkbox"/> 2 <23 <input type="checkbox"/> 3 >23

➤ Patología dental: Sí No ¿Usa prótesis dentales? Sí No ¿Cuáles? _____

➤ Úlceras por presión: Sí No Sitio y grado: _____

9. POLIFARMACIA: Sí No ¿Cuáles? _____

Hospitalización: _____

10. COMORBILIDADES: _____

11. EXPLORACIÓN FÍSICA: TA: _____ FC: _____ FR: _____ T°: _____ SaO₂: _____ FIO₂: _____

12. LABORATORIOS: _____

13. SÍNDROMES GERIÁTRICOS:

<input type="checkbox"/> Caídas	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Patología dental	<input type="checkbox"/> Síndrome de inmovilidad
<input type="checkbox"/> Déficit Auditivo	<input type="checkbox"/> Desnutrición	<input type="checkbox"/> Patología social	<input type="checkbox"/> Trastorno de la marcha
<input type="checkbox"/> Déficit visual	<input type="checkbox"/> Deterioro cognitivo	<input type="checkbox"/> Polifarmacia	<input type="checkbox"/> Úlceras por presión
<input type="checkbox"/> Delirium	<input type="checkbox"/> Deterioro funcional		



14. AL EGRESO SE CONTINUARÁ SU CUIDADO EN:

Casa propia Casa de familiar _____ Institucionalización _____ Otro _____



15. PLAN: _____

Realizó: _____

(Nombre completo, cédula profesional, firma)

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento para programar y elaborar estudios radiológicos y de imagenología		Hoja: 1 de 7

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

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento para programar y elaborar estudios radiológicos y de imagenología		Hoja: 2 de 7

1. PROPÓSITO


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

2. ALCANCE

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

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

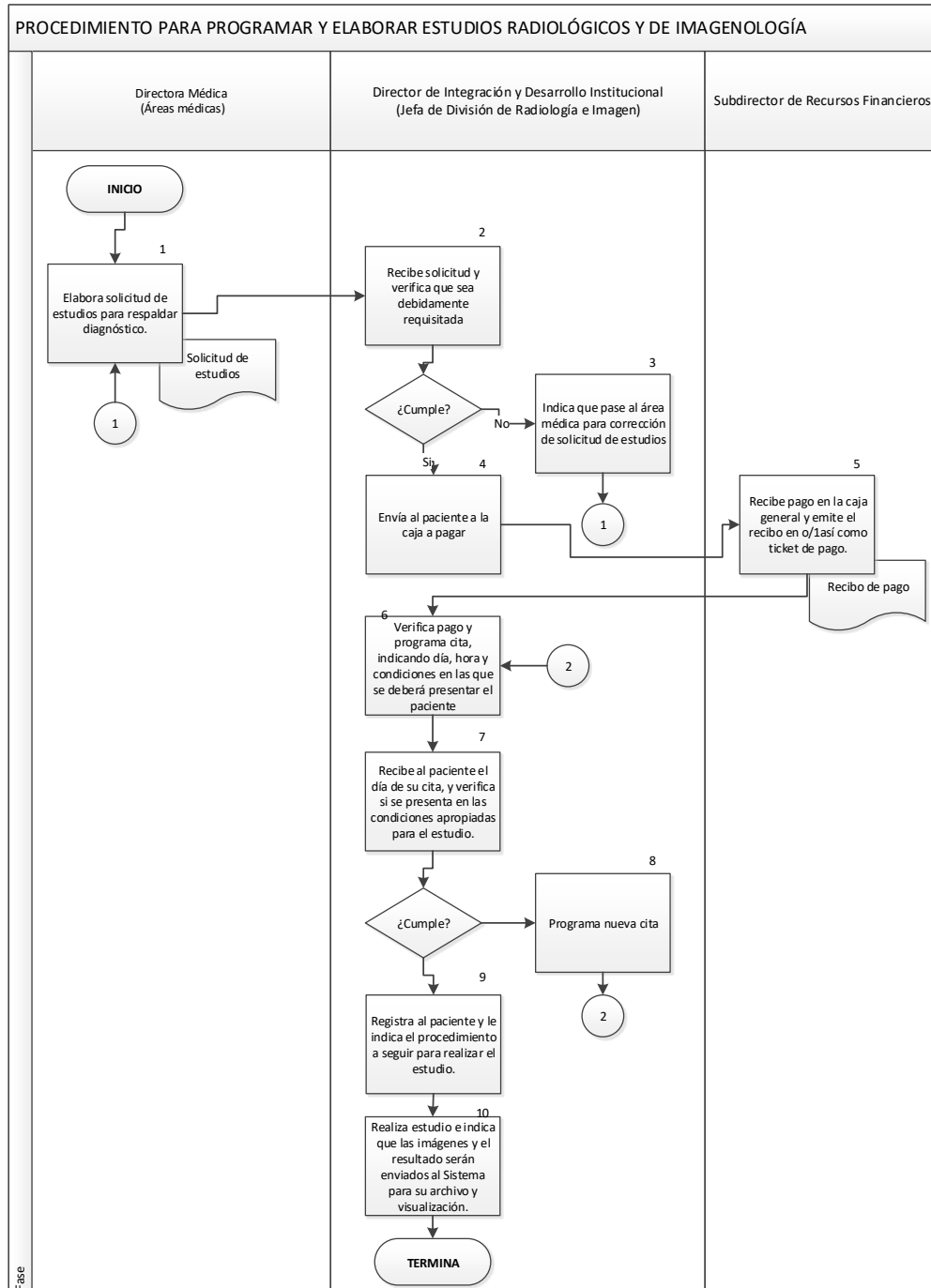
- 3.1 La Subdirección de Cirugía a través de sus Divisiones Quirúrgicas, es responsable de requisitar debidamente la solicitud por escrito de los estudios radiológicos y/o de imagen que requiera el paciente a través del Sistema Digital (SIGHO)
- 3.2 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional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



	PROCEDIMIENTO
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS
	Procedimiento para programar y elaborar estudios radiológicos y de imagenología Hoja: 3 de 7

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

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

5. DIAGRAMA DE FLUJO



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

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

7. REGISTROS

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

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO


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

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO


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



10. ANEXOS DEL PRODECIMIENTO

- 10.1 Solicitud de Estudios
- 10.2 Recibo de pago


	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento para programar y elaborar estudios radiológicos y de imagenología		Hoja: 6 de 7

10.1 SOLICITUD DE ESTUDIOS

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

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento para programar y elaborar estudios radiológicos y de imagenología		Hoja: 7 de 7

10.2 RECIBO DE PAGO



HOSPITAL GENERAL
DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ

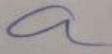
HOSPITAL GENERAL
DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ

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


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

lunes, 28 de mayo de 2018 09:13:57a.m. Num. Operación 0000000051418



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





FIRMA CAJERO
1719364



PACIENTE

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. "A"
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO HOSPITALARIO POR URGENCIAS.		Hoja: 1 de 19

5. PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO HOSPITALARIO POR URGENCIAS.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. "A"
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO HOSPITALARIO POR URGENCIAS.		Hoja: 2 de 19

1. PROPÓSITO



Realizar las actividades correspondientes al registro y control del ingreso hospitalario por el área de urgencias, para apertura de expediente clínico.

2. ALCANCE


- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a las Subdirecciones Médicas que brindan la atención médica, al Departamento de Admisión y Archivo Clínico, que ingresa a los pacientes provenientes de urgencias, y al Departamento de Enfermería Clínica que atiende a los pacientes programados.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable al paciente que acude al hospital para recibir atención médica de urgencia.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Departamentos de Admisión y Archivo Clínico es responsable de verificar que las carpetas sean debidamente rotuladas, con el número de registro en orden digito terminal progresivo, integrando los formatos del ingreso hospitalario al expediente clínico, y de llevar el control de los datos de pacientes a los que se les abrió expediente y su número de registro.
- 3.2 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Departamento de Admisión y Archivo Clínico, es responsable de la apertura de expedientes clínicos, únicamente a pacientes que son hospitalizados a través de la División de Urgencias, siempre y cuando no cuenten con registro en el Hospital.
- 3.3 Las Subdirecciones Médicas son responsables de la asignación de cama en coordinación con la Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica, debiendo informar al personal de admisión el área y/o la cama designada.
- 3.4 Las Subdirecciones Médicas son responsables de determinar el ingreso ambulatorio debiendo especificarlo en la solicitud de ingreso hospitalario.
- 3.5 La Subdirección de Urgencias y Medicina a través de la División de Urgencias Observación es responsable de solicitar al servicio tratante la apertura de expediente clínico, de aquellos pacientes que ya tengan 48 hrs. sin resolución de su patología o a criterio del médico de urgencias observación.
- 3.6 La Subdirección de Calidad a través del Departamento de Trabajo Social, es responsable de corroborar la existencia de una identificación oficial, hoja de no derechohabencia y CURP del paciente a fin de identificar al paciente plenamente.
- 3.7 La Subdirección de Urgencias y Medicina a través del médico tratante de Urgencias, es responsable de elaborar las cartas de consentimiento que se requieran en cada caso, aclara al paciente y/o sus familiares, las dudas sobre el procedimiento médico, quirúrgico y/o terapéutico que se le practicarán al paciente, así como de los riesgos y pronósticos.
- 3.8 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Departamento de Admisión y Archivo Clínico, es responsable de llenar las cartas de consentimiento para el ingreso hospitalario, recabar las firmas, y aclarar las dudas sobre los trámites, requisitos y procedimientos administrativos.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. "A"
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO HOSPITALARIO POR URGENCIAS.		Hoja: 3 de 19


- 3.9 La Subdirección de Urgencias y Medicina a través de sus médicos tratantes, son responsables de determinar los casos médico-legales y notificar al Departamento de Trabajo Social.
- 3.10 La Subdirección de Urgencias y Medicina a través de los médicos tratantes de Urgencias, son responsable de elaborar y firmar el formato de la "Solicitud de Ingreso Hospitalario".
- 3.11 La Subdirección de Gestión de Calidad a través del Departamento de Trabajo Social, es responsable de enviar al Ministerio Público la notificación de los casos médico-legales, así como de notificar a las áreas de Admisión e Informes.
- 3.12 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica es responsable de recoger las prendas y valores del paciente y hacer entrega a los familiares. En caso de pacientes que acuden solos, en coordinación con el personal de seguridad entregará los valores al Departamento de Seguridad y las prendas de vestir a la oficina de Admisión, en una bolsa de plástico sellada y rotulada con los datos del paciente.
- 3.13 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Departamento de Admisión y Archivo Clínico, es responsable del resguardo de las prendas de vestir del paciente que al ingreso no cuente con familiares, así como de entregar al mismo paciente cuando sea dado de alta o a sus familiares.
- 3.14 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Departamento de Admisión y Archivo Clínico registrará el ingreso en la tarjeta de control de cama y en el censo diario los datos del paciente.
- 3.15 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Departamento de Admisión y Archivo Clínico debe generar e imprimir el listado de los ingresos y egresos efectuados en el turno para llevar un control de movimiento de pacientes.
- 3.16 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Departamento de Admisión y Archivo Clínico es responsable de revisar los datos generales y personales de los pacientes en el sistema SIGHO cuando el familiar o paciente presenten su documentación oficial, y en su caso corregirlos.

	PROCEDIMIENTO
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS
	PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO HOSPITALARIO POR URGENCIAS. Hoja: 4 de 19

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

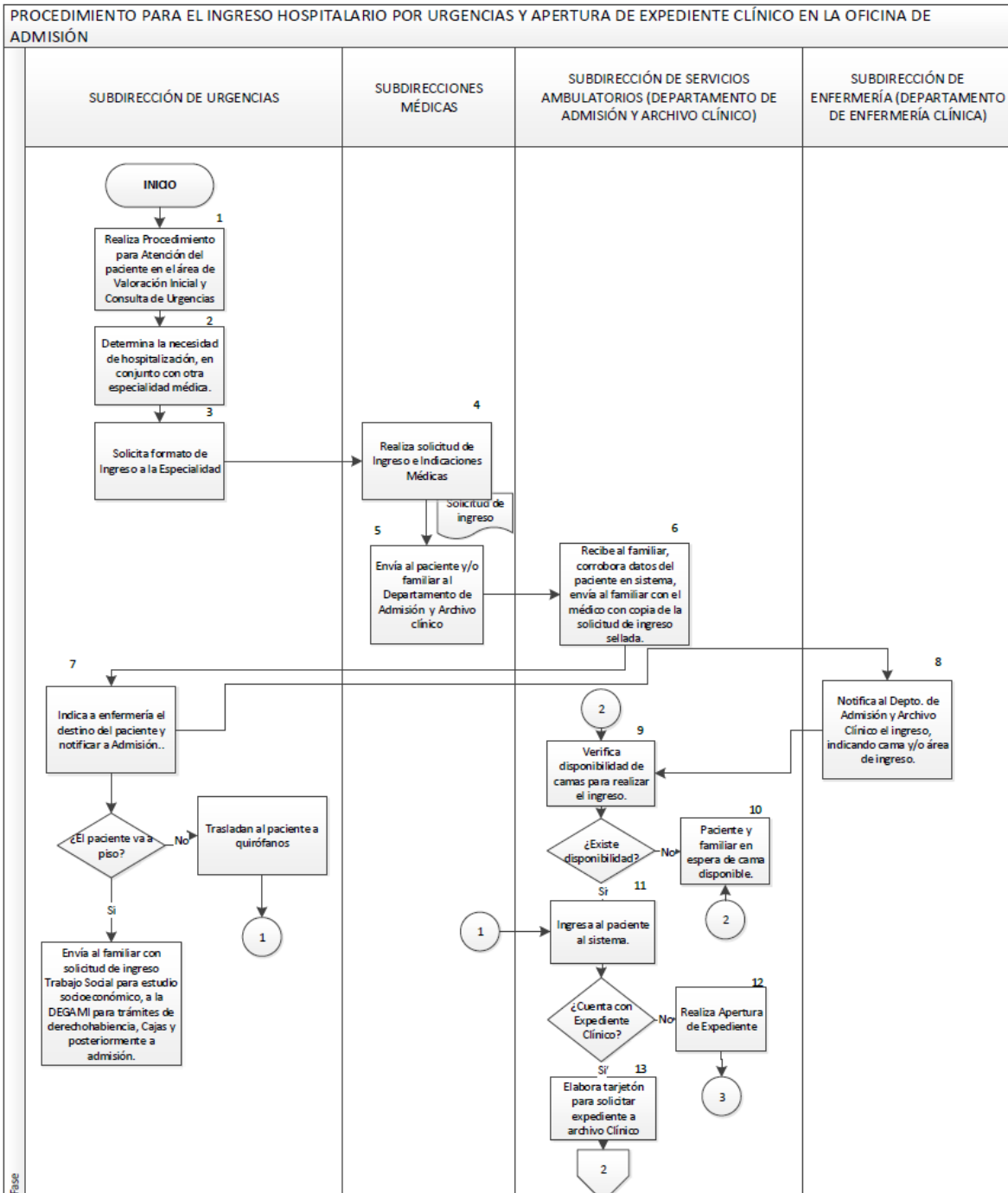
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirector de Urgencias (Jefa de la División de Urgencias, Valoración y Consulta, Jefe de la División de Urgencias Observación)	1	Realiza Procedimiento para Atención del paciente en el área de Valoración Inicial y Consulta de Urgencias	
	2	Determina la necesidad de hospitalización, en conjunto con otra especialidad médica.	
	3	Solicita formato de Ingreso Hospitalario a la Especialidad.	
Subdirecciones Médicas	4	Realiza solicitud de Ingreso e Indicaciones Médicas.	Solicitud de Ingreso Hospitalario
	5	Envía al paciente y/o familiar al Departamento de Admisión Hospitalaria y Archivo Clínico.	
Subdirectora de Servicios Ambulatorios (Jefe del Departamento de Admisión y Archivo Clínico)	6	Recibe al familiar, corrobora datos del paciente en sistema, envía al familiar con el médico con copia de la solicitud de ingreso sellada.	
Subdirector de Urgencias (Jefa de la División de Urgencias, Valoración y Consulta, Jefe de la División de Urgencias Observación)	7	Indica a enfermería si el paciente va a cama o quirófano para notificar a Admisión.	
		<p>¿El paciente va a piso?</p> <p>No: Traslada al paciente a quirófanos. (Inicia procedimiento de Traslado Intrahospitalario), continua paso 11.</p> <p>Si: Envía al familiar con solicitud de ingreso a Trabajo Social para realizar estudio socioeconómico y posteriormente a la División de Enlace y Gestión de la Atención Médica para trámites de derechohabencia.</p>	

Subdirectora de Enfermería (Jefa del Departamento de Enfermería Clínica)	8	Notifica al Depto. de Admisión y Archivo Clínico el ingreso, indicando cama y o área de ingreso.	
Subdirectora de Servicios Ambulatorios (Jefe del Departamento de Admisión y Archivo Clínico)	9	Verifica disponibilidad de camas para realizar el ingreso. ¿Existe disponibilidad?	
	10	No: Paciente y familiar en espera de cama disponible, regresa paso 9.	
	11	Si: Ingresa al paciente al sistema. ¿Cuenta con Expediente Clínico?	
	12	No: Realiza Apertura de Expediente, continuo paso 14	
	13	Si: Elabora tarjetón para solicitar expediente a Archivo Clínico.	
	14	Realiza el ingreso, imprime formatos de hospitalización y consentimiento informado de ingreso, los integra al expediente clínico.	
	15	Envía al familiar al Depto. de Trabajo Social. Inicia PROCEDIMIENTO DE APERTURA DE EXPEDIENTE Y ASIGNACIÓN DE NIVEL SOCIOECONÓMICO.	
	16	Entrega expediente a la enfermera del área de Urgencias.	
		Registra el ingreso en el censo y en tarjeta de control de cama, anota los datos del paciente. Elabora listado de ingresos y egresos en su turno. TERMINA PROCEDIMIENTO.	

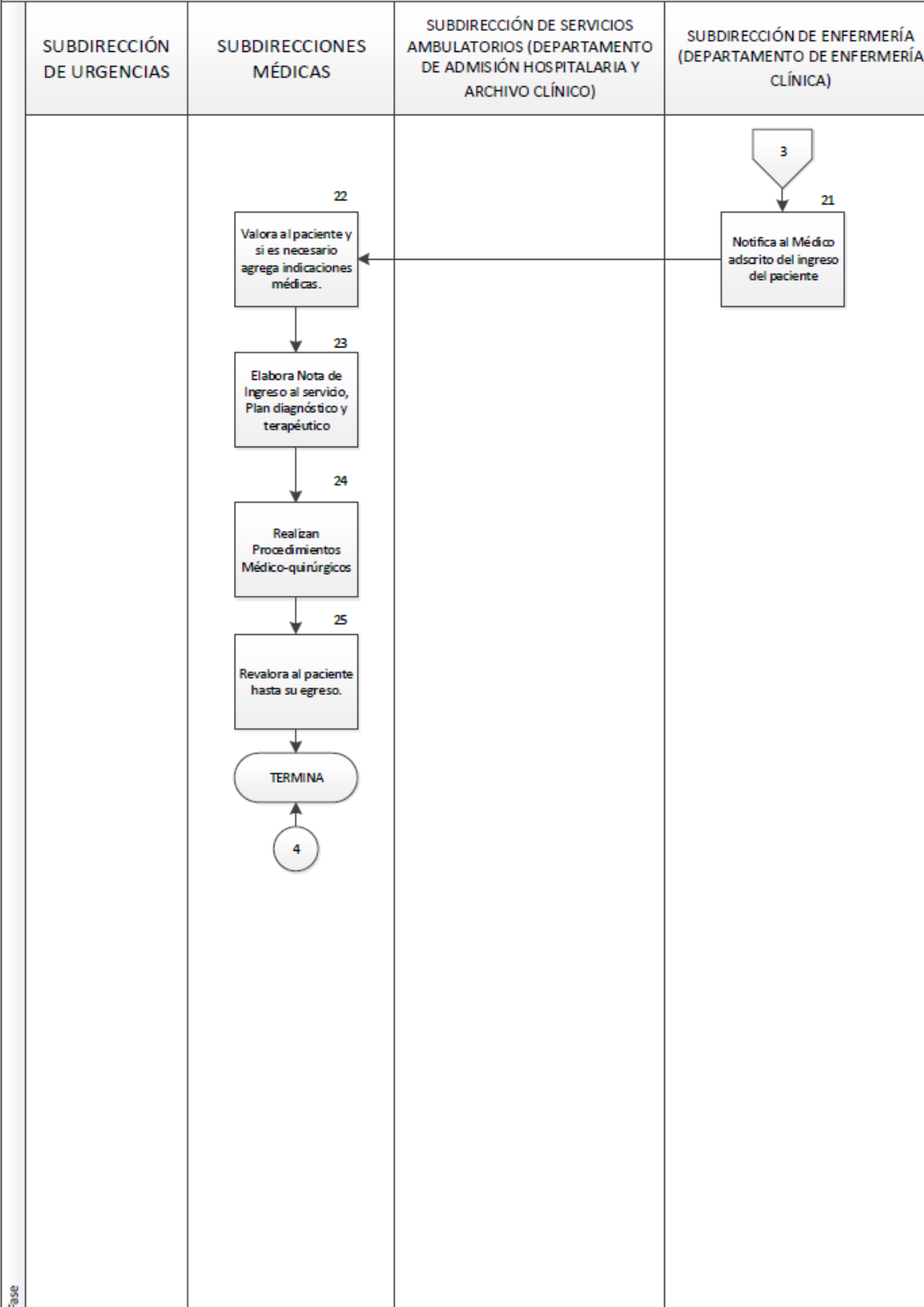
	PROCEDIMIENTO	
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS	
	PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO HOSPITALARIO POR URGENCIAS. Hoja: 6 de 19	



Subdirectora de Enfermería (Jefa del Departamento de Enfermería Clínica)	17	Recibe el expediente con la documentación.	
Subdirector de Urgencias (Jefa de la División de Urgencias, Valoración y Consulta, Jefe de la División de Urgencias Observación)	18	Realiza Procedimiento de Traslado Intrahospitalario.	
Subdirectora de Enfermería (Jefa del Departamento de Enfermería Clínica)	19	Recibe al paciente y expediente, verifica que esté completo.	
	20	Elabora Hoja de Enfermería.	
	21	Notifica al Médico adscrito del ingreso del paciente	
Subdirecciones Médicas	22	Valora al paciente y si es necesario agrega indicaciones médicas.	
	23	Elabora Nota de Ingreso al servicio, Plan diagnóstico y terapéutico.	
	24	Realizan Procedimientos Médico-quirúrgicos.	
	25	Revalora al paciente hasta su egreso. TERMINA PROCEDIMIENTO	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO HOSPITALARIO POR URGENCIAS Y APERTURA DE EXPEDIENTE CLÍNICO EN LA OFICINA DE ADMISIÓN



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. "A"
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO HOSPITALARIO POR URGENCIAS.		Hoja: 10 de 19

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

7. REGISTROS



Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Carpeta digito-terminal	5 años	Departamento de Admisión y Archivo Clínico	01-04-0084 a 01-04-0093
7.2 Solicitud de Ingreso	1 año	Departamento de Admisión y Archivo Clínico	06-01-0103
7.3 Carta de autorización de internamiento	5 años	Departamento de Admisión y Archivo Clínico	06-01-0140 o 06-01-0144
7.4 Hoja de hospitalización	5 años	Departamento de Admisión y Archivo Clínico	06-01-0093
7.6 Control de cama (digital)	No aplica	No aplica	No aplica
7.7 Listado de ingresos	No aplica	No aplica	No aplica

8. GLOSARIO DEL POROCEDIMIENTO

- 8.1 Expediente clínico.-** Conjunto de documentos escritos, gráficos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con apego a las disposiciones sanitarias.
- 8.2 Consentimiento informado.-** Consentimiento por escrito en donde se aclara al paciente y/o sus familiares, las dudas sobre el procedimiento médico, quirúrgico y/o terapéutico que se le practicarán al paciente, así como de los riesgos y pronósticos.
- 8.3 Consentimiento informado.-** Consentimiento por escrito donde el paciente y/o familiar autoriza el ingreso hospitalario.



9. CAMBIOS DE VERSIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	03/02/2021	Actualización de alcance, políticas, descripción del procedimiento y actualización de formato.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. "A"
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO HOSPITALARIO POR URGENCIAS.		
			Hoja: 11 de 19

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Solicitud de ingreso
- 10.2 Carta de consentimiento para la hospitalización.
- 10.3 Hoja de Hospitalización
- 10.4 Instructivo "Proceso para la visita familiar y control de infecciones".
- 10.5 Cédula de educación del paciente y de su familia.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. "A"
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO HOSPITALARIO POR URGENCIAS.		
			Hoja: 12 de 19



10.1 Solicitud de Ingreso

HOSPITAL GENERAL
DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ



SOLICITUD DE INGRESO HOSPITALARIO

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

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. "A"
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO HOSPITALARIO POR URGENCIAS.		Hoja: 13 de 19

10.2 Carta de consentimiento para hospitalización



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

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

Ciudad de México a

Hora:

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

Datos del Ingreso:

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

No. de Registro:

Servicio:

Cama:

Dx:

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

C. Fecha de nacimiento: Sexo: Edad:

Con domicilio particular en la calle: Número:

Colonia: Alcaldía o Mpio.:


Estado: Código Postal: Teléfono:



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

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

ATENTAMENTE

 Nombre completo y firma del paciente


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

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. "A"
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO HOSPITALARIO POR URGENCIAS.		Hoja: 14 de 19



Hospital General Dr. Manuel Gea González
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

ARTICULO 80.- En todo hospital y siempre que el estado del paciente lo permita, deberá recabarse a su ingreso autorización escrita y firmada para practicarle, con fines de diagnóstico terapéuticos, los procedimientos médico quirúrgicos necesarios de acuerdo al padecimiento de que se trate, debiendo informarle claramente el tipo de documento que se le presenta para su firma.

Esta autorización inicial no excluye la necesidad de recabar después la correspondiente a cada procedimiento que entrañe un alto riesgo para el paciente.

ARTICULO 81.- En caso de urgencia o cuando el paciente se encuentre en estado de incapacidad transitoria o permanente, el documento a que se refiere el artículo anterior, será suscrito por el familiar más cercano en vínculo que le acompañe, o en su caso, por su tutor o representante legal, una vez informado del carácter de la autorización.

Cuando no sea posible obtener la autorización por incapacidad del paciente y ausencia de las personas a que se refiere el párrafo que antecede los médicos autorizados del hospital de que se trate, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos, llevarán a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera, dejando constancia por escrito, en el expediente clínico.

ARTICULO 82.- El documento en el que conste la autorización a que se refieren los Artículos 80 y 81 de este reglamento, deberá contener;

- I.- Nombre de la institución a la que pertenezca el hospital;
- II.- Nombre, razón o denominación social del hospital;
- III.- Título del documento;
- IV.- Lugar y fecha;
- V.- Nombre y firma de la persona que otorgue la autorización; y
- VI.- Nombre y firma de los testigos.

El documento deberá ser impreso, redactado en forma clara, sin abreviaturas, enmendaduras o tachaduras.

ARTICULO 83.- En caso de que deba realizarse alguna amputación, mutilación o extirpación orgánica que produzca modificación física permanente en el paciente en la condición fisiológica mental del mismo, el documento a que se refiere el artículo anterior deberá ser suscrito además, por dos testigos idóneos designados por el interesado o por la persona que lo suscriba.

NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico.

10 Otros documentos

Además de los documentos mencionados, debido a que sobresalen por su frecuencia pueden existir otros del ámbito ambulatorio u hospitalario que por ser elaborados por personal médico, técnico o administrativo, obligatoriamente deben formar parte de expediente clínico.

10.1 Cartas de Consentimiento informado.

10.1.1 Deberán contener como mínimo.

10.1.1.1 Nombre de la institución a la que pertenezca el establecimiento, en su caso.

10.1.1.2 Nombre, razón o denominación social del establecimiento.

10.1.1.3 Título del documento.

10.1.1.4 Lugar y fecha en que se emite.

10.1.1.5 Acto autorizado

10.1.1.6 Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado.

10.1.1.7 Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva; y

10.1.1.8 Nombre completo y firma del paciente, si su estado de salud lo permite, en caso de que su estado de salud no le permita firmar y emitir su consentimiento, deberá asentarse el nombre completo y firma del familiar más cercano en vínculo que se encuentre presente, del tutor o representante legal.

10.1.1.9 Nombre completo y firma del médico que proporciona la información y recaba el consentimiento para el acto específico que fue otorgado, en su caso, se asentarán los datos del médico tratante.

10.1.1.10 Nombre completo y firma de dos testigos.

10.1.2 Los eventos mínimos que requieren de carta de consentimiento informado serán:

10.1.2.1 Ingreso hospitalario;

10.1.2.2 Procedimientos de cirugía mayor;

10.1.2.3 Procedimientos que requieren anestesia general o regional;

10.1.2.4 Salpingoclasia y vasectomía;

10.1.2.5 Donación de órganos, tejidos y trasplantes;



10.1.2.6 Investigación clínica en seres humanos;

10.1.2.7 Necropsia hospitalaria;

10.1.2.8 Procedimientos, diagnósticos y terapéuticos considerados por el médico como de alto riesgo.

10.1.2.9 Cualquier procedimiento que entrañe mutilación.

10.1.3 El personal de salud podrá obtener cartas de consentimiento informado adicionales a las previstas en el numeral 10.1.2 cuando lo estime pertinente, sin que para ello sea obligatorio el empleo de formatos impresos.

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. "A"
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO HOSPITALARIO POR URGENCIAS.		Hoja: 16 de 19

10.4 Instructivo "Proceso para la visita familiar y control de infecciones"

K. Para cualquier queja, sugerencia o felicitación, usted puede usar los buzones colocados en el área de Admisión y Consulta Externa, la escalera de la Torre de Hospitalización o directamente en la Subdirección de Gestión de Calidad, localizada en el 1er piso de la consulta de urgencias.

Para el alta de su paciente deberá:

- 1.- Recabar los sellos de caja (sin adeudo) y Admisión, pasar a entrevista en Trabajo Social.
- 2.- Traer su ropa en bolsa transparente.

Instructivo Control de Infecciones:

3. Para garantizar una atención más segura, usted como paciente, sus familiares, visitantes y personal de salud deberá apegarse a:

- Lavado e higiene de manos con agua y jabón y/o soluciones antisépticas (disponibles); aplicando en todo momento el "antes y después" del contacto y del entorno del paciente, como son la cama, barandales, mesa, monitores, recipientes, bancos, buró, sillas, hojas, expedientes, puertas, ventiladores, equipos de infusión, sondas, catéteres, drenajes, etc.
- Es muy importante que usted en todo momento pregunte a la enfermera, médico o técnico en salud Ya se lavó o se realizó higiene de manos, es un derecho que usted tiene y una obligación de nuestro personal de salud.
- Las medidas de aislamiento indicadas por epidemiología para evitar la dispersión de microorganismos.
- La utilización correcta de guantes, cubrebocas y/o mascarilla al momento que se le indique; para ello usted o su familiar puede solicitar y preguntar a nuestras enfermeras sobre como emplear dichos insumos.

Ayúdenos a evitar las infecciones. "La solución también está en sus manos"

06-03-0327

Estos lineamientos harán que la hospitalización se lleve a cabo en las mejores condiciones y el paciente reciba un trato adecuado y digno, haciendo agradable su estancia en el Hospital.

gea
hospital

HOSPITAL GENERAL

HOSPITAL LIBRE DE TABACO



DIRECCIÓN MÉDICA
SUBDIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA E INFECTOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DE CALIDAD
DEPARTAMENTO DE CALIDAD
DEPARTAMENTO DE ADMISIÓN Y ARCHIVO CLÍNICO
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD

20/20

PROCESO PARA LA VISITA FAMILIAR Y CONTROL DE INFECCIONES.

HORARIO DE RELEVO AL CUIDADO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

MATUTINO: 8:00 A 10:00 HRS.
VESPERTINO: 13:00 A 14:00 HRS.
NOCTURNO: 18:30 A 20:00 HRS.

HORARIO DE VISITA:
HOSPITALIZACIÓN DE 16:00 A 18:00 HRS.
TERAPIA INTENSIVA: DE 13:00 A 14:00 HRS. Y DE 19:00 A 20:00 HRS.

Es importante señalar que las urgencias tienen prioridad para la Hospitalización.

INSTRUCTIVO DE HOSPITALIZACIÓN

1. Para hospitalizarse, se deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- Presentarse en la oficina de Admisión (ubicada en planta baja de la Torre de Hospitalización), con el recibo de pago de la cirugía, el carnet, y la tarjeta de valoración anestésica.
- Acudir acompañado de un familiar mayor de edad, quien será responsable del ingreso.
- Traer los siguientes artículos de aseo y uso personal en bolsa transparente y cerrada:
 - Jabón líquido neutro, toalla y sandalias de baño.
 - Cepillo y pasta dental.
 - Desodorante, peine y papel higiénico.
 - Un termómetro digital (que se lo registrará).
 - Dos vendas de 10 cm. si se trata de adultos.
 - Dos vendas de 5 cm. si se trata de menores de diez años.
 - Toallas femeninas (para pacientes de Gineco-Obstetricia, o en caso necesario).
- Las mujeres deberán acudir sin maquillaje, con uñas cortas y sin pintar.
- El paciente deberá abstenerse de traer joyas, tarjetas de crédito, celular, dinero o cualquier artículo de valor.

Los horarios de hospitalización son:

- 16:00 Ginecología y Pediatría.
- 16:30 Oftalmología, Ortopedia y Otorrinolaringología.
- 17:00 Cirugía General, Cirugía Plástica, Urología, Cardiovascular y las demás especialidades.

INSTRUCTIVO DE VISITA FAMILIAR

1. Para que el paciente tenga una estancia agradable en el Hospital, se han establecido las siguientes reglas para la visita familiar.

A. El ingreso para la visita es de 16:00 hasta 18:00 hrs.; de Lunes a Domingo.

B. El carnet es el pase de visita, por lo que deberá ser presentado para la entrada de los familiares, permitiéndose el acceso a una persona a la vez, hasta el término de la visita, debiendo recogerlo. El carnet es intransferible y los familiares visitantes serán los responsables del mal uso que se le dé.

C. Se restringe el acceso a las áreas de hospitalización a:

- Menores de edad.
- Personas en estado inconveniente: con aliento alcohólico o bajo el efecto de alguna droga.
- Personas en malas condiciones de higiene.
- Personas con cuadros gripales o con procesos infecciosos.

D. Queda estrictamente prohibido introducir a las instalaciones del hospital:

- Alimentos y/o bebidas de ningún tipo o especie.
- Aparatos eléctricos, electrónicos o de pilas (teléfonos celulares, televisores, radios, grabadoras, cámaras, videocámaras, reproductores de discos compactos, laptops, etc.)
- Ropa no autorizada, como: cobertores, cobijas, almohadas, etc.
- Bultos voluminosos (mochilas, cajas, maletas, etc.)
- Veladoras

E. Trabajo Social extenderá un pase de 24 horas, cuando el estado del paciente así lo requiera. Con este pase podrá permanecer un familiar con el paciente.

F. Los familiares visitantes deberán:

- Respetar el horario de visita establecido.
- Acatar las indicaciones del personal del Hospital.
- Tratar al personal del Hospital con respeto, cortesía y educación.
- Hablar en voz baja.
- Respetar a los demás pacientes del Hospital.
- Guardar el orden y compostura.

G. Queda estrictamente prohibido a los familiares visitantes:



- Mover al paciente sin autorización del personal médico o de enfermería.
- Manipular las venodisís, aparatos o curaciones del paciente.
- Sentarse o acostarse en las camas del Hospital.
- Tomar los alimentos del paciente.
- Deambular sin ningún propósito por los pasillos del Hospital.
- Fumar en las áreas del Hospital.

H. Los informes sobre el estado de salud del paciente, serán proporcionados únicamente por el médico de guardia, en los horarios establecidos en cada servicio.



En el servicio de Urgencias **no hay horarios establecidos**, la información será proporcionada de acuerdo a las condiciones clínicas del paciente.

I. El personal de **seguridad** podrá retener el carnet en caso que la visita familiar no cumpla con los lineamientos anteriormente descritos, informando los hechos a las autoridades correspondientes, quienes tomarán las medidas pertinentes.

J. De acuerdo con el Reglamento de la Ley de Asociaciones Religiosas, **los ministros de cualquier culto tendrán acceso en cualquier momento**, a fin de dar auxilio espiritual a los pacientes, observando las normas y medidas de seguridad aplicables.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Interconsulta		Hoja: 1 de 11

6. PROCEDIMIENTO DE INTERCONSULTA

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Interconsulta		Hoja: 2 de 11

1. PROPÓSITO



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

2. ALCANCE


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

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Interconsulta		Hoja: 3 de 11

- 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.

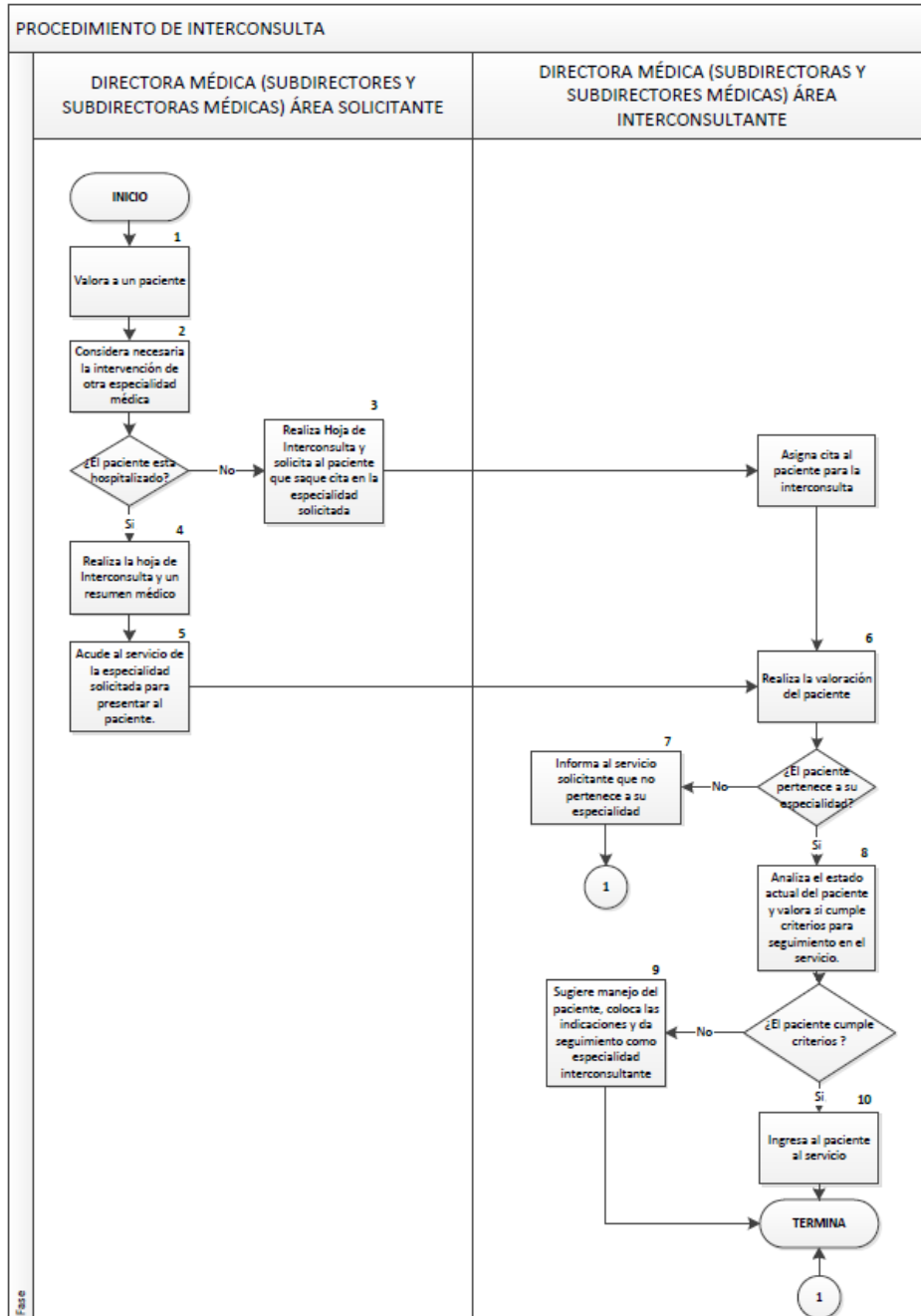
	PROCEDIMIENTO
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS
	Procedimiento de Interconsulta Hoja: 4 de 11



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	Solicitud de interconsulta/Nota de interconsulta Nota Médica
	7	¿El paciente pertenece a su especialidad? No: Informa al servicio solicitante que no pertenece a su especialidad. Termina Procedimiento	
		Si: Analiza el estado actual del paciente y valora si cumple criterios para seguimiento en el servicio	
	9	¿El paciente cumple criterios? No: Sugiere manejo del paciente coloca las indicaciones y da seguimiento como especialidad interconsultante	
		Si: Ingresa al paciente al servicio.	
10	TERMINA PROCEDIMIENTO		



5. DIAGRAMA DE FLUJO



 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de Interconsulta		Hoja: 6 de 11

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

7. REGISTROS

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

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

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

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	10 diciembre 2021	Actualización de formato y políticas de operación, normas y lineamientos.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Solicitud de interconsulta
- 10.2 Nota de Evolución
- 10.3 Escala de Duelo Perinatal



NOTA DE INTERCONSULTA

HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"



SERVICIO: _____

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

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

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

MOTIVO DE LA ATENCIÓN:

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

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

DIAGNÓSTICOS O PROBLEMAS CLÍNICOS:

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

PLAN DE ESTUDIO:

SUGERENCIAS DIAGNÓSTICAS Y DE TRATAMIENTO:

TRATAMIENTO E INDICACIONES MÉDICAS:

PRONÓSTICO:

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

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____



10.3 ESCALA DE DUELO PERINATAL



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

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

Escala de Duelo Perinatal

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



Reactivo	Definitivamente sí	Probablemente sí	Probablemente no	Definitivamente no
1. Me siento deprimida				
2. Se me hace difícil llevarme bien con algunas personas				
3. Tomo medicina para los nervios				
4. Me siento vacía				
5. No puedo realizar mis actividades cotidianas				
6. Me siento culpable cuando pienso en mi bebé				
7. Siento la necesidad de hablar de mi bebé				
8. He pensado en el suicidio desde que perdí a mi bebé				
9. Me siento enferma cuando pienso en mi bebé				
10. Me lamento por la pérdida de mi bebé				
11. Intento reír pero ya nada me parece gracioso				
12. Me siento desprotegida en un mundo peligroso desde que perdí a mi bebé				
13. Estoy asustada				
14. Siento que decepcioné a la gente por la pérdida de mi bebé				
15. Siento que estoy retomando de nuevo mi vida				
16. Extraño mucho a mi bebé				





17. Necesito justificarme ante algunas personas por la pérdida de mi bebé				
18. La mejor parte de mí se perdió con mi bebé				
19. Es doloroso recordar la pérdida de mi bebé				
20. Siento que necesito ayuda profesional para que mi vida funcione otra vez				
21. Me siento culpable por la pérdida de mi bebé				
22. Me enojo cuando pienso en mi bebé				
23. Me siento como muerta en vida				
24. Siento que no valgo nada desde que perdí a mi bebé				
25. Llora cuando pienso en mi bebé				
26. Me siento apartada y sola, aunque esté con amigos				
27. Siento que es mejor no amar				
28. El tiempo pasa muy lentamente desde que perdí a mi bebé				
29. Desde que perdí a mi bebé se me hace difícil tomar decisiones				
30. El futuro me preocupa				
31. Me siento muy sola desde que perdí a mi bebé				
32. Es maravilloso estar vivo				
33. Una madre desolada por la pérdida de un bebé es menos que otra				
34. Siento que me estoy adaptando bien a la pérdida de mi bebé				
35. Estoy aceptando la pérdida de mi bebé				
36. Siento un gran dolor por la pérdida de mi bebé				

Puntaje total: _____

Elaborado por Mtra. Psio. Karla Vanessa Rodríguez Rodríguez basado en:
González, C. M., Bello, N. C., Calva, E. A., López, M. E. G., & Pichardo, M. A. S. (2011). Escala de duelo perinatal: validación en mujeres mexicanas con pérdida gestacional. *Revista latinoamericana de psicología*, 43(3), 419-426.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	PROCEDIMIENTO DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO		Hoja: 1 de 11

7. PROCEDIMIENTO DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	PROCEDIMIENTO DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO		Hoja: 2 de 11

1. PROPÓSITO



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

2. ALCANCE


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

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

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


	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	PROCEDIMIENTO DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO		Hoja: 3 de 11

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

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	PROCEDIMIENTO
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS
	PROCEDIMIENTO DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO

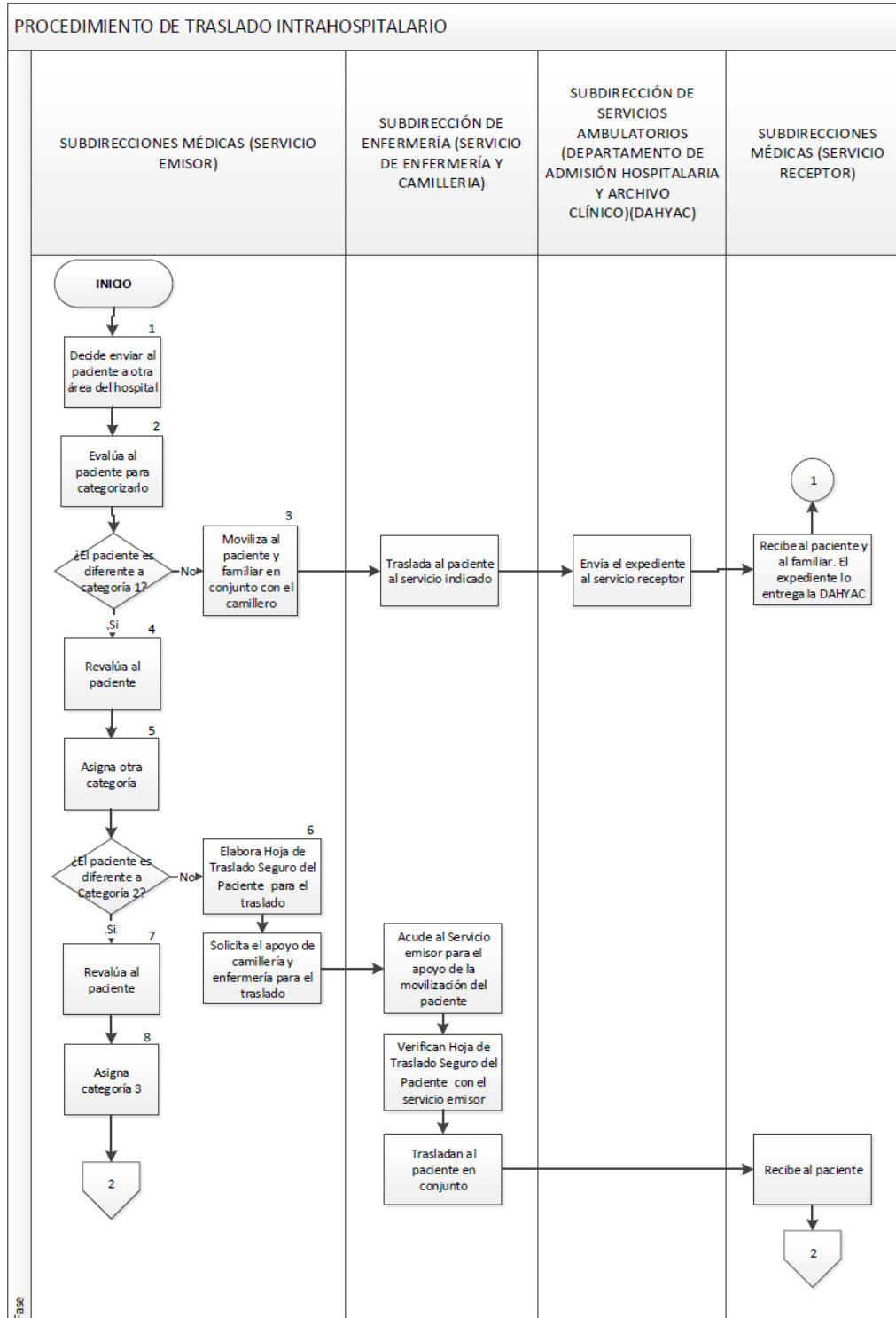
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

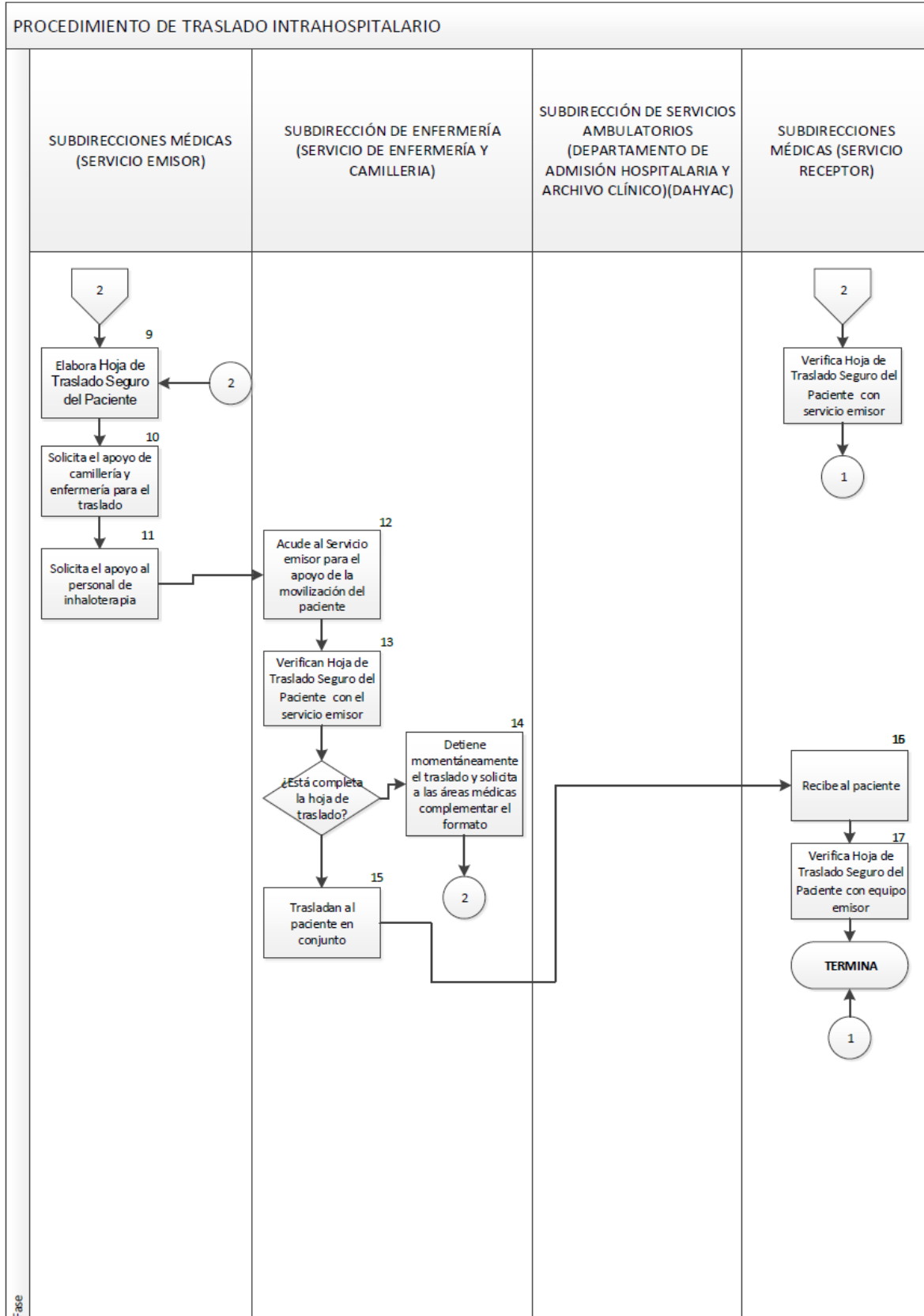
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirectores Médicos (Servicio Emisor- Médicos adscritos o residentes de más alto rango)	1	Decide enviar al paciente a otra área del hospital.	Hoja de traslado seguro del paciente
	2	Evalúa al paciente para categorizarlo. ¿El paciente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



 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	PROCEDIMIENTO
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS
	PROCEDIMIENTO DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO

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

5. DIAGRAMA DE FLUJO





	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	PROCEDIMIENTO DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO		Hoja: 8 de 11

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA



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

7. REGISTROS

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

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	PROCEDIMIENTO DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO		Hoja: 9 de 11

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

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

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

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

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

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

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Lista de Cotejo

10.1 LISTA DE COTEJO



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

Salida

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

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

Condición Clínica	
Categoría 1 (Estable)	<input type="checkbox"/>
Categoría 2 (Delicado)	<input type="checkbox"/>
Categoría 3 (Grave)	<input type="checkbox"/>
Urgente	<input type="checkbox"/>
Programado	<input type="checkbox"/>
Hora Programada:	_____

Observaciones:

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

Traslado	
Intrahospitalario	<input type="checkbox"/>
Extrahospitalario	<input type="checkbox"/>
Camilla	<input type="checkbox"/>
Silla de Ruedas	<input type="checkbox"/>
Motivo de Traslado	
Interconsulta	<input type="checkbox"/>
Procedimiento	<input type="checkbox"/>
Estudio	<input type="checkbox"/>
Quirófano	<input type="checkbox"/>
Hospitalización	<input type="checkbox"/>
Riesgo de Caída	
Alto Riesgo	<input type="checkbox"/>
Mediano Riesgo	<input type="checkbox"/>
Bajo Riesgo	<input type="checkbox"/>



Regreso

Hora de Regreso al Servicio: _____

*Paciente con categoría 2 y 3, obligatorio "Maletín de traslado".
NA= No Aplica.

¿El paciente regresó en las mismas condiciones? SI NO



Explique Brevemente:

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	PROCEDIMIENTO DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO		Hoja: 11 de 11



INSTRUCTIVO DE LLENADO

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

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

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

8. PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA- QUIRÚRGICA- REHABILITACIÓN FUERA DE QUIRÓFANOS CENTRALES

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

1. PROPÓSITO

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



2. ALCANCE

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


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

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

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

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

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

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

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

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

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

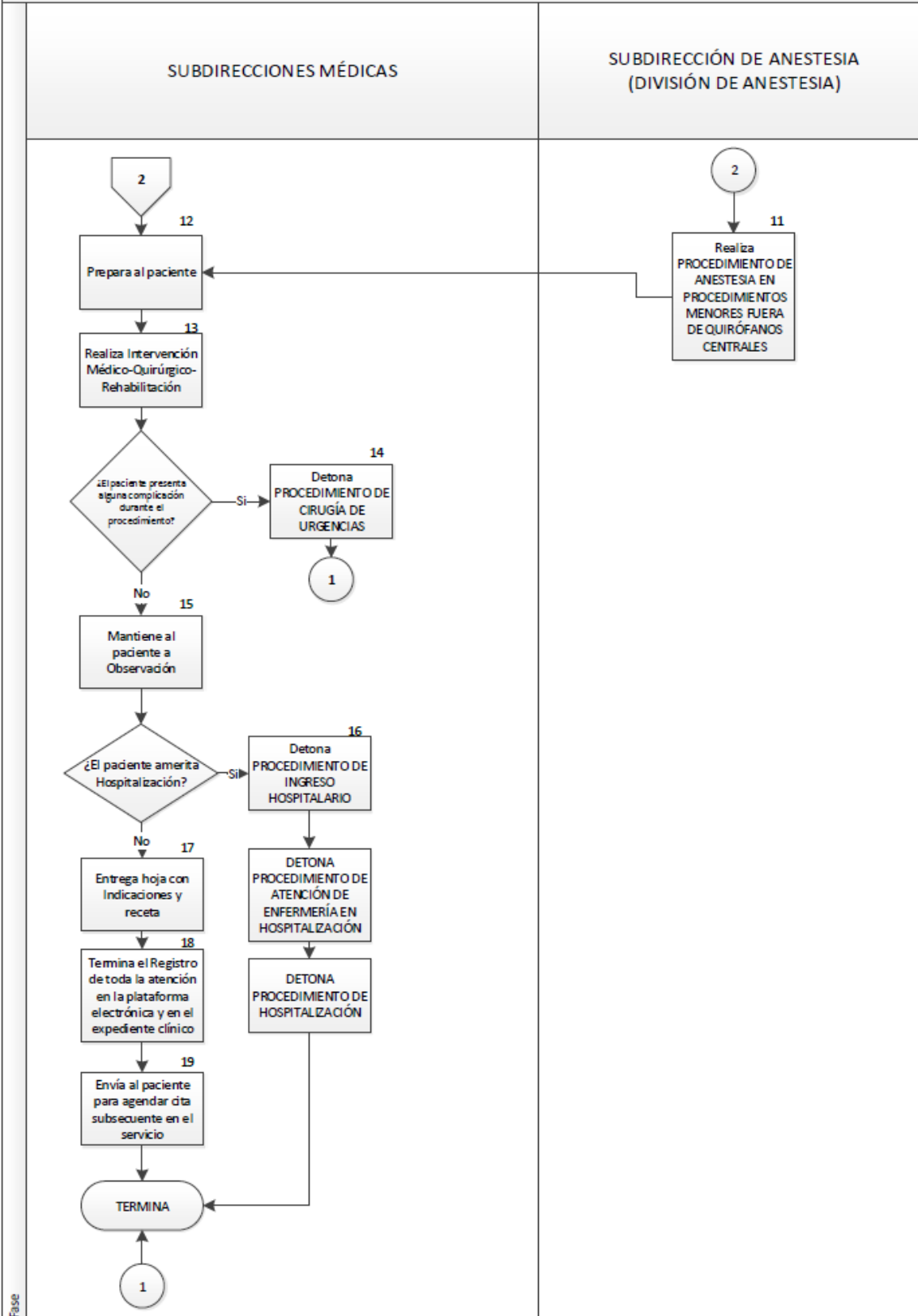
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
SUBDIRECCIONES MÉDICAS	1	Inicia PROCEDIMIENTO DE CIRUGÍA DE URGENCIAS	Recibo Consentimiento Informado
	2	Solicita al paciente que acuda a cajas a registro o pago del procedimiento	
	3	Envía al paciente a la sala o área donde se le realizara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



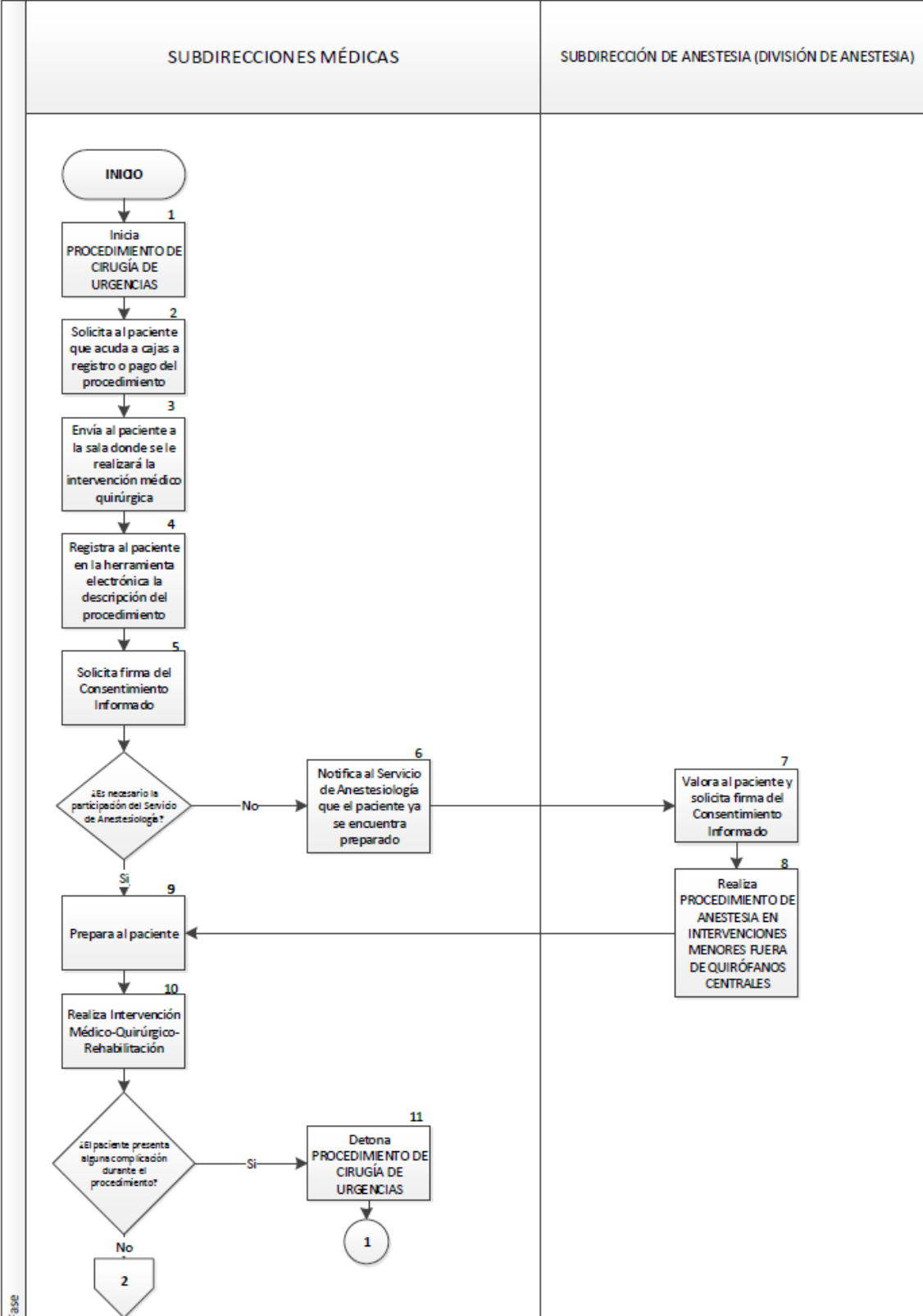
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
		DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN Detona PROCEDIMIENTO DE HOSPITALIZACIÓN, termina procedimiento.	
	14	No: Entrega Hoja de Indicaciones y receta	
	15	Termina el registro de toda la atención en la plataforma electrónica y en el expediente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



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



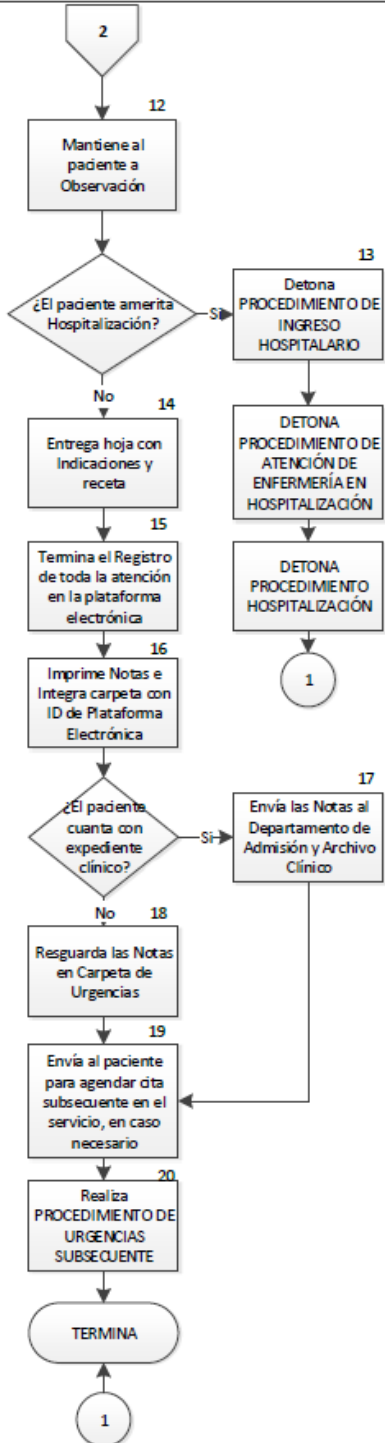
PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA-QUIRÚRGICA- REHABILITACIÓN FUERA DE QUIROFANOS CENTRALES EN URGENCIAS







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

SUBDIRECCIONES MÉDICAS



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

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

7. REGISTROS



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

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

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

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

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

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



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

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

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

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

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

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

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

CIRUGÍA GENERAL

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

CIRUGÍA VASCULAR

1. COLOCACIÓN DE CATETER VENOSO CENTRAL

CIRUGÍA DE TORAX



1. COLOCACIÓN DE SONDA PLEUROSTOMÍA

UTI

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



ENDOSCOPIA

1. ESTUDIOS ENDOSCOPICOS

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



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

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



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

10.3 PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LA DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA

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

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

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

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



10.4 PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LA DIVISIÓN DE UROLOGÍA

URGENCIAS

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



CONSULTA EXTERNA

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

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

10.5 PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LA DIVISIÓN DE ORTOPEDIA

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

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

10.6 PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LA DIVISIÓN DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

OÍDO

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

NARIZ Y SENOS PARANASALES

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

CAVIDAD ORAL Y FARINGE



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

LARINGE

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

CUELLO

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

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

10.7 PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LA DIVISIÓN DE GINECOLOGÍA

HISTEROSCOPIA DE CONSULTORIO

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

DISPLASIAS



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

UROGINECOLOGÍA Y PISO PELVICO

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

URGENCIAS GINECO-OBSTÉTRICAS

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



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

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

1. RETIRO DE IMPLANTE SUBDÉRMICO

CONSULTA EXTERNA

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

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

10.8 PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LA DIVISIÓN DE MEDICINA INTERNA

CARDIOLOGÍA

1. ELECTROCARDIOGRAMA ESTÁTICO

ENDOCRINOLOGIA



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

NEUROLOGÍA

1. PUNCIÓN LUMBAR
2. INFILTRACIÓN PERICRANEAL PARA CEFALÉAS



REUMATOLOGÍA

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

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento de atención médica-quirúrgica-rehabilitación fuera de quirófanos centrales		
			Hoja: 24 de 34



10.9 PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LA DIVISIÓN DE NEONATOLOGÍA

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

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



10.10 PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LA DIVISIÓN DE DERMATOLOGÍA

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

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

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

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

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

10.12 SEU-GEA

Login

08/12/2021


06:14:24 p. m

Usuario:

Contraseña:

Ingresar

Salir de la aplicación



Menú
×

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



BUSCAR PACIENTE







IMPRIMIR HOJAS DE TRIAGE

Salir

Menú Consulta

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

10.13 RDPAC-SINBA



10.14 CONSENTIMIENTO INFORMADO



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Hora: _____

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE COMPLETO, FIRMA
Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO

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

10.16 SOLICITUD DE ESTUDIO DE PATOLOGÍA



HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"



DIVISIÓN DE ANATOMÍA PATOLÓGICA
SOLICITUD DE ESTUDIO BIOPSIAS Y PIEZAS QUIRÚRGICAS

BIOPSIA No. _____
NOMBRE: _____ No. EXPEDIENTE: _____ <small>(APELLIDO PATERNO MATERNO NOMBRE "S")</small>
FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ SEXO: F _____ M _____
CAMA: _____ PISO: _____ SERVICIO: _____ FECHA: _____
MÉDICO RESPONSABLE _____ <small>(NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL)</small>



PIEZA OPERATORIA ENVIADA: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
DATOS CLÍNICOS: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
DIAGNÓSTICO DE PRESUNCIÓN: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
OBSERVACIONES: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

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

No. LICENCIA SANITARIA: 101404673

10.16 SOLICITUD DE HISTOPATOLOGÍA DE DERMATOPATOLOGÍA

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

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

10.17 CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

RIESGOS FRECUENTES

1. En el momento de la inserción:

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

2. En la evolución:

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

- Descenso y expulsión.

Puede ser asintomático o cursar con dolor o sangrado.



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

- Dolor.

- Migración a cavidad abdominal con las complicaciones subsiguientes.

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

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

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

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

4. En caso de DIU hormonal:

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

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

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

Contraindicaciones

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

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

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

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

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

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

Lugar y fecha:

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

Testigo

Testigo

Nombre completo y firma



Nombre completo y firma

Unidad Médica donde se otorgó el método



Persona que otorgo el método

Hospital General Dr. Manuel Gea González

Nombre completo y firma

	PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	PROCEDIMIENTO DE RECEPCIÓN Y ENTREGA DE CADÁVERES Y PRODUCTOS ÓRGANICOS		Hoja: 1 de 27

9. PROCEDIMIENTO DE RECEPCIÓN Y ENTREGA DE CADÁVERES Y PRODUCTOS ÓRGANICOS

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	PROCEDIMIENTO DE RECEPCIÓN Y ENTREGA DE CADÁVERES Y PRODUCTOS ÓRGANICOS		
			Hoja: 2 de 27

PROPÓSITO



1.1 Establecer las actividades y lineamientos de todos los involucrados, que permita la recepción, registro y entrega de cadáveres y productos orgánicos, oportunamente del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

ALCANCE



- 2.1 A nivel interno el procedimiento aplica a la Dirección Médica es responsable de certificar la muerte y el llenado correcto del certificado de defunción. Subdirección de Enfermería es responsable de preparar y trasladar el cadáver a la División de Anatomía Patológica. Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Departamento de Admisión Hospitalaria y Archivo Clínico es responsable del manejo administrativo del certificado de defunción, así como de informar al área correspondiente el acceso al Ministerio Público o servicios funerarios. División de Anatomía Patológica responsable de coordinar la entrega y resguardo del cadáver.
- 2.2 A nivel externo aplica al Ministerio Público, servicios funerarios y familiares que recogen el cadáver.

POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS


- 3.1 La Dirección Médica está conformada por todas las Subdirecciones, Divisiones y Departamentos Médicos del Hospital General Dr. Manuel Gea González.
- 3.2 La Dirección Médica es responsable de certificar la muerte del paciente, así como, de elaborar el certificado de defunción, el cual deberá ser debidamente firmado por el médico responsable.
- 3.3 La Dirección Médica es responsable de notificar a los familiares de la muerte del paciente, en caso de no encontrar familiares, le solicitara al Departamento de Trabajo Social localice a los familiares del cadáver.
- 3.4 La Subdirección de Gestión de Calidad mediante el Departamento de Trabajo Social es responsable de localizar a los familiares del paciente fallecido vía telefónica.
- 3.5 La Dirección Médica es responsable de realizar la notificación de un caso médico-legal al Ministerio Público, por lo que deberá llenar adecuadamente el Formato Único de Notificación de caso médico-legal.
- 3.6 La Dirección Médica es responsable de solicitar al Departamento de Admisión Hospitalaria y Archivo Clínico la apertura del expediente clínico, así como el Ingreso del paciente, que fallezca posteriormente de haberle realizado cualquier procedimiento médico-quirúrgico en el servicio de Urgencias.
- 3.7 La Dirección Médica es responsable de solo solicitar al Departamento de Admisión Hospitalaria y Archivo Clínico el Ingreso del paciente, en caso de que el paciente ya cuente con expediente clínico de la Institución, en el servicio de Urgencias.
- 3.8 La Dirección Médica es responsable de verificar que el expediente clínico del fallecido este completo, según lo requerido en la NOM 004-SSA3-2012.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	PROCEDIMIENTO DE RECEPCIÓN Y ENTREGA DE CADÁVERES Y PRODUCTOS ÓRGANICOS		
			Hoja: 3 de 27

- 3.9 La Subdirección de Enfermería mediante el Departamento de Enfermería Clínica es responsable del amortajamiento del cadáver, excepto en casos médicos legales, donde el cuerpo se entregará como haya llegado.
- 3.10 La Subdirección de Enfermería mediante el Departamento de Enfermería Clínica es responsable del amortajamiento del cadáver en un caso médico-legal, solo si fallece posteriormente a cualquier procedimiento médico-quirúrgico que se le haya realizado dentro de la institución.
- 3.11 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica es responsable de trasladar a las gavetas de refrigeración de la División de Anatomía Patológica los cuerpos de los pacientes que fallecen dentro del Hospital General "Dr. Manuel Gea González" así como los pacientes que llegan fallecidos, acompañados de sus respectivos expedientes clínicos completos y tarjeta de pie.
- 3.12 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional mediante la División de Anatomía Patológica es responsable de entregar el cadáver al familiar o persona legalmente responsable o al Ministerio Público, previa presentación de identificación oficial (INE), e identificación del cuerpo, o el oficio del Ministerio Público y realizar el registro en la libreta correspondiente de defunciones.
- 3.13 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional mediante la División de Anatomía Patológica es responsable de la recepción, entrega y registro en la libreta correspondiente de los cadáveres provenientes de las diferentes Subdirecciones, Divisiones o Departamentos Médicos.
- 3.14 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional mediante la División de Anatomía Patológica es responsable de conservar en formol los fetos con peso menor de 500 g. durante 24 horas de acuerdo con la Ley General de Salud, para posteriormente enviarlos a destino final (incineración), a excepción donde los familiares legalmente responsables decidan hacerlo por su cuenta.
- 3.15 La Subdirección de Servicios Ambulatorios mediante el Departamento de Admisión Hospitalaria y Archivo Clínico, es responsable de dar aviso a la División de Anatomía Patológica de que el familiar va a recoger el cadáver, acompañando al familiar a la División de Anatomía Patológica para entrega de la tarjeta de salida, en caso, de que no haya personal suficiente en el departamento se enviara solo al familiar.
- 3.16 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional mediante la División de Anatomía Patológica, es responsable de solicitar al servicio funerario, familiar responsable o personal del Ministerio Público que registre sus datos en la libreta correspondiente para poder entregar el cadáver.
- 3.17 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional mediante la División de Anatomía Patológica es responsable de enviar los expedientes clínicos al Departamento de Admisión Hospitalaria y Archivo Clínico,
- 3.18 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional mediante la División de Anatomía Patológica es responsable de notificar al Departamento de Trabajo Social que tienen un cuerpo de más de 24 hrs. para que avisen ya sea al familiar o en dado caso al Ministerio Público.
- 3.19 Los Asistentes Médicos son responsables de la entrega de cadáveres en el caso de que no haya personal de la División de Anatomía Patológica.


	PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	PROCEDIMIENTO DE RECEPCIÓN Y ENTREGA DE CADÁVERES Y PRODUCTOS ÓRGANICOS		Hoja: 4 de 27

- 3.20 El Departamento de Organización y Seguridad es responsable exclusivamente de registrar y permitir la entrada y salida del servicio funerario o ministerio público para la entrega del cadáver.
- 3.22 En los casos médico-legales y el Ministerio Público se lleve el cadáver, él es el responsable de elaborar el Certificado de defunción.
- 3.23 En los casos donde el paciente ya llegó muerto, se notificará al Ministerio Público y ellos son los responsables de elaborar el certificado de defunción, así como de la entrega del cadáver a los familiares.


 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	PROCEDIMIENTO
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS
	PROCEDIMIENTO DE RECEPCIÓN Y ENTREGA DE CADÁVERES Y PRODUCTOS ÓRGANICOS Hoja: 5 de 27

4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO



Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo	
Dirección Médica	1	Certifica la muerte del paciente		
Subdirección de Enfermería	2	Localiza a los familiares en sala de espera		
Dirección Médica	3	Notifica a los familiares de la muerte del paciente	Formato único de Notificación de caso médico-legal	
	4	Verifica si es un caso médico-legal ¿Es un caso médico legal?	Nota de Defunción	
	5	Si: Notifica al Ministerio Público	Carta de Autorización para la hospitalización del paciente adulto	
	6	Elabora el Formato único de Notificación de caso médico-legal		
	7	No: Elabora la Nota de Defunción	Carta de Autorización para la hospitalización de paciente menor de edad, inconsciente, con capacidades físicas y/o mentales diferentes	
	8	Solicita el expediente clínico del paciente ¿El paciente cuenta con expediente clínico?		
	9	No: Solicita la apertura del expediente clínico y el Ingreso al Departamento de Admisión Hospitalaria y Archivo Clínico		
	Departamento de Admisión y Archivo Clínico	10	Realiza la Apertura del Expediente y el Ingreso Hospitalario	Carta de Consentimiento y autorización para realizar necropsia (autopsia)
	Subdirección de Enfermería (Departamento de Enfermería Clínica)	11	Entrega el Expediente Clínico a Enfermería	
Dirección Médica	12	Entrega el Expediente Clínico al Médico		
	13	Integra todo el expediente clínico		
	14	Verifica que el expediente se encuentre completo según la NOM 004-SSA-2012 ¿Se solicita Estudio Postmortem?		
	15	Si: Detona el Procedimiento para realizar e interpretar estudios Postmortem. Termina el Procedimiento		

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	PROCEDIMIENTO	
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS	
	PROCEDIMIENTO DE RECEPCIÓN Y ENTREGA DE CADÁVERES Y PRODUCTOS ÓRGANICOS	
Hoja: 6 de 27		

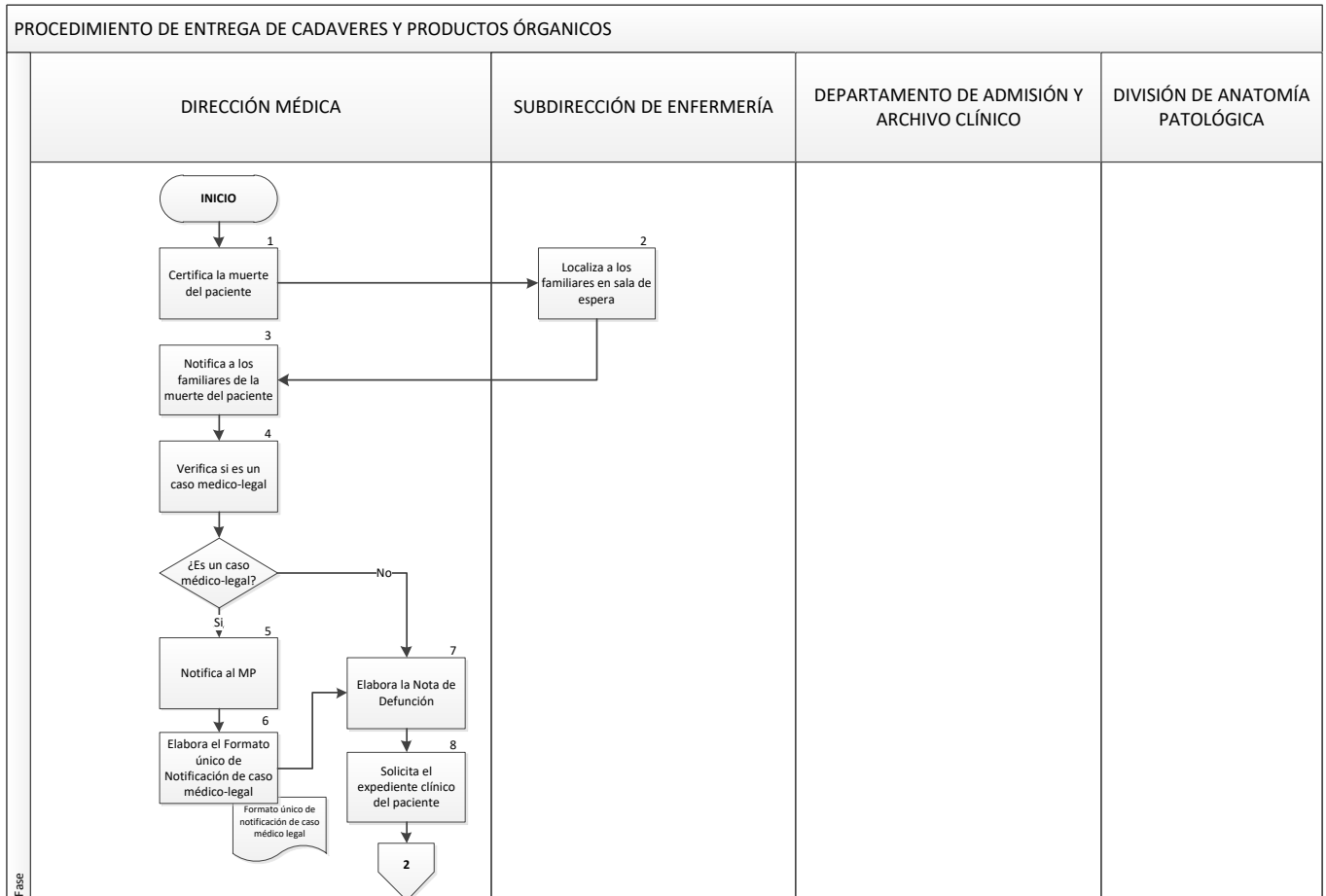
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
	16	No: Entrega Hoja de Hospitalización al Departamento de Admisión Hospitalaria y Archivo Clínico	
	17	Solicita al Departamento de Admisión Hospitalaria y Archivo Clínico el borrador del Certificado de Defunción	
Subdirección de Servicios Ambulatorios (Departamento de Admisión y Archivo Clínico)	18	Entrega el Borrador del Certificado de Defunción	Borrador del Certificado de Defunción
Dirección Médica	19	Elabora el borrador del Certificado de Defunción	Borrador del Certificado de Defunción
	20	Entrega el Borrador del Certificado de Defunción al Departamento de Admisión Hospitalaria y Archivo Clínico	
Subdirección de Servicios Ambulatorios (Departamento de Admisión y Archivo Clínico)	21	Revisa el borrador, si es correcto, solicita el médico adscrito elabore el certificado de defunción original	Certificado de Defunción
	22	Solicita el pago a los familiares	Tarjeta de salida
	23	Solicita al familiar 3 copias fotostáticas del certificado de defunción, ya completo.	
	24	Solicita copia de identificación oficial del fallecido	
	25	Elabora la tarjeta de salida	
Dirección Médica	26	Elabora tarjeta de pie	Tarjeta de Pie
	27	Notifica a la División de Anatomía Patológica del envío de un cuerpo	
	28	Solicita a enfermería prepare el cuerpo del paciente	
Subdirección de Enfermería (Departamento de Enfermería Clínica)	29	Realiza amortajamiento del cuerpo, excepto en casos médico-legales.	Hoja de Enfermería
	30	Registra en Hoja de enfermería, Hoja de Supervisión y Libreta de Ingresos y Egresos del paciente, la salida del cadáver.	Hoja de Supervisión Libreta de Ingresos y Egresos
	31	Traslada el cuerpo y el expediente clínico a la División de Anatomía Patológica	
Subdirección de Servicios	32	Notifica a Vigilancia de la entrada de la carroza funeraria o Ministerio Público	

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	PROCEDIMIENTO	
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS	
	PROCEDIMIENTO DE RECEPCIÓN Y ENTREGA DE CADÁVERES Y PRODUCTOS ÓRGANICOS	
Hoja: 7 de 27		

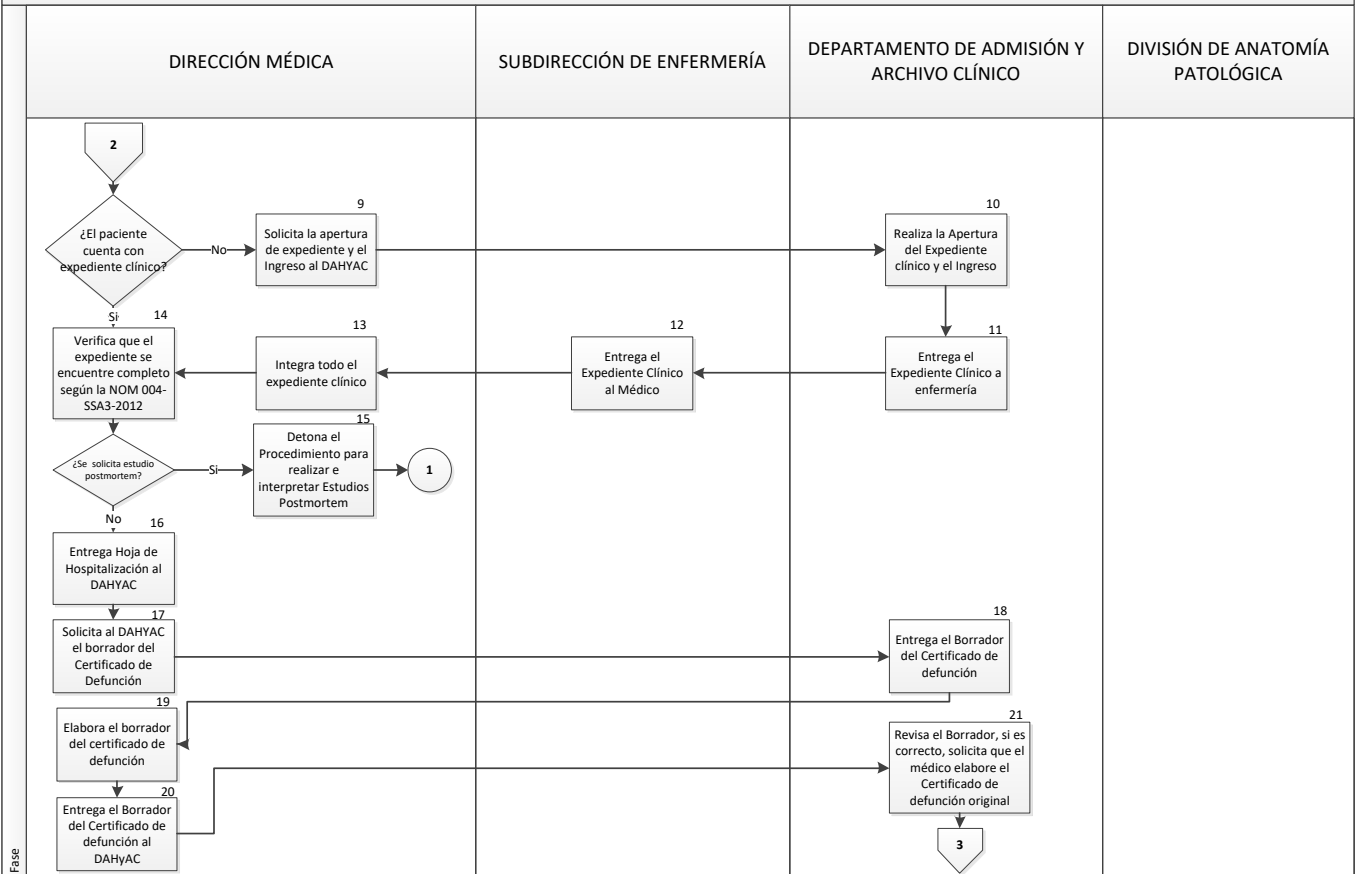
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Ambulatorios (Departamento de Admisión y Archivo Clínico)			
División de Anatomía Patológica	33	Recibe el cuerpo junto con el expediente clínico	
	34	Indica al camillero donde colocar el cadáver	
Subdirección de Enfermería (Personal de camillería)	35	Coloca el cuerpo en una gaveta y la tarjeta de pie para identificarlo	Libreta de defunciones
	36	Registra en la libreta de defunciones	
	37	Entrega el expediente clínico	
División de Anatomía Patológica	38	Reciben la tarjeta de salida, ya sea por los familiares o el Ministerio Público	
	39	Registra en la libreta los datos de los familiares, Ministerio Público y/o funeraria	
	40	Solicita al familiar la identificación del cuerpo	
	41	Anexa las tarjetas de pie y de salida al expediente clínico	
	42	Envía el expediente clínico al Departamento de Admisión Hospitalaria y Archivo Clínico	
Subdirección de Servicios Ambulatorios (Departamento de Admisión y Archivo Clínico)	43	Anexan una copia del Certificado de Defunción en el expediente clínico y lo resguarda	
TERMINA PROCEDIMIENTO			

	PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	PROCEDIMIENTO DE RECEPCIÓN Y ENTREGA DE CADÁVERES Y PRODUCTOS ÓRGANICOS		Hoja: 8 de 27

5.0 DIAGRAMA DE FLUJO



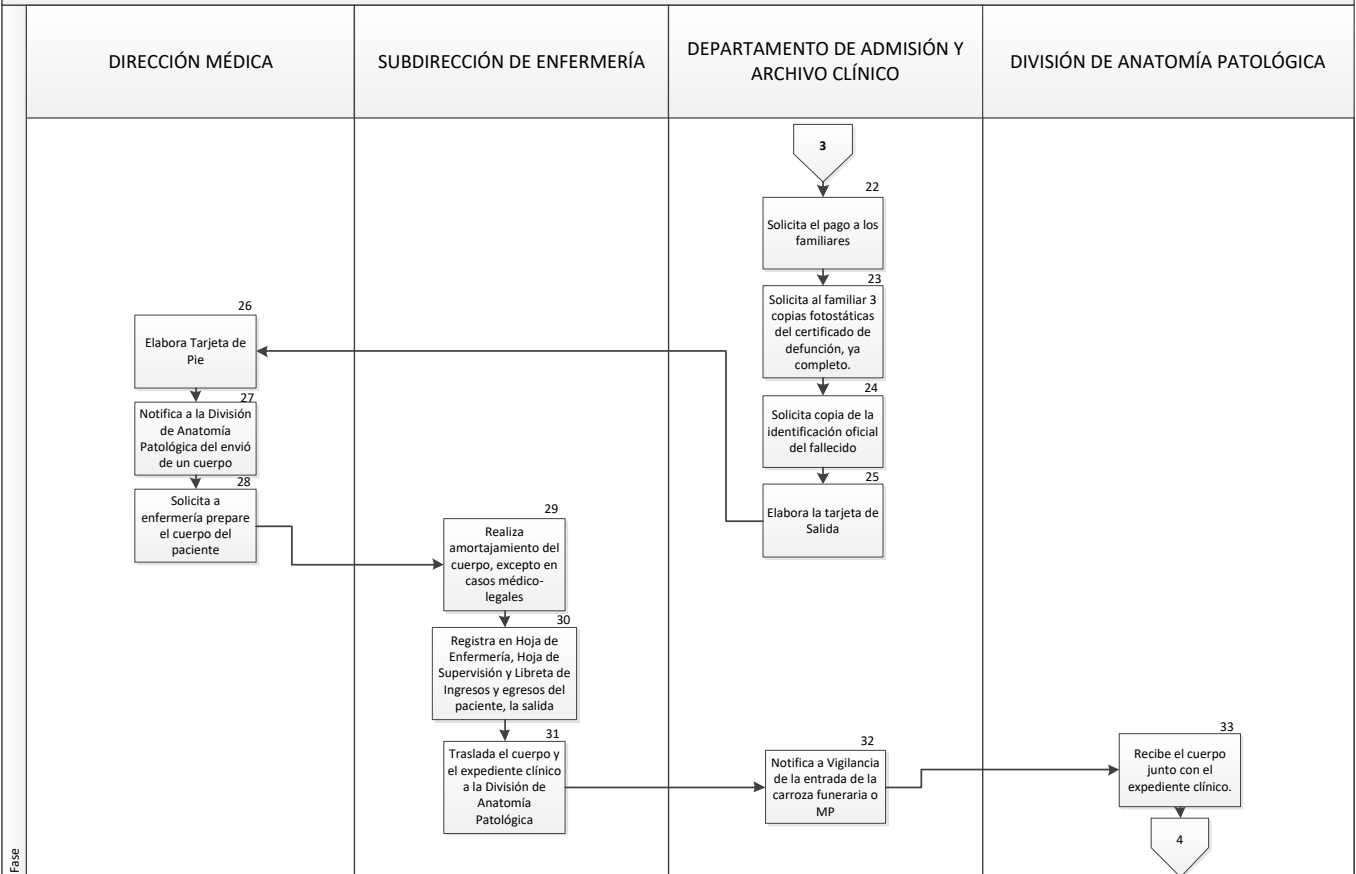
PROCEDIMIENTO DE ENTREGA DE CADAVERES Y PRODUCTOS ÓRGANICOS



Fase



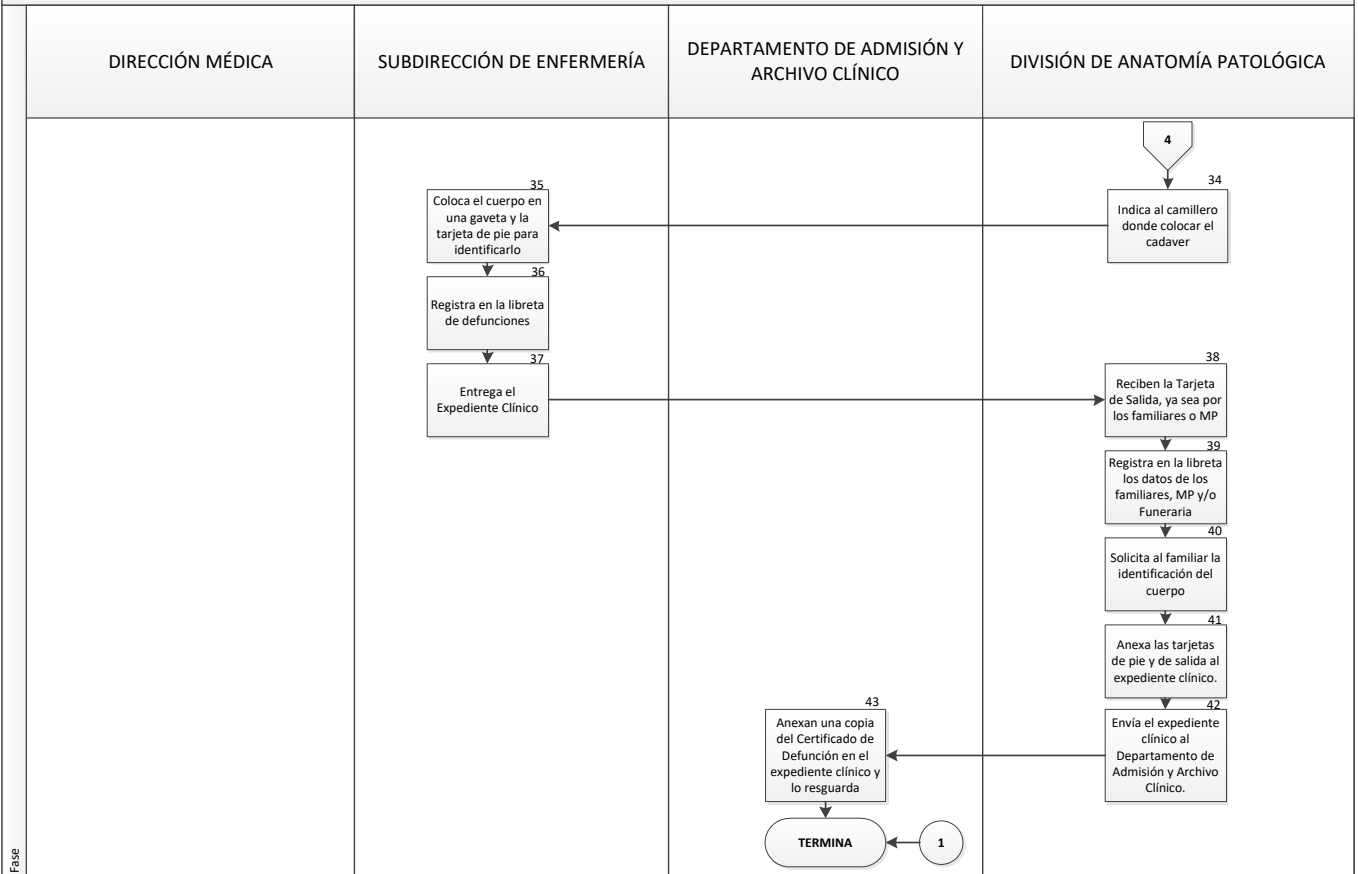
PROCEDIMIENTO DE ENTREGA DE CADAVERES Y PRODUCTOS ÓRGANICOS



Fase



PROCEDIMIENTO DE ENTREGA DE CADAVERES Y PRODUCTOS ÓRGANICOS



	PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	PROCEDIMIENTO DE RECEPCIÓN Y ENTREGA DE CADÁVERES Y PRODUCTOS ÓRGANICOS		Hoja: 12 de 27

6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA



Documentos	Código (cuando aplique)
NORMA Oficial Mexicana NOM-037-SSA3-2016, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios de anatomía patológica	No aplica
Manual de Organización Funcional	No aplica
Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos.	No aplica
Código Penal Federal 2018	No aplica
Ley General de Salud	No aplica
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	No aplica
Norma Oficial Mexicana NOM 004-SSA3-2012, Del expediente clínico	No aplica

7.0 REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Protocolo de Autopsia (Estudio postmortem)	20 años	División de Anatomía Patológica	Número del Protocolo
Libreta de defunciones	10 años	División de Anatomía Patológica	Nombre

8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Cadáver:** el cuerpo humano en el que se haya comprobado la pérdida de la vida.
- 8.2 Expediente clínico:** al conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables (NOM-004-SSA3.2012, Del expediente clínico).

	PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	PROCEDIMIENTO DE RECEPCIÓN Y ENTREGA DE CADÁVERES Y PRODUCTOS ÓRGANICOS		Hoja: 13 de 27

8.3 Tarjeta de Pie: documento de identificación del cadáver que incluye (nombre, número de registro, sexo, edad, lugar de nacimiento, procedencia, fecha de ingreso, diagnóstico clínico, causa de muerte, hora y día de defunción, número de cama).

8.8 Tarjeta de Salida: se consigna nombre y registro del paciente con sello de Admisión que indica que ya cumplió con el trámite administrativo de pago.

9.0 CAMBIOS DE VERSIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	01/03/2019	<ul style="list-style-type: none"> • Se actualiza el formato • Se agregan nuevas políticas y lineamientos • Cambia la descripción del procedimiento y el diagrama de flujo • Se agregan documentos de referencia. • Se agregan anexos

10.0 ANEXOS

10.1 Formato Único de Notificación de Caso médico-legal

10.2 Nota de Defunción

10.3 Carta de Autorización para la hospitalización del paciente adulto

10.4 Carta de Autorización para la hospitalización de paciente menor de edad, inconsciente, con capacidades físicas y/o mentales diferentes

10.5 Carta de Consentimiento y autorización para realizar necropsia (autopsia)

10.6 Certificado de Defunción



10.7 Tarjeta de Salida

10.8 Tarjeta de Pie

10.9 Hojas de enfermería

10.10 Hoja de Supervisión

10.11 Libreta de Ingresos y Egresos

	PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	PROCEDIMIENTO DE RECEPCIÓN Y ENTREGA DE CADÁVERES Y PRODUCTOS ÓRGANICOS		Hoja: 14 de 27

10.1 FORMATO ÚNICO DE NOTIFICACIÓN DE CASO MÉDICO-LEGAL



Nombre de la Unidad Médica _____
 No de notificación. _____
 Fecha _____
 Hora de notificación _____
 Responsable de la notificación _____

FORMATO ÚNICO DE NOTIFICACION DE CASO MÉDICO LEGAL



Con fundamento en los artículos 14, 16, 20, 21 Constitucionales; 2, 3, 9 bis, 95, 130, 262, 265, del Código de Procedimientos Penales; 2, 3, 53 de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal; 7, 8 del Reglamento a la Ley Orgánica de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal; 23, 27, 32, 33, 50 de la Ley General de Salud; 19 y 92 del Reglamento de Atención Médica de la Ley General de Salud, 6, 7, 8, 16 bis de la Ley de Salud del Distrito Federal; 47 de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos, Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico. Me permito hacer de su conocimiento que el paciente cuyos datos se detallan a continuación, presenta una patología que probablemente se relacione a un caso médico legal

Se notifica a la autoridad que el paciente			
Nombre:		Edad :	Sexo:
Ubicado en la Cama:		Del Servicio	
Con Hora de Ingreso		Numero de Expediente	
Diagnósticos			
Descripción de lesiones			

Lo que comunico a Usted, para que proceda como corresponda, en el ámbito de sus atribuciones, si usted considera pertinente a la brevedad posible. No omito manifestarle que el personal adscrito a este hospital no cuenta con facultades de ninguna índole para detener y/o custodiar a persona alguna.



Nombre y Firma del Médico que Notifica <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3" style="text-align: center;">Datos de la Autoridad que Recibe la Notificación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="width: 20%;">Nombre</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Cargo</td> <td></td> <td rowspan="3" style="text-align: center; vertical-align: middle;">Sello</td> </tr> <tr> <td>Fecha, Hora y Firma</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Datos de la Autoridad que Recibe la Notificación			Nombre			Cargo		Sello	Fecha, Hora y Firma	
Datos de la Autoridad que Recibe la Notificación												
Nombre												
Cargo		Sello										
Fecha, Hora y Firma												



	PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	PROCEDIMIENTO DE RECEPCIÓN Y ENTREGA DE CADÁVERES Y PRODUCTOS ÓRGANICOS		Hoja: 15 de 27

10.2 NOTA DE DEFUNCIÓN

NOTA DE DEFUNCIÓN
<p>Femenino de 43 años de edad sin antecedentes de importancia. Inicia padecimiento actual el 07/06/2019 con ataque al estado general, mialgias, artralgias, evacuaciones diarreas sin moco ni sangre en 15 ocasiones, dolor en epigastrio opresivo sin irradiaciones, emesis de contenido gastropilmentario en 5 ocasiones y posteriormente de características gastrobiliar en 4 ocasiones, acude con médico que indica manejo con cefuroxima, hioscina, ibuprofeno, Ketorolaco, con lo cual presenta disminución en la cantidad de evacuaciones, aunque persistiendo con emesis de coloración negra, al no presentar mejoría es traída a esta unidad aproximadamente a las 22:00 horas. Se recibe en triage con TA 70/40, FC 130, FR 24, TEMP 36.2, SATO 92%, DXTX 306 mg/dl, ECG 15 puntos, por lo que se ingresa a choque. Iniciando manejo con soluciones cristaloides 2000 cc en bolo y bomba de infusión de insulina a 7 cc/hora, antibioticoterapia con Ceftriaxona, Metronidazol, racecadrotilo y Vancomicina vía oral, a las 10:00 am del 08/06/2019 presenta hipotensión por lo que inicia apoyo vasopresor con norepinefrina y se disminuye infusión de insulina, por parte de Infectología se ajustan dosis de antibióticos y se suspende racecadrotilo, así mismo se toma muestra para toxina de clostridium difficile. A las 17:30 horas paciente con altos requerimientos de norepinefrina por lo que se agrega vasopresina e hidrocortisona. Se solicita valoración por cirugía general los cuales comentan paciente sin datos de patología quirúrgica de urgencia, a lo cual se solicita y realiza TAC abdomen simple donde se evidencia derrame pleural, liquido libre en cavidad abdominal (no se cuenta con reporte oficial escrito), se obtiene reporte de toxina siendo negativo, por lo que se suspende Vancomicina. Paciente que continuaba con altas dosis de vasopresor y oliguria. Es valorada por unidad de cuidados intensivos, los cuales mencionan paciente con falla orgánica múltiple, por lo que es candidata a ingreso sin contar con espacio físico y sugieren manejo avanzado de la vía aérea. A lo cual se realiza a las 9:30 am del 09/06/2019, se realiza inducción con etomidato, midazolam y vecuronio, requiriendo mayor dosis de vasopresor (0.8 mcg/kg/min), continuando sedación con midazolam y fentanyl. Por parte de Infectología se cambia antibiótico a meropenem y se toma muestra para coprocultivo. A las 11:35 am presenta asistolia, iniciando maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada durante 15 minutos administrando 5 ámpulas adrenalina 1 mg por intervalos de 3 minutos y 10 ámpulas de bicarbonato, presentando retorno a la circulación espontánea a taquicardia sinusal, y manteniendo norepinefrina a 1 mcg/kg/min y vasopresina a 0.04 UI/min, minutos después presenta nuevamente asistolia, se reanudan maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada sin presentar retorno a la circulación espontánea, se declara clínicamente fallecida a las 12:05 del 09/06/2019 con los siguientes diagnósticos:</p>

	PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	PROCEDIMIENTO DE RECEPCIÓN Y ENTREGA DE CADÁVERES Y PRODUCTOS ÓRGANICOS		Hoja: 16 de 27

10.3 CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA LA HOSPITALIZACIÓN DEL PACIENTE ADULTO



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

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

Ciudad de México a

Hora:

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

Datos del Ingreso: Urg () C.E. () Ref () No. de Registro: Servicio: Cama: Dx:

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

C. Fecha de nacimiento: Sexo: Edad:
 Con domicilio particular en la calle: Número:
 Colonia: Alcaldía o Mpio.:
 Estado: Código Postal: Teléfono:

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

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



ATENTAMENTE

 Nombre completo y firma del paciente

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

 Nombre completo y firma del testigo

 Nombre completo y firma del testigo

	PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	PROCEDIMIENTO DE RECEPCIÓN Y ENTREGA DE CADÁVERES Y PRODUCTOS ÓRGANICOS		Hoja: 17 de 27

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



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

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

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

Ciudad de México a

Hora:

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

Datos del Ingreso:

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

No. de Registro:

Servicio:

Cama:

Dx:

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

C.

Fecha de Nacimiento:

Con domicilio particular en la calle:

Número:

Colonia:

Alcaldía o Mpio.:

Estado:

Código Postal:

Teléfono:

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

Familiar de nombre


Sexo;

Edad;

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



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

Nombre completo y Firma del Familiar o Persona responsable


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

Nombre completo y Firma del testigo

Nombre completo y Firma del testigo

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	PROCEDIMIENTO DE RECEPCIÓN Y ENTREGA DE CADÁVERES Y PRODUCTOS ÓRGANICOS		Hoja: 18 de 27

10.5 CARTA DE CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR NECROPSIA (AUTOPSIA)



HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

Limitaciones:

Ninguna. El permiso se otorga para realizar una necropsia completa con remoción, examinación y retención de los órganos y tejidos por parte del personal de la División de Anatomía Patológica.

El permiso se otorga para la realización de una necropsia con las siguientes limitaciones y condiciones

Asimismo, declaro que en mi presencia han sido llenados o cancelados todos los espacios en blanco que se presentan en este documento.

Lugar, fecha y hora de la autorización: _____

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO

NOMBRE Y FIRMA DEL FAMILIAR

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO

NEGACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE NECROPSIA

Por la presente, NIEGO autorización para que sea practicada en mi familiar la NECROPSIA.

Lo anterior en virtud de: _____

Lugar y fecha: _____

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL FAMILIAR



HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

**CARTA DE CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA
REALIZAR NECROPSIA (AUTOPSIA)**

Nombre del fallecido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Expediente Clínico: _____

Nombre del familiar responsable: _____

Identificado con: _____

Servicio: _____ Cama: _____

Fecha y hora de la defunción: _____



Yo, _____, (parentesco) _____

del fallecido _____, siendo el disponente secundario del cadáver, con fundamento en los artículos 350 bis de la Ley General de la Salud; 13 y 14 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos, autorizo a la División de Anatomía Patológica del Hospital General Dr. Manuel Gea González la realización de la necropsia en el cuerpo de mi familiar. Yo comprendo que cualquier información y diagnóstico obtenidos estarán sujetos a las leyes de confidencialidad.

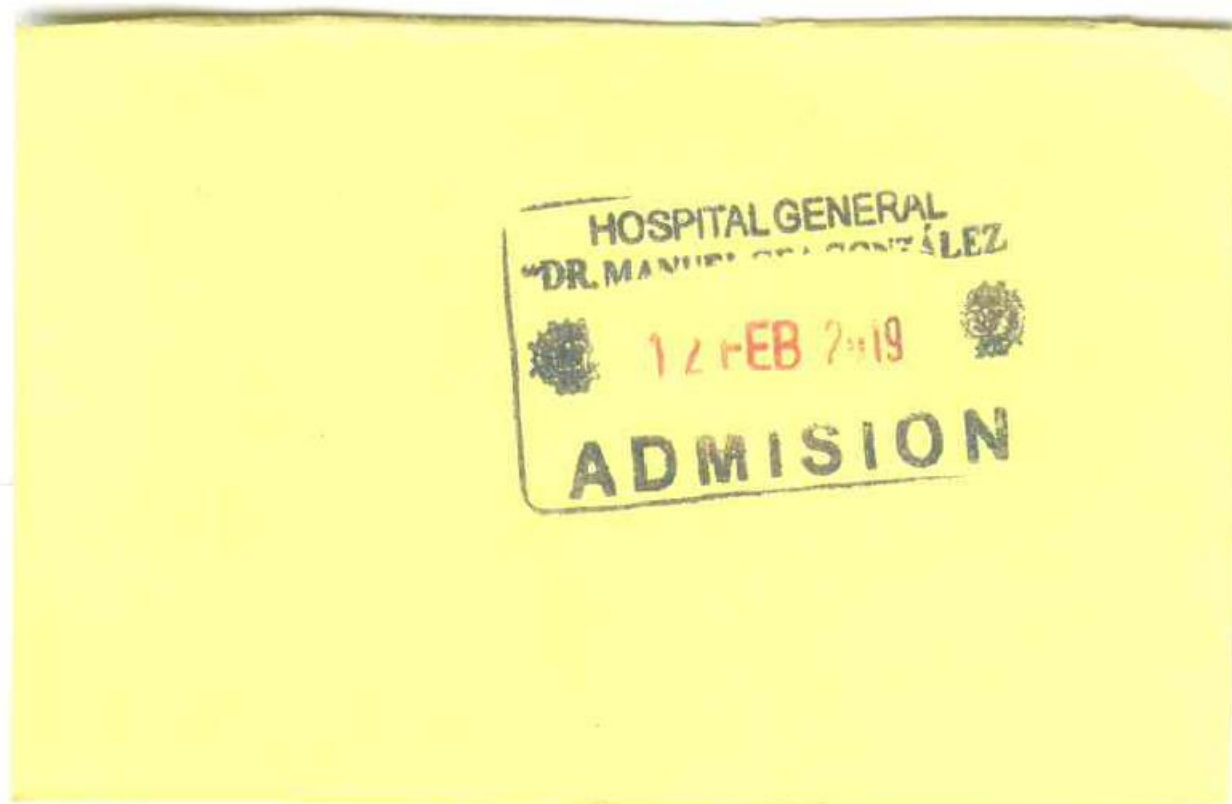
Estudio de órganos y tejidos:



Asimismo con fundamento en el artículo 350 bis 3 de la Ley General de Salud autorizo que los órganos y fluidos sean removidos del cuerpo para su examen en la División de Anatomía Patológica con fines de diagnóstico, educación mejora de la calidad del servicio hospitalario e investigación. Este consentimiento no se hace extensivo para que los órganos removidos sean usados con fines de trasplante. Entiendo que los órganos que no sean requeridos para el diagnóstico, educación, mejora de calidad del servicio hospitalario e investigación tendrá como destino final la incineración.

Comprendo que puedo poner limitaciones sobre el alcance de la necropsia y la conversación de los órganos y tejidos. Entiendo que cualquier limitación puede poner en peligro el valor diagnóstico de la necropsia y limitar su utilidad en la educación, mejora en la calidad del servicio hospitalario o con fines de investigación. Se me ha dado la oportunidad de resolver cualquier duda que pueda tener sobre el alcance o con la finalidad de la necropsia.


	PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	PROCEDIMIENTO DE RECEPCIÓN Y ENTREGA DE CADÁVERES Y PRODUCTOS ÓRGANICOS		Hoja: 20 de 27


10.7 TARJETA DE SALIDA




	PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	PROCEDIMIENTO DE RECEPCIÓN Y ENTREGA DE CADÁVERES Y PRODUCTOS ÓRGANICOS		Hoja: 21 de 27

10.8 TARJETA DE PIE





HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"



PISO 1-2-3-4-5-6-7 _____

SE ANEXA EXP. SI NO

CASO MEDICO LEGAL SI NO

CAMA No. _____

NOMBRE _____ No. DE REG. _____

SEXO _____ EDAD _____ LUGAR DE NACIMIENTO _____

PROCEDENCIA _____

FECHA DE INGRESO _____

DIAGNOSTICO CLINICO _____

CAUSA DE MUERTE _____



MURIO A LAS _____ HRS. DEL _____ DE _____ DE _____

INTERESA ESPECIALMENTE _____

06-01-0007

Medico



Licencia Sanitaria 1014004673

	PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	PROCEDIMIENTO DE RECEPCIÓN Y ENTREGA DE CADÁVERES Y PRODUCTOS ÓRGANICOS		
			Hoja: 27 de 27



10.11 LIBRETA DE INGRESOS Y EGRESOS

Nombre del Paciente: _____	
Fecha de Ingreso: _____	Hora: _____
Camas: _____	Registro: _____
F. Nacimiento: _____	Edad: _____ Hombres() Mujer()
Diagnostico de ingreso: _____	
Procedencia: _____	
Fecha de Egreso: _____	Hora: _____
Diagnostico de Egreso: _____	
Enfermera que egresa al paciente: _____	
Nombre completo y firma del familiar: _____	
Comentarios del Paciente / Familiar: _____	

Nombre del Paciente: _____	
Fecha de Ingreso: _____	Hora: _____
Camas: _____	Registro: _____
F. Nacimiento: _____	Edad: _____ Hombre() Mujer()
Diagnostico de ingreso: _____	
Procedencia: _____	
Fecha de Egreso: _____	Hora: _____
Diagnostico de Egreso: _____	
Enfermera que egresa al paciente: _____	
Nombre completo y firma del familiar: _____	
Comentarios del Paciente / Familiar: _____	

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.01
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento para el tratamiento de rehabilitación a pacientes hospitalizados		Hoja: 1 de 11

10. PROCEDIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN A PACIENTES HOSPITALIZADOS

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.01
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento para el tratamiento de rehabilitación a pacientes hospitalizados		
			Hoja: 2 de 11

1. PROPÓSITO


Establecer los lineamientos para brindar atención terapéutica a los pacientes que se encuentran hospitalizados en las diferentes especialidades y que requieran valoración y tratamiento, favoreciendo el proceso de rehabilitación.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno, el procedimiento es aplicable a las Subdirecciones Médicas, responsables de solicitar las interconsultas de pacientes hospitalizados que requieran tratamiento de rehabilitación, y la División de Rehabilitación, es responsable de la atención de pacientes que ameriten atención médico-terapéutica.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a los pacientes que requieran atención de la División de Rehabilitación que se encuentran en hospitalización.


3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La Subdirecciones Médicas a través de los médicos tratantes son responsables de realizar la solicitud de interconsulta correspondiente en original y copia, debidamente llenada con el diagnóstico correcto y el motivo de la interconsulta, con la finalidad de que la División de Rehabilitación pueda valorar e iniciar tratamiento.
- 3.2 La Subdirecciones Médicas a través de los médicos tratantes son responsables de integrar la solicitud de interconsulta al expediente clínico del paciente.
- 3.3 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través de la División de Rehabilitación, es responsable de dar respuesta de la valoración médica en el anverso de la solicitud de interconsulta en un plazo máximo de 24 horas hábiles.
- 3.4 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través de la División de Rehabilitación, es responsable de proporcionar terapia a los pacientes que las Subdirecciones Médicas hayan seleccionado, durante el periodo de estancia hospitalaria.
- 3.5 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través de la División de Rehabilitación, es responsable de realizar y anexar al expediente clínico la nota terapéutica refiriendo las atenciones brindadas o motivo de diferimiento de terapia, de ser el caso.
- 3.6 Las Subdirecciones Médicas son responsables de anotar en la hoja de egreso hospitalario, el envío del paciente a la División de Rehabilitación para Brindar atención por Consulta Externa de ser necesario.
- 3.7 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través de la División de Rehabilitación, es responsable de otorgar programas de casa a pacientes con alta hospitalaria, de ser el caso.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS
	Procedimiento para el tratamiento de rehabilitación a pacientes hospitalizados Hoja: 3 de 11

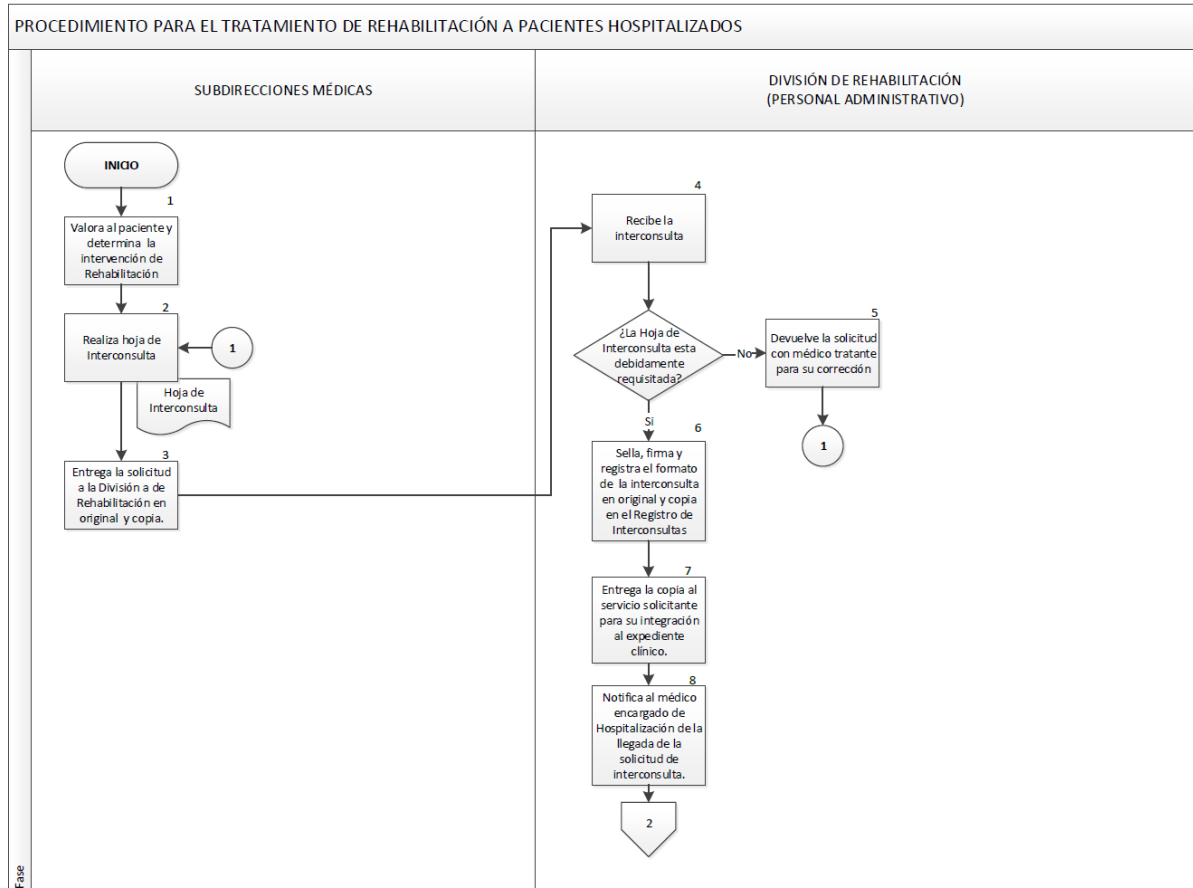
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

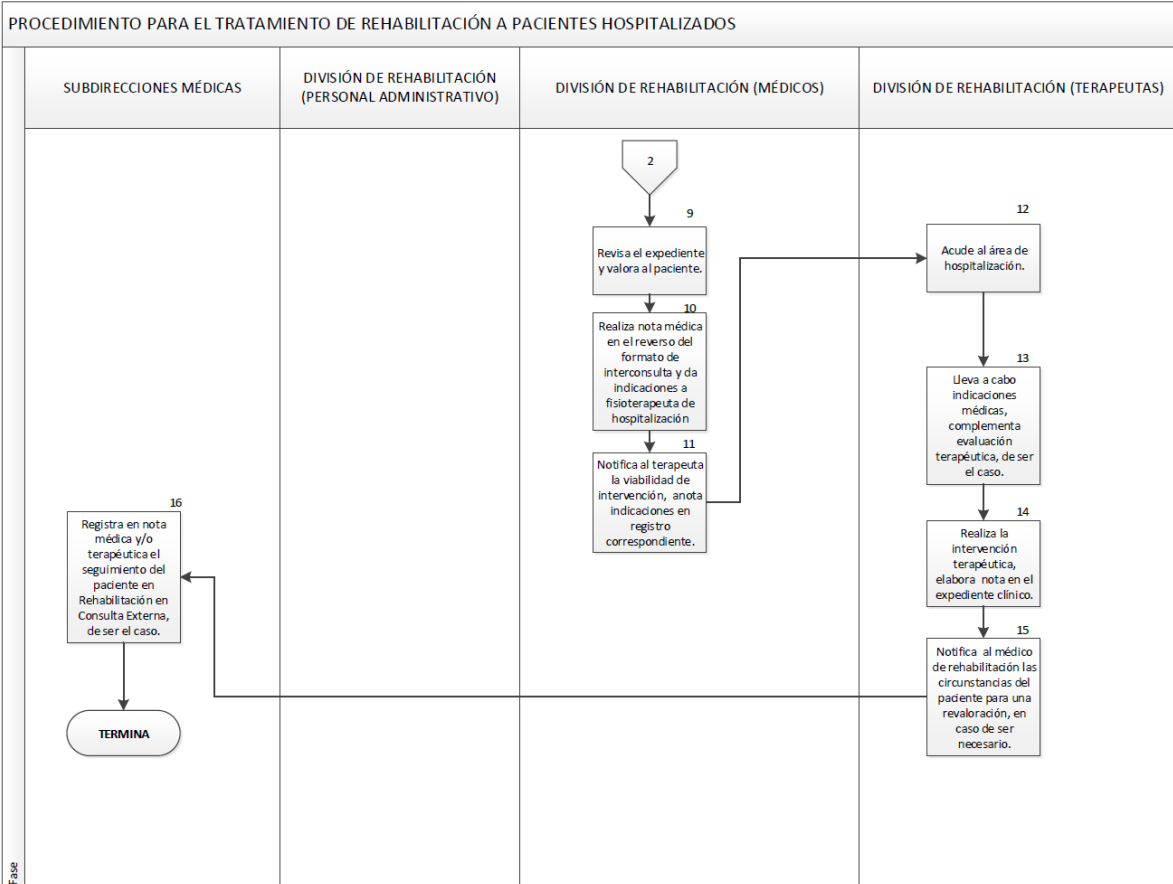
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o anexo
Subdirector (a) Médico	1	Valora al paciente y determina la intervención de Rehabilitación.	Solicitud de Interconsulta
	2	Realiza solicitud de interconsulta en original y copia.	
	3	Entrega la solicitud de interconsulta a la División de Rehabilitación en original y copia.	
Subdirectora de Servicios Ambulatorios (Jefa de la División de Rehabilitación- Personal Administrativo)	4	Recibe la interconsulta ¿La solicitud de interconsulta está debidamente requisitada?	Registro de Interconsultas
	5	No: Devuelve la solicitud al médico tratante para su corrección. Regresa a la actividad 2.	
	6	Si: Sella, firma el formato de la interconsulta en original y copia y lo registra en el Registro de Interconsultas.	
	7	Entrega la copia al servicio solicitante, para su integración al expediente clínico.	
	8	Notifica al médico encargado de Hospitalización de la llegada de la solicitud de interconsulta	
Subdirectora de Servicios Ambulatorios (Jefa de la División de Rehabilitación – Medico)	9	Revisa el expediente y valora al paciente.	Registro de Interconsultas
	10	Realiza nota médica en el expediente, en el reverso del formato de interconsulta y da indicaciones a fisioterapeuta de hospitalización.	
	11	Notifica al terapeuta la viabilidad de intervención y anota las indicaciones terapéuticas (plan de tratamiento) en registro correspondiente para su atención por el terapeuta.	



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS
	Procedimiento para el tratamiento de rehabilitación a pacientes hospitalizados Hoja: 4 de 11

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o anexo
Subdirectora de Servicios Ambulatorios (Jefa de la División de Rehabilitación - Terapeuta)	12	Acude al área de hospitalización y realiza valoración terapéutica, de ser el caso.	Nota terapéutica
	13	Lleva a cabo indicaciones médicas y complementa evaluación terapéutica, de ser el caso.	
	14	Realiza la intervención terapéutica con diversas modalidades y elabora nota terapéutica en el expediente clínico.	
	15	Notifica al médico de Rehabilitación las circunstancias del paciente para una revaloración, en caso de que el paciente lo requiera.	
Subdirectora de Servicios Ambulatorios (Jefa de la División de Rehabilitación – Medico, Terapeuta)	17	Registra en nota médica y/o terapéutica el seguimiento del paciente en Rehabilitación en Consulta Externa, de ser el caso. TERMINA PROCEDIMIENTO	

5. DIAGRAMA DE FLUJO





	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.01
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento para el tratamiento de rehabilitación a pacientes hospitalizados		Hoja: 7 de 11

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, Del expediente clínico	

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Bitácora de interconsultas de pacientes hospitalizados	12 meses	División de Rehabilitación	No aplica
7.2 Bitácora de interconsultas de pacientes de consulta externa	12 meses	División de Rehabilitación	No aplica
7.3 Copia de formato de solicitud de interconsultas	12 meses	División de Rehabilitación	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO



8.1 Calidad de vida: Percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones.

8.2 Diagnóstico: Proceso en el que se identifica una enfermedad, afección o lesión por sus signos y síntomas.

8.3 Expediente clínico: Conjunto único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.

8.4 Interconsulta: Es la comunicación entre dos profesionales médicos, con diferentes áreas de experiencia en donde el solicitante, requiere la opinión sobre alguna patología del paciente a un consultor, quien emite su opinión sobre el caso para ofrecerle una atención complementaria tanto para su diagnóstico, su tratamiento.

8.5 Modalidad terapéutica: Son las herramientas que utiliza la rehabilitación para el tratamiento del paciente con alteraciones del sistema nervioso y musculo esquelético. Entre las cuales encontramos los medios físicos, electroterapia, y ejercicio terapéutico

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.01
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento para el tratamiento de rehabilitación a pacientes hospitalizados		Hoja: 8 de 11

8.5 Paciente: Individuo o sujeto que sufre de una dolencia física o que necesita recibir tratamiento médico, por lo que debe acudir a un profesional de la salud para tratado.

8.6 Programas de casa: Programa que prescribe de modo ordenado, progresivo y adaptado a cada individuo, la intensidad, la duración y la frecuencia de los ejercicios, de fuerza muscular y de flexibilidad que tiene que realizar una persona durante un período de varias semanas, para mejorar progresivamente su condición física, su salud y su esperanza y calidad de vida. Tiene la peculiaridad de ser realizado en casa del paciente para que lo realice de forma funcional y acorde a su entorno, disminuyendo el riesgo de caídas.

8.7 Rehabilitación: Conjunto de intervenciones encaminadas a optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en personas con afecciones de salud en la interacción con su entorno.

8.8 Terapia: Se refiere a un conjunto de diversos procedimientos o tratamientos cuya finalidad es la mejora o el alivio de los síntomas, enfermedades o padecimientos.

8.9 Tratamiento integral: Es un enfoque en el que se atiende todas las necesidades del paciente por completo, y no solo las necesidades médicas y físicas. La atención integral involucra la colaboración de diversos profesionales de la salud.

8.10 Valoración médica: Valoración y evaluación del estado físico o psíquico de un paciente, basándose en la información obtenida de la entrevista, del historial médico del paciente y de la anamnesis, de exploraciones físicas y de pruebas de laboratorio, teniendo el objetivo de realizar un diagnóstico y establecer un tratamiento médico.



8.11 Valoración Fisioterapéutica: Proceso de análisis de las deficiencias y discapacidades observadas en el paciente. Es un proceso de evaluación del pronóstico funcional, cuyas deducciones permiten: establecer un programa de tratamiento en función de las necesidades observadas y escoger el modelo terapéutico apropiado a realizar.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	12/06/2021	Actualización de propósito, alcance, políticas descripción del procedimiento, registros, glosario y anexos.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Solicitud de Interconsulta
- 10.2 División de Rehabilitación. Terapia Física

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.01
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento para el tratamiento de rehabilitación a pacientes hospitalizados		
			Hoja: 10 de 11

10.2 DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN. TERAPIA FÍSICA



Hospital General "Dr. Manuel Gea González"
 Calzada de Tlalpan 4800, Col Sección XVI, Del. Tlalpan C.P 14080

División de Medicina Física y Rehabilitación



Terapia Física

Nombre _____ Fecha Nac. _____
 No. Reg. _____ Edad _____ Sexo H M Diagnóstico _____
 Médico Tratante de Rehabilitación: _____ Núm. Cama _____

Fecha: _____ Hora _____ Terapia: _____ _____ _____ _____ <p style="text-align: center;">Nombre completo y firma terapeuta _____</p>

Fecha: _____ Hora _____ Terapia: _____ _____ _____ _____ <p style="text-align: center;">Nombre completo y firma del terapeuta _____</p>

Fecha: _____ Hora _____ Terapia: _____ _____ _____ _____ <p style="text-align: center;">Nombre completo y firma del terapeuta _____</p>

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.01
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento para el tratamiento de rehabilitación a pacientes hospitalizados		
			Hoja: 11 de 11





Hospital General "Dr. Manuel Gea González"
 Calzada de Tlalpan 4800, Col Sección XVI, Del. Tlalpan C.P 14080



Fecha: _____ Hora _____ Terapia: _____ _____ _____ _____ Nombre completo y firma terapeuta _____

Fecha: _____ Hora _____ Terapia: _____ _____ _____ _____ Nombre completo y firma del terapeuta _____

Fecha: _____ Hora _____ Terapia: _____ _____ _____ _____ Nombre completo y firma del terapeuta _____

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento para la Prealta y Alta Hospitalaria		Hoja: 1 de 23

11. PROCEDIMIENTO PARA LA PREALTA Y ALTA HOSPITALARIA

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento para la Prealta y Alta Hospitalaria		Hoja: 2 de 23

1. PROPÓSITO



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

2. ALCANCE



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

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

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


 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento para la Prealta y Alta Hospitalaria		Hoja: 3 de 23

- 3.6 La Dirección médica a través de las diferentes Divisiones Médicas debe garantizar que en el expediente clínico se encuentra toda la documentación requerida para el egreso del paciente, incluyendo, nota de egreso con base en el numeral 8.9 de la NOM-004-SSA3-2012, solicitudes de laboratorio y gabinete, recetas médicas, referencia (interna o externa) y hoja de cargos con los últimos estudios realizados.
- 3.7 La Subdirección de Recursos Financieros a través del Jefe de Departamento de Tesorería (área de cajas) debe garantizar que el expediente administrativo del paciente se encuentra actualizado diariamente y contiene toda la información necesaria para el proceso de pago.
- 3.8 La Subdirección de Recursos Financieros a través del Jefe de Departamento de Tesorería (área de cajas) es responsable de realizar el cobro de los servicios con los formatos que disponga la División de Enlace y Gestión de atención médica Interinstitucional.
- 3.9 La Subdirección de Gestión de Calidad a través del Departamento de Trabajo Social es responsable de colocar el sello de nivel 6 socioeconómico, en aquellos pacientes que decidan pagar sus servicios y brindar apoyo a los que lo requieran en su trámite administrativo.
- 3.10 La Dirección médica a través de las diferentes Divisiones Médicas debe notificar al paciente y al familiar responsable sobre la pre alta y alta hospitalaria.
- 3.11 La Subdirección de Enfermería y la Dirección Médica a través de las diferentes Divisiones Médicas deben anticipar que el paciente reciba la capacitación necesaria para su autocuidado de forma oportuna previo al alta hospitalaria para garantizar que esto no sea motivo para retrasarla.
- 3.12 La Subdirección de Gestión de Calidad a través de la Jefatura de Departamento de Trabajo Social debe informar al paciente y familiar responsable sobre los trámites necesarios para el alta hospitalaria; y en caso de que no cuenten con los recursos suficientes para el pago del alta hospitalaria, realizar los trámites necesarios para su resolución correspondiente.
- 3.13 La Dirección médica a través de las diferentes Divisiones Médicas debe orientar al paciente y familiar responsable sobre el tratamiento y recomendaciones generales que continuará en su domicilio.
- 3.14 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica debe planear las siguientes actividades para el alta hospitalaria: Notificar al departamento de Nutrición clínica sobre el egreso del paciente para que el mismo envíe la dieta recomendada, verificar que el paciente que cuente con algún dispositivo médico, catéter o sonda, el "Área de Educación al paciente", los haya capacitado sobre los cuidados generales y la asepsia para mantenerlos en el mejor estado de funcionamiento y enviar al paciente al departamento de trabajo social para que sea orientado en los trámites médico administrativos que debe realizar el familiar responsable al egreso.
- 3.15 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través de la División de Nutrición Clínica es responsable de orientar al paciente que se egresa y amerite una dieta especializada, sobre sus nuevos requerimientos; y debe registrarse en el expediente clínico; así como en el formato de PFE.
- 3.16 La Dirección médica a través de las diferentes Divisiones Médicas debe el día del alta hospitalaria proporcionar al paciente y familiar responsable la hoja de egreso hospitalario, solicitudes de laboratorio y gabinete cuando lo amerita, receta médica y hoja de pago. En el

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento para la Preadta y Alta Hospitalaria		Hoja: 4 de 23

caso de pacientes que sean trasladados a otra institución o a la consulta externa, el médico adscrito deberá generar además la hoja de referencia a otra institución o a la consulta externa.

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

	PROCEDIMIENTO
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS
	Procedimiento para el Prealta y Alta Hospitalaria

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

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

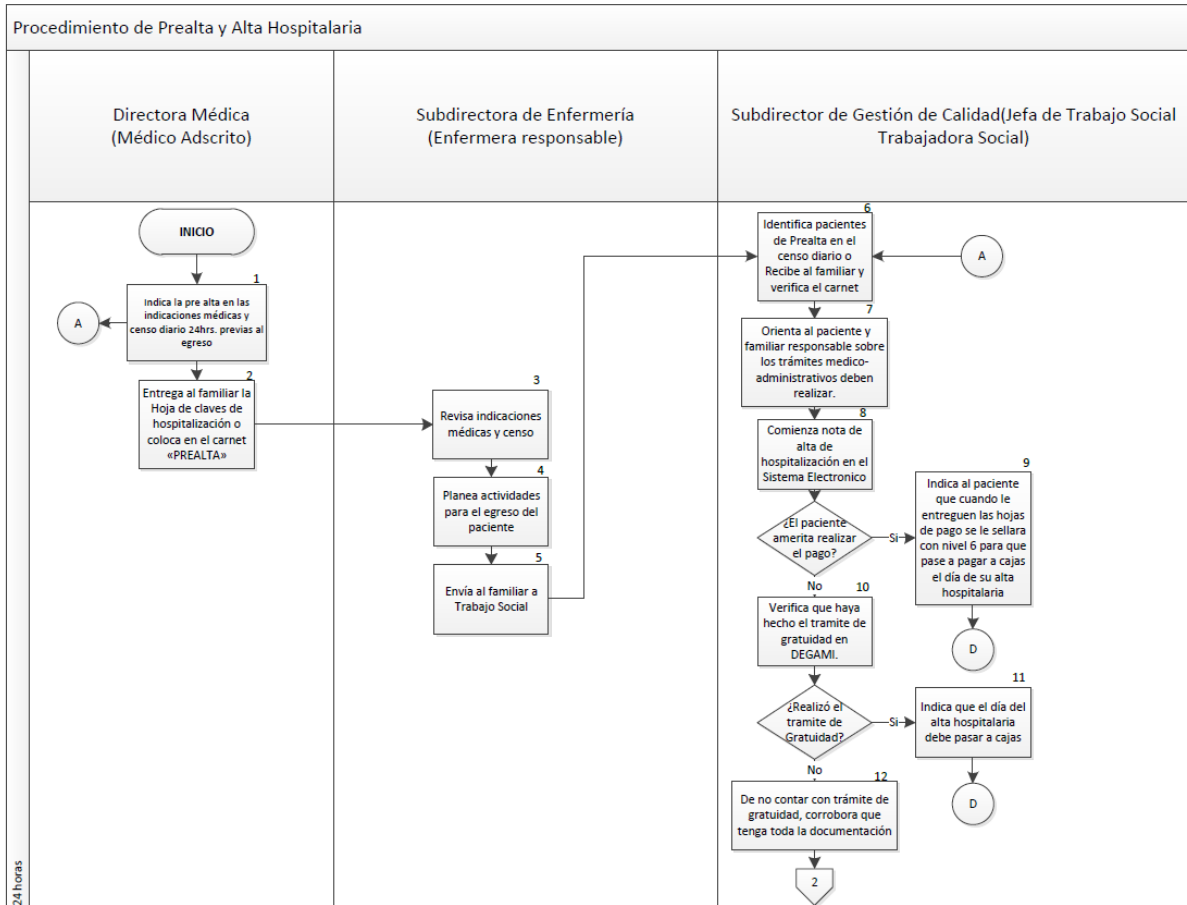
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
	15	acuda a la DEGAMI. Continúa actividad 16. Si Envía a la DEGAMI.	
DEGAMI	16	Recibe al familiar y verifica estatus de derechohabiencia. ¿Cuenta con Derechohabiencia?	
	17	No: Valida documentación Integra expediente y sella "Derechohabiencia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

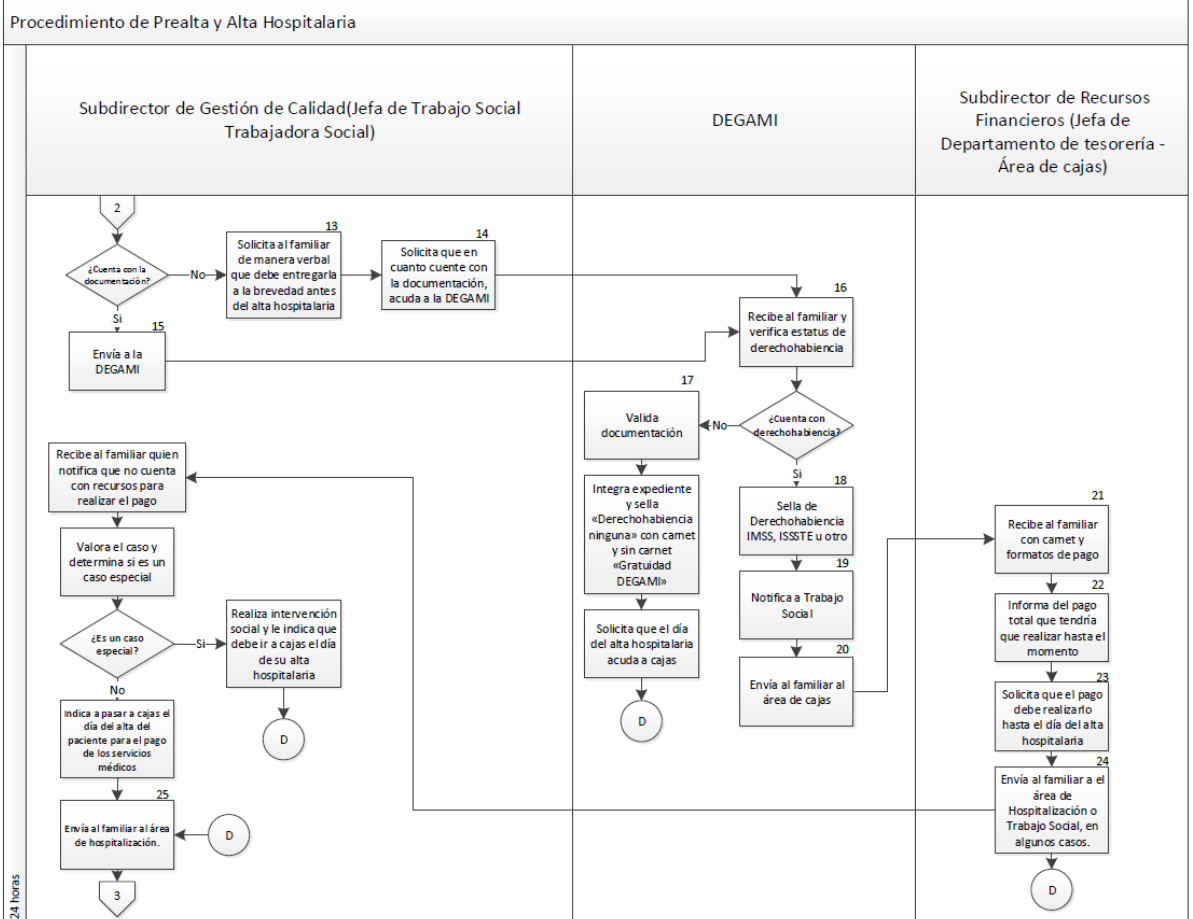
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Directora Médica (Médico Adscrito)	26	Revisa que el expediente clínico cumpla en su totalidad con la NOM-004-SSA3-2012, para el egreso del paciente. En cuanto los numerales que apliquen para el médico. ¿Cumple el expediente clínico?	Expediente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

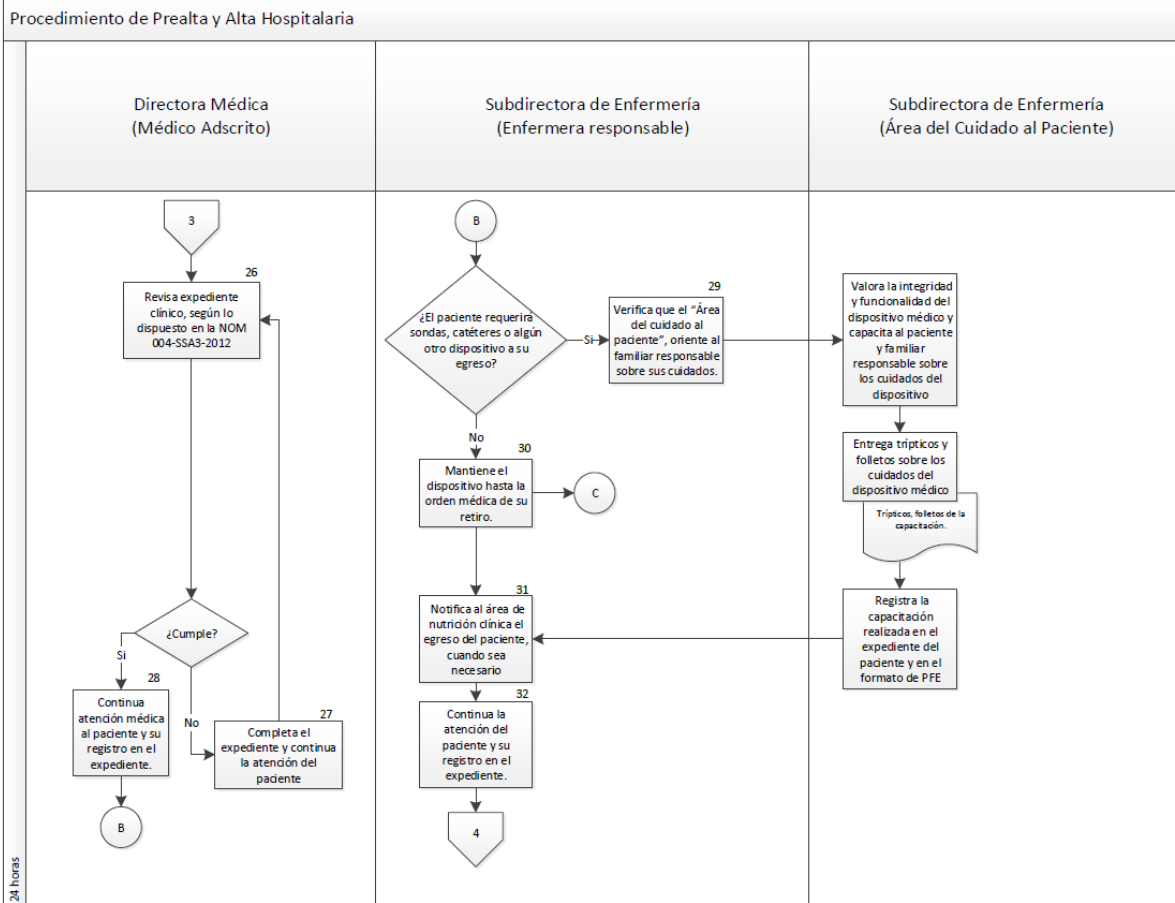
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
		procedimiento.	
	35	Si: Entrega hojas de claves de hospitalización al familiar de estudios adicionales realizados posterior a la Prealta.	médica Solicitudes de laboratorio y gabinete Referencia médica
	36	Elabora documentos de egreso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

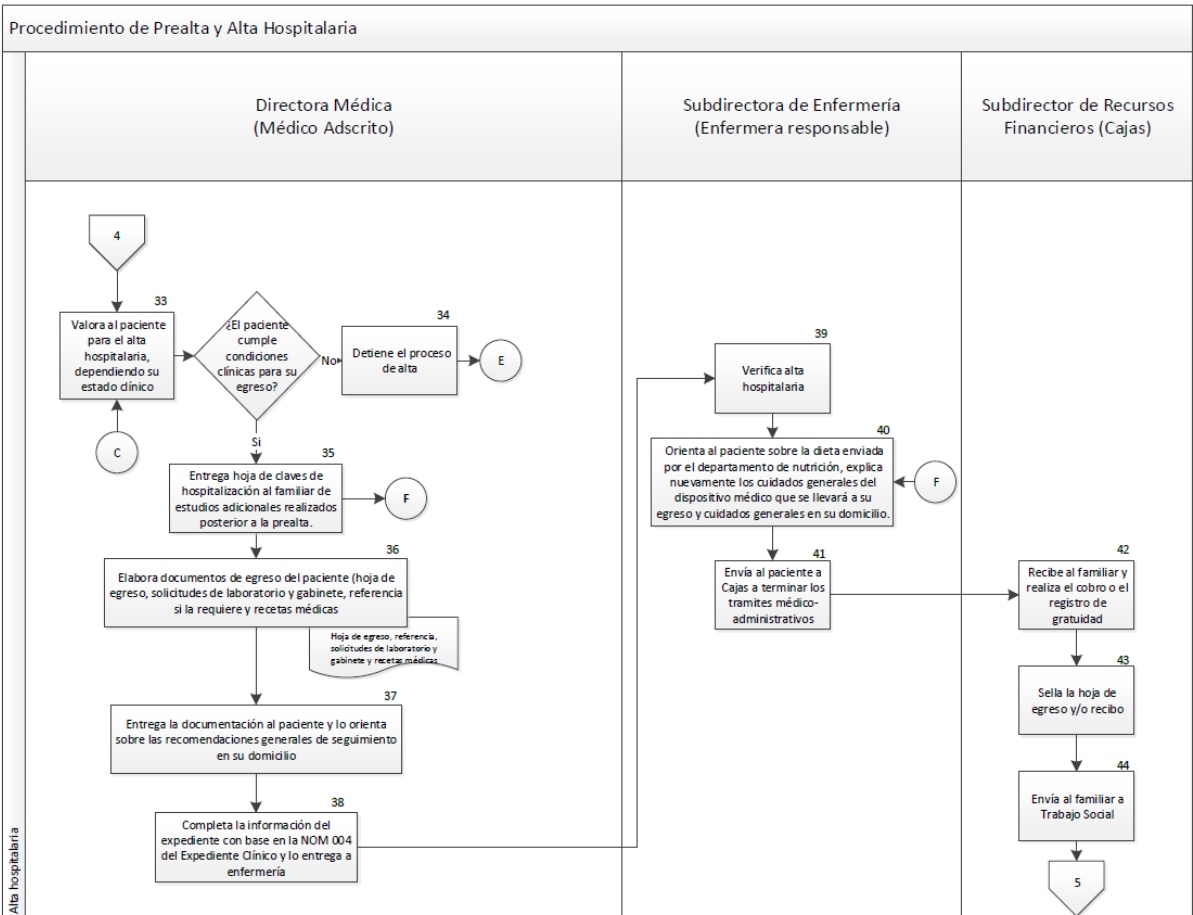
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirectora de Auxiliares de Diagnóstico (Jefe de Admisión y archivo Clínico)	48	Recibe al familiar y realiza alta de paciente.	
	49	Solicita el carnet de citas, Hoja de egreso y recibo de pago con sello de cajas y Trabajo social	
	50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

5. DIAGRAMA DE FLUJO

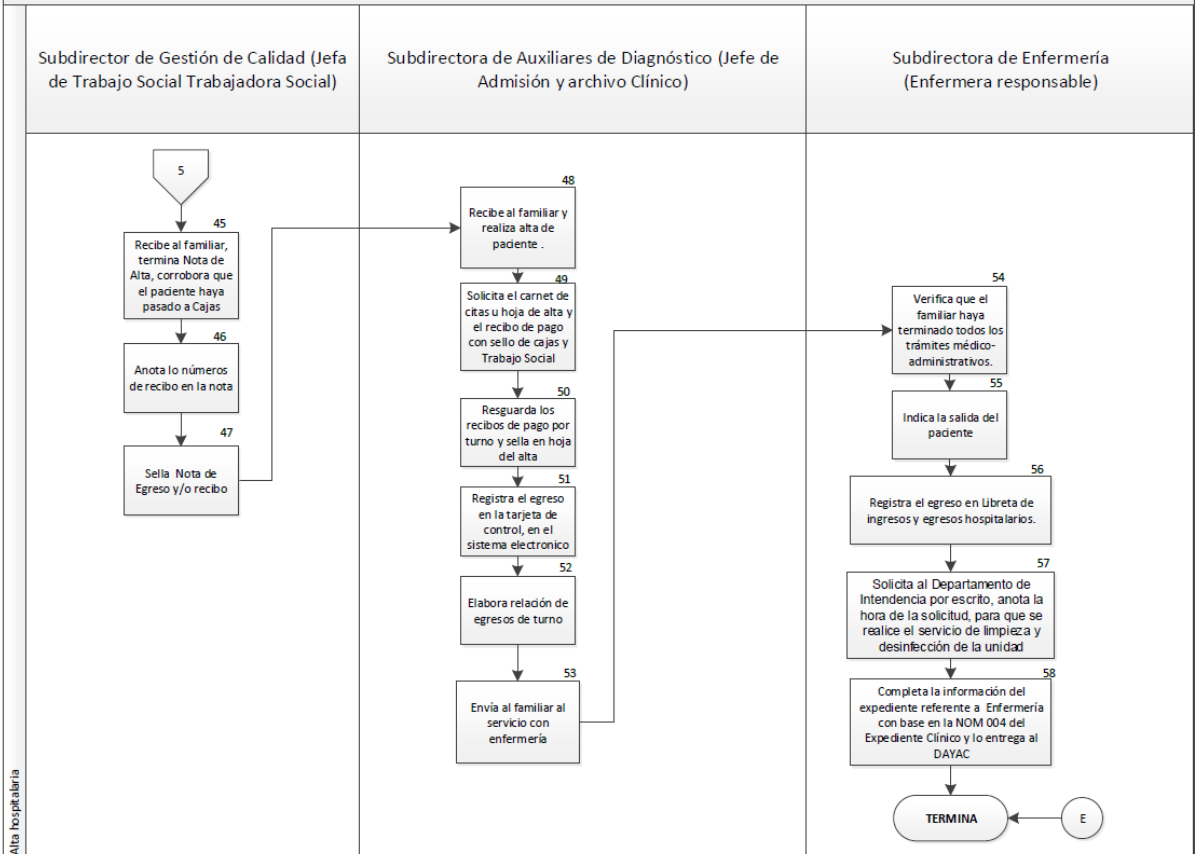










Procedimiento de Prealta y Alta Hospitalaria



 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento para la Preadta y Alta Hospitalaria		Hoja: 15 de 23

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

7. REGISTROS



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

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

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

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	Procedimiento para la Preadta y Alta Hospitalaria		Hoja: 16 de 23

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

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

10.2 NOTA DE EGRESO

NOTA DE EGRESO HOSPITALARIO	HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
SERVICIO: _____	
NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____	
EDAD: _____ SEXO: _____ No. EXP.: _____	
SIGNOS VITALES: T.A. _____ F.C. _____ F.R. _____ TEMP.: _____ PESO: _____ TALLA: _____	
FECHA Y HORA DE ELABORACIÓN: _____	
MOTIVO DE EGRESO: MEJORÍA <input type="checkbox"/> TRaslADO OTRO HOSP. <input type="checkbox"/> ALTA VOLUNTARIA <input type="checkbox"/> DEFUNCIÓN <input type="checkbox"/> MÁXIMO BENEFICIO <input type="checkbox"/>	
DIAGNÓSTICO (S) DE INGRESO: _____	FECHA DE INGRESO: _____
	HORA DE INGRESO: _____
	FECHA DE EGRESO: _____
	HORA DE EGRESO: _____
DIAGNÓSTICO (S) FINAL (ES): _____	
RESUMEN DE LA EVOLUCIÓN Y ESTADO ACTUAL: _____	

DÍAS DE ESTANCIA EN LA UNIDAD: _____	
ES REINGRESO POR LA MISMA AFECCIÓN EN EL AÑO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
REINTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DENTRO DE LAS 72 HRS INMEDIATA A LA PRIMERA INTERVENCIÓN: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
MANEJO DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA: _____	

FECHA Y HORA DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN SU CASO: _____	

NOTA DE EGRESO HOSPITALARIO

HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"



SERVICIO:

PROBLEMAS CLÍNICOS PENDIENTES:

PLAN DE MANEJO Y TRATAMIENTO:

RECOMENDACIONES PARA VIGILANCIA AMBULATORIA:

ATENCIÓN DE FACTORES DE RIESGO (INCLUIDO ABUSO Y DEPENDENCIA DEL TABACO, DEL ALCOHOL Y DE OTRAS SUSTANCIAS PSICODACTIVAS):

PRONÓSTICO:

EN CASO DE DEFUNCIÓN SEÑALAR, LAS CAUSAS DE LA MUERTE ACORDE AL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN Y SI SE SOLICITÓ Y SE LLEVÓ A CABO EL ESTUDIO DE NECROPSIA HOSPITALARIA:

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO QUE ELABORÓ LA NOTA:

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO RESPONSABLE:

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



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

Fecha y Hora de Elaboración:	jueves, 3 de diciembre de 2020	11:31:47 a. m.
-------------------------------------	--------------------------------	----------------

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

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

10.5 HOJA DE EGRESO VOLUNTARIO

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



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

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

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

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

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



FECHA Y HORA DE EGRESO:

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



RAZONES QUE MOTIVAN SU EGRESO VOLUNTARIO:

RESUMEN CLÍNICO:

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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA POR PARTE DE LAS DIFERENTES ÁREAS DE ATENCIÓN MÉDICA		Hoja: 1 de 12

**12. 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 ANESTESIA Y TERAPIAS		
	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 ANESTESIA Y TERAPIAS		
	PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA POR PARTE DE LAS DIFERENTES ÁREAS DE ATENCIÓN MÉDICA		Hoja: 3 de 12

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

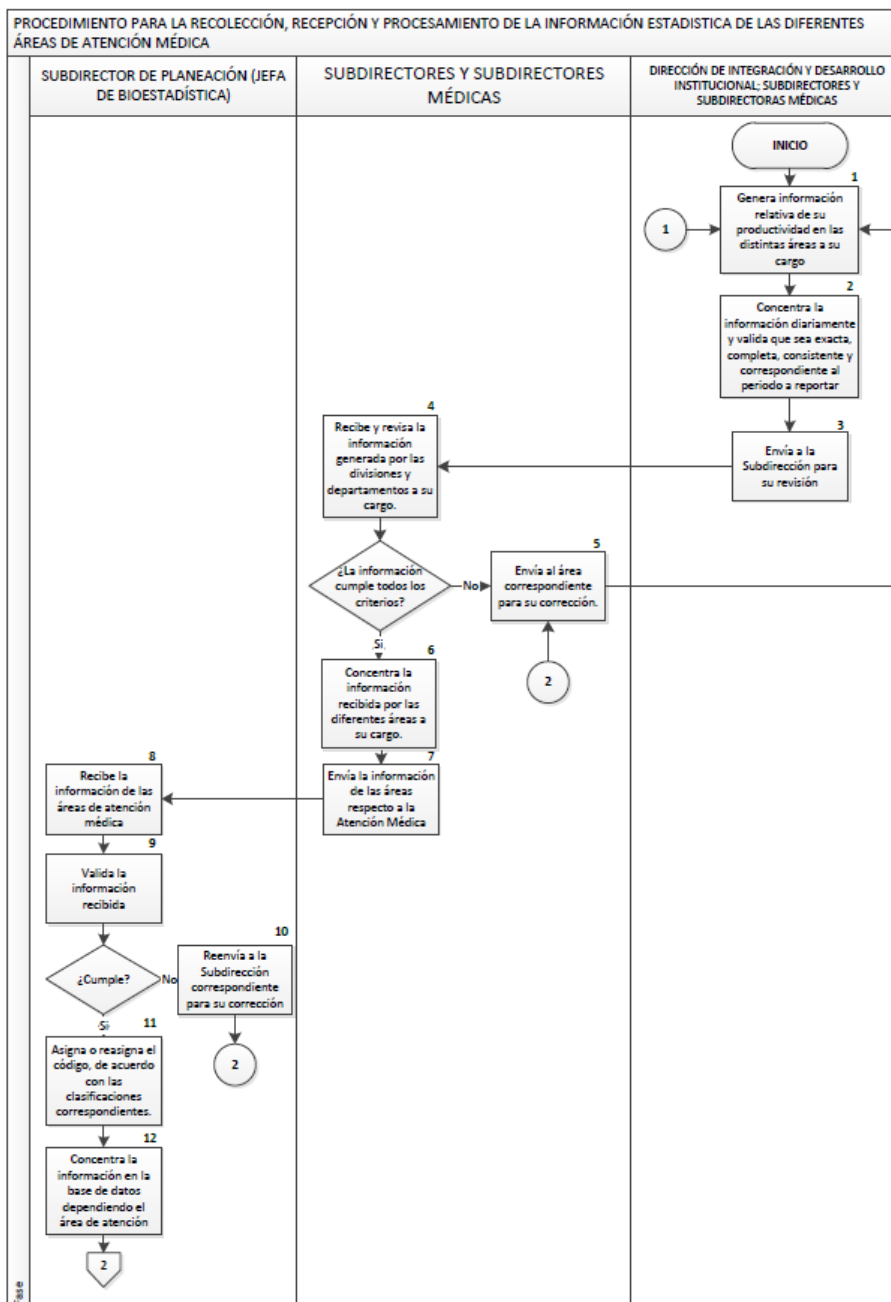
 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	PROCEDIMIENTO
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS
	PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA POR PARTE DE LAS DIFERENTES ÁREAS MÉDICAS Hoja: 4 de 12



4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

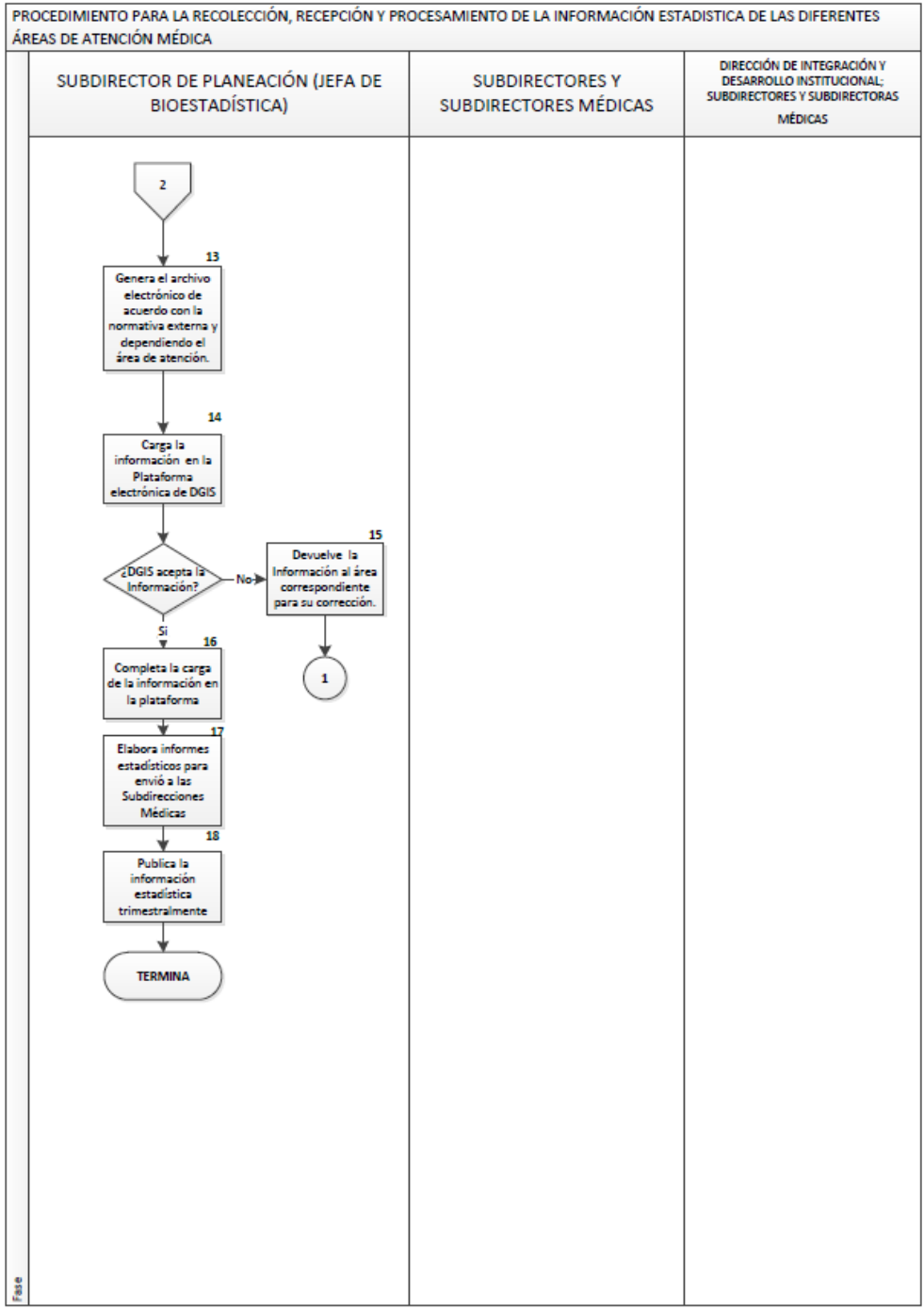
Responsable	No. Act.	Descripción de la Actividad	Documento o Anexo
Subdirectores Y Subdirectoras Médicas y Dirección de Integración y Desarrollo Institucional. (Jefes y Jefas de División y Departamento)	1	Genera información relativa de su productividad en las distintas áreas en el electrónico establecido en la normativa interna o externa institucional para ese fin.	Archivo electrónico de hospitalización, urgencias y Consulta externa Archivo en Electrónico de Certificados de Defunción
	2	Concentra la información diariamente y valida que sea exacta, completa, consistente y correspondiente al periodo reportado por cada área de adscripción en un archivo electrónico de Excel.	Oficio de entrega
	3	Envía a la Subdirección correspondiente para su revisión	
Subdirectores Y Subdirectoras Médicas y de la Dirección de Integración y Desarrollo Institucional.	4	Recibe y revisa la información generada por las divisiones y departamentos a su cargo.	Archivo electrónico de hospitalización, urgencias y Consulta externa Archivo en Electrónico de Certificados de Defunción
	5	¿La información cumple todos los criterios? No: Envía al área correspondiente para su corrección.	Oficio de entrega
	6	Si: Concentra la Información recibida por las diferentes áreas a su cargo	
	7	Envía la información de las áreas respecto a la Atención Médica.	
Subdirector de Planeación (Jefa de División de Bioestadística)	8	Recibe la información de las áreas de atención médica	Informe de Bioestadística Final
	9	Valida la información recibida ¿La Información cumple?	

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



5. DIAGRAMA DE FLUJO



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA POR PARTE DE LAS DIFERENTES ÁREAS DE ATENCIÓN MÉDICA		Hoja: 7 de 12



Fase

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA POR PARTE DE LAS DIFERENTES ÁREAS DE ATENCIÓN MÉDICA		Hoja: 8 de 12

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA



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

7. REGISTROS

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

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

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



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	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 ANESTESIA Y TERAPIAS		
	PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA POR PARTE DE LAS DIFERENTES ÁREAS DE ATENCIÓN MÉDICA		Hoja: 10 de 12

10.1 CAPTURA DE PANTALLA REGISTRO DIARIO DE PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA

Hospital General "Dr. Manuel Gea González"

Adsc.

Residente

viernes, 24 de junio de 2016
Fecha de Consulta

Curp No. Expediente Recibo de pago Tipo de Consulta

Apellido paterno Apellido materno Nombre(s) Sexo

Migrante Discapacitado

Estado o delegación Derechohabencia

Diagnóstico (CIE10) Nvo.

Diagnóstico (CIE10)

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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA POR PARTE DE LAS DIFERENTES ÁREAS DE ATENCIÓN MÉDICA		Hoja: 11 de 12

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

Login

HOSPITAL GENERAL
DR. MANUEL GEA GONZALEZ

04/03/2019



02:19:08 p. m

Usuario:



Contraseña:

Ingresar

Salir de la aplicación

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA DE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO O INTERCONSULTA EN INSTITUCIONES DE APOYO		Hoja: 1 de 17

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

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA DE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO O INTERCONSULTA EN INSTITUCIONES DE APOYO		Hoja: 2 de 17

1. PROPÓSITO



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

2. ALCANCE

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


3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

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

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA DE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO O INTERCONSULTA EN INSTITUCIONES DE APOYO		Hoja: 3 de 17


nivel socioeconómico y firma. El Departamento de Trabajo Social deberá realizar el registro de las Hojas Frontales realizadas y entregar una copia al Sistema de Referencia y Contrarreferencia para el registro y realización de la Estadística Correspondiente.

- 3.7. La Dirección Médica es responsable de Gestionar el Traslado notificando a Enfermería y Transportes para se lleve a cabo en la fecha y hora que se requiera de manera que el paciente llegue puntualmente a su cita para el Estudio Auxiliar de Diagnóstico y/o Interconsulta en la Institución de apoyo.
- 3.8. La Subdirección de Enfermería es la responsable de preparar al paciente hospitalizado que requiere la realización de Estudio Auxiliar de Diagnóstico y/o Interconsulta y solicita el apoyo del Servicio de Camillería.
- 3.9. La Subdirección de Urgencias y Medicina a través de la División de Dermatología Dr. Luciano Domínguez Soto es responsable de recibir biopsias de piel, piel cabelluda, mucosas bucal y genital, así como del aparato ungueal, bloques de cera y laminillas de otras instituciones que soliciten interpretación de las mismas.

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

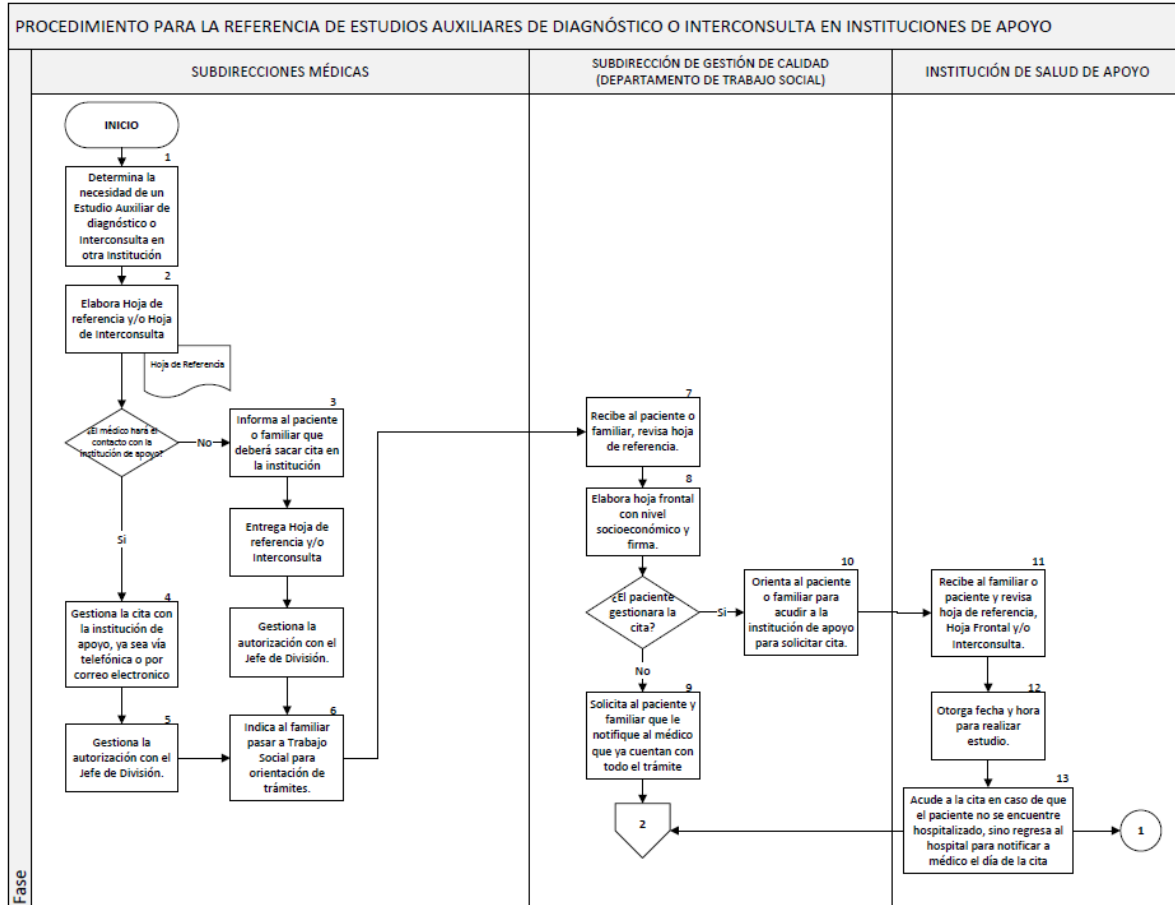
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO



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

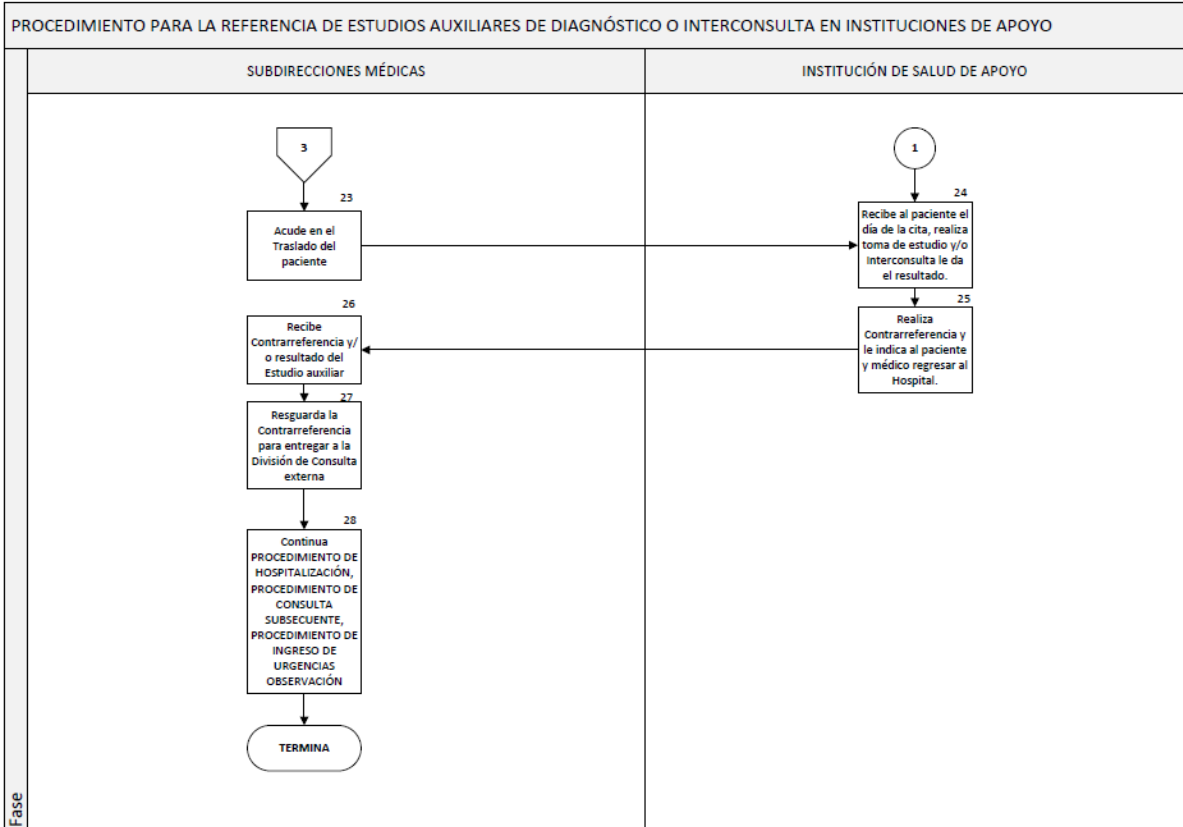
 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	PROCEDIMIENTO	
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS	
	PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA DE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO O INTERCONSULTA EN INSTITUCIONES DE APOYO	



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

5. DIAGRAMA DE FLUJO



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA DE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO O INTERCONSULTA EN INSTITUCIONES DE APOYO		Hoja: 8 de 17



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA DE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO O INTERCONSULTA EN INSTITUCIONES DE APOYO		Hoja: 9 de 17

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

7. REGISTROS

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



8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

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

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

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

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



 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA DE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO O INTERCONSULTA EN INSTITUCIONES DE APOYO		Hoja: 10 de 17

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

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

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Hoja de Referencia y Contrarreferencia
- 10.2 Solicitud de Laboratorio
- 10.3 Solicitud de Gabinete
- 10.4 Hoja de Programación de Traslado
- 10.5 Hoja Frontal
- 10.6 Solicitud e Informe de Estudio Histopatológico de Dermatopatología

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA DE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO O INTERCONSULTA EN INSTITUCIONES DE APOYO		
			Hoja: 11 de 17

10.1 HOJA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA



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

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

TERAPÉUTICA EMPLEADA:	



IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:	

06-01-0039

MÉDICO TRATANTE
NOMBRE COMPLETO
FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL

JEFE DEL DEPARTAMENTO
NOMBRE COMPLETO
FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL

DIRECTOR MÉDICO
NOMBRE COMPLETO
FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA DE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO O INTERCONSULTA EN INSTITUCIONES DE APOYO		Hoja: 12 de 17



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

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

TERAPÉUTICA EMPLEADA:	

ESTUDIOS CLÍNICOS (ANEXAR):	



DIAGNÓSTICO DE INGRESO/REFERENCIA:	

DIAGNÓSTICO DE INGRESO/CONTRAREFERENCIA:	

RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE:	

 MÉDICO TRATANTE
 NOMBRE COMPLETO
 FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL

 MÉDICO TRATANTE
 NOMBRE COMPLETO
 FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA DE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO O INTERCONSULTA EN INSTITUCIONES DE APOYO		Hoja: 13 de 17

10.2 SOLICITUD DE LABORATORIO





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

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

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

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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		Hoja: 15 de 17
	PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA DE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO O INTERCONSULTA EN INSTITUCIONES DE APOYO		

10.5 HOJA FRONTAL




DIRECCIÓN MÉDICA
 SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN
 MÉDICA DE NEUMOLOGÍA

Ciudad de México a 02 de marzo de 2022

Dra. Arlene Orta Guerrero
 Directora Médica
Presente

INER
 Trabajo Social
 2

Me permito solicitar a usted, la valoración y atención clínica para la paciente Juana Gabriela Pichardo Escutia, con número de expediente 232337, quien es paciente regular de este Instituto desde el año 2018 por cursar con TB Pulmonar latente. Actualmente sin actividad Infecto-contagiosa.

En noviembre de 2021, la paciente presentó parálisis facial con afectación de cara derecha y respuesta parcial al tratamiento médico por neurología, por lo que se solicita terapia de rehabilitación física. (se adjunta resumen clínico)

Agradeciendo sus atenciones, quedo a sus órdenes.

Atentamente




Dr. Justino Regalado Pineda
 En mi carácter de Subdirector de Atención Médica de Neumología y en ausencia del Titular de la Dirección Médica
 Con fundamento en el Art. 76 del Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas

HOSPITAL GENERAL
 "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
 gea hospital U 3 MAR 2022 gea hospital
RECIBIDO
 DIRECCIÓN MÉDICA

INSTITUTO NACIONAL DE
 ENFERMEDADES RESPIRATORIAS
 DIRECCIÓN MÉDICA
 CALZADA DE TALPÁN No. 4582
 COL. SECCIÓN XVI
 DEL. TALPÁN
 C.P. 14090 MÉXICO, D.F.

CALZADA DE TALPÁN 4582, Col. Sección XVI, C.P. 14090 Alcaldía Tlalpan,
 Ciudad de México. Tel. 5354877700, www.iner.salud.gob.mx



 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS		
	PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA DE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO O INTERCONSULTA EN INSTITUCIONES DE APOYO		Hoja: 16 de 17

10.6 SOLICITUD E INFORME DE ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO DE DERMATOPATOLOGÍA

Hospital General Dr. Manuel Gea González
 División de Dermatología
 Solicitud de Estudio Histopatológico de Dermatopatología



Nombre	<input type="text"/>	CURP	<input type="text"/>	Biopsia GEA-	<input type="text"/>
Fecha de Solicitud	<input type="text"/>	Registro	<input type="text"/>	Recibo	<input type="text"/>
Sexo	<input type="text"/>	Edad	<input type="text"/>	Teléfono	<input type="text"/>
Origen	<input type="text"/>	Residencia	<input type="text"/>	Servicio solicitante	<input type="text"/>
				Ocupación	<input type="text"/>
Topografía	<input type="text"/>				
Morfología	<input type="text"/>				
Tiempo de Evolución	<input type="text"/>				
Datos clínicos y tratamiento	<input type="text"/>				
Diagnóstico Clínico	<input type="text"/>				
Médico Solicitante	<input type="text"/>				
	(Nombre completo, Firma y Cédula profesional)				
Sitio de Biopsia	<input type="text"/>				
Tipo Biopsia	<input type="text"/>				
Reportar Márgenes	<input type="text"/>				



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

SUBDIRECCIÓN DE ANESTESIA Y TERAPIAS

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



Rev. 0

Hoja: 17 de 17

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