
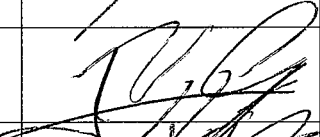
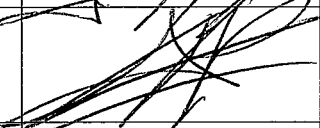
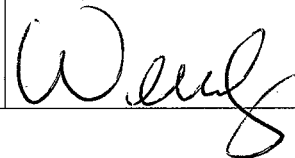
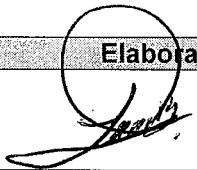
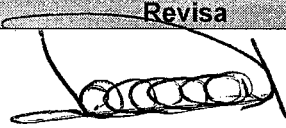
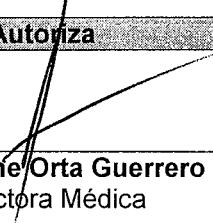




**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA DEPARTAMENTO DE
TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA**

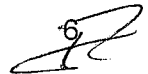




MAYO, 2022



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

Elabora	Revisa	Autoriza
		
Dra. Ivonne Carmona Rodríguez Jefa de Departamento de Terapia Intensiva Pediátrica	Dra. Lorena Hernández Delgado Subdirectora de Pediatría	Dra. Arlene Orta Guerrero Directora Médica

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
			Hoja: 2 de 8

INDICE

	PAG.
INTRODUCCIÓN	4
I.- OBJETIVO DEL MANUAL	5
II.- MARCO JURÍDICO	6 
III.- PROCEDIMIENTOS	
1. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE PEDIATRICO CRÍTICAMENTE ENFERMO	
2.- PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO URGENCIAS PEDIATRÍA	
3.- PROCEDIMIENTO DE HOSPITALIZACIÓN.	
4.- PROCEDIMIENTO PARA LA PRE ALTA Y ALTA HOSPITALARIA.	
5.- PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN, RECEPCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA POR PARTE DE LAS DIFERENTES ÁREAS DE ATENCIÓN MÉDICA.	
6.- PROCEDIMIENTO DE INTERCONSULTA.	
7.- PROCEDIMIENTO DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO.	WS
8.- PROCEDIMIENTO DE TOMA Y PROCESAMIENTO DE MUESTRAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN.	
9.- PROCEDIMIENTO PARA PROGRAMAR Y ELABORAR ESTUDIOS RADIOLÓGICOS Y DE IMAGENOLÓGÍA.	
10.- PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA-QUIRÚRGICA-REHABILITACIÓN FUERA DE QUIROFANOS CENTRALES	
11.- PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA DE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO O INTERCONSULTA EN INSTITUCIONES DE APOYO	 8

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
			Hoja: 3 de 9

INTRODUCCIÓN

La Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica es un departamento que pertenece a la División de Áreas Críticas Pediátricas, y este a su vez a la Subdirección de Pediatría. La Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica tiene como finalidad la atención especializada del paciente pediátrico en estado crítico, durante un período de tiempo; cabe señalar que el personal médico y paramédico utilizan equipamiento médico con la finalidad de monitorizar de manera continua, vigilando de manera estrecha al paciente pediátrico desde su ingreso, evolución y hasta su egreso, diagnosticando, realizando procedimientos e intervenciones, e iniciando tratamiento para la recuperación de la salud.



El 19 de septiembre del 2017, en la Ciudad de México hubo un sismo que dejó inhabilitada la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica, razón por la que debimos de trasladarnos y reubicarnos en el cuarto piso de la zona de hospitalización, disminuyendo la capacidad de espacio, y la posibilidad de continuar con nuestra labor. Posterior a este evento, nos encontramos ubicados en el cuarto piso de Edificio de Especialidades Quirúrgicas, ocupando 2 ambientes contiguos y 1 aislado; en las camas 424 a 426, contando con un aislado (426) que apoya tanto al servicio de Terapia Intensiva Pediátrica como al servicio de Hospitalización Pediatría. En vías de regresar al área donde anteriormente se encontraba la Unidad de Terapia Intensiva y continuar con la labor de atender a los pacientes pediátricos críticamente enfermos.

El médico adscrito encargado en los diferentes turnos es un médico sub especialista en Terapia Intensiva Pediátrica o un especialista en Pediatría, quien en conjunto con el servicio de enfermería atienden a este tipo de pacientes. Se justifica por ello la elaboración de este manual de procedimiento donde se especifique la línea de atención del personal médico y paramédico adscrito a él.


Las actividades de enseñanza e investigación del Departamento de Terapia Intensiva Pediátrica 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 de marzo de 2011, pero además en el presente año se realiza su revisión y actualización del mismo; considerando la “Guía Técnica para la Elaboración de Manuales de Procedimientos”, emitida por la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto de la Secretaría de Salud; conformándose con los siguientes apartados: el objetivo del manual; el marco jurídico y los procedimientos de las funciones que se llevan a cabo en el área. Cada uno de los procedimientos contiene: el propósito; alcance; políticas de operación, normas y lineamientos, así como su descripción y diagramación; los documentos de referencia; registros y glosario de términos.

Las áreas responsables de la elaboración y actualización del Manual de Procedimientos son, ésta área con Revisión Técnica de la Subdirección de Planeación, a través del Departamento de Organización y Métodos de este Hospital. Una vez autorizado este manual por las instancias competentes, será de observancia general y para su difusión se hará del conocimiento del personal del área.



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
			Hoja: 4 de 9

El presente manual, consta de 11 procedimientos, congruentes con las atribuciones del Hospital General "Dr. Manuel Gea González" y concuerdan con las actividades que se llevan a cabo en el área de Pediatría.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
			Hoja: 5 de 9

I.- OBJETIVO DEL MANUAL

Identificar los roles y responsabilidades de las entidades que intervienen en el funcionamiento de la unidad de terapia intensiva pediátrica buscando establecer los mecanismos que permitan seleccionar, valorar y atender con calidad y calidez al paciente pediátrico en estado crítico.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01 Hoja: 6 de 9
-----------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------

II.- MARCO JURÍDICO

CONSTITUCIÓN

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

LEYES



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

REGLAMENTOS

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

CÓDIGOS

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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01 Hoja: 7 de 9
-----------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------

ACUERDOS

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

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

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

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

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

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

OTROS ORDENAMIENTOS Y DISPOSICIONES

Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024.

Programa Sectorial de Salud 2020-2024.

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

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

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

Lineamientos en materia de austeridad republicana de la administración pública.

Relación de entidades paraestatales de la Administración Pública Federal.

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

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

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

Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01 Hoja: 8 de 9
-----------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------

la salud. Intercambio de información en salud.

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

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

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

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

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

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

Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013 Para la Organización y Funcionamiento de las Unidades de Cuidados Intensivos.

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

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

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

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

Norma oficial Mexicana NOM-032-SSA3-2010, Asistencia Social. Prestación De Servicios De Asistencia Social Para Niños, Niñas Y Adolescentes En Situación De Riesgo Y Vulnerabilidad.

Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la Atención a la Salud del Niño.

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

Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.

Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.

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.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01 Hoja: 9 de 9
-----------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------

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

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

Código de Conducta del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

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

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

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



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

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



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

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

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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CRÍTICAMENTE ENFERMO		Hoja: 1 de 33

1. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CRÍTICAMENTE ENFERMO

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CRÍTICAMENTE ENFERMO		Hoja: 2 de 33

1.0 PROPÓSITO



Establecer las condiciones médico quirúrgicas de ingreso a la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica, donde se inicie el manejo médico durante el proceso de enfermedad crítica, permitiendo reestablecer el estado fisiológico del paciente pediátrico.

2.0 ALCANCE

- 2.1 A nivel aplica a la Subdirección de Pediatría a través de la División de Áreas Críticas Pediátricas quienes a través del servicio de Urgencias Pediátricas son responsables de ingresar pacientes que requieran manejo en el Departamento de Terapia Intensiva Pediátrica, Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica es responsable de la aplicación de indicaciones, procedimientos, y monitoreo en el paciente pediátrico, Subdirección de Servicios Ambulatorio a través del Departamento de Admisión y Archivo Clínico responsable del proceso de admisión hospitalaria, Departamento de Laboratorio Clínico es responsable del análisis de muestras sanguíneas solicitadas, División de Radiología e Imagen responsables de realizar la toma de estudios de gabinete solicitados, Servicio de Banco de sangre responsable de proporcionar los componentes sanguíneos adecuados para recuperar el estado de salud del paciente pediátrico críticamente enfermo.
- 2.2 A nivel externos aplica a cualquier paciente pediátrico críticamente enfermo que requiera monitoreo invasivo o no invasivo, valoración de Terapia Intensiva Pediátrica e inicio de manejo intensivo que permita salvaguardar la vida del paciente pediátrico.



3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La División de Áreas Críticas Pediátricas a través del Departamento de Terapia Intensiva pediátrica es responsable de dar atención a todo paciente que cuente de 0 a 15 años, 11 meses y 30 días de edad y no deberá ser derechohabiente de otra institución del sector salud.
- 3.2 La División de Áreas Críticas Pediátricas, a través del Departamento de Terapia Intensiva Pediátrica es responsable de atender a todos los pacientes críticamente enfermos que ingresen al servicio de terapia intensiva pediátrica.
- 3.3 La División de Áreas Críticas Pediátricas, a través del Departamento de Terapia Intensiva Pediátrica es responsable del diagnóstico, tratamiento y emitir un pronóstico del paciente pediátrico críticamente enfermo.
- 3.4 La División de Áreas Críticas Pediátricas, a través del Departamento de Terapia Intensiva Pediátrica es responsable de dar atención las 24 horas del día, los 365 días del año, a través de Médicos calificados para el manejo del paciente críticamente enfermo.
- 3.5 La División de Áreas Críticas Pediátricas, a través del Departamento de Terapia Intensiva Pediátrica es responsable de identificar las situaciones de un paciente críticamente enfermo, provenientes de los servicios de Urgencias Pediátricas, Pediatría Hospitalización, Quirófano con estado postoperatorio

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CRÍTICAMENTE ENFERMO		Hoja: 3 de 33


complicados, apoyo al servicio de Neonatología de acuerdo a sobreocupación y recién nacidos fortuitos que ameriten ingreso a la Unidad.

- 3.6 La División de Áreas Críticas Pediátricas, a través del Departamento de Terapia Intensiva Pediátrica es responsable de evaluar a los pacientes a quienes se solicite el traslado a la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica, estos serán previamente evaluados por el Jefe de Departamento y Jefe de Áreas Críticas Pediátricas, valorando ocupación de la Unidad y estado de salud del paciente referido, procurando salvaguardar las condiciones de seguridad durante el traslado, siendo responsabilidad del Centro de Salud de Referencia.
- 3.7 La División de Áreas Críticas Pediátricas, a través del Departamento de Terapia Intensiva Pediátrica es responsable, al ingreso a la Unidad es indispensable contar con las autorizaciones de ingreso, intervenciones, procedimientos y estado de salud del paciente acorde con los lineamientos del Hospital, para fortalecer la comunicación entre el personal médico y tutores del paciente pediátrico en estado crítico, es decir, Consentimientos informados.
- 3.8 La División de Áreas Críticas Pediátricas, a través del Departamento de Terapia Intensiva Pediátrica es responsable de tratar al paciente por el personal de salud médico y no médico siguiendo los principios éticos de justicia, beneficencia y no-maleficencia al que tiene derecho todo enfermo.
- 3.9 La Subdirección de Pediatría a través de todas sus Divisiones y Departamentos son responsables de ingresar a todo paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos con expediente clínico completo en donde conste el ingreso hospitalario pertinente, exámenes de laboratorio, estudios de gabinete, solicitudes de banco de sangre de acuerdo a condiciones clínicas del paciente, para iniciar manejo oportuno en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.
- 3.10 La División de Áreas Críticas Pediátricas, a través del Departamento de Terapia Intensiva Pediátrica es responsable de proporcionar el informe médico a tutores legales de la condición del estado de salud del paciente, explicando estado de gravedad, riesgos, procedimientos, y complicaciones, posterior a la estabilización secundaria a la intervención del médico Intensivista en turno.
- 3.11 La División de Áreas Críticas Pediátricas, a través del Departamento de Terapia Intensiva Pediátrica es responsable de notificar que durante la estancia del paciente críticamente enfermo podrán solo los tutores legales ingresar a la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica, en horario previamente establecido a visitar al paciente y permanecer minutos a su lado.
- 3.12 La División de Áreas Críticas Pediátricas, a través del Departamento de Terapia Intensiva Pediátrica es responsable de manera respetuosa dirigirse a los tutores legales presentando un informe de salud, proporcionado de manera habitual cada 24 horas, en casos extraordinarios que así lo requieran se realizarán las intervenciones que el personal médico requiera, con la finalidad de establecer estado de salud, condición clínica, procedimientos a realizar, riesgos y complicaciones, aclarando también, dudas, quejas, y comentarios que podrían establecer por los tutores legales del paciente.
- 3.13 La División de Áreas Críticas Pediátricas, a través del Departamento de Terapia Intensiva Pediátrica, de acuerdo a la valoración médica del personal encargado del paciente ingresado y dado que es un menor, es responsable de brindar el apoyo psicológico con el que cuenta el servicio de Terapia Intensiva

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CRÍTICAMENTE ENFERMO		Hoja: 4 de 33


Pediátrica, quienes podrán apoyar a los tutores legales en un momento crítico no tan solo para el paciente sino también para la familia, y se actuará de acuerdo su consentimiento.

- 3.14 La División de Áreas Críticas Pediátricas, a través del Departamento de Terapia Intensiva Pediátrica es responsable de la implementación y cumplimiento de las normas.
- 3.15 La División de Áreas Críticas Pediátricas a través del Departamento de Terapia Intensiva Pediátrica es responsable de aceptar ingresos en apoyo a la Unidad de Neonatología, de acuerdo al excedente de ocupación de la misma, y dando prioridad a los recién nacidos de término.
- 3.16 La División de Áreas Críticas Pediátricas a través del Departamento de Terapia Intensiva Pediátrica es responsable de aceptar a los recién nacidos que nazcan fuera de la Unidad Toco quirúrgica, a quien no se brindó una atención aséptica, de conformidad con el servicio de Neonatología, y después de su valoración, indicará de ser necesario realizar Interconsulta al servicio de Neonatología para manejo conjunto.
- 3.17 La División de Áreas Críticas Pediátricas a través del Departamento de Terapia Intensiva Pediátrica valorará la evolución de los pacientes recién nacidos y la necesidad de Interconsulta al servicio de Neonatología.


 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	PROCEDIMIENTO
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CRÍTICAMENTE ENFERMO

4.0 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)	1	INICIA PROCEDIMIENTO Realiza PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIATRÍA, PROCEDIMIENTO DE HOSPITALIZACIÓN Y PROCEDIMIENTO DE POSTOPERATORIO	Solicitud de Interconsulta
	2	Solicita Interconsulta para el paciente crítico de urgencias, hospitalización o quirófanos a la División de Terapia Intensiva	
	3	Realiza PROCEDIMIENTO 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	
	6	¿Cumple criterios para el ingreso a Terapia Intensiva? No: Elabora Nota de Valoración indicando que no cumple criterios. Termina procedimiento.	
	7	Acepta al paciente y lo justifica en la nota de Interconsulta	
Dirección Médica (Subdirecciones Médicas, Jefaturas De División Y Departamentos Médicos)	8	Solicita el envío del paciente	Resumen Clínico Expediente clínico
	9	Realiza Resumen Clínico completo y prepara expediente completo	
	10	Realiza PROCEDIMIENTO DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO	

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	PROCEDIMIENTO
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CRÍTICAMENTE ENFERMO

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.	

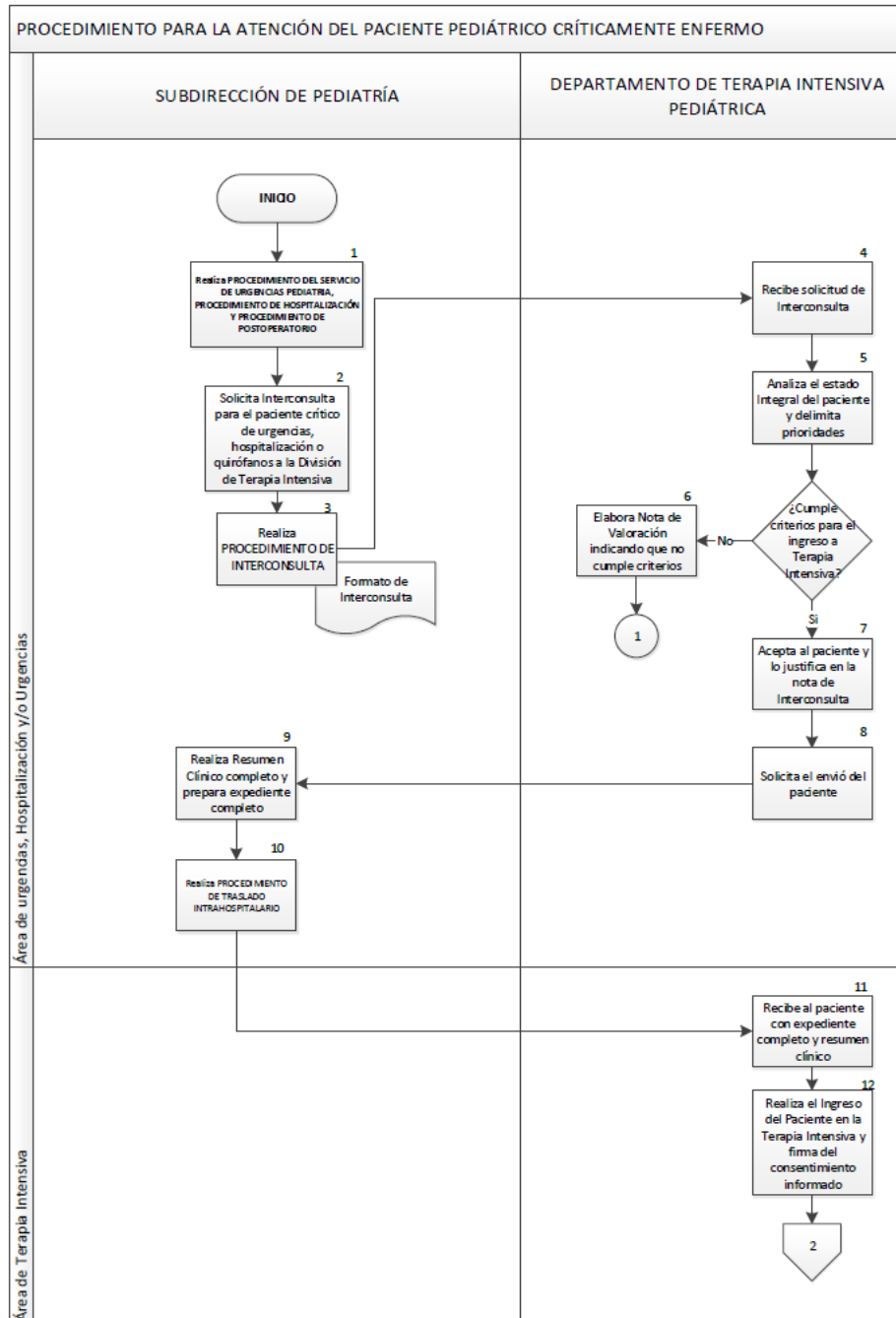
 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	PROCEDIMIENTO
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CRÍTICAMENTE ENFERMO

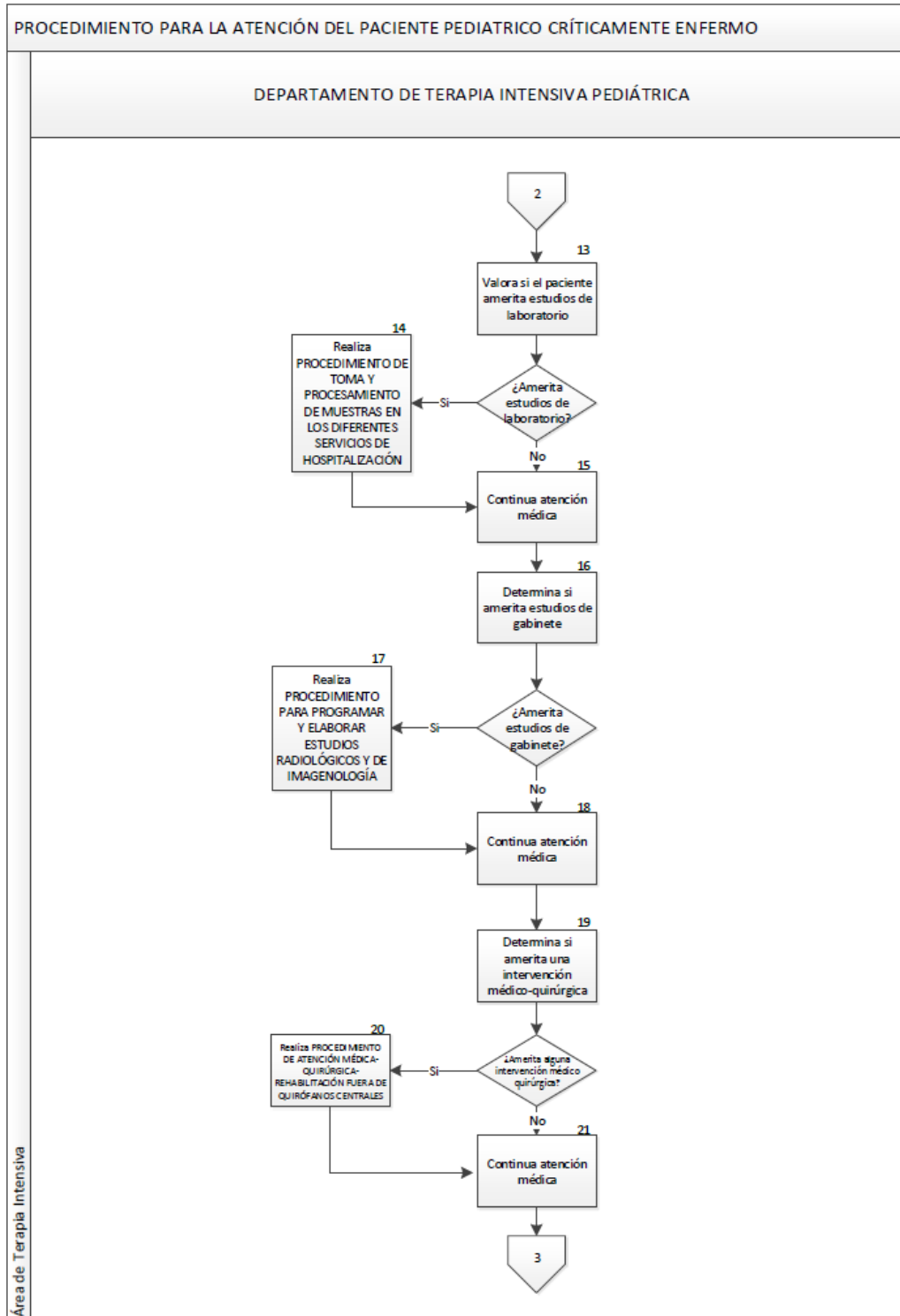
Subdirección de Anestesia y Terapias (Jefatura de División de Terapia Intensiva)	21	No: Continúa atención médica	
	22	Determina si amerita Interconsulta con otra Especialidad ¿Amerita Interconsulta con otra especialidad?	
	23	Si: Realiza PROCEDIMIENTO DE INTERCONSULTA. Continúa actividad 24.	
	24	No: 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	

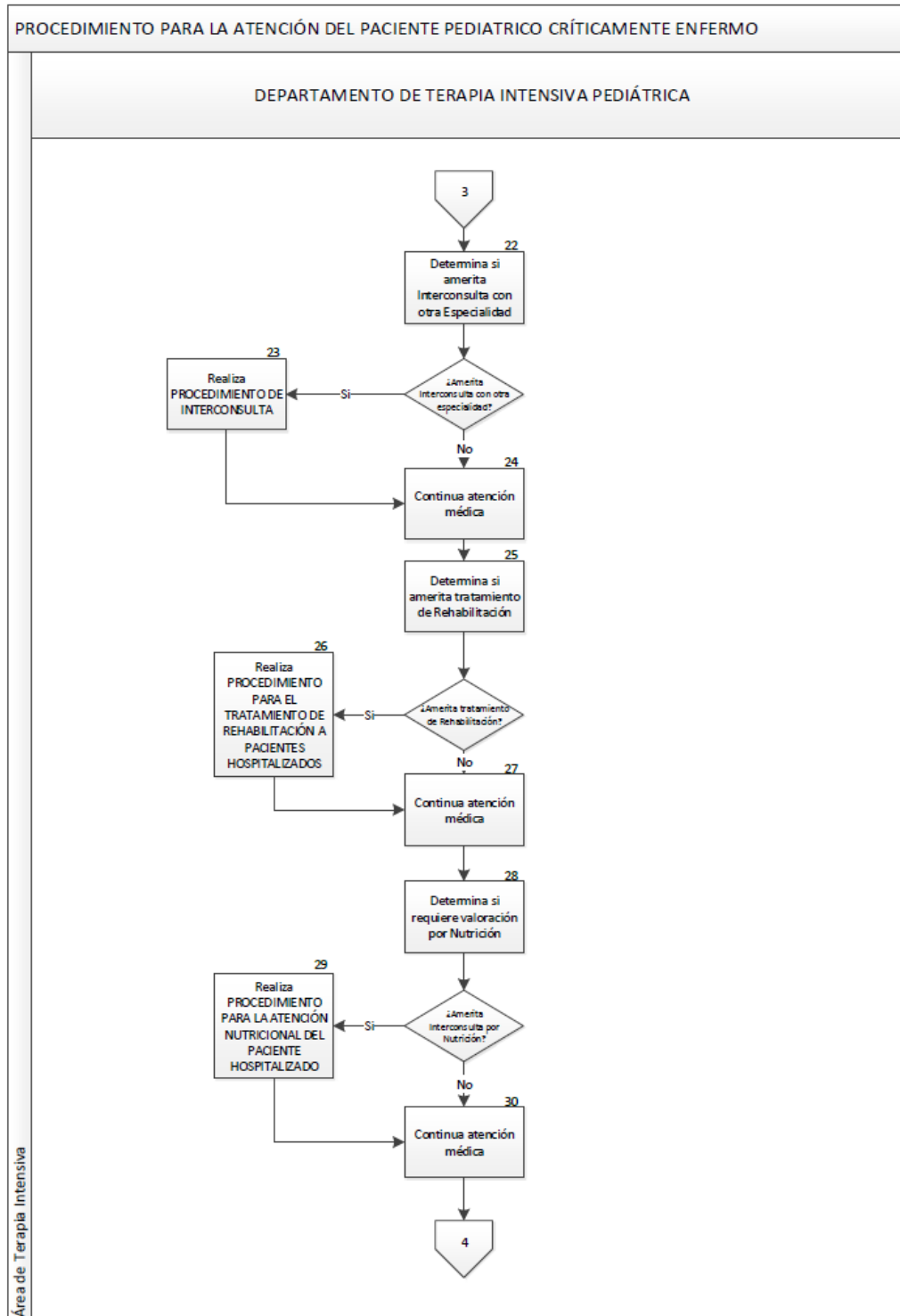
 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	PROCEDIMIENTO
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CRÍTICAMENTE ENFERMO

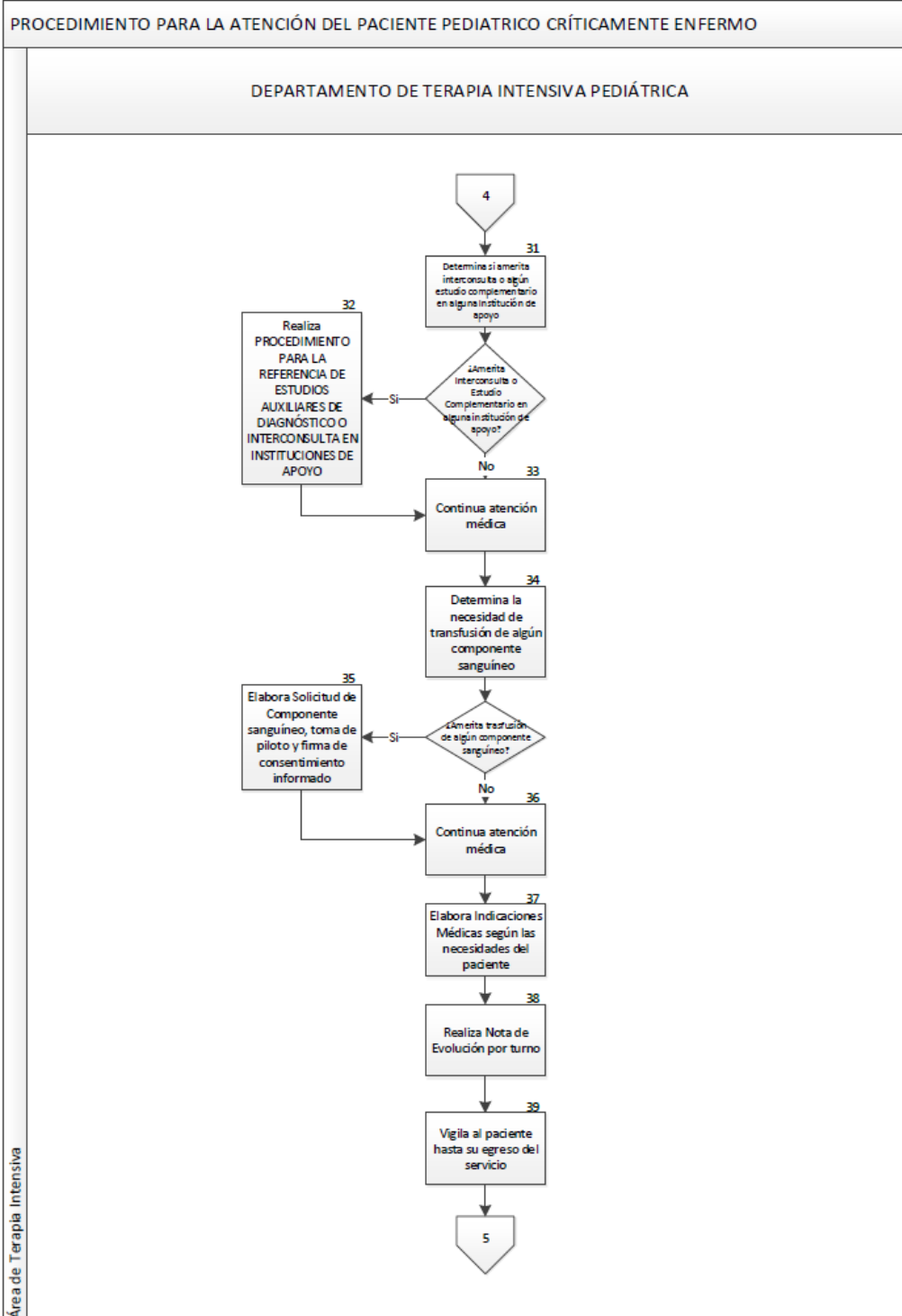
Subdirección de Anestesia y Terapias (Jefatura de División de Terapia Intensiva)	32	¿Amerita Interconsulta o Estudio Complementario en alguna institución de apoyo? Si: Realiza PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA DE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO O INTERCONSULTA EN INSTITUCIONES DE APOYO. Continúa actividad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

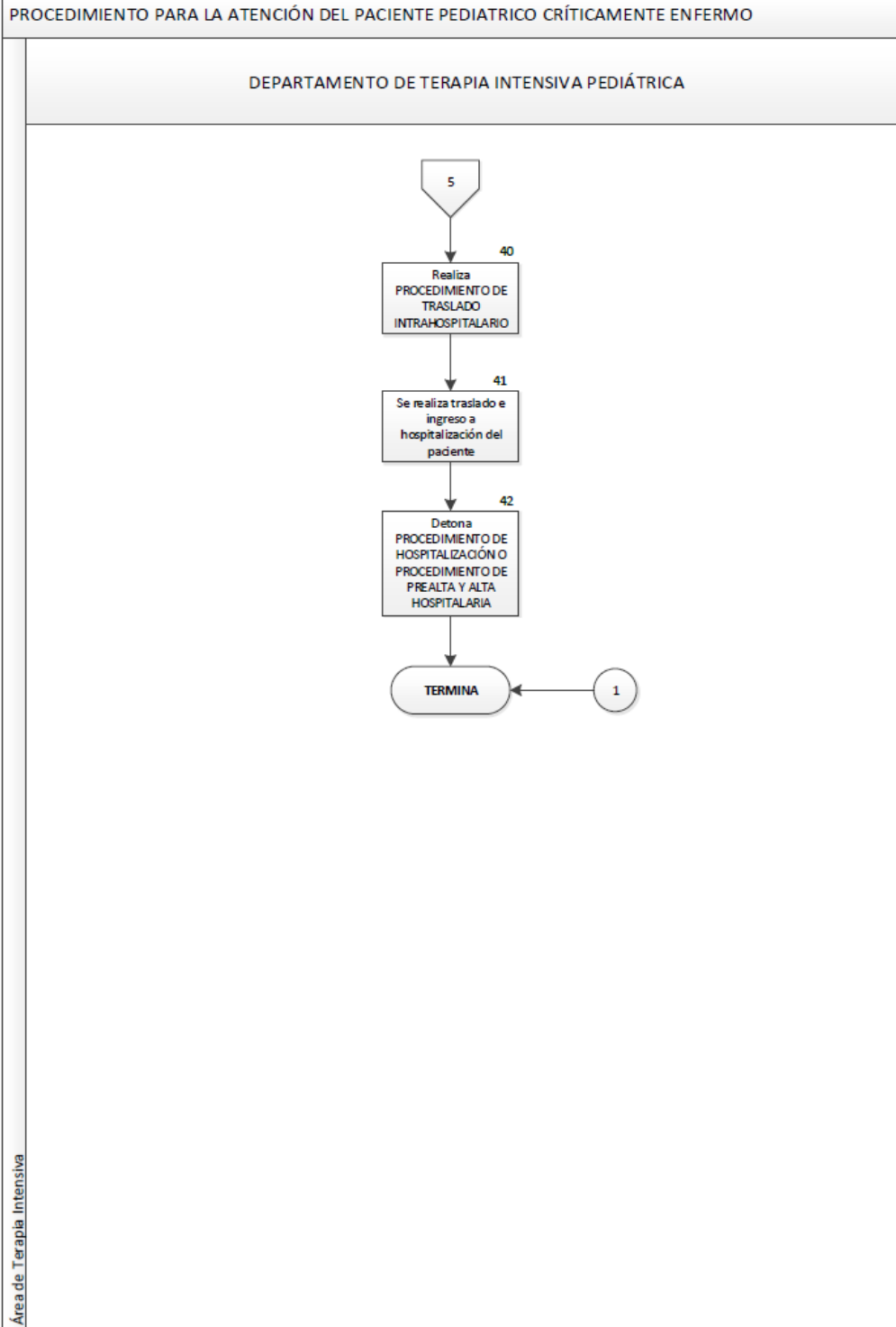
5.0 DIAGRAMA DE FLUJO













	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CRÍTICAMENTE ENFERMO		Hoja: 14 de 33

6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA



Documentos	Código (cuando aplique)
NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico	No aplica
NOM-003-SSA-1993 Para la disposición de sangres humana y sus componentes con fines terapéuticos.	No aplica
NOM-157-SSA1-1996 Salud Ambiental. Protección y seguridad radiológica en el diagnóstico médico con rayos X.	No aplica
NOM-197-SSA1-2000 Establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales generales y consultorios de atención médica especializada.	No aplica
NOM-026-SSA2-1998 Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.	No aplica
NOM-131-SSA1-1995 Bienes y servicios - Alimentos para lactantes y niños de corta edad - Disposiciones y especificaciones sanitarias y nutrimentales.	No aplica
NOM-008-SSA2-1993 Control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente - Criterios y procedimientos para la prestación de servicios	No aplica
NOM-087-ECOL-SSA1-2002 Protección Ambiental – Salud Ambiental – Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos – Clasificación y especificaciones de manejo	No aplica
Guías de Práctica Clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social, CENETEC y Consejo de Salubridad General para los diferentes tratamientos del paciente pediátrico críticamente enfermo	No aplica

7.0 REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Libreta de Ingresos y Egresos	5 años	Departamento de Terapia Intensiva Pediátrica	No aplica
Reporte Mensual de Ingresos y Egresos	5 años	Departamento de Terapia Intensiva Pediátrica	No aplica

8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 No Aplica

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CRÍTICAMENTE ENFERMO		Hoja: 15 de 33

9.0 CAMBIOS DE ESTA VERSIÓN

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	01/05/2022	<ul style="list-style-type: none"> • Se actualiza formato, propósito, alcance, políticas de funcionamiento, descripción del procedimiento, diagramas, documentos de referencia, registros y glosario • Se agregan formatos actualizados

10.0 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Nota de Evolución
- 10.2 Conciliación de Medicamentos
- 10.3 Curva de Crecimiento
- 10.4 Gasometría
- 10.5 Solicitud de Terapia Respiratoria
- 10.6 Hoja de Interconsulta
- 10.7 Solicitud de Laboratorio
- 10.8 Solicitud de Gabinete
- 10.9 Solicitud de componentes sanguíneos
- 10.10 Consentimiento bajo información para transfusión de componente sanguíneo
- 10.11 Consentimiento bajo información para procedimientos quirúrgicos invasivos
- 10.12 Hoja de Referencia y Contrarreferencia
- 10.13 Tamizaje Nutricional
- 10.14 Hoja de Hospitalización
- 10.15 Solicitud de Nutrición Parenteral



10.2 CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS

HOSPITAL GENERAL
 "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
 DIRECCIÓN DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO
 CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS



NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE:		Fecha de Nacimiento:		Edad:	Genero:	Fecha y Hora de elaboración:					
Servicio al que ingresa:	No. Registro:	Came:		Diagnóstico de Ingreso:							
Fecha de Ingreso:	Alergias:		Fecha de Egreso:								
Toma medicamentos en casa:		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>									
FARMACOTERAPIA ACTUAL DEL PACIENTE								Para ser llenado únicamente por médico tratante			
NOMBRE DEL MEDICAMENTO (o Suplementos, vitaminas, productos herbiclaños)	PADECIMIENTO PARA EL QUE FUE INDICADO	FECHA DE INICIO	PRESENTACION (Tabletas, suspensión, etc.)	INTERVALO DE ADMINISTRACIÓN	DOSIS (g, mg, etc.)	VIA	FECHA ÚLTIMA DOSIS ADMINISTRADA	¿QUIEN LO PRESCRIBIÓ?	CONTINUARÁ TRATAMIENTO EN ESTANCIA HOSPITALARIA		NOMBRE COMPLETO DE QUIEN REVISÓ Y/O REALIZÓ LA CONCILIACIÓN DE INGRESO (FARMACED. PROF.)
									CONTINUAR	SUSPENDER	
OBSERVACIONES DEL PERSONAL DE SALUD:											
NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O FAMILIAR QUE INFORMA:								FECHA:			
FARMACÉUTICO QUE REVISÓ:											

CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS CAMBIO DE SERVICIO 2 Ó MÉDICO RESPONSABLE					
NOMBRE DEL SERVICIO 2 (Ó NUEVO MÉDICO RESPONSABLE) / FECHA DE INGRESO:		DIAGNÓSTICO DE INGRESO SERVICIO 2:		CONTINUA CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS CON SERVICIO DE INGRESO:	
				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
EN CASO DE SUSPENDER ALGÚN MEDICAMENTO DE CONCILIACIÓN DE SERVICIO 1 INDICAR EL NOMBRE DE EL (LOS) MEDICAMENTO (S).					
EN CASO DE CAMBIO DE ESQUEMA O AGREGAR MEDICAMENTOS PARA CONCILIACIÓN ANOTARLO ABAJO.					
FECHA	MEDICAMENTO (ó suplementos, vitaminas, productos herbolarios)	DOSIS	INTERVALO DE ADMINISTRACIÓN	VÍA	NOMBRE COMPLETO DE QUIEN REALIZÓ LA CONCILIACIÓN (FIRMA/CEDE. PROF.)
OBSERVACIONES DEL PERSONAL DE SALUD:					
CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS CAMBIO DE SERVICIO 3 Ó MÉDICO RESPONSABLE					
NOMBRE DEL SERVICIO 3 (Ó NUEVO MÉDICO RESPONSABLE) / FECHA DE INGRESO:		DIAGNÓSTICO DE INGRESO SERVICIO 3:		CONTINUA CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS CON SERVICIO DE INGRESO:	
				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
EN CASO DE SUSPENDER ALGÚN MEDICAMENTO DE CONCILIACIÓN DE SERVICIO 2 INDICAR EL NOMBRE DE EL (LOS) MEDICAMENTO (S).					
EN CASO DE CAMBIO DE ESQUEMA O AGREGAR MEDICAMENTOS PARA CONCILIACIÓN ANOTARLO ABAJO.					
FECHA	MEDICAMENTO (ó suplementos, vitaminas, productos herbolarios)	DOSIS	INTERVALO DE ADMINISTRACIÓN	VÍA	NOMBRE COMPLETO DE QUIEN REALIZÓ LA CONCILIACIÓN (FIRMA/CEDE. PROF.)
OBSERVACIONES DEL PERSONAL DE SALUD:					
Conciliación de Egreso					
Indicaciones específicas al Alta del paciente (Registrar los medicamentos con los que se dará de alta, tiempo por el cual debe tomarlos y especificar si reanudará tratamiento previo de enfermedades crónicas como por ejemplo: antiépilépticos, antihipertensivos, etc.)					
NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO QUE REALIZA LA CONCILIACIÓN DE EGRESO:					

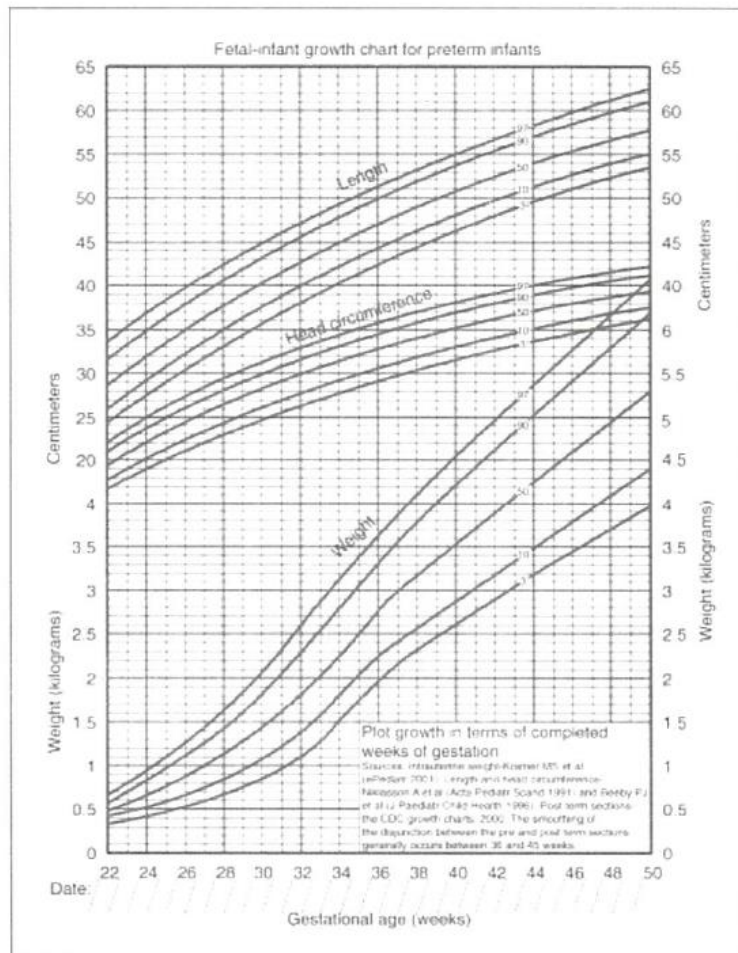
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CRÍTICAMENTE ENFERMO		Hoja: 19 de 33

10.3 CURVA DE CRECIMIENTO



HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
 SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA
 DIVISIÓN DE NEONATOLOGÍA
 CURVA DE CRECIMIENTO NEONATAL

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



10.4 GASOMETRÍA

HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"



SOLICITUD-REPORTE
DE DETERMINACIÓN DE GASES EN SANGRE
SERVICIO DE NEUMOLOGÍA
LABORATORIO DE PRUEBAS FUNCIONALES RESPIRATORIAS
R. F. C. HGD 720726 831

FECHA DE ENTREGA

DÍA	MES	AÑO

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

SEXO: _____ EDAD: _____ REGISTRO: _____ PISO: _____ CAMA: _____

546 DETERMINACIÓN DE GASES EN SANGRE

REPOSO	EJERCICIO	NORMALES
Ph.		7.40 - 7.45
Po ₂ mmHg	mmHg	65
PCQ ₂ mmHg	mmHg	28 - 32
HCO ₃ mEq/1	mEq/1	20.5 ± 2
Co2 Tot. mEq/1	mEq/1	22.5 ± 2
Excesos de Base mEq/1	mEq/1	1.0 - 4.0
Sat de O ₂ %	%	91 %
Hb grs	grs	12 - 18 grs.

OBSERVACIONES



NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA
PROFESIONAL DEL MÉDICO SOLICITANTE

FIRMA Y CLAVE
DE QUIEN REALIZO EL EXAMEN


06-01-0013
LICENCIA SANITARIA 1014004873

FECHA DE ENTREGA

DÍA	MES	AÑO

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CRÍTICAMENTE ENFERMO		Hoja: 21 de 33

10.5 SOLICITUD DE TERAPIA RESPIRATORIA


HOSPITAL GENERAL "DR MANUEL GEA GONZALEZ"
 SOLICITUD DE SERVICIO
 TERAPIA RESPIRATORIA

NOMBRE				EDAD	a	m	d	HOMBRE	MUJER
FECHA NAC.	/	/	REGISTRO	CAMA			FECHA	/	/
DIAGNOSTICO									
NOMBRE, CED. PROF. Y FIRMA MEDICO QUE SOLICITA									

MARQUE EL TIPO DE SERVICIO QUE REQUIERE

NEBULIZADOR:	MICRONEBULIZACIÓN	TRASLADO	VENTILACION MECANICA
--------------	-------------------	----------	----------------------



TRASLADO					
FECHA	HORA SALIDA	ORIGEN	DESTINO	TIEMPO ESTIMADO	URGENTE
/ /	:				

PARAMETROS DE VENTILACION MECANICA	
------------------------------------	--

INDICACIÓN DE TRATAMIENTO MICRONEBULIZADO	FARMACO	DOSIS	HORARIO	OBSERVACIONES

NEBULIZADOR CON FIO2 DE	%	FECHA/HORA, NOMBRE Y FIRMA TECNICO QUE RECIBE	/ /	:
-------------------------	---	-----------------------------------------------	-----	---

11-279

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CRÍTICAMENTE ENFERMO		Hoja: 22 de 33

10.6 HOJA DE INTERCONSULTA

HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"



SOLICITUD DE INTERCONSULTA

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

LICENCIA SANITARIA 1014004673

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

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

10.7 SOLICITUD DE LABORATORIO




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



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

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

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

10.8 SOLICITUD DE GABINETE

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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CRÍTICAMENTE ENFERMO		Hoja: 25 de 33

10. 9 SOLICITUD DE COMPONENTES SANGUINEOS



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 _____ Crio 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: Gesta _____ 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: _____

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CRÍTICAMENTE ENFERMO		Hoja: 26 de 33

10.10 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 SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CRÍTICAMENTE ENFERMO		Hoja: 27 de 33

10.11 CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN PARA PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS INVASIVOS



SECRETARÍA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
Catz. De Tlalpan 4890, 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, ARTICULOS, 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 a 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. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CRÍTICAMENTE ENFERMO		Hoja: 28 de 33

10.12 HOJA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA



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

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

TERAPÉUTICA EMPLEADA:	

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:	

08-01-0030

 MÉDICO TRATANTE
 NOMBRE COMPLETO
 FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL

 JEFE DEL DEPARTAMENTO
 NOMBRE COMPLETO
 FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL

 DIRECTOR MÉDICO
 NOMBRE COMPLETO
 FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL



10.13 TAMIZAJE NUTRICIONAL



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	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">CLASIFICACIÓN DE GRADO</th> </tr> <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>Poli-traumatizado</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>	CLASIFICACIÓN DE GRADO		GRADO 1	GRADO 2	Cirugía menor	Cirugía mayor	Cirugía laparoscópica	Falla orgánica múltiple	Fractura	Poli-traumatizado	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
	CLASIFICACIÓN DE GRADO																																
GRADO 1	GRADO 2																																
Cirugía menor	Cirugía mayor																																
Cirugía laparoscópica	Falla orgánica múltiple																																
Fractura	Poli-traumatizado																																
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																																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Puntuación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	Puntuación	0	2	3																													
Puntuación																																	
0																																	
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	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Puntuación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	Puntuación	0	2	3																												
Puntuación																																	
0																																	
2																																	
3																																	
C) Evaluar índices peso para la talla, peso para la edad, talla para la edad.																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Puntuación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> </tr> <tr> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	Puntuación	0	1	3	<p>Antropometría</p> <p>Peso: _____ Kg Talla: _____ cm</p> <p>Peso para la talla (P/T) _____ percentil</p> <p>Peso para la edad (P/E) _____ percentil</p> <p>Talla para la edad (T/E) _____ percentil</p> <p>Auxiliares</p> <p>< 2 años Perímetro cefálico _____ cm _____ percentil</p> <p>> 2 años Índice de Masa Corporal (IMC) _____ kg/m² _____ percentil</p>																												
Puntuación																																	
0																																	
1																																	
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 nutricional moderado = Amarillo</td> <td>-Asegurar adecuado aporte nutricional según estado clínico, revalorar en 3 días</td> </tr> <tr> <td>≥ 4 Riesgo nutricional elevado = Rojo</td> <td>-Clasificar la desnutrición (Anexo), aviso a Nutrición Clínica.</td> </tr> <tr> <td>IMC con > 95 percentil = Obesidad</td> <td>-Orientación nutricional 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 nutricional moderado = Amarillo	-Asegurar adecuado aporte nutricional según estado clínico, revalorar en 3 días	≥ 4 Riesgo nutricional elevado = Rojo	-Clasificar la desnutrición (Anexo), aviso a Nutrición Clínica.	IMC con > 95 percentil = Obesidad	-Orientación nutricional 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 nutricional moderado = Amarillo	-Asegurar adecuado aporte nutricional según estado clínico, revalorar en 3 días																																
≥ 4 Riesgo nutricional elevado = Rojo	-Clasificar la desnutrición (Anexo), aviso a Nutrición Clínica.																																
IMC con > 95 percentil = Obesidad	-Orientación nutricional a familiar previo al egreso.																																

Nombre/ firma y cédula del evaluador: _____

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CRÍTICAMENTE ENFERMO		Hoja: 30 de 33



GUÍA DE USO DE HERRAMIENTA DE TAMIZAJE DE RIESGO DE DESNUTRICIÓN EN PEDIATRÍA

- 1.- Registro de datos generales del paciente
- 2.-Cuestionario. Se hace énfasis en cada pregunta formulándola de manera que facilite el entendimiento del paciente o su familiar. Se elige la respuesta más adecuada. Sólo hay una respuesta en cada inciso.
 - A) ¿Tiene un diagnóstico que afecte el estado nutricional? En caso afirmativo, la tabla Clasificación de grado apoya esta respuesta.
 - B) ¿Cómo es el consumo dietético? Verificar información en Historia Clínica o preguntar a familiares, tutores o paciente. Puede preguntársele “¿Come menos ahora que hace 2 semanas? o ¿Tiene menos hambre que hace 2 semanas? o ¿Siente que ha comido menos de lo habitual?”
 - C) Evaluar índices peso para la talla, peso para la edad, talla para la edad. Se mide y pesa al paciente. Se registran las mediciones en la columna lateral a esta pregunta y se percentila de acuerdo a las tablas de la OMS. El IMC se calcula dividiendo el peso entre la talla al cuadrado.
- 3.-Resultados. Se suman los puntos de cada respuesta, se registra la suma de puntos y se procede de acuerdo al plan asistencial.

Herramienta adaptada de:

1. Secker DJ, Jeejeebhoy KN. How to Perform Subjective Global Nutritional Assessment in Children. *J Acad Nutr Diet.* 2012;112:424-431.
2. Lama RA, Moráis A, Herrero M, et al. Validation of a nutritional screening tool for hospitalized pediatric patients. *Nutr Hosp.* 2012;27(5):1429-1436.
3. Sermet I, Poisson AS, Colomb V, et al. Simple pediatric nutritional risk score to identify children at risk of malnutrition. *Am J Clin Nutr* 2000;72:64–70.

ANEXO. Clasificación y categorías de la desnutrición

CALIFICACIÓN WATERLOW	
< 5 percentil en P/T + 5 – 95 percentil en T/E	Desnutrición aguda , Emaciado
< 5 percentil en P/T + < 5 percentil en T/E	Desnutrición crónica agudizada, Desmedro
5 – 95 percentil en P/T + < 5 percentil en T/E	Desnutrición crónica

CLASIFICACIÓN	Desnutrición Aguda P/T	Desnutrición Aguda P/E	Desnutrición Crónica T/E
	$\frac{\text{Peso real (kg)} \times 100}{\text{Peso para la talla en el percentil 50}}$	$\frac{\text{Peso real (kg)} \times 100}{\text{Peso para la edad en el percentil 50}}$	$\frac{\text{Talla real (kg)} \times 100}{\text{Talla para la edad en el percentil 50}}$
NORMAL	>90	>85	>95
LEVE	80-90	75-85	90-95
MODERADO	70-79	64-74	85-89
SEVERO	<70	<64	<85

Diagnóstico de desnutrición: _____

SALUD gea hospital HOJA DE HOSPITALIZACIÓN
SINSA-SSEL-14-P-DGCS

CULES: _____ FOLIO: _____

PACIENTE	NOMBRE: _____ <small>(Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido)</small>																																																						
	C.U.I.R.P.: _____	FECHA DE NACIMIENTO: _____ <small>(Día Mes Año)</small>																																																					
	ENTIDAD DE NACIMIENTO: _____																																																						
EDAD COMPLETA: _____ <small>(Meses de 3 meses)</small>		ESTADO CIVIL: _____																																																					
¿HA SIDO EN EL HOSPITAL?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No SEÑO: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino PESO: _____ kg TALLA: _____ cm		SEGURIDAD SOCIAL: <input type="checkbox"/> Cot. Estatal <input type="checkbox"/> Seguro privado <input type="checkbox"/> Seguro popular <input type="checkbox"/> Sin seguro <input type="checkbox"/> Otro																																																					
ATUACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD: <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEMED <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/>		GRATUIDAD: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																																																					
NOM. APLICACIÓN: _____		¿SE CONSIDERA INDIGENA? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿TIENE ALGUNA LENGUA INDIGENA? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <small>¿CUAL?:</small> _____																																																					
¿Es menor de 5 años que sean hijo de alguna persona que se asume indígena o habla alguna lengua indígena serán considerados como tales.																																																							
DOMICILIO	TIPO DE LA VIVIENDA: _____ NOMBRE DE LA VIVIENDA: _____ Núm. EXT.: _____ Núm. INT.: _____																																																						
	TIPO DE ASENTAMIENTO HUMANO: _____ NOMBRE DE ASENTAMIENTO HUMANO: _____																																																						
	CÓDIGO POSTAL: _____ LOCALIDAD: _____ MUNICIPIO O ALCALDÍA: _____																																																						
ENTIDAD FEDERATIVA / PAÍS: _____ TELÉFONO: _____																																																							
ESTANCIA	INGRESO: _____ TIPO DE SERVICIO: _____																																																						
	EGRESO: _____ HOSPITALIZACIÓN (NORMAL): <input type="checkbox"/> DE INGRESO: _____																																																						
	PRECEDENCIA: <input type="checkbox"/> Consulta externa <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Referido																																																						
	MOTIVO DEL EGRESO: _____ CIERTE E INCIERTA: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																																																						
	¿Subsecuente a MINISTRO PÚBLICO? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No FOLIO DEL CERTIFICADO: _____																																																						
	MUJER EN EDAD FÉRTIL: <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Posparto (de 0 a 45 días después del parto) <input type="checkbox"/> No estaba embarazada ni en el posparto																																																						
	AFECIONES TRATADAS (DIAGNÓSTICOS FINALES AL EGRESO): _____ CÓDIGO DE _____																																																						
	AFECCIÓN PRINCIPAL: <input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> Subsecuente CÓDIGO DE _____																																																						
	COMORBIDADES: _____ RESERVAción A.R.P.: _____ Obligación especial: _____ Acto para turnos: _____																																																						
	CAUSA EXTERNA: (Especifique los acontecimientos, circunstancias y condiciones que causaron la lesión): _____																																																						
COMPLICACIONES: _____																																																							
INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																																																							
PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS, TERAPÉUTICOS Y QUIRÚRGICOS: (En este apartado se deben incluir GEMARo) (suplementos vitamínicos, transfusiones, manejo neonatal (puerto en posición ventral), manejo intratecal, manejo yriostático, manejo de la vía aérea, manejo de la vía central, y manejo de la vía periférica del trabajo de parto)																																																							
INVESTIGA QUIRÚRGO CLASIFICACIÓN MÉDICA																																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 5%;">TIPO</td> <td style="width: 15%;">SISTEN</td> <td style="width: 10%;">PRIMA</td> <td style="width: 10%;">PLURA</td> <td style="width: 60%;"></td> <td style="width: 10%;">CÓDIGO CIE-9-MIC</td> </tr> <tr> <td>1.</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6.</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>7.</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>8.</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> </table>		TIPO	SISTEN	PRIMA	PLURA		CÓDIGO CIE-9-MIC	1.	1	1	1	2		2.	1	1	1	2		3.	1	1	1	2		4.	1	1	1	2		5.	1	1	1	2		6.	1	1	1	2		7.	1	1	1	2		8.	1	1	1	2	
TIPO	SISTEN	PRIMA	PLURA		CÓDIGO CIE-9-MIC																																																		
1.	1	1	1	2																																																			
2.	1	1	1	2																																																			
3.	1	1	1	2																																																			
4.	1	1	1	2																																																			
5.	1	1	1	2																																																			
6.	1	1	1	2																																																			
7.	1	1	1	2																																																			
8.	1	1	1	2																																																			
TIPO DE ANESTESIA: <input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> Sedación <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Combinada <input type="checkbox"/> No usó VIOLENCIA Y/O LESIÓN: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																																																							
HISTORIA GINECOOBSTÉTRICA: Gestos _____ ALTERNAS: <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Ocasiones _____																																																							
EDAD GESTACIONAL: _____ EXTRACCIÓN O DISPULSIÓN: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																																																							
TIPO DE ATENCIÓN: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alto PRODUCTO DE UN EMBARAZO: <input type="checkbox"/> Útero <input type="checkbox"/> Gestación <input type="checkbox"/> Tal o cual																																																							
TIPO DE PARTO: <input type="checkbox"/> Gestación <input type="checkbox"/> Gestación vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea																																																							
INDICAR FOLIOS DE CERTIFICADOS INACUMPLIDOS, DISPUNCIÓN O MUERTE FETAL, SEGÚN SE APLIQUEN:																																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td rowspan="2" style="width: 10%;">DATOS DE LOS PRODUCTOS</td> <td colspan="2" style="width: 20%;">CONDICIÓN DEL NACIDO VIVO AL NACER</td> <td rowspan="2" style="width: 10%;">INDICAR FOLIOS DE CERTIFICADOS INACUMPLIDOS, DISPUNCIÓN O MUERTE FETAL, SEGÚN SE APLIQUEN</td> <td colspan="2" style="width: 10%;">¿NACIÓ TODO NACIDO VIVO?</td> </tr> <tr> <td style="width: 5%;">MUERTE FETAL</td> <td style="width: 15%;">NACIDO VIVO</td> <td style="width: 10%;">APGAR A LOS 5 MIN.</td> <td style="width: 5%;">REANIMACIÓN NEONATAL AVANZADA</td> <td style="width: 5%;">RECLAMACIÓN CONJUNTO</td> <td style="width: 5%;">LACTANCIA EXCLUSIVA</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table>		DATOS DE LOS PRODUCTOS	CONDICIÓN DEL NACIDO VIVO AL NACER		INDICAR FOLIOS DE CERTIFICADOS INACUMPLIDOS, DISPUNCIÓN O MUERTE FETAL, SEGÚN SE APLIQUEN	¿NACIÓ TODO NACIDO VIVO?		MUERTE FETAL	NACIDO VIVO	APGAR A LOS 5 MIN.	REANIMACIÓN NEONATAL AVANZADA	RECLAMACIÓN CONJUNTO	LACTANCIA EXCLUSIVA	1	2	1	2	3				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	1	2	1	2	3				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	1	2	1	2	3				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
DATOS DE LOS PRODUCTOS	CONDICIÓN DEL NACIDO VIVO AL NACER		INDICAR FOLIOS DE CERTIFICADOS INACUMPLIDOS, DISPUNCIÓN O MUERTE FETAL, SEGÚN SE APLIQUEN	¿NACIÓ TODO NACIDO VIVO?																																																			
	MUERTE FETAL	NACIDO VIVO		APGAR A LOS 5 MIN.	REANIMACIÓN NEONATAL AVANZADA	RECLAMACIÓN CONJUNTO	LACTANCIA EXCLUSIVA																																																
1	2	1	2	3				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																																												
1	2	1	2	3				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																																												
1	2	1	2	3				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																																												
TIPO DE UNIDAD: _____ SERVICIO: _____																																																							
HOSPITAL CONTIGUO: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Psiquiátrico <input type="checkbox"/> Paedriatría <input type="checkbox"/> Proctología <input type="checkbox"/> Unidad de diálisis <input type="checkbox"/> Villa psiquiátrica <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No especificado																																																							
HOSPITAL PARCIAL: <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Noche <input type="checkbox"/> Sin de atención <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No especificado																																																							
UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES: <input type="checkbox"/>																																																							
PROFESIONAL DE LA SALUD RESPONSABLE:																																																							
NOMBRE: _____ Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____																																																							
C.U.I.R.P.: _____ CEDULA PROFESIONAL: _____ FIRMA: _____																																																							

10.15 SOLICITUD DE NUTRICIÓN PARENTERAL

HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZALEZ"

SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA
SOLICITUD DE SOLUCIONES DE NPT

Nombre: _____ Central () Periférica ()
Cédula: _____ Diagnósticos: _____
Edad: _____
Sexo: _____
Cama: _____

P R E S C R I P C I O N	FECHA					
	TALLA					
	PESO (Kg) / S.C. (m ²)					
	LIQUIDOS (ml/Kg/d) o (ml/m ² /d)					
	SODIO (mEq/Kg/d) o (mEq/m ² /d)					
	POTASIO (mEq/Kg/d) o (mEq/m ² /d)					
	CALCIO (mg/Kg/d)					
	FOSFORO (mEq/Kg/d)					
	MAGNESIO (mg/Kg/d)					
	PROTEINAS					
	GLUCOSA (gr/Kg/d)					
	LIPIDOS (gr/Kg/d)					
	OLIGOELEMENTOS					
	MULTIVITAMINICO / VIT. C					
	CAL'S TOTALES / NO PROT. (Kg/d)	/	/	/	/	/
	REL. CALORIAS: NITROGENO					
	G _____ % / A.A. _____ %	/	/	/	/	/
	CH _____ % P _____ % L _____ %					
	GLUCOSA / Kg / min (mg/Kg/min)					
	P R E P A R A C I O N	AMINOACIDOS S/E 10%				
AMINOACIDOS S/E 8,5%						
GLUCOSA 50% (ml)						
AGUA INYECTABLE						
FOSFATO DE POTASIO (ml)						
CLORURO DE SODIO 0,9% (ml)						
Na Cl (HIPERTÓNICO) 17,7% (ml)						
CLORURO DE POTASIO (ml)						
SULFATO DE MAGNESIO 10% (ml)						
MULTIVITAMINICO (ml)						
VITAMINA C (ml)						
OLIGOELEMENTOS (ml)						
HEPARINA (1000 U/ml)						
ALBUMINA 25% (ml)						
GLUCONATO DE CALCIO 10% (ml)						
LIPIDOS 20% (ml)						
VOLUMEN TOTAL (ml / 24 horas)						
VEL DE INFUSION (ml / hora)						
SOLICITA						
MEDICO DE BASE						
	Nombre y Firma	Nombre y Firma	Nombre y Firma	Nombre y Firma	Nombre y Firma	
SOLICITA						
RESIDENTE						
	Nombre y Firma	Nombre y Firma	Nombre y Firma	Nombre y Firma	Nombre y Firma	

FAVOR DE ENTREGAR ANTES DE LAS 11:00 A.M.

Requerimientos Hídricos

Peso (g)	Día 1	Día 2	Día 3
< 750	120-150	120-200	150-250
750-1000	70-120	70-120	100-180
> 1000	60-80	80-100	100-120

Requerimientos Hídricos

Nutrición mínima para evitar balance negativo de nitrógeno

Edad gestacional	Energía Kcal/Kg/día	Proteínas gr/kg/día
Término	60	2.0 - 0.5
Pretérmino	60	2.5 - 3.0

Para estimular retención de nitrógeno y crecimiento

Edad gestacional	Energía Kcal/Kg/día	Proteínas gr/kg/día
Término	60 - 90	2.5 - 3.0
Pretérmino	60 - 120	2.7 - 3.5

Protocolo de monitorización sugerido

<u>Crecimiento</u>	Al Inicio	Después
Peso	✓	diario
Talla	✓	semanal
Perímetro cefálico	✓	semanal
Perímetro brazo	✓	semanal
Pliegue tricipital	✓	semanal

Estado Metabólico

<u>Orina</u>	Inicial	Después
Glucosa	2-4 horas	8 horas
Gravedad específica	8 horas	diario
BUN y Creatinina	✓	semanal
<u>Sangre</u>		
NA, K, Gluc, Ca, P, Mg		
Albúmina, TGO, TGP		
FA, Cr, Colesterol, BHC	✓	semanal
TP, TTP, bilirrubinas, CO ₂		
Triglicéridos (y con cada aumento de los lípidos).		

Guía para inicio y avance de APT

<u>Inicio</u>	Pretérmino	Término
Dextrosa	2-4 mg/Kg/min	4-6 mg/Kg/min
Aminoácidos	0.5-1.0 g/Kg	1.0-2.0 g/Kg
Lípidos	0.25-0.5 g/Kg	0.5-1.0 g/Kg

Incremento

Dextrosa	2.5% por día	2.5 a 5.0 %
Aminoácidos	0.5 g/kg/día	1.0 g/kg/día
Lípidos	0.5 g/kg/día	0.5 g/kg/día

Disminución

Dextrosa	2.5% por día	2.5 a 5.0 %
Aminoácidos	0.5 g/kg/día	1.0 g/kg/día
Lípidos	0.5 g/kg/día	0.5 g/kg/día

Cambiar por SG cuando reciba 75% de requerimientos V.O.

TIPS para manejo de la APT

Septicemia:

Utilizar aminoácidos de cadena ramificada, Relación calórico proteica de 100 a 1 (50% de las calorías como CHO y 50% con lípidos) Displasia broncopulmonar ó retención de CO₂
Use menor cantidad de CHO y mayor de grasa

Dificultad para extubar

Revise CO₂, reduzca CHO y revise magnesio

Insuficiencia renal

Utilice mayor cantidad de aa esenciales, relación calórico proteica de 400 a 600 a 1



Insuficiencia hepática

Aminoácidos de cadena ramificada y relación calórico proteica 300 a 400 a 1



Dificultad para ganar peso

Revise CO₂, balance de nitrógeno, fósforo, sodio, potasio y magnesio

Ninguna APT es urgente para iniciarla el paciente debe estar metabólicamente y hemodinámicamente estable.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIATRÍA		Hoja: 1 de 34

2. PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIATRÍA

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIATRÍA		Hoja: 2 de 34

1. PROPÓSITO



Constituir las actividades, los lineamientos y normas para la valoración inicial y atención médica del paciente pediátrico en el servicio de Urgencias Pediatría, con el objeto de proporcionar una atención óptima y centrada en el paciente.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el procedimiento implica que la División de Áreas Críticas Pediátricas coordine las actividades para la atención médica del paciente pediátrico acorde a la urgencia que presente, de forma oportuna y con calidad; con los recursos humanos, administrativos y tecnológicos que se requieran. La Subdirección de Enfermería es responsable de la atención de pacientes en el Servicio de Urgencias Pediatría dentro del área de Urgencias Pediatría. La Subdirección de Gestión de Calidad a través del Departamento de Trabajo Social es responsable de colaborar en trámites médico legales, así como en la interoperatividad con el sistema de salud y trámites de pago del paciente. La Subdirección de Servicios Generales a través del Departamento de Organización y Seguridad es responsable del resguardo de los usuarios, del personal de salud y de los recursos del servicio. Las Subdirecciones Médicas a las que pertenecen las especialidades de apoyo serán responsables de las interconsultas otorgadas a los pacientes.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable para la interrelación con el primer, segundo y tercer nivel de atención para la resolución de problemas de urgencias de mediana complejidad con los medios que cuente el hospital y la identificación de aquellos con alta complejidad para la referencia oportuna al tercer o segundo nivel de atención que cuente con la especialidad médica en el momento que se carezca de ella. De la misma forma para la prestación del servicio a la población usuaria que acuda solicitando atención de urgencias.



3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La División de Áreas Críticas Pediátricas es responsable de coordinar, evaluar y supervisar las actividades que aseguren la adecuada atención del paciente pediátrico que acude al servicio de Urgencias Pediatría; y la interoperatividad que se requiere con los demás servicios.
- 3.2 La División de Áreas Críticas Pediátricas es responsable de dar atención a todo paciente que cuente de 0 a 15 años, 11 meses y 30 días de edad y no deberá ser derechohabiente de otra institución del sector salud.
- 3.3 La División de Áreas Críticas Pediátricas es responsable de designar y supervisar los recursos humanos, materiales y tecnológicos para la valoración inicial y atención médica del paciente que acude para su atención en el Servicio de Urgencias Pediatría, el cual comprende las áreas de: 1) Valoración Inicial (Triage), 2) Consulta de Urgencias y 3) Urgencias Observación que incluye Área de Choque.
- 3.4 La División de Áreas Críticas Pediátricas es responsable de realizar un expediente clínico a todo paciente que acuda a valoración al servicio de Urgencias Pediatría. En él se debe incluir al menos una hoja de

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIATRÍA		Hoja: 3 de 34



valoración inicial (Triage) y una nota de consulta de Urgencias, en donde se vea reflejada la sospecha diagnóstica y el proceso de atención óptimo para el paciente, que incluya intervenciones y toma de decisiones en su plan terapéutico y de seguimiento.

- 3.5 La División de Áreas Críticas Pediátricas es responsable realizar la valoración inicial del paciente pediátrico con respecto a su estado de salud (Triage), con la finalidad de evaluar los parámetros cualitativos y cuantitativos del paciente, designándole un color o prioridad, que lo diferencie entre Urgencia calificada o no calificada. Los datos obtenidos deberá registrarlos como motivo de consulta en la Hoja de Valoración Inicial.
- 3.6 La División de Áreas Críticas Pediátricas es responsable de valorar el estado del paciente determinando si existe Urgencia Real, de acuerdo con los siguientes niveles de atención.
- Nivel I.- Condiciones que ponen en peligro la vida o función de algún órgano, requiriendo atención inmediata, de alta complejidad, en un periodo de 15 minutos como máximo.
- Nivel II.- Condiciones clínicas que por su naturaleza pueden presentar datos de descompensación en los parámetros clínicos del paciente, exponiéndolo a un riesgo de complicación de mediana complejidad. Por lo que es necesario un periodo de revaloración que no exceda los 45 minutos.
- Nivel III.- Condiciones clínicas que requieren ser atendidas de manera mediata sin poner en riesgo la vida, de mediana complejidad. Un periodo que no exceda 6 horas.
- Nivel IV.- Condiciones clínicas que con la evaluación de los parámetros se observa estabilidad de baja complejidad y puede ser referido al primer nivel de atención.
- Se considera Urgencia Calificada Nivel I, II y III; y Urgencia no calificada Nivel IV.
- 3.7 La División de Áreas Críticas Pediátricas es responsable de determinar que el paciente nivel I, sea atendido de inmediato en el área de Choque de Urgencias Observación Pediatría.
- 3.8 La División de Áreas Críticas Pediátricas es responsable de determinar que los padres o tutores de los pacientes pediátricos sean enviados a completar trámites administrativos correspondientes, toda vez que no se requiera su presencia en el Servicio: registro del paciente en la mesa de control de admisión de Urgencias y pasar a caja para cubrir su cuota de consulta, estudios de laboratorio y gabinete correspondientes, y tratamientos.
- 3.9 La División de Áreas Críticas Pediátricas es responsable de solicitar los estudios de laboratorio y gabinete que sean requeridos para la valoración secundaria del paciente, así como la evaluación de los resultados para la toma de decisiones e intervención terapéutica, de acuerdo con el motivo de consulta.
- 3.10 La División de Áreas Críticas Pediátricas es responsable de realizar la solicitud de interconsultas necesarias de aquellos pacientes que ameriten ser valorados por una especialidad o subespecialidad dentro del hospital. Deberá entregar la solicitud de interconsulta impresa al servicio interconsultado y solicitar acuse de recibido. Los interconsultantes deberán responder por escrito la interconsulta en el expediente clínico del paciente, de acuerdo con la NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico.
- 3.11 La División de Áreas Críticas Pediátricas es responsable, acorde a su capacidad resolutoria y procedimientos con los que cuente el hospital, de determinar si el paciente continúa el proceso de

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIATRÍA		Hoja: 4 de 34



atención o es referido a otra unidad que cuente con los recursos acorde a su patología. Si el paciente se encuentra en condiciones de estabilidad, puede ser referido mediante una Nota de Referencia y Contrarreferencia por sus propios medios, si el paciente se encuentra inestable, entonces un traslado deberá ser concertado a otra unidad médica para llevar al paciente en ambulancia acompañado del personal médico y de enfermería.

- 3.12 La División de Áreas Críticas Pediátricas es responsable a través del médico adscrito, de que en caso de que se solicite egreso voluntario, se realice una nota conforme lo especifica la NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico. Si el paciente se encuentra en condiciones de inestabilidad y se pone en riesgo su integridad física, se deberá estabilizar en Urgencias Pediatría, y valorar su condición de egreso en óptimas condiciones o bien solicitar a los familiares que su egreso voluntario sea asegurando la integridad de su paciente, entregándolo a un médico que lo traslade a una unidad hospitalaria en donde continúe su atención. De esta manera se atiende al “Interés superior de la niñez y la adolescencia”, este derecho está por encima de la autonomía de los padres o tutores que soliciten un egreso voluntario, si ellos no le aseguran las condiciones de un traslado seguro.
- 3.13 La División de Áreas Críticas Pediátricas es responsable a través del médico adscrito, de que en caso de que se fugue algún paciente, se registren los datos y la información que se tenga del paciente en la hoja de valoración inicial (Triage) y la Nota de Atención Médica de la Consulta de Urgencias.
- 3.14 La División de Áreas Críticas Pediátricas es responsable de que, en todos los casos de defunción, se deberá realizar hoja de valoración inicial (Triage), nota de atención médica de la consulta de Urgencias, nota de ingreso y egreso de Urgencias Observación, indicando “defunción” como motivo de egreso del Servicio de Urgencias Pediatría. El médico adscrito se encargará de enviar la solicitud de apertura de expediente a la Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Departamento de Admisión y Archivo Clínico, con la finalidad de que quede resguardado el expediente del paciente. También debe avisar a la División de Anatomía Patológica mediante formato de registro de datos del paciente con firma del médico responsable (tarjeta amarilla). En caso de que la defunción no se considere un caso médico legal y los padres o tutores autoricen la realización de necropsia, deberá llenarse la carta de consentimiento y autorización para realizar necropsia (autopsia). Si no es un caso médico legal se podrá realizar el Certificado de Defunción.
- 3.15 La División de Áreas Críticas Pediátricas es responsable de indicar a los padres o tutores de pacientes finados, acudir si así lo consideran al personal adscrito de Psicología de la División de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos para seguimiento al duelo.
- 3.16 La División de Áreas Críticas Pediátricas es responsable de que en casos de atención por violencia y/o lesión se llene la hoja de registro correspondiente. En caso de lesiones que en un momento dado pongan en peligro la vida, provoquen daño a la integridad corporal, incapacidad médica del paciente se deberá dar aviso al Ministerio Público. También se deberá dar aviso al Ministerio Público en caso de pacientes que lleguen finados o mueran durante el transcurso de su atención en el Servicio de Urgencias Pediatría, por una causa desconocida o con sospecha de violencia y/o lesión. En caso de que el paciente finado sea paciente del Hospital y se encuentre en Cuidado Paliativo en domicilio, si no hay sospecha de violencia y/o lesión se podrá otorgar el certificado de defunción.
- 3.17 La División de Áreas Críticas Pediátricas es responsable de brindar reanimación neonatal, dentro del área de Urgencias Ginecología o en áreas circundantes, se realizará hoja de valoración inicial (Triage), nota de


 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIATRÍA		Hoja: 5 de 34

atención médica de la consulta de Urgencias, nota de ingreso y egreso de Urgencias Observación. Se llenará la parte correspondiente a Pediatría del Certificado de Nacimiento. El destino del recién nacido a su egreso del Servicio de Urgencias Observación, en caso de estar estable será hacia: Habitación compartida o Transición Neonatal, ambas en el área de la División de Ginecología y Obstetricia. El expediente de la atención de Urgencias del recién nacido se incluirá en la carpeta del expediente donde se ingresa a la madre a hospitalización. En caso de que el recién nacido requiera hospitalización, si fue un parto fortuito se deberá ingresar a Pediatría o a la Terapia Intensiva Pediátrica, en caso de que su nacimiento haya sido en el área de labor del Servicio de Urgencias Ginecología con instalaciones que brinden las condiciones de atención de higiene adecuadas, se valorará la mejor opción para su ingreso en los servicios de la Subdirección de Pediatría, de acuerdo a las condiciones del paciente, a la ocupación y al equipo disponible.

- 3.18 La División de Áreas Críticas Pediátricas es responsable de brindar informe del estado de salud a los padres o tutores, y/o familiar responsable del paciente, en el expediente deberá quedar asentado el informe médico.
- 3.19 La División de Áreas Críticas Pediátricas es responsable de permitir en medida de lo posible, la estancia de un padre o tutor, o familiar responsable junto al paciente. Lo anterior disminuye el estrés del paciente, el riesgo de lesiones por movimiento espontáneo del menor ayuda en el manejo general del paciente y de su alimentación vía oral, incluso al seno materno en caso de no estar contraindicada. Es una buena práctica ya que de esta manera se disminuye también el tiempo de estancia en el hospital.
- 3.20 La División de Áreas Críticas Pediátricas es responsable a través del médico adscrito, de solicitar consentimiento informado, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico.
- 3.21 La Subdirección de Enfermería es responsable de coordinar, evaluar y supervisar las actividades para la detección, aplicación de procesos y procedimientos de enfermería que se realizan dentro del Servicio de Urgencias Pediatría. Deberán anexar la hoja de enfermería al expediente clínico de Urgencias del paciente a su egreso del Servicio.
- 3.22 La Subdirección de Gestión de Calidad a través del Departamento de Trabajo Social es responsable de coordinarse con la División de Áreas Críticas Pediátricas en los casos que ameriten interoperatividad con el Sistema de Salud, como es en: traslados de pacientes, solicitud de estudios en otras unidades médicas que ameriten nivel de pago, y para trámites médico legales como avisos al Ministerio Público o a otras dependencias gubernamentales.
- 3.23 La Subdirección de Servicios Generales a través del Departamento de Organización y Seguridad es responsable de designar al personal de seguridad que salvaguarda los recursos humanos, materiales y tecnológicos notificando eventualidades a la División de Áreas Críticas Pediátricas.
- 3.24 La Subdirección de Enseñanza a través de la División de Pregrado y de la División de Posgrado son responsables de designar al personal médico en formación de pregrado y posgrado de la especialidad de Pediatría, quien realiza las acciones correspondientes para obtener las competencias para atención a pacientes que acuden al servicio de Urgencias Pediatría. Es responsabilidad de la División de Áreas Críticas Pediátricas, la supervisión de las actividades del personal médico en formación dentro del área.


	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIATRÍA		Hoja: 6 de 34

- 3.25 La División de Áreas Críticas Pediátricas es responsable de elaborar la solicitud de ingreso hospitalario cuando el paciente ingrese a un área de la Subdirección de Pediatría. En caso de que el paciente ingrese a otra Subdirección Médica, los médicos tratantes serán responsables de elaborar los trámites administrativos correspondientes.
- 3.26 La División de Áreas Críticas Pediátricas es responsable, cuando realice una Referencia y Contrarreferencia a otra institución, de solicitar las firmas de la Jefa de la División Áreas Críticas Pediátricas, la Dirección Médica y en caso de ser personal de fines de semana y guardia especial, el médico adscrito y el Asistente de Dirección en turno.


	PROCEDIMIENTO
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA
	PROCEDIMIENTO DE URGENCIAS PEDIATRÍA Hoja: 7 de 34

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

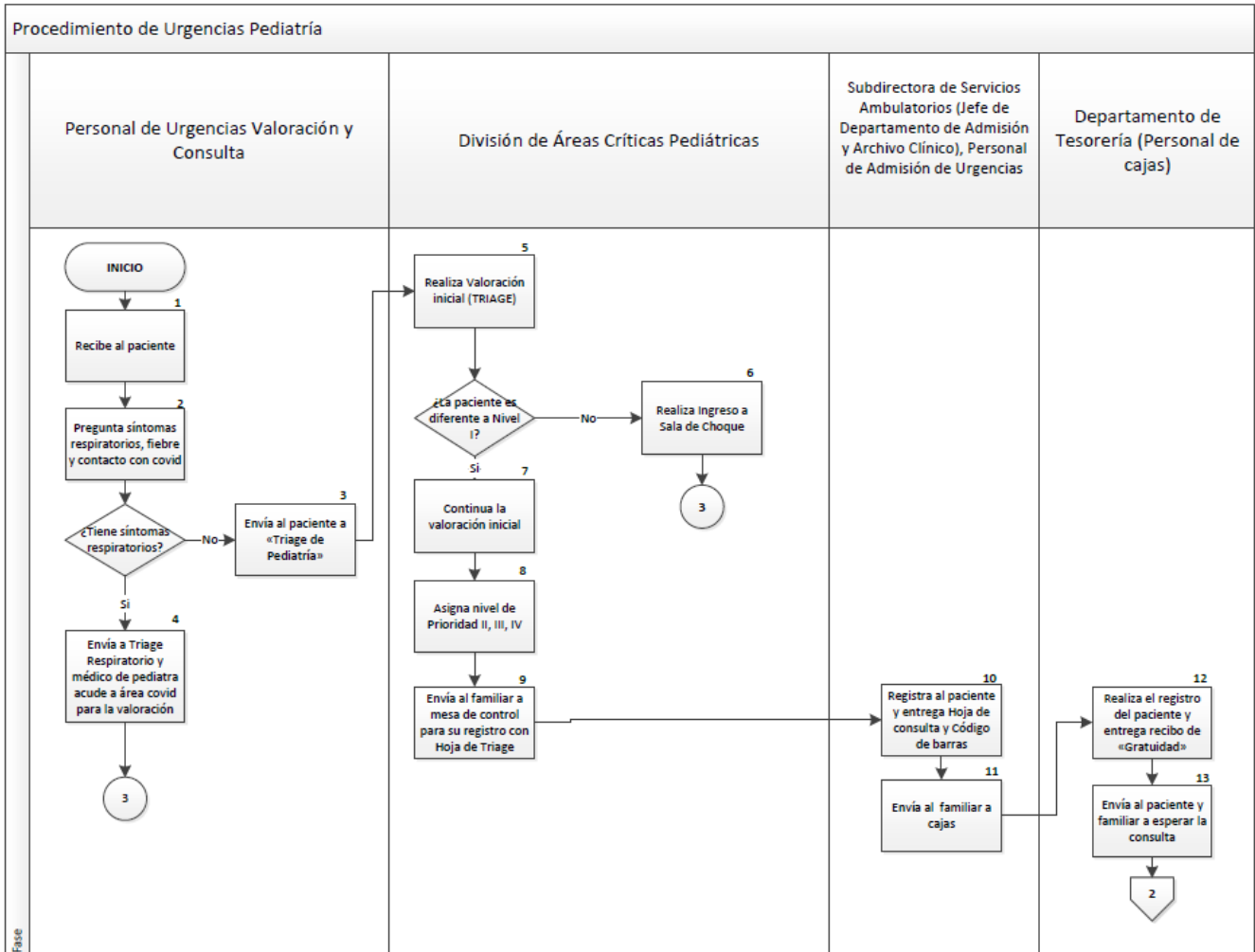
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Personal de Urgencias Valoración y Consulta	1	Recibe a la paciente	
	2	Pregunta síntomas respiratorios, fiebre y contacto covid	
	3	¿Tiene síntomas respiratorios? Si: Envía a Triage Respiratorio, y médico pediatra, acude a área covid para la valoración. Termina Procedimiento.	
	4	No: Envía a la paciente a “Triage de Pediatría”	
Jefa de la División de Áreas Críticas Pediátricas	5	Realiza Valoración inicial (Triage) ¿La paciente es diferente a Prioridad I?	Hoja de Valoración Inicial de Pediatría Hoja de Consulta
	6	No: Realiza Ingreso a Sala de Choque	
	7	Si: Continúa la valoración inicial	
	8	Asigna Prioridad II, III y IV	
	9	Envía a la paciente o al familiar a mesa de control para su registro	
Subdirectora de Servicios Ambulatorios (jefe de Departamento de Admisión y Archivo Clínico) Personal de Admisión de Urgencias	10	Registra al paciente y entrega Hoja de Consulta y código de barras	
	11	Envía al familiar a cajas	
Jefa de Departamento de Tesorería (Personal de caja)	12	Realiza el registro del paciente y entrega recibo de “Gratuidad”	Recibo de pago
	13	Envía al paciente y familiar a esperar la consulta	
Jefa de la División de Áreas Críticas	14	Realiza valoración pediátrica	Hoja de Consulta

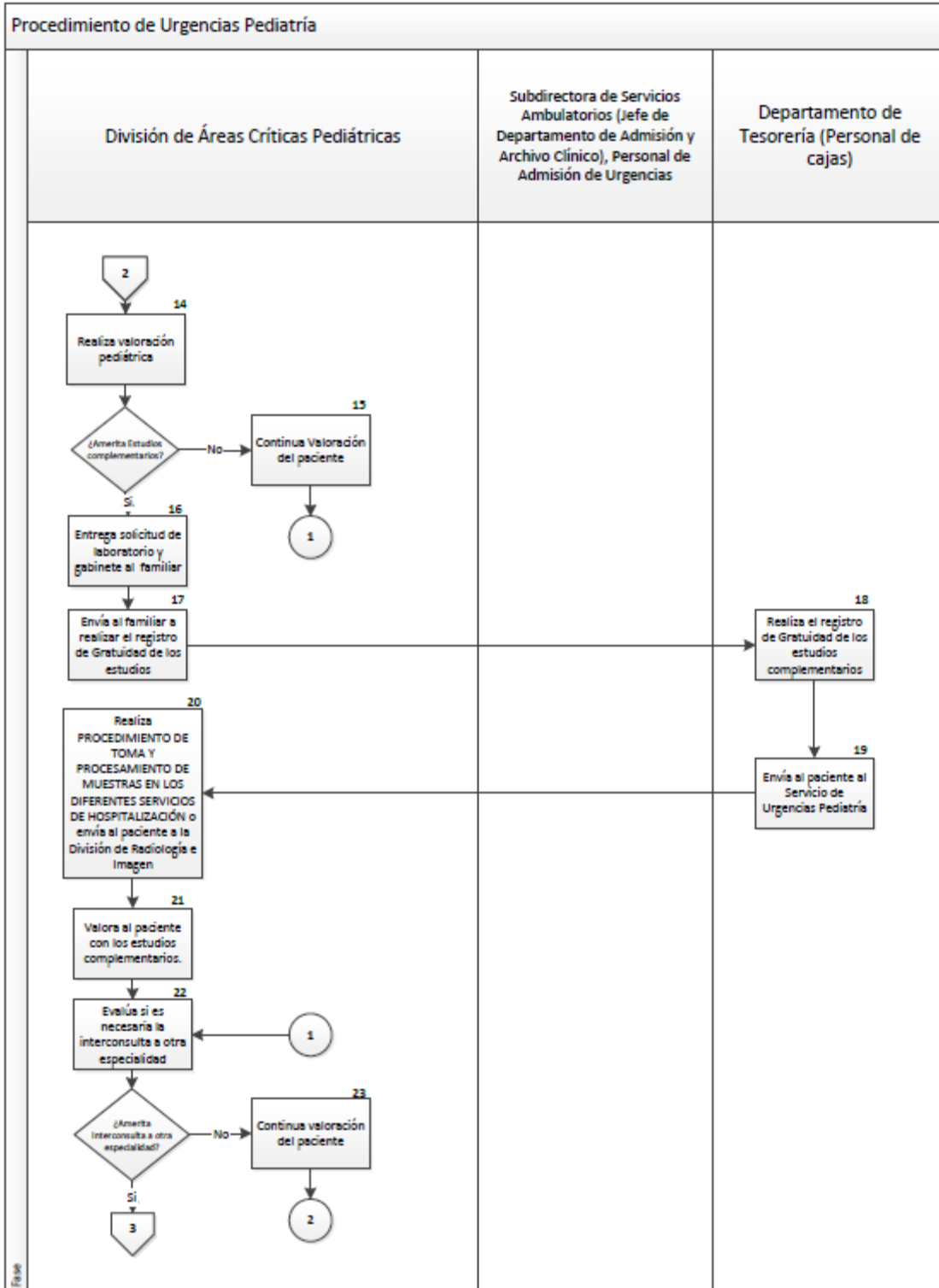
 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	PROCEDIMIENTO
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA
	PROCEDIMIENTO DE URGENCIAS PEDIATRÍA Hoja: 8 de 34

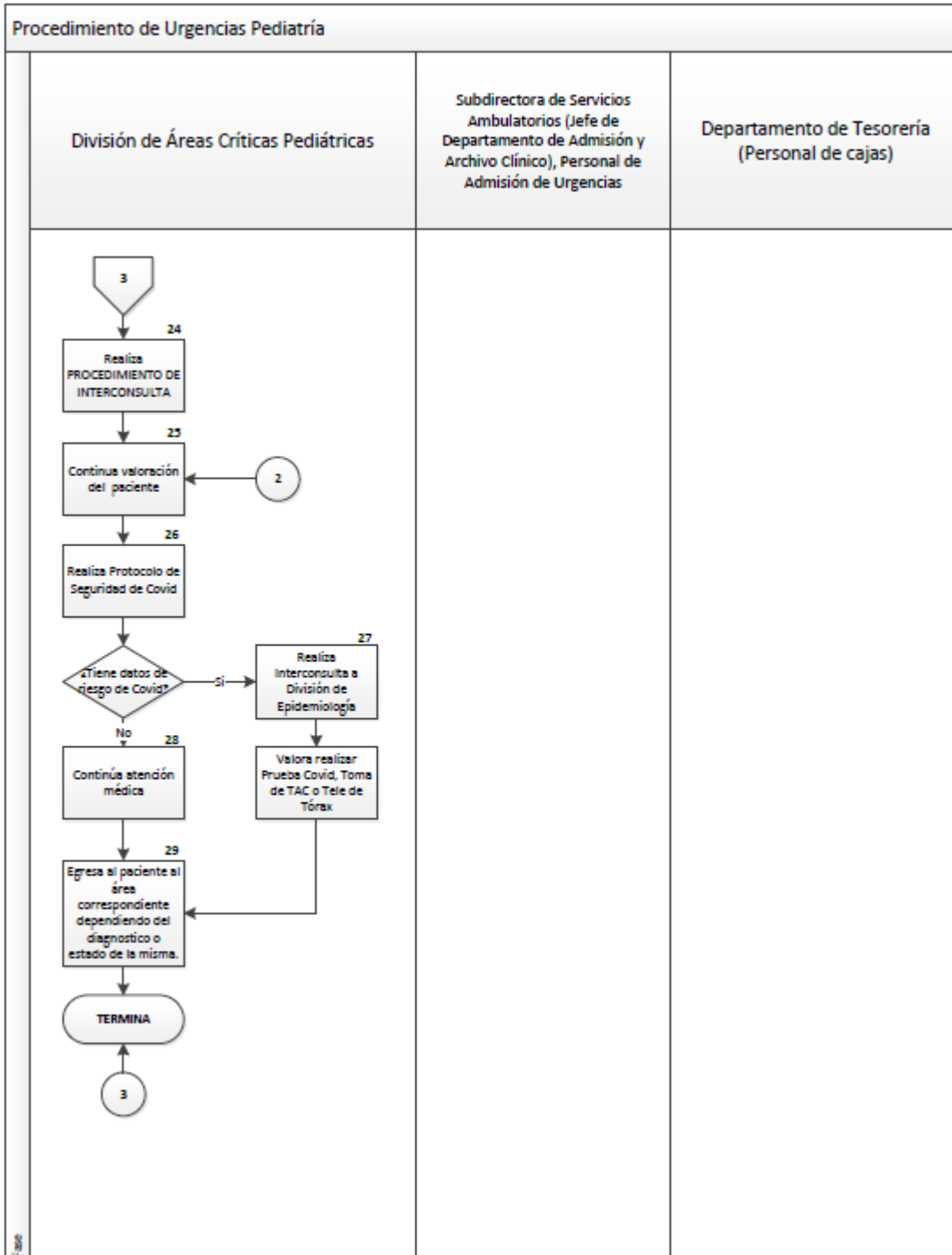
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Pediátricas		¿Amerita Estudios Complementarios?	
	15	No: Continua Valoración de la paciente, va actividad 23	
	16	Si: Entrega solicitud de laboratorio y gabinete a la paciente o familiar.	
Jefa de Departamento de Tesorería (Personal de caja)	17	Envía al familiar a realizar el registro de gratuidad de los estudios	
	18	Realiza el registro de Gratuidad de los estudios complementarios	Recibo de Pago
Jefa de la División de Áreas Críticas Pediátricas	19	Envía al paciente y familiar al Servicio de Urgencias Pediatría	
	20	Realiza PROCEDIMIENTO DE TOMA Y PROCESAMIENTO DE MUESTRAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN o envía al paciente a la División de Radiología e Imagen.	Solicitud de Estudios de Laboratorio Solicitud de Estudios de Gabinete
	21	Valora al paciente con los estudios complementarios	Solicitud de Interconsulta
	22	Evalúa si es necesaria la interconsulta a otra especialidad	
		¿Amerita Interconsulta a otra especialidad?	
	23	No: Continua valoración del paciente	
	24	Si: Realiza PROCEDIMIENTO DE INTERCONSULTA	
	25	Continua valoración del paciente	
	26	Realiza Protocolo de Seguridad de Covid	
		¿Tiene datos de riesgo de Covid?	
27	Si: Realiza Interconsulta a División de Epidemiología		



	PROCEDIMIENTO
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA
	PROCEDIMIENTO DE URGENCIAS PEDIATRÍA Hoja: 9 de 34

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
		Valora realizar Prueba Covid, Toma de TAC o Tele de Tórax, va a actividad 30.	
	28	No: Continúa atención médica	
	29	Egresa al paciente al área correspondiente dependiendo el diagnóstico o estado de la mismo.	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

5. DIAGRAMA DE FLUJO






 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO DE URGENCIAS PEDIATRÍA		Hoja: 13 de 34

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA



Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	No aplica
6.2 Ley General de Salud	No aplica
6.3 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico.	No aplica
6.4 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
6.5 Catálogo Maestro de las Guías de Práctica Clínica del CENETEC	No aplica
6.6 Manual de Reanimación Neonatal vigente. La última edición es la 8ª de 2021.	No aplica
6.7 Manual de Soporte Vital Avanzado Pediátrico vigente. La última edición es 2021.	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Hoja de valoración inicial (Triage)	5 años si el paciente está inactivo	Subdirección de Pediatría (División de Áreas Críticas Pediátricas)	Nombre/Fecha/Fecha de nacimiento/Folio consecutivo de Urgencias Pediatría
Nota de Atención Médica de la Consulta de Urgencias Pediatría	5 años si el paciente está inactivo	Subdirección de Pediatría (División de Áreas Críticas Pediátricas)	Nombre/Fecha/Fecha de nacimiento/Folio consecutivo de Urgencias Pediatría
Nota de Ingreso a Urgencias Observación	5 años si el paciente está inactivo	Subdirección de Pediatría (División de Áreas Críticas Pediátricas)	Nombre/Fecha/Fecha de nacimiento/Folio consecutivo de Urgencias Pediatría
Nota de Egreso de Urgencias Observación	5 años si el paciente está inactivo	Subdirección de Pediatría (División de Áreas Críticas Pediátricas)	Nombre/Fecha/Fecha de nacimiento/Folio consecutivo de Urgencias Pediatría

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.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO DE URGENCIAS PEDIATRÍA		Hoja: 14 de 34

- 8.2 **Hoja de Atención médica de la Consulta de Urgencias Pediatría:** 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.
- 8.3 **Servicio de Urgencias Pediatría:** 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, de pacientes pediátricos.
- 8.4 **Urgencia:** a todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiere atención inmediata.
- 8.5 **Valoración Inicial (Triage):** Valoración rápida para determinar si es urgencia real o sentida. Con la finalidad de evaluar los parámetros cualitativos y cuantitativos del paciente, designándole un nivel de prioridad para su atención.
- 8.6 **Atención médica:** al conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.
- 8.7 **Cartas de consentimiento informado:** a los 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.
- 8.8 **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.
- 8.9 **Hospitalización:** al servicio de internamiento de pacientes para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, así como, para los cuidados paliativos.
- 8.10 **Interconsulta:** procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud en la atención del paciente, a solicitud del médico tratante.
- 8.11 **Paciente:** a todo aquel usuario beneficiario directo de la atención médica.
- 8.12 **Pronóstico:** al juicio médico basado en los signos, síntomas y demás datos sobre el probable curso, duración, terminación y secuelas de una enfermedad.
- 8.13 **Referencia-contrarreferencia:** al procedimiento médico-administrativo entre establecimientos para la atención médica 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 calidad.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

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

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO DE URGENCIAS PEDIATRÍA		Hoja: 15 de 34

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Hoja de Valoración Inicial (Triage)
- 10.2 Nota de Atención Médica de la Consulta de Urgencias
- 10.3 Nota de Ingreso a Urgencias Observación
- 10.4 Nota de Egreso de Urgencias Observación
- 10.5 Formato de Solicitud de Interconsulta
- 10.6 Formato de Nota de Egreso Voluntario
- 10.7 Hoja de Referencia y Contrarreferencia
- 10.8 Formato Único de Notificación de Caso Médico Legal
- 10.9 Carta de Consentimiento y Autorización para realizar Necropsia (Autopsia)
- 10.10 Formato de Solicitud de Ingreso Hospitalario
- 10.11 Formato de Solicitud de Estudios de Laboratorio Clínico
- 10.12 Formato de Solicitud de Estudios de Radiología e Imagen
- 10.13 Formato de Solicitud de Componentes Sanguíneos a Medicina Transfusional
- 10.14 Carta de Consentimiento Bajo Información para componentes Sanguíneos
- 10.15 Formato de Receta Médica
- 10.16 Formatos de Pago de Urgencias

10.1 HOJA DE VALORACIÓN INICIAL (TRIAGE)

HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZALEZ"
 DIVISIÓN DE ÁREAS CRÍTICAS PEDIÁTRICAS
 HOJA DE VALORACIÓN INICIAL
 SERVICIO DE URGENCIAS PEDIATRÍA

ID Paciente	Nombre (s)	Apellido Paterno	Apellido Materno	Fecha de Nacimiento
EEEE220624MDFJJA5 0000001363	EJEMPLO	EJEMPLO	EJEMPLO	24-jun.-2022

Fecha de atención:	24-jun.-2022	Hora de atención:	11:17	Nivel de Atención:	IV
Edad	Género	Entidad	Municipio	Teléfono	Procedencia:
0 años 0 meses 0 días	MUJER	CIUDAD DE MÉXICO		XXXXX	Espontáneo

Derivación: **Alta**
 Referido a:
 Especialidad: **PEDIATRÍA**

Motivo de Atención:
 EJEMPLO

Impresión diagnóstica:
 EJEMPLO

Presencia de:	Signos vitales:	NIVEL I	NIVEL II	NIVEL III	Urgencia sentida o no calificada.	Cadáver:
Dolor severo (6-10): <input type="checkbox"/>	Glasgow (puntos) 15	Resucitación. Condiciones en las cuales está en peligro inminente la vida o la función de un órgano o extremidad.	Emergencia. Condiciones que parcialmente pueden poner en peligro la vida o la función de un órgano o extremidad.	Urgencia. Condiciones que potencialmente pueden progresar a serios problemas requiriendo de intervención de emergencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor torácico: <input type="checkbox"/>	TAS (mmHg) 70	Ro	Ns	Am	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor abdominal: <input type="checkbox"/>	TAD (mmHg) 40				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intolerancia vía oral: <input type="checkbox"/>	FC (x') 140				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad respiratoria: <input type="checkbox"/>	FR (x') 50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deshidratación: <input type="checkbox"/>	Temperatura (°C) 37				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traumatismo: <input type="checkbox"/>	Saturación O2 (%) 96				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estado de choque: <input type="checkbox"/>	Glucemia Capilar (mg/dL) 80				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crisis convulsivas: <input type="checkbox"/>	Peso (kg): 3				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre: <input type="checkbox"/>	Talla (cm): 0.5				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemorragia activa: <input type="checkbox"/>	IMC: 12				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alteración neurológica: <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intoxicación: <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ninguna de las anteriores: <input checked="" type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Atendió: GENOVEVA VAZQUEZ ZAVALA 3167271

EJEMPLO EJEMPLO EJEMPLO
 Nombre del Paciente

EJEMPLO
 Nombre de la Madre, Padre o Tutor

10.2 NOTA DE ATENCIÓN MÉDICA DE LA CONSULTA DE URGENCIAS

HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
HOJA DE ATENCIÓN MÉDICA
DIVISIÓN DE URGENCIAS - PEDIATRÍA



ID Paciente EEEE220624MDFJJJA5

(1) FOLIO 000005664

(2) ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE: **URGENCIAS PEDIATRÍA**

(3) FECHA: 24/06/2022 (4) HORA DE ELABORACIÓN: 11:29:41 a. m. DERECHOHABIENTIA: N/A

(5) NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE: EJEMPLO EJEMPLO EJEMPLO

(6) FECHA DE NACIMIENTO: 24/06/2022 (7) EDAD: 0 AÑOS 0 MESES 0 DÍAS

(8) SEXO: MUJER

PESO EN KG: 3 PERCENTIL PESO: TALLA EN CM: 0.5 PERCENTIL TALLA: IMC: 12

TEMPERATURA: 37 grados Oximetría % 96

TAS TAD mmHg: 70/40 FREC. CARDIACA: 140 por minuto FREC. RESPIRATORIA: 50 por minuto

(9) DOMICILIO: CALLE: COLONIA:

ENTIDAD: ALCALDÍA:

(10) MOTIVO DE LA CONSULTA: EJEMPLO

(11) EXPLORACIÓN FÍSICA: EJEMPLO

(12) DATOS RELEVANTES DE LABORATORIO Y RX:

Estudios solicitados:

- Biometría Hemática
- Bilirrubina Total

Resultado laboratorio:

EJEMPLO

Resultado estudios y procedimientos:

EJEMPLO

(13) DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: EJEMPLO

COMORBILIDADES:

- PRODUCTO ÚNICO, NACIDO EN HOSPITAL

PROCEDIMIENTOS:

(14) PLAN Y MANEJO: EJEMPLO

(15) PRONÓSTICO: EJEMPLO

CONDICIÓN EGRESO: **CONDICIÓN EGRESO: Interconsulta(s)**

(16) ALTA POR (ENVIADO A): Urgencias Observación

EN CASO DE TRASLADO: ---NO SE EFECTUÓ TRASLADO DEL PACIENTE---



(17) INTERCONSULTA: **NO**

(18) NOTIFICACIÓN AL MINISTERIO

NOTA 1: LA IMPRESIÓN DIAGNOSTICA AQUÍ CONSIGNADA TIENE CARÁCTER PROVISIONAL Y DEBERÁ SER RATIFICADA O RECERTIFICADA DESPUÉS DE UN ESTUDIO COMPLETO, DEL CASO POR PARTE DEL MÉDICO O DE LA INSTITUCIÓN QUE SE RESPONSABILICE DEL MANEJO DEL (LA) PACIENTE

NOTA 2: USTED TIENE CITA ABIERTA A URGENCIAS, EN CASO DE NO PRESENTAR MEJORÍA.

*REGRESAR A URGENCIAS EN CASO DE: EJEMPLO

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO DE URGENCIAS PEDIATRÍA		Hoja: 18 de 34

10.3 NOTA DE INGRESO A URGENCIAS OBSERVACIÓN

HOSPITAL GENERAL
 "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
 DIVISIÓN DE ÁREAS CRÍTICAS PEDIÁTRICAS
 NOTA DE INGRESO A URGENCIAS OBSERVACIÓN



ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE: URGENCIAS PEDIATRÍA

ID PACIENTE:0009046

NOMBRE:EJEMPLO EJEMPLO EJEMPLO **FECHA DE NACIMIENTO:**24-06-2022 0 años 0 meses 0 días
SEXO:Mujer **FOLIO CONSULTA:**0000005669 **FECHA Y HORA DE ELABORACIÓN:**24-06-2022 12:12:00
TAS mmHg:80 **TAD mmHg:**60 **FREC. CARDIACA:**120 por minuto **FREC. RESPIRATORIA:**40 por minuto **TEMPERATURA:**37 **grados**
PESO EN KG:3 **TALLA EN CM:**0.5 **IMC:**12 **Oximetría %96**

FECHA Y HORA DE INGRESO:24-06-2022 12:12:00

ES REINGRESO POR LA MISMA AFECCIÓN EN EL AÑO:No

Durante la realización de la nota de Ingreso debe especificar lo siguiente: diagnóstico(s) de Ingreso; principal y secundarios, resumen de la evaluación y el estado actual, fecha y hora de procedimientos realizados en su caso, problemas clínicos pendientes, plan de manejo y tratamiento, pronóstico.

Diagnósticos de Ingreso:

PRODUCTO ÚNICO, NACIDO EN HOSPITAL, SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIÉN NACIDO, ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA

Resumen del interrogatorio:

EJEMPLO

Exploración Física, Resumen de la evaluación y estado actual de salud:

EJEMPLO

Datos Relevantes de Laboratorio y Gabinete:

EJEMPLO

Procedimientos:

ULTRASONIDO TERAPÉUTICO DE VASOS PERIFÉRICOS

Plan de manejo, tratamiento / Indicaciones:

EJEMPLO

Pronóstico:

EJEMPLO

MÉDICO QUE ELABORÓ LA NOTA
 GENOVEVA VAZQUEZ ZAWALA Cad Prof: 3167271

MÉDICO RESPONSABLE
 GENOVEVA VAZQUEZ ZAWALA Cad Prof: 3167271

 Firma

 Firma

10.4 NOTA DE EGRESO DE URGENCIAS OBSERVACIÓN



NOTA DE EGRESO A URGENCIAS OBSERVACIÓN		HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZALÉZ" DIVISIÓN DE ÁREAS CRÍTICAS PEDIÁTRICAS	
ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE: URGENCIAS PEDIATRÍA		ID PACIENTE: 0009046	
NOMBRE :	EJEMPLO	EJEMPLO	EJEMPLO
FECHA DE NACIMIENTO:	24-06-2022	EDAD:	0
SEXO:	Mujer	FOLIO CONSULTA:	000005669
FECHA Y HORA DE ELABORACIÓN:	24-06-2022	01:00:56	
TAS mmHg:	80	TAD mmHg:	60
FREC. CARDIACA:	120	por minuto	
FREC. RESPIRATORIA:	40	por minuto	
TEMPERATURA:	37	grados	
PESO EN KG:	3	TALLA EN CM:	0.5
IMC:	12	Oximetría %	
Fecha de Ingreso:	24-06-2022	Hora de Ingreso:	12:00:00
Fecha de egreso:	24-06-2022	Hora de egreso:	01:00:56
MOTIVO DE ALTA DE EGRESO:	HABITACIÓN COMPARTIDA		
DIAGNÓSTICO(S) FINAL (ES):	FIEBRE TIFOIDEA, FIEBRE PARATIFOIDEA C		
RESUMEN DE LA EVOLUCIÓN Y ESTADO ACTUAL:	ejemplo		
DÍAS DE ESTANCIA EN LA UNIDAD:	2	REINGRESO POR LA MISMA AFECCIÓN EN EL AÑO:	No
REINTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DENTRO DE LAS 72 HORAS INMEDIATA A LA PRIMERA INTERVENCIÓN:	No		
MANEJO DURANTE LA ESTANCIA EN OBSERVACIÓN:	ejemplo		
PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:	ULTRASONIDO TERAPÉUTICO DE VASOS PERIFÉRICOS		
PROBLEMAS CLÍNICOS PENDIENTES:	ejemplo		
PLAN DE MANEJO Y TRATAMIENTO :	ejemplo		
RECOMENDACIONES PARA VIGILANCIA AMBULATORIA:	ejemplo		
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			

 MÉDICO QUE ELABORÓ LA NOTA
 GENEVEVA VAZQUEZ ZAMALA Ced Prof: 3167271

 MÉDICO RESPONSABLE
 GENEVEVA VAZQUEZ ZAMALA Ced Prof: 3167271

Firma

Firma

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO DE URGENCIAS PEDIATRÍA		Hoja: 20 de 34

10.5 FORMATO DE SOLICITUD DE INTERCONSULTA

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



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



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: _____

10.6 FORMATO DE 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:	

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	



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 _____ / _____ / _____ EDAD _____
DÍA MES AÑO	
DOMICILIO _____	
CALLE Y NÚMERO _____	COLONIA _____
DELEGACIÓN / MUNICIPIO _____	ESTADO _____
NOMBRE DE FAMILIAR / RESPONSABLE _____	PARENTESCO _____
UNIDAD MÉDICA A LA QUE SE REFIERE _____	
DOMICILIO _____	
SERVICIO AL QUE ENVÍA _____	FECHA DE CAPTACIÓN _____
INTERCONSULTA () TRATAMIENTO () ESTUDIO DE GABINETE () ESTUDIO DE LABORATORIO ()	
ESPECIFIQUE ESTUDIO _____	
MOTIVO DE ENVÍO:	
TENSIÓN ARTERIAL _____ mm. Hg	FRECUENCIA: CARDIACA _____ por min. RESPIRATORIA _____ por min
TEMPERATURA _____ °C	PESO _____ Kg. TALLA _____ cm.
RESUMEN CLÍNICO:	

TERAPÉUTICA EMPLEADA:	

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:	

06-01-0030

MÉDICO TRATANTE
NOMBRE COMPLETO
FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL

JEFE DEL DEPARTAMENTO
NOMBRE COMPLETO
FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL

DIRECTOR MÉDICO
NOMBRE COMPLETO
FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL



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

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

TERAPÉUTICA EMPLEADA:	

ESTUDIOS CLÍNICOS (ANEXAR):	

DIAGNÓSTICO DE INGRESO/REFERENCIA:	

DIAGNÓSTICO DE INGRESO/CONTRAREFERENCIA:	

RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE:	

MÉDICO TRATANTE
NOMBRE COMPLETO
FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL

MÉDICO TRATANTE
NOMBRE COMPLETO
FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL

10.8 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

Datos de la Autoridad que Recibe la Notificación		
Nombre		
Cargo		Sello
Fecha, Hora		
y Firma		



 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	PROCEDIMIENTO DE URGENCIAS PEDIATRÍA		Hoja: 27 de 34

10.9 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.



10.10 FORMATO DE 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					
PISO:			CAMA:		
NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO QUE ORDENA EL INGRESO:					
OBSERVACIONES:					
FECHA:			HORA:		

10.11 FORMATO DE SOLICITUD DE ESTUDIOS DE LABORATORIO CLÍNICO


**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 AMLASA EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1516 ANTITROMBINA III	<input type="checkbox"/> 1502 ALBÚMINA EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1584 FIBRINÓGENO	<input type="checkbox"/> 1616 MICROALBÚMINA EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1532 DÍMERO D	<input type="checkbox"/> 1563 BILIRRUBINA TOTAL
<input type="checkbox"/> 1682 PROTEÍNA S	<input type="checkbox"/> 1564 BILIRRUBINA DIRECTA
<input type="checkbox"/> 1681 PROTEÍNA C CLOT	<input type="checkbox"/> 1602 PROTEÍNAS TOTALES
<input type="checkbox"/> 1660 ANTICUAGULANTE LÚPICO TAMIZAJE	<input type="checkbox"/> 1503 ALBÚMINA
<input type="checkbox"/> 1661 ANTICOAGULANTE LÚPICO CONFIRMATORIO	<input type="checkbox"/> 1553 ALT
<input type="checkbox"/> 1677 FACTOR DE VON WILLEBRAND	<input type="checkbox"/> 1554 AST
<input type="checkbox"/> 1670 CUANTIFICACIÓN DE FACTOR VII	<input type="checkbox"/> 1544 GGT
<input type="checkbox"/> 1671 CUANTIFICACIÓN DE FACTOR VIII	<input type="checkbox"/> 1585 FOSFATASA ALCALINA
BIOQUÍMICA	
<input type="checkbox"/> 1588 GLUCOSA	<input type="checkbox"/> 1576 LDH
<input type="checkbox"/> 1600 BUN	<input type="checkbox"/> 1552 AMLASA
<input type="checkbox"/> 1572 CREATININA	<input type="checkbox"/> 1615 LIPASA
<input type="checkbox"/> 1636 ÁCIDO ÚRICO	<input type="checkbox"/> 1659 AMONIO
<input type="checkbox"/> 1605 SODIO	<input type="checkbox"/> 1573 CK
<input type="checkbox"/> 1648 POTASIO	<input type="checkbox"/> 1574 CK MB
<input type="checkbox"/> 1570 CLORURO	<input type="checkbox"/> 1617 MIOGLOBINA
<input type="checkbox"/> 1568 CALCIO	<input type="checkbox"/> 1631 TROPONINA
<input type="checkbox"/> 1586 FÓSFORO	<input type="checkbox"/> 1522 CINÉTICA DE HIERRO
<input type="checkbox"/> 1599 MAGNESIO	<input type="checkbox"/> 1541 FERRITINA
<input type="checkbox"/> 1571 COLESTEROL TOTAL	<input type="checkbox"/> 1611 TRANSFERRINA
<input type="checkbox"/> 1524 COLESTEROL HDL	<input type="checkbox"/> 1590 HAPTOGLOBINA
<input type="checkbox"/> 1630 TRIGLICERIDOS	<input type="checkbox"/> 1542 FOLATOS
<input type="checkbox"/> 1517 APOLIPOPROTEÍNA A	<input type="checkbox"/> 1634 VITAMINA B12
<input type="checkbox"/> 1518 APOLIPOPROTEÍNA B	<input type="checkbox"/> 1643 PREALBÚMINA
<input type="checkbox"/> 1594 HEMOGLOBINA GLICOSILADA	<input type="checkbox"/> 1581 EXAMEN GENERAL DE ORINA
<input type="checkbox"/> 1545 GLUCOSA POSPRANDIAL	<input type="checkbox"/> 1765 PÉPTIDO NATRIURÉTICO TIPO B (BNP)
<input type="checkbox"/> 1701 CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 2 HORAS	<input type="checkbox"/> 1601 PROTEÍNA C REACTIVA
<input type="checkbox"/> 1603 CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 3 HORAS	
<input type="checkbox"/> 1646 CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 5 HORAS	
<input type="checkbox"/> 1703 TAMÍZ METABÓLICO	
<input type="checkbox"/> 1550 INSULINA	
<input type="checkbox"/> 1525 CREATININA EN ORINA	
<input type="checkbox"/> 1526 CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS	

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

10.12 FORMATO DE SOLICITUD DE ESTUDIOS DE RADIOLOGÍA E IMAGEN

	<p>HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"</p> <p>SOLICITUD DE ESTUDIOS RADIOLOGÍA E IMAGEN</p>	<p>FECHA DE NACIMIENTO</p> <input style="width: 100%;" type="text"/>																					
		<p>NÚMERO DE EXPEDIENTE</p> <input style="width: 100%;" type="text"/>																					
IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td style="width: 33%;"><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td style="width: 33%;"><input style="width: 95%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">APELLIDO PATERNO</td> <td style="text-align: center;">MATERNO</td> <td style="text-align: center;">NOMBRE (S)</td> </tr> </table>			<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	APELLIDO PATERNO	MATERNO	NOMBRE (S)															
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>																					
APELLIDO PATERNO	MATERNO	NOMBRE (S)																					
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td style="width: 50%;"><input style="width: 95%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">EDAD</td> <td style="text-align: center;">No. DE CAMA</td> </tr> </table>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	EDAD	No. DE CAMA																	
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>																						
EDAD	No. DE CAMA																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%; text-align: center;"> <p>AREA</p> <p><input type="radio"/> C. E. <input type="radio"/> HOSP. <input type="radio"/> URG. <input type="radio"/> EXTERNO</p> </td> <td style="width: 20%; text-align: center;"> <p>SERVICIO</p> <input style="width: 95%;" type="text"/> </td> <td style="width: 40%; text-align: center;"> <p>SEXO</p> <p>MASC. <input type="radio"/> FEM. <input type="radio"/></p> </td> </tr> </table>		<p>AREA</p> <p><input type="radio"/> C. E. <input type="radio"/> HOSP. <input type="radio"/> URG. <input type="radio"/> EXTERNO</p>	<p>SERVICIO</p> <input style="width: 95%;" type="text"/>	<p>SEXO</p> <p>MASC. <input type="radio"/> FEM. <input type="radio"/></p>																			
<p>AREA</p> <p><input type="radio"/> C. E. <input type="radio"/> HOSP. <input type="radio"/> URG. <input type="radio"/> EXTERNO</p>	<p>SERVICIO</p> <input style="width: 95%;" type="text"/>	<p>SEXO</p> <p>MASC. <input type="radio"/> FEM. <input type="radio"/></p>																					
<p>ESTUDIO SOLICITADO (MARCAR CLAVE AL REVERSO)</p> <input style="width: 100%;" type="text"/>		<p>URGENTE</p> <p>SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/></p>																					
DATOS CLÍNICOS E IMPRESIÓN DIAGNOSTICA																							
<p>EN CASO DE QUE EL ESTUDIO SOLICITADO SEA TOMOGRAFÍA CONTRASTE ENDOVENOSO, ANOTAR EL VALOR DE CREATININA (VIGENCIA DEL ESTUDIO, DOS MESES)</p>																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">FECHA Y HORA DE SOLICITUD</td> </tr> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;">DIA</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">MES</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">HORA:</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> </table>		FECHA Y HORA DE SOLICITUD			DIA	MES	AÑO	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	HORA:			<input style="width: 100%;" type="text"/>			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">MÉDICO SOLICITANTE</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">MÉDICO JEFE DEL SERVICIO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">NOMBRE Y FIRMA</td> <td style="text-align: center;">NOMBRE Y FIRMA</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> </tr> </table>	MÉDICO SOLICITANTE	MÉDICO JEFE DEL SERVICIO	NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
FECHA Y HORA DE SOLICITUD																							
DIA	MES	AÑO																					
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>																					
HORA:																							
<input style="width: 100%;" type="text"/>																							
MÉDICO SOLICITANTE	MÉDICO JEFE DEL SERVICIO																						
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA																						
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>																						
OBSERVACIONES POR RADIOLOGÍA E IMAGEN																							
INDICACIONES AL PACIENTE																							



10.13 FORMATO DE SOLICITUD DE COMPONENTES SANGUÍNEOS A MEDICINA TRANSFUSIONAL



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 _____ Crio 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: Gesta _____ 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: _____

10.4 CONSENTIMIENTO INFORMADO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS A MEDICINA TRANSFUSIONAL



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



10.15 FORMATO DE 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: _____

06-02-2005 LIC. SANIT. 1014004673

10.16 FORMATOS DE PAGO DE URGENCIAS





Hospital General Dr. Manuel Gea González
DIVISIÓN DE URGENCIAS
VALORACIÓN INICIAL Y CONSULTA



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

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

CLAVE	PROCEDIMIENTO	CLAVE	PROCEDIMIENTO
1	Aparato de Yeso en Miembro Pélvico	5374	Aplicación de Hidrocortisona Succinato Sódico de 100mg
2	Aparato de Yeso Pelvi-Podálico	5375	Aplicación de Imipenem Y Cilastatina de 500mg
3	Aparato de Yeso Toraco-Braquial	5432	Aplicación de Teicoplanina de 400mg.
4	Colocación de sonda urinaria	5433	Aplicación de Tigeciclina 50mg
6	Curación	5434	Aplicación de Tramadol de 100mg.
7	Colocación de Catéter para Diálisis Peritoneal	5435	Aplicación de Tramadol de 300mg
8	Toma de Electrocardiograma	5436	Aplicación de Trimetropina C/Sulfabmetoxazol 1600mg/800mg
9	Sutura de Heridas	5437	Aplicación de Vancomicina 1g
11	Administración de soluciones	5438	Aplicación de Vancomicina 500mg
12	Colocación de sonda Nasogástrica		CLAVE HEMATOLOGÍA
15	Aparato de Yeso en miembro Torácico	1565	BIOMETRIA HEMÁTICA
16	Determinación de Glucosa en sangre capilar		CLAVE HEMOSTASIA
	CLAVE MEDICAMENTO	1607	TIEMPO DE PROTROMBINA
5305	Aplicación de Amikacina Sulfato de 100 mg	1608	TIEMPO DE TROMBINA
5306	Aplicación de Amikacina Sulfato de 500 mg	1609	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL
5307	Aplicación de Aminofilina 250 mg	1532	DÍMERO D
5309	Aplicación de Amoxicilina/Clavulanato 500mg/100mg		CLAVE BIOQUÍMICA
5311	Aplicación de Amoxicilina/Clavulanato 1000mg/200mg	1588	GLUCOSA
5312	Aplicación de Amoxicilina de 500mg	1600	BUN
5313	Aplicación de Ampicilina de 250mg	1572	CREATININA
5314	Aplicación de Ampicilina de 500mg	1605	SODIO
5315	Aplicación de Ampicilina Sódica 500 mg 2 ml	1648	POTASIO
5316	Aplicación de Astreonam de 1g	1570	CLORURO
5317	Aplicación de Benzilpenicilina Sódica 1,000,000 UI	1568	CALCIO
5318	Aplicación de Benzilpenicilina Sódica 5,000,000 UI	1586	FOSFORO
5319	Aplicación de Bumetanida 0.5mg	1599	MAGNESIO
5320	Aplicación de Buprenorfina 0.3mg	1563	BILIRRUBINA TOTAL
5321	Aplicación de Butilioscina Bromuro de 20mg	1564	BILIRRUBINA DIRECTA
5322	Aplicación de Butilioscina Bromuro de 40mg	1602	PROTEÍNAS TOTALES
5323	Aplicación de Cefalotina Sódica de 1 g	1503	ALBÚMINA
5324	Aplicación de Cefepime Clorhidrato 1g.	1553	ALT
5325	Aplicación de Cefotaxima de 1g.	1554	AST
5326	Aplicación de Cefazidima Pentahidratada 1g	1544	GGT
5327	Aplicación de Ceftriaxona de 500mg	1585	FOSFATASA ALCALINA
5328	Aplicación de Ceftriaxona Disódica 1 g	1576	LDH
5329	Aplicación de Cefuroxima de 750mg	1552	AMILASA
5331	Aplicación de Ciprofloxacino de 200mg/100mL	1615	LIPASA
5332	Aplicación de Claritromicina 500mg	1573	CK
5333	Aplicación de Clindamicina 75mg	1574	CK MB
5334	Aplicación de Clindamicina de 600mg.	1617	MIOGLOBINA
5335	Aplicación de Clindamicina Fosfato de 300 mg.	1631	TROPONINA
5336	Aplicación de Clonixinato de Lisina 100mg	1581	EXAMEN GENERAL DE ORINA
5337	Aplicación de Clorfenamina 10mg	1501	NIVELES DE ÁCIDO VALPRÓICO
5338	Aplicación de Clorhidrato de Amiodarona 300mg	1521	NIVELES DE CARBAMACEPINA
5339	Aplicación de Dexametasona Fosfato Sódico de 8mg	1531	NIVELES DE DIGOXINA
5340	Aplicación de Diazepam 10mg	1539	NIVELES DE FENITOÍNA
5341	Aplicación de Dicloxacilina 250mg. 5mL	1540	NIVELES DE FENOBARBITAL
5372	Aplicación de Hidralizina de 20mg		CLAVE INMUNOLOGÍA
5373	Aplicación de Hidrocortisona de 500mg. 5ml	1715	HORMONA GONADOTROFINA CORIÓNICA HUMANA β
5342	Aplicación de Dicloxacilina 500mg	1765	PEPTIDO NATRIURÉTICO TIPO B (BNP)
5343	Aplicación de Difendol Clorhidrato de 40mg	3204	GASOMETRIA
5344	Aplicación de Digoxina 0.5mg		

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 1 de 98

3. PROCEDIMIENTO DE HOSPITALIZACIÓN

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 2 de 98

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 La División de Áreas Críticas Pediátricas a través del Departamento de Terapia Intensiva pediátrica es responsable de dar atención a todo paciente que cuente de 0 a 15 años, 11 meses y 30 días de edad y no deberá ser derechohabiente de otra institución del sector salud.
- 3.2 El Departamento de Admisión y Archivo clínico es responsable de que el paciente cuente con número de registro y expediente clínico
- 3.3 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.
- 3.4 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica es responsable de la integración adecuada del expediente clínico de todo paciente internado, en coordinación estrecha con el personal médico.
- 3.5 El Departamento de Admisión y Archivo clínico es responsable del trámite de ingreso hospitalario del paciente del servicio de Urgencias.
- 3.6 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica es responsable de la vigilancia de la seguridad del paciente durante su estancia hospitalaria para evitar incidentes y/o accidentes y en su caso, reportará a la supervisora y documentará el incidente.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 3 de 98

- 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.


 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 4 de 98

- 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 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 PEDIATRÍA
	Procedimiento de Hospitalización Hoja: 5 de 98

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	

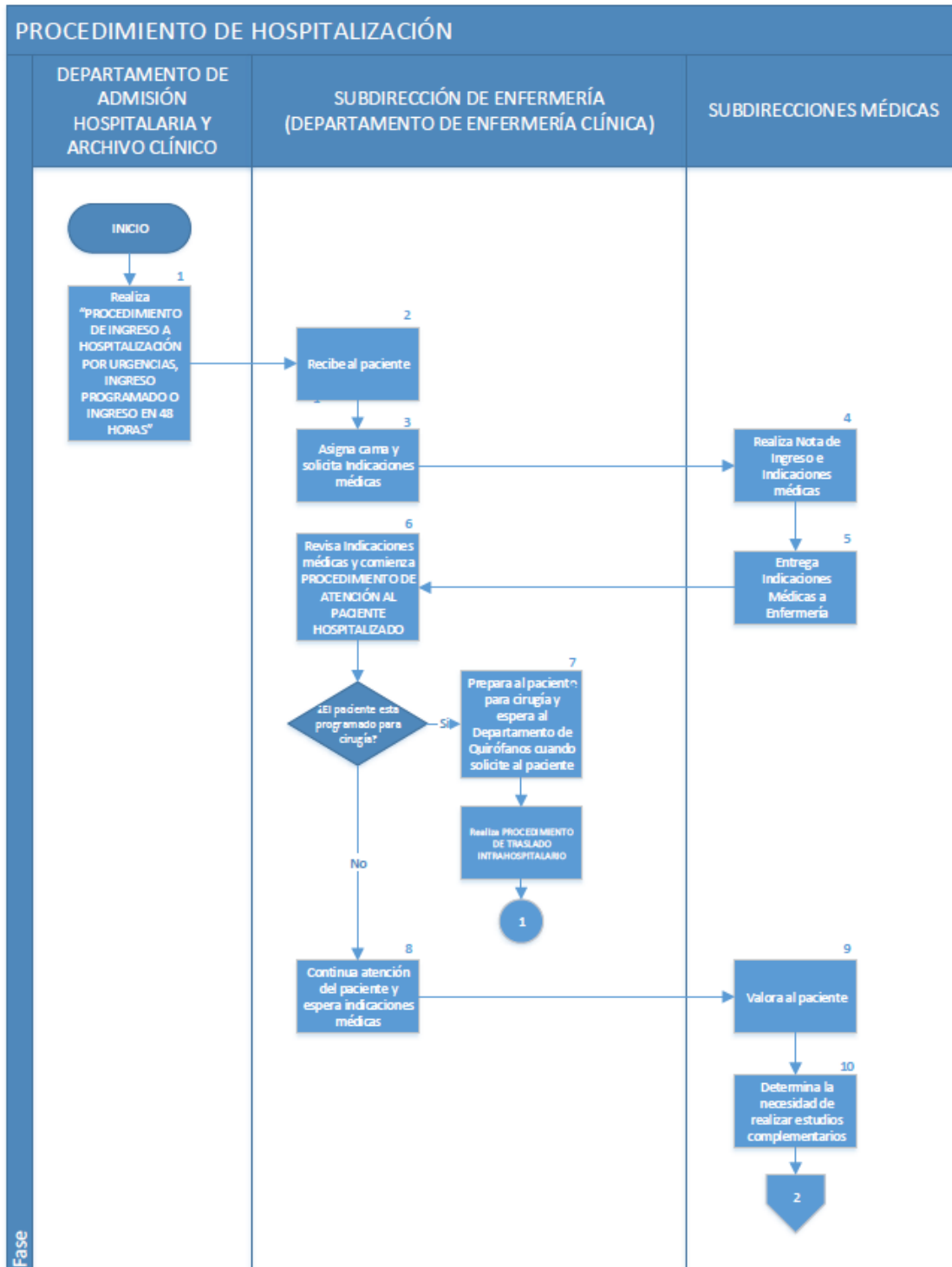
 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	PROCEDIMIENTO
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA
	Procedimiento de Hospitalización Hoja: 6 de 98

	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	
	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	
		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	Solicitud Interconsulta de
		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 Indicaciones médicas	
		Formato de Nota de evolución	

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	PROCEDIMIENTO
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA
	Procedimiento de Hospitalización Hoja: 7 de 98

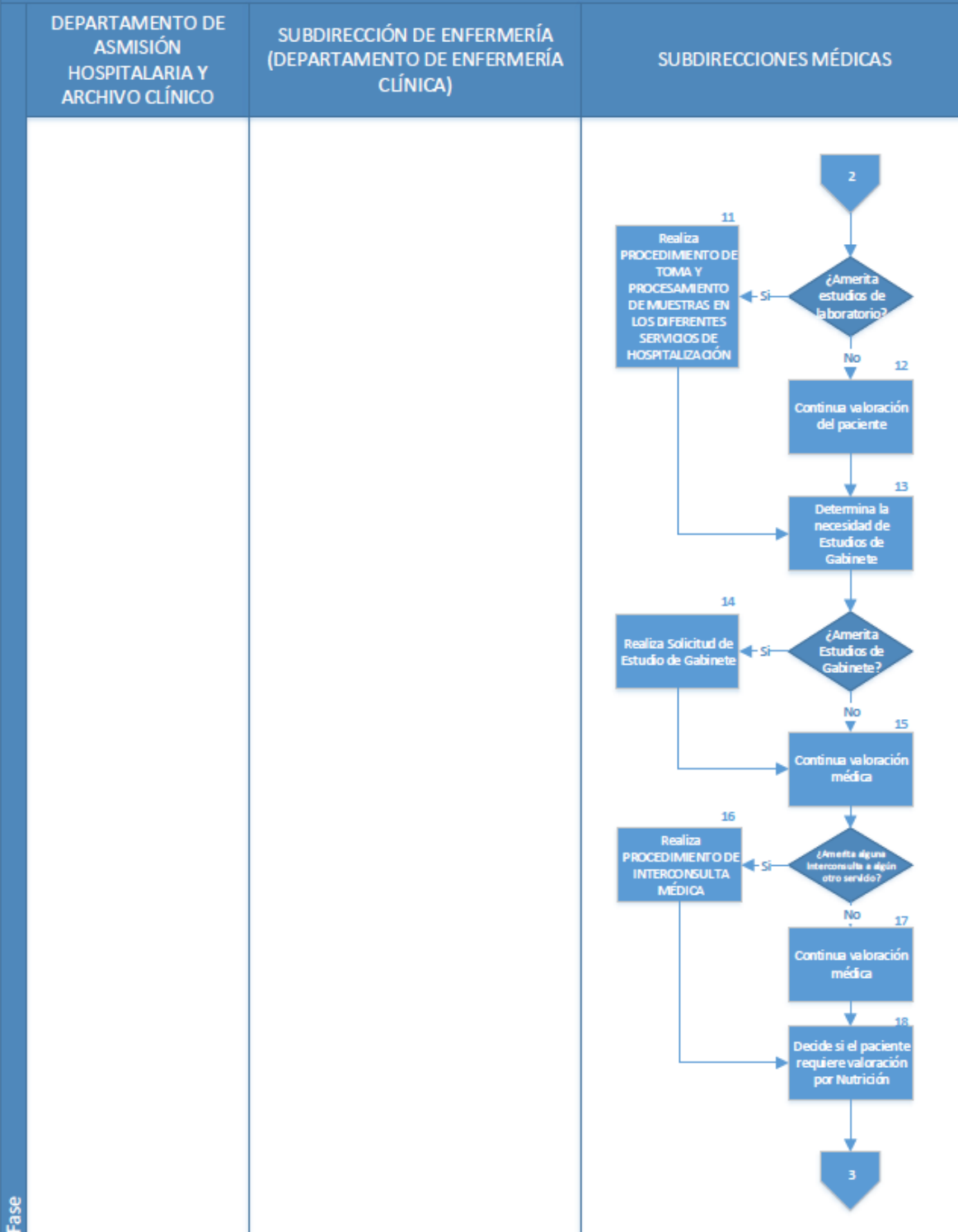
	21.	
	23	No: Continúa atención del paciente
	24	Espera resultados de laboratorio y gabinete, en caso necesario
	25	Determina la necesidad de realizar un Estudio complementario o Interconsulta e Institución de apoyo
		¿Amerita Estudio Complementario o Interconsulta en Institución de apoyo?
	26	Si: Realiza 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



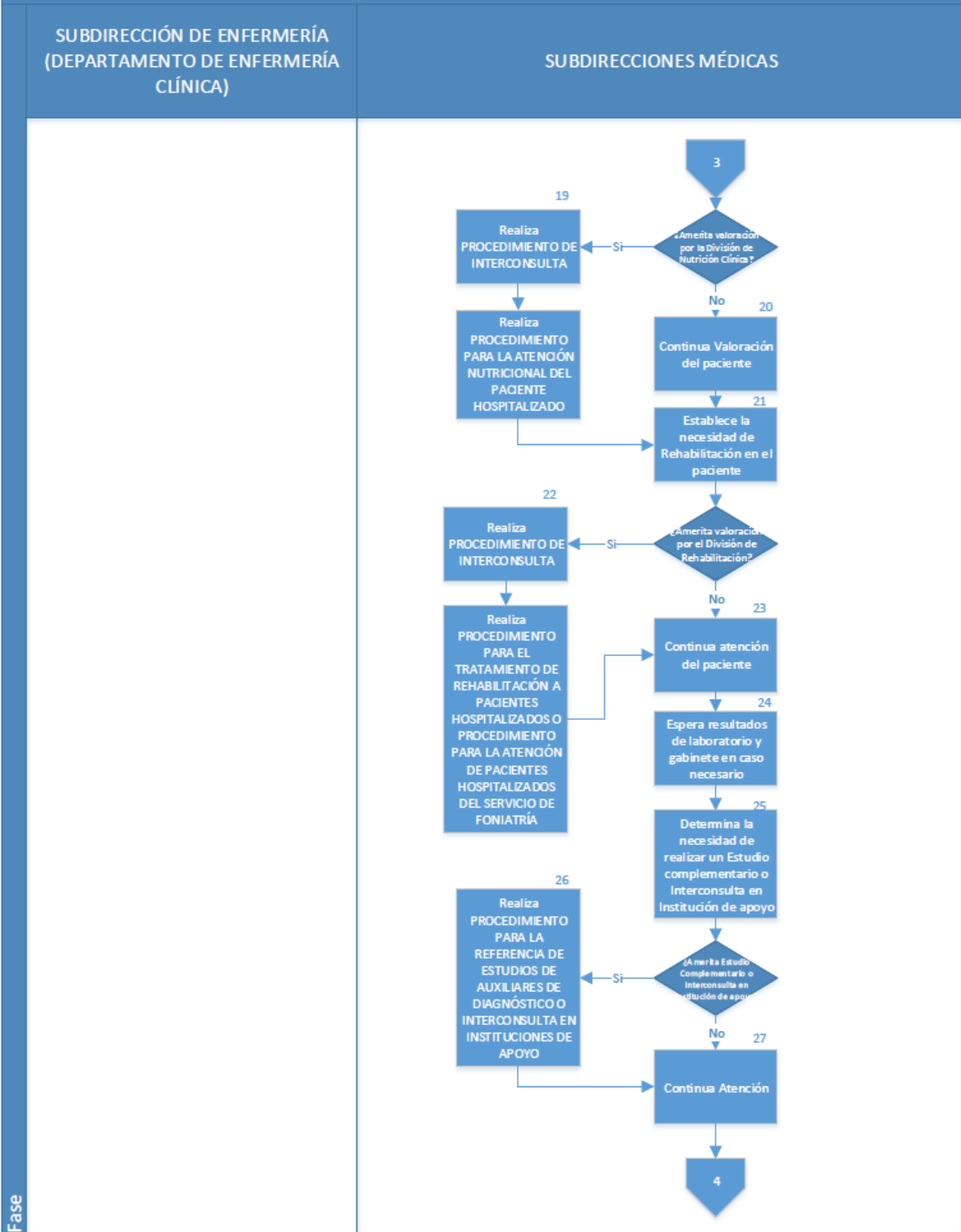


PROCEDIMIENTO DE HOSPITALIZACIÓN



Fase

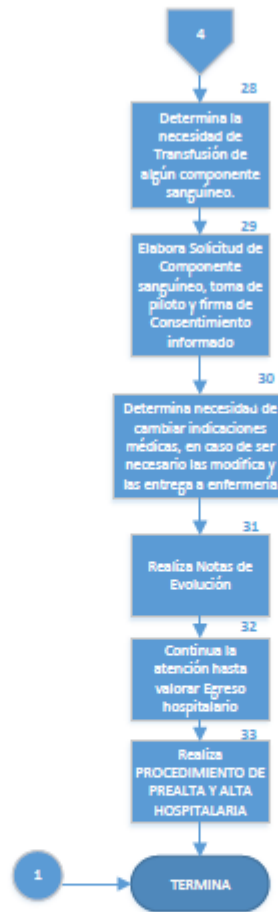
PROCEDIMIENTO DE HOSPITALIZACIÓN







PROCEDIMIENTO DE HOSPITALIZACIÓN

SUBDIRECCIONES MÉDICAS



 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 12 de 98

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 PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 13 de 98

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



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

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO



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

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

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

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 14 de 98

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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 15 de 98

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 PEDIATRÍA		Hoja: 16 de 98
	Procedimiento de Hospitalización		

10.2 SOLICITUD DE INGRESO HOSPITALARIO

HOSPITAL GENERAL
DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ



SOLICITUD DE INGRESO HOSPITALARIO

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

10.3 HISTORIA CLÍNICA



Hospital General Dr. Manuel Gea González
FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA

Especialidad _____ Fecha: _____ Hora: _____

Edad en años

FICHA DE IDENTIFICACION

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

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

Vivienda

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

Hábitos Higiénico Dietéticos

Alimentación: Adecuada Si No Higiene: Adecuada Si No

Perinatales (pacientes pediátricos)

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

Desarrollo Psicomotor (pacientes pediátricos)

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

Esquema de Inmunización

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

Otros: _____

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS



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

INTERROGATORIO: PACIENTE FAMILIAR OTRO

MOTIVO DE CONSULTA: _____

PADECIMIENTO ACTUAL: _____

HEREDO FAMILIARES:

Sistémicos:

D.M.: _____

HAS: _____

CA: _____

OTROS: _____

Oftalmológicos:

RETINOPATÍA: _____

GLAUCOMA: _____

CATARATA: _____

OTROS: _____

ANTECEDENTES PERSONALES:

Sistémicos:

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

CONTROL: _____

CÁNCER: _____

TRANSFUNCIONALES: _____

ALÉRGICOS: _____

QUIRÚRGICOS: _____

MEDICAMENTOS SISTÉMICOS: _____

HAS: _____ EVOLUCIÓN: _____

CONTROL: _____

CARDIOPATÍA: _____

ENF. ENDOCRINA: _____

ENF. NEUROLÓGICA: _____

AR: _____

INFECCIOSOS: _____

OTROS: _____

Oftalmológicos: ojo *Tiempo Evolución*

CATARATA: _____

GLAUCOMA: _____

RETINOPATÍA: _____

ESTRABISMO: _____

TRUMA: _____

OTROS: _____

LÁSER: _____

Procedimientos

Fecha

CIRUGÍAS: *Procedimientos* *Fecha*

Último examen oftalmológico

Medicamentos oftalmológicos



Hospital General Dr. Manuel Gea González
HISTORIA CLÍNICA PERINATAL SIMPLIFICADA

FECHA Y HORA DE ELABORACIÓN: _____

APELLIDOS Y NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO				No. HISTORIA CLÍNICA			
DOMICILIO		EDAD Años	ALFABETA	ESTUDIOS	AÑOS APROBADOS	ESTADO CIVIL		FUMA	
LOCALIDAD		Menor de 15 Mayor de 35	SI NO	Ning. Med. Prim. Sup.		Casado Unión Libre Sol. Otro		NO SI	Cuentos
ANTECEDENTES		PERSONALES	N/O SI	ABORTOS	VAGINALES		NAC. MUJEREN		ALGUN RN PESO
FAMILIARES		TBC		Analice el número de PARTOS	NAC. MUJERES		1a. Sem. MUJEREN		MINOS DE 2500g
Diabetes		Diabetes		GESTAS	NAC. MUJERTOS		después 1a. Sem.		NO SI
TAC pulmonar		Hipertensión crónica		Ninguna o más de 5 partos	Fecha de último parto o aborto		max. min.		NACIMIENTO CON MAYOR PESO
Cáncer		Cirugía pélvica-uterina							g
Gemelares		Inferilidad							
Otro		Otro							
EMBARAZO ACTUAL		EMBARAZO PREVI	ACTUAL	GRUPO	HOSPITALIZACIÓN EMBARAZO		TRASLADO		
Peso anterior Embarazo		NO SI	1° 2° 3°	Rh + -	NO SI		NO SI		
Talla (cm)		SI	MES GESTA	NO SI	Días		Días		
Kg									
EX. CLÍNICO NORMAL	EX. MAMAS NORMAL	EX. ODONTOL. NORMAL	PELVIS NORMAL	PREPANCLOAU CLASE I	EXPL. VAGINAL NORMAL	E.G.O. NORMAL	VORL.	Días	Hb
SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO		max	max
CONSULTA No. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10									
FECHA									
SEMANAS DE AMENORRHEA									
PESO (kg)									
TENSION ARTERIAL Mác. / Mín. (Mm Hg)									
ALT. UTER. / PRESENT. Pub. fondo / Cal. Pelv. Tr.									
FC / (aé / mín) / MOV. FETAL									
GANANCIA DE PESO NORMAL SI / NO									
ALTURA UTERINA NORMAL SI / NO									
PARTO / ABORTO		EDAD GESTA	TAMÑO FETAL ACORDE	INICIO	MEMBRANAS	Fecha ruptura	CEf.	PATOLOGIA EMBARAZO	
CONTROL PRENATAL MEMA UNIDAD		Semana Menor 37 42 y Más	SI NO	Exp. Ind.	Int. Rot.	Día Mes Año	Prelu. Tran.	<input type="checkbox"/> Embarazo Múltiple <input type="checkbox"/> Hipertensión previa <input type="checkbox"/> Preeclampsia <input type="checkbox"/> Edemata <input type="checkbox"/> Cardiopatía <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infección urinaria <input type="checkbox"/> Otras infecciones <input type="checkbox"/> Parasitosis <input type="checkbox"/> Amenaza o parto prematuro	
TERMINACION		Horas	Mes	Día	Mes	Año	PARTO PUERPERO		
Exp. Ces. Parto. Otras							<input type="checkbox"/> Desproporción cef. pelv. <input type="checkbox"/> Hemorragia 1er. trí. <input type="checkbox"/> Hemorragia 2° trí. <input type="checkbox"/> Hemorragia 3er. trí. <input type="checkbox"/> Anemia crónica <input type="checkbox"/> Ruptura prematura membr. <input type="checkbox"/> Infección puerperal <input type="checkbox"/> Hemorragia puerperal <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ninguna		
EPISIOTOMIA		ALUMB. ESP.	MUERTE FETAL	NIVEL DE ATENCIÓN					
NO SI		SI NO	NO SI Emb.	3° 2° 1° Dom. Otro	Atendido Médico Enf. Part. Ausd. Parto. Trasl. Otro				
Después SI NO		Placenta comp. SI NO	SI Parto Ignora No nacido	PARTO					
NEONATO		NEONATO							
RECIEN NACIDO		PESO AL NACER	EDAD POR Ex. FÍSICO	PESQ. G.	EX-FÍSICO INMEDIATO				
F. SEXO VIVO M.		SI NO	Menor de 37	Adec. Peg. Gr.	HS. O DIAS POST PARTO O ABORTO 12 Hrs. 24 Hrs. 1° Dic. TEMPERATURA PULS. (aé / mín) TENSION ARTERIAL Mác. Mín. (Mm Hg) INVOL. UTERINA CARACTERÍSTICAS DE LOQUEOS				
TALA		EX-NEUROL. PRE-ALTA	RITMOLÓGICAS		Egreso Materno Muerte Materna en Método de PP Ninguno				
PER. CEF.		Normal Anormal Dudoso	M. Hal. S. Asp. Hemorragia	Otras SOR. Apnea Infec. Neural	Seno Embarazo Condón de Liget. ure. Trompas				
RN CON LA MADRE		EGRESO RN	EDAD ALTA / TRASLADO	EDAD AL FALLECER	Mala Pecho. Mito. Rlmo. Con. Pat. Puerperio Otro				
SI NO		Seno Tneado Can. pat. Falloco	Día Hx.	Día Hx.	Alimento Pecho. Mito. Rlmo. Con. Pat. Puerperio Otro				

OBSERVACIONES



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA
Procedimiento de Hospitalización



Rev. 0

Hoja: 20 de 98

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:						
HDL: _____						
ANTROPOMÉTRICOS						
TALLA:	PE:	%PE:	PH:	%PIE:	PESO META:	
PESO						
IMC						
CINTURA						
CADERA						
GANANCIA DE PESO						
Peso perdido y						
%Peso perdido						
Otras (especiales)						
IMC pre gestacional						
EMBARAZO (SDG)						
Ganancia mínima						
Ganancia máxima						
P/E						
T/E						
P/T						
COMPOSICIÓN CORPORAL		%MASA GRASA		Agua corporal total		Grasa visceral



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 PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 24 de 98

10.6 SOLICITUD DE INTERCONSULTA

HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"



SOLICITUD DE INTERCONSULTA



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


<hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/> PROFESIONAL DE LA SALUD NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL		

LICENCIA SANITARIA 1014004673

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



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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 25 de 98

NOTA DE INTERCONSULTA	HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"	
SERVICIO: _____		
NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE: _____		FECHA DE NACIMIENTO: _____
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 PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 26 de 98

10.7 HOJA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA



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

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

TERAPÉUTICA EMPLEADA:	



IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:	

06-01-0039

 MÉDICO TRATANTE
 NOMBRE COMPLETO
 FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL

 JEFE DEL DEPARTAMENTO
 NOMBRE COMPLETO
 FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL

 DIRECTOR MÉDICO
 NOMBRE COMPLETO
 FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 27 de 98



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 PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 28 de 98

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: _____			
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"/> MANOMETRIA ANAL <input type="checkbox"/> OTRO: _____	
Motivo de Solicitud: _____ Diagnóstico Clínico: _____ Antecedentes de Importancia: _____ Cuadro Clínico: _____ _____ Laboratorios: _____ Estudios de Imagen: _____ Terapia Antibiótica: SI: _____ NO: <input type="checkbox"/> Terapia Anticoagulante: SI: _____ NO: <input type="checkbox"/> Alergias: SI: _____ NO: <input type="checkbox"/> Resultados Endoscópicos Previos (Fecha): _____			
REQUIERE VALORACIÓN CARDIOVASCULAR: SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>			
TIPO DE ANESTÉSIA: <input type="checkbox"/> Local. <input type="checkbox"/> Sedación Intravenosa <input type="checkbox"/> Sedación Nebulizada <input type="checkbox"/> Anestesia General AUTORIZACIÓN _____			
_____ NOMBRE FIRMA DEL MÉDICO RESPONSABLE		_____ NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO ADSCRITO	
(REGISTRO DE CAJA)			
ENDOSCOPIA			

06-01-0044

Licencia Sanitaria 1014004673



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 29 de 98

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 _____

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 30 de 98

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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 31 de 98



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 PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 32 de 98

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 PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 33 de 98

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

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

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

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

a).- Identificación de necesidades de educación:

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

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

Barreras para el aprendizaje:

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

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

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

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

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

Nombre y firma del paciente y/o familiar



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA
Procedimiento de Hospitalización



Rev. 0

Hoja: 35 de 98

10.14 HOJA DE HOSPITALIZACIÓN DE BIOESTADÍSTICA





SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

gea hospital
HOJA DE HOSPITALIZACIÓN
SINSA-SBUL-14-P-DG/S

CLUES: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] FOLIO: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

PACIENTE	NOMBRE: _____ Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
	C.U.R.P.: _____ Fecha de nacimiento (d/m/a)	
	FECHA DE NACIMIENTO: _____ Día Mes Año	
	ENTIDAD DE NACIMIENTO: _____ Municipio (o delegación de la entidad) Estado (Territorio)	
	NACIDO EN EL HOSPITAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SEXO: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino PESO: _____ kg TALLA: _____ cm ESTADO CONYUGAL: _____ (Menores de 3 meses)	
DOMICILIO	AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD: <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Cos. Estatal <input type="checkbox"/> Seguro privado <input type="checkbox"/> Seguro popular <input type="checkbox"/> Sin grupo <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> PROSPERA	
	NÚM. AFILIACIÓN: _____ GRATUIDAD: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Ninguno	
	¿SE CONSIDERA INDÍGENA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿CUAL? _____ <small>Las lenguas de Sa'ha que sean filio de alguna persona que se asuma indígena o hable alguna lengua indígena serán consideradas como tales.</small>	
	TIPO DE LA INVALIDAD: _____ NOMBRE DE LA INVALIDAD: _____ NÚM. EXT.: _____ NÚM. INT.: _____	
	TIPO DE ASENTAMIENTO HUMANO: _____ NOMBRE DE ASENTAMIENTO HUMANO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____ LOCALIDAD: _____ MUNICIPIO O CALDIA: _____ ENTIDAD FEDERATIVA/PÍS.: _____ TELÉFONO: _____	
ESTANCIA	INGRESO: _____ TIPO DE SERVICIO: _____ Día Mes Año HOSPITALIZACIÓN (NORMAL) <input type="checkbox"/> DE INGRESO: _____	
	EGRESO: _____ CORTA ESTANCIA <input type="checkbox"/> DE EGRESO: _____ Día Mes Año	
	PROCEDENCIA: <input type="checkbox"/> Consultorio externo <input type="checkbox"/> Operación <input type="checkbox"/> Retiro de _____ <input type="checkbox"/> Curso postgrado <input type="checkbox"/> Otro: _____ Unidad Médica Expedir CLUES	
	MOTIVO DEL EGRESO: _____ <input type="checkbox"/> Cuadro <input type="checkbox"/> Mejoría <input type="checkbox"/> Voluntario <input type="checkbox"/> Transferido a otra Unidad Médica: _____ Especificar CLUES	
	<input type="checkbox"/> Retiro de MINISTERO PÚBLICO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO FOLIO DE CERTIFICADO: _____ <input type="checkbox"/> Fuga <input type="checkbox"/> Otro motivo: _____ Especifique	
COMPLEJIDADES	MÚLTIPLE EN UNIDAD PERINATAL: <input type="checkbox"/> Faldismo <input type="checkbox"/> Preeclampsia (de 0 a 49 días después del parto) <input type="checkbox"/> No estaba embarazada ni en el parto	
	AFECIONES TRATADAS (DIAGNÓSTICOS FINALES AL EGRESO)	
	AFECCIÓN PRINCIPAL: _____ CÓDIGO ICF: _____ <input type="checkbox"/> Primera vez <input type="checkbox"/> Subsecuente	
	RESOLUCIÓN A RP: _____ Código adicional: _____ Solo para tumores: _____	
	CAUSA EXTERNA (Especifique los acontecimientos, circunstancias y condiciones que causan la lesión): _____ COMPLICACIONES: _____	
ATENCIÓN OBSTÉTRICA	INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS, TERAPÉUTICOS Y QUIRÚRGICOS: En qué apartado se debió registrar (dejarlo en blanco para procedimientos no clasificados en ninguno de los apartados) 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____	
	ANESTESIA QUIRÓFANO CURP/ICD MEDICO CÓDIGO ICF-9 ICM TIPO DENTRO FUERA PUNTO SÍ DEL PROCEDIMIENTO	
	TIPO DE ANESTESIA: <input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> Sedación <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Combinada <input type="checkbox"/> No usó	
	VIOLENCIA Y/O LESIÓN: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO FOLIO DE LA HOJA DE LESIONES: _____	
HISTORIA GINECOOBSTÉTRICA	HISTORIA GINECOOBSTÉTRICA: Gestos <input type="checkbox"/> Abortos <input type="checkbox"/> Partos <input type="checkbox"/> Cesáreas <input type="checkbox"/> PP	
	EDAD GESTACIONAL: _____ ¿EXTRACCIÓN O EXPULSIÓN? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	TIPO DE ATENCIÓN: <input type="checkbox"/> Atención <input type="checkbox"/> Parto PRODUCTO DE UN EMBARAZO: <input type="checkbox"/> Único <input type="checkbox"/> Secundario <input type="checkbox"/> Tercer o más	
	TIPO DE PARTO: <input type="checkbox"/> Céfalo <input type="checkbox"/> Gineco vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea	
	CONDICIÓN AL NACIMIENTO CONDICIÓN DEL NAZARO VITAL AL NACER (LAMBDA) MUESTRO INDICAR FOLIOS DE CERTIFICADOS (NACIMIENTO, DEFUNCIÓN O MUERTE FETAL, SEGÚN SE APLIQUE) PARA TODO NACIDO VIVO	
MUESTRO FETAL NACIDO VIVO ALTA CON LAMBRADO HOSPITALIZADO OVN APGAR A LOS 5 MIN. REANIMACIÓN NEONATAL AVANZADA AJUSTAMIENTO CONJUNTO LACTANCIA EXCLUSIVA		
DATOS DE LOS PRODUCTOS		
TIPO DE UNIDAD: <input type="checkbox"/> Sinexas		
HOSPITAL CONTINUO: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Postoperatorio <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Postquirúrgico <input type="checkbox"/> Unidad de diagnóstico <input type="checkbox"/> Villa postoperatorio <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No especificado		
HOSPITAL PARCIAL: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Noche <input type="checkbox"/> Fin de semana <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> No especificado		
UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS: <input type="checkbox"/>		
PROFESIONAL DE LA SALUD RESPONSABLE:		
NOMBRE: _____ Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		
C.U.R.P.: _____ CÉDULA PROFESIONAL: _____ FIRMA: _____		

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 36 de 98

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
SECRETARÍA DE SALUD

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA
Procedimiento de Hospitalización



Rev. 0
Hoja: 37 de 98

10.16 NOTA DE EGRESO HOSPITALARIO

NOTA DE EGRESO HOSPITALARIO

HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"



SERVICIO:



NOMBRE COMPLETO DEL (LA) PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ No. EXP.: _____


SIGNOS VITALES: T.A. _____ F.C. _____ FR _____ TEMP.: _____ PESO: _____ TALLA: _____



FECHA Y HORA DE ELABORACIÓN: _____

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 PSICOACTIVAS):
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:

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 39 de 98

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 PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 40 de 98

10.19 SOLICITUD DE COMPONENTES SANGUINEOS



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

Fecha: _____

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

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

Diagnóstico: _____ Tipo de Solicitud: ORD _____ URG _____

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

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

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

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

Medicamentos que se le están administrando al paciente: _____

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

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

Observaciones: _____

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

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

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

10.20 HOJA DE CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS

CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS CAMBIO DE SERVICIO 2 Ó MÉDICO RESPONSABLE					
MEMBRE DEL SERVICIO 2 (O NUEVO MÉDICO RESPONSABLE) (FECHA DE INGRESO)	DIAZEPAM (FECHA DE INGRESO SERVICIO 2)	CONTINUA CON EL SERVICIO DE MEDICAMENTOS DEL SERVICIO DE INGRESO	NOMBRE COMPLETO DE QUIÉN REALIZÓ LA SIGUIENTE CONCILIACIÓN (FIRMA/CI/D. PROF.)		
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
EN CASO DE SUSPENCIÓN AJUSTAR MEDICAMENTO DE CONCILIACIÓN DE SERVICIO 2 INDICAR EL NOMBRE DE EL (LOS) MEDICAMENTO(S)					
EN CASO DE CAMBIO DE ESQUEMA O AGREGAR MEDICAMENTOS PARA CONCILIACIÓN ANOTARLO ABAJO					
FECHA	MEDICAMENTO(S) (Ejemplo: Aspirina, Vitamina, producto biológico)	DOSES	INTERVALO DE ADMINISTRACIÓN	VÍA	NOMBRE COMPLETO DE QUIÉN REALIZÓ LA CONCILIACIÓN (FIRMA/CI/D. PROF.)
DIRECCIONES DEL PERSONAL DE SALUD					
CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS CAMBIO DE SERVICIO 3 Ó MÉDICO RESPONSABLE					
MEMBRE DEL SERVICIO 3 (O NUEVO MÉDICO RESPONSABLE) (FECHA DE INGRESO)	DIAZEPAM (FECHA DE INGRESO SERVICIO 3)	CONTINUA CON LA CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS DEL SERVICIO DE INGRESO	NOMBRE COMPLETO DE QUIÉN REALIZÓ LA SIGUIENTE CONCILIACIÓN (FIRMA/CI/D. PROF.)		
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
EN CASO DE SUSPENCIÓN AJUSTAR MEDICAMENTO DE CONCILIACIÓN DE SERVICIO 3 INDICAR EL NOMBRE DE EL (LOS) MEDICAMENTO(S)					
EN CASO DE CAMBIO DE ESQUEMA O AGREGAR MEDICAMENTOS PARA CONCILIACIÓN ANOTARLO ABAJO					
FECHA	MEDICAMENTO(S) (Ejemplo: Aspirina, Vitamina, producto biológico)	DOSES	INTERVALO DE ADMINISTRACIÓN	VÍA	NOMBRE COMPLETO DE QUIÉN REALIZÓ LA CONCILIACIÓN (FIRMA/CI/D. PROF.)
DIRECCIONES DEL PERSONAL DE SALUD					
Conciliación de Esquema					
Indicaciones específicas al área del paciente (Incluir los medicamentos con los que se está de acuerdo, tiempo por el cual deben tomarse y especificar si es en el momento de ingreso o de salida, como por ejemplo: antiepilepticos, antihipertensivos, etc.)					
NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO QUE REALIZA LA CONCILIACIÓN DEL ESQUEMA					



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"/> 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 MICROALBÚMINA EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1532 DÍMERO D	<input type="checkbox"/> 1563 BILIRRUBINA TOTAL
<input type="checkbox"/> 1682 PROTEÍNA S	<input type="checkbox"/> 1564 BILIRRUBINA DIRECTA
<input type="checkbox"/> 1681 PROTEÍNA C CLOT	<input type="checkbox"/> 1602 PROTEÍNAS TOTALES
<input type="checkbox"/> 1660 ANTICUAGULANTE LÚPICO TAMIZAJE	<input type="checkbox"/> 1503 ALBÚMINA
<input type="checkbox"/> 1661 ANTICUAGULANTE LÚPICO CONFIRMATORIO	<input type="checkbox"/> 1553 ALT
<input type="checkbox"/> 1677 FACTOR DE VON WILLEBRAND	<input type="checkbox"/> 1554 AST
<input type="checkbox"/> 1670 CUANTIFICACIÓN DE FACTOR VII	<input type="checkbox"/> 1544 GGT
<input type="checkbox"/> 1671 CUANTIFICACIÓN DE FACTOR VIII	<input type="checkbox"/> 1585 FOSFATASA ALCALINA
BIOQUÍMICA	
<input type="checkbox"/> 1588 GLUCOSA	<input type="checkbox"/> 1576 LDH
<input type="checkbox"/> 1600 BUN	<input type="checkbox"/> 1552 AMILASA
<input type="checkbox"/> 1572 CREATININA	<input type="checkbox"/> 1615 LIPASA
<input type="checkbox"/> 1636 ÁCIDO ÚRICO	<input type="checkbox"/> 1659 AMONIO
<input type="checkbox"/> 1605 SODIO	<input type="checkbox"/> 1573 CK
<input type="checkbox"/> 1648 POTASIO	<input type="checkbox"/> 1574 CK MB
<input type="checkbox"/> 1570 CLORURO	<input type="checkbox"/> 1617 MIOGLOBINA
<input type="checkbox"/> 1568 CALCIO	<input type="checkbox"/> 1631 TROPONINA
<input type="checkbox"/> 1586 FÓSFORO	<input type="checkbox"/> 1522 CINÉTICA DE HIERRO
<input type="checkbox"/> 1599 MAGNESIO	<input type="checkbox"/> 1541 FERRITINA
<input type="checkbox"/> 1571 COLESTEROL TOTAL	<input type="checkbox"/> 1611 TRANSFERRINA
<input type="checkbox"/> 1524 COLESTEROL HDL	<input type="checkbox"/> 1590 HAPTOGLOBINA
<input type="checkbox"/> 1630 TRIGLICERIDOS	<input type="checkbox"/> 1542 FOLATOS
<input type="checkbox"/> 1517 APOLIPOPROTEÍNA A	<input type="checkbox"/> 1634 VITAMINA B12
<input type="checkbox"/> 1518 APOLIPOPROTEÍNA B	<input type="checkbox"/> 1643 PREALBÚMINA
<input type="checkbox"/> 1594 HEMOGLOBINA GLICOSILADA	<input type="checkbox"/> 1581 EXAMEN GENERAL DE ORINA
<input type="checkbox"/> 1545 GLUCOSA POSPRANDIAL	<input type="checkbox"/> 1765 PÉPTIDO NATRIURÉTICO TIPO B (BNP)
<input type="checkbox"/> 1701 CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 2 HORAS	<input type="checkbox"/> 1601 PROTEÍNA C REACTIVA
<input type="checkbox"/> 1603 CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 3 HORAS	
<input type="checkbox"/> 1646 CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 5 HORAS	
<input type="checkbox"/> 1703 TAMÍZ METABÓLICO	
<input type="checkbox"/> 1550 INSULINA	
<input type="checkbox"/> 1525 CREATININA EN ORINA	
<input type="checkbox"/> 1526 CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS	

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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 43 de 98

10.22 SOLICITUD DE GABINETE

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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 44 de 98

10.23 SOLICITUD DE ESTUDIO DE PATOLOGÍA



HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"



DIVISIÓN DE ANATOMÍA PATOLÓGICA
SOLICITUD DE ESTUDIO BIOPSIAS Y PIEZAS QUIRÚRGICAS

BIOPSIA No. _____

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

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

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

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

PIEZA OPERATORIA ENVIADA:



DATOS CLÍNICOS:

DIAGNÓSTICO DE PRESUNCIÓN:

OBSERVACIONES:

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

No. LICENCIA SANITARIA: 101404673

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 45 de 98

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-02-0085 LIC. SANIT. 101400MGT3

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 46 de 98

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


 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 47 de 98



10.26 CONSENTIMIENTO INDORMADO 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 efectiva y menos riesgoso que puede aplicar endoscópicamente para el tratamiento de las vórices, las complicaciones son: hemorragia, perforación y estrechamiento cuando hay cicatrización de las vórices. Todas ellas son muy raras y generalmente no ocasionan la muerte. Inmediatamente después del procedimiento puede haber dolor en el pecho que generalmente es leve y desaparece pronto. Es probable que pueda existir hemorragia a pesar del tratamiento, hasta que las vórices no desaparezcan, lo cual sucede después de más de dos procedimientos.</p> <p>Los riesgos del procedimiento cuando se realiza con fines de diagnóstico son muy pocos: alergia o reacción de la anestesia o sedación, hemorragia o aún más raramente perforación. Cuando además se realizan maniobras de tratamiento, como inyección de una úlcera o dilatación de estenosis, los riesgos aumentan. Aunque siguen siendo poco frecuentes y son básicamente los mismos: hemorragia y perforación. Cuando se presenta alguna de estas complicaciones, puede ser necesario operar de emergencia en algunos casos. Puede existir aspiración del contenido gástrico. La muerte es excepcional.</p>			
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 PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 48 de 98

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 producen la muerte.</p>		
REQUIERE VALORACIÓN CARDIOVASCULAR: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
TIPO DE ANESTESIA: SEDACIÓN <input type="checkbox"/> ANESTESIA GENERAL <input type="checkbox"/>		
Una vez leído, comprendido y aclarado lo antes expuesto: Yo _____ autorizo al HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ", S.S.A. para que me practique el estudio llamado _____ y cualquier medida endoscópica necesaria de laboratorio, gabinete y/o quirúrgica que fuese necesaria. México, CDMX, a ____ de _____ del año ____		
NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE		NOMBRE Y FIRMA TESTIGO 1
NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO		NOMBRE Y FIRMA TESTIGO 2

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 49 de 98

10.28 HOJA DE PROGRAMACIÓN Y REGISTRO INDIVIDUAL DE PACIENTES





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

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

06-01-0028

LICENCIA SANITARIA 1014004673

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 50 de 98





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

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

06-01-0028

LICENCIA SANITARIA 1014004673

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 51 de 98

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: _____

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:

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 52 de 98

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 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. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		Hoja: 53 de 98
	Procedimiento de Hospitalización		

10.30 NOTA POSTOPERATORIA

NOTA POSTOPERATORIA	HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
SERVICIO:	



DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO:
OPERACIÓN PLANEADA:
OPERACIÓN REALIZADA:
DIAGNÓSTICO POSTOPERATORIO:
DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA:
HALLAZGOS TRANSOPERATORIOS:
SE REALIZA CONTEO DE GASAS, COMPRESAS Y DE INSTRUMENTAL ANTES DE INICIAR LA CIRUGIA Y/O PROCEDIMIENTO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
REPORTE DEL CONTEO DE GASAS, COMPRESAS Y DE INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO ANTES DE CERRAR PLANOS ANATÓMICOS Y/O ANTES DEL TÉRMINO DEL PROCEDIMIENTO.
CUENTA COMPLETA DE GASAS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
CUENTA COMPLETA DE COMPRESAS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
CUENTA COMPLETA DE INSTRUMENTAL: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
OBSERVACIONES:

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 54 de 98

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 DII MEDIANO
 DII DE UN MINUTO CÍRCULO COMPLETO

Prioridad: Urgente Normal

MEDICO SOLICITANTE

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CEDULA DEL MEDICO RESPONSABLE DEL AREA

AV-290 Licencia sanitaria 101400673

10.32 HOJA CUMPLE-ADELANTE



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

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

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

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

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

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



10.33 HOJA DE TRASLADO

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

Nombre completo del paciente: _____	Fecha de Nacimiento: _____	No. de Expediente: _____	Salida
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
Inhaloterapia verifica la Ventilación mecánica			
Personal de enfermería y médico verifican la			
Inmovilización de paciente por trauma			
Inmovilización de paciente por traslado			
Enfermería verifica el Tanque de Oxígeno			
Enfermería verifica el Acceso Venoso:			
Enfermería verifica la Bomba de Infusión			
Enfermería verifica la Infusión de Aminas			
Enfermería y Médico verifican la Sedación/Neopneum			
Enfermería verifica el Monitor de Signos Vitales			
Enfermería verifica el Cómputo de Pulso			
Enfermería verifica el Molete de Traslado*			
Expediente Clínico			
Consejo médico informado			
Solicitud Completa			
Ayuda			
Médico			
Enfermera			
Inhaloterapeuta			
Camillero			

*Paciente con categoría 2 y 3, obligatorio "Molete 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	
Intra-hospitalario	<input type="checkbox"/>
Extra-hospitalario	<input type="checkbox"/>
Camilla	<input type="checkbox"/>
Silla de Ruedas	<input type="checkbox"/>
Motivo de Traslado	
Interconsulta	<input type="checkbox"/>
Procedimiento	<input type="checkbox"/>
Estudio	<input type="checkbox"/>
Quirófano	<input type="checkbox"/>
Hospitalización	<input type="checkbox"/>
Riesgo de Caída	
Alto Riesgo	<input type="checkbox"/>
Medio Riesgo	<input type="checkbox"/>
Bajo Riesgo	<input type="checkbox"/>

Regreso

Hora de Regreso al Servicio: _____

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 57 de 98

10.34 CLAVES DE HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGÍA



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

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Fecha: _____ Número de registro: _____ Edad: _____



Sexo: _____ Servicio Solicitante: _____

Diagnóstico: _____

Procedimiento Quirúrgico: _____

CLAVE	SERVICIO	DÍAS DE ESTANCIA	DONADORES
<input type="checkbox"/> 900	Biopsia de Órganos Pelvicos	0	0
<input type="checkbox"/> 902	Operación Cesárea Cirugía Menor (Manipulación, fibroadenomas, con o sin ome) , aspiración manual de endometrio, resección de quistes, y otros procedimientos de complejidad similar)	4	2
<input type="checkbox"/> 903		0	0
<input type="checkbox"/> 905	Histerectomía Laparoscópica	3	2
<input type="checkbox"/> 907	Histerectomía Total por Vía Abdominal	3	2
<input type="checkbox"/> 908	Histerectomía Total por Vía Vaginal	3	2
<input type="checkbox"/> 704	Laparoscopia Diagnóstica/terapéutica	4	2
<input type="checkbox"/> 912	Laparotomía Exploradora	3	2
<input type="checkbox"/> 916	Ligadura uterina Instrumentado	2	2
<input type="checkbox"/> 918	Mastectomía Simple Unilateral por Gigantismo	3	2
<input type="checkbox"/> 919	Mastectomía	3	2
<input type="checkbox"/> 920	Ooforectomía	3	2
<input type="checkbox"/> 921	Atención de Parto	2	2
<input type="checkbox"/> 923	Plastia Tubaria	3	2
<input type="checkbox"/> 927	Histeroscopia quirúrgica (con o sin estancia)	0	0
<input type="checkbox"/> 928	Histeroscopia sin con sultorio (diagnóstica, biopsia, terapéutica)	0	0
<input type="checkbox"/> 929	Histerectomía Obstétrica	5	2
<input type="checkbox"/> 930	Urodinámia	0	0
<input type="checkbox"/> 931	Electroestimulación	0	0
<input type="checkbox"/> 932	Sacrocistopexia	2	2
<input type="checkbox"/> 933	Colocación de Cinturón para incontinencia	0	0
<input checked="" type="checkbox"/> 711	Cirugía Robótica	5	2
<input type="checkbox"/> 150	Hospitalización Cuota Diaria		
<input type="checkbox"/> 208	Otros tratamientos de Terapia Intensiva (Cuota Diaria)		

Nombre y Firma del Médico Responsable: _____

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 58 de 98

10.35 REPORTE DE APLICACIÓN DE TOXINA BOTULINICA



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

REPORTE DE APLICACIÓN DE TOXINA BOTULINICA

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

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

OJO DERECHO

OJO IZQUIERDO

UNIDADES UI: _____
COMENTARIO



 NOMBRE COMPLETO Y CÉDULA PROFESIONAL
 QUE REALIZA LA INTERPRETACIÓN

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

LICENCIA SANITARIA 1014004673

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

LICENCIA SANITARIA 1014004673

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 59 de 98

10.36 SOLICITUD DE APLICACIÓN DE TOXINA BOTULINICA



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

SOLICITUD DE APLICACIÓN DE TOXINA BOTULINICA



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

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
DEL MÉDICO SOLICITANTE

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

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

LICENCIA SANITARIA 1014004673

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 60 de 98

10.37 REPORTE DE MICROSCOPIA ESPECULAR



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

REPOORTE DE MICROSCOPIA ESPECULAR

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

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



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

COMENTARIO: _____

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

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

LICENCIA SANITARIA 1014004673

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 61 de 98

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 PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 62 de 98

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: _____

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 63 de 98

10.40 SOLICITUD DE CURVA HORARIA



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



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

SOLICITUD DE CURVA HORARIA

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

 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
 DEL MÉDICO SOLICITANTE

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 64 de 98

10.41 REPORTE DE ESTUDIO FLUORANGIOGRÁFICO



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

REPORTE DE ESTUDIO FLUORANGIOGRÁFICO

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

NOMBRE COMPLETO: _____ No. EXPEDIENTE: _____

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

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

FRECUENCIA RESPIRATORIA: _____ TEMPERATURA: _____ PESO: _____

TALLA: _____

FOTOGRAFÍA DE FONDO DE OJO:

OJO DERECHO:



OJO IZQUIERDO:

FLUORANGIOGRAFIA:

OJO DERECHO:

OJO IZQUIERDO:

COMENTARIO:

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 65 de 98

10.42 SOLICITUD DE FLUORANGIOGRAFÍA



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

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
 QUE REALIZA LA INTERPRETACIÓN

SOLICITUD DE FLUORANGIOGRAFÍA



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

 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
 DEL MÉDICO SOLICITANTE

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

Calzada de Tlalpan 4890, cd. Sección XVI, Delegación Tlalpan, C.P. 14080, México, D.F. Tel. 40033205

LICENCIA SANITARIA 1014004673

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 67 de 98

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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		Hoja: 69 de 98
	Procedimiento de Hospitalización		

10.46 REPORTE DE CAMPOS VISUALES



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

REPORTE DE CAMPOS VISUALES

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

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



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

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

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

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

LICENCIA SANITARIA 1014004673

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 70 de 98

10.47 SOLICITUD DE LASER



HOSPITAL GENEI
"DR. MANUEL GEA GONZÁL
DIVISIÓN DE OFTALMOLO

SOLICITUD DE LÁSER

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

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
DEL MÉDICO SOLICITANTE

REPORTE DE LASER

REPORTE DE LÁSER

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

PARAMETROS DE LASER

	Ojo izquierdo	Ojo izquierdo
Disparos		
Podex		
Tiempo		
Spot		

OBSERVACIONES: _____ _____ _____

Tratamiento: _____

Pronóstico: _____
Próxima cita: _____

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

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

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

LICENCIA SANITARIA 1014004673

10.48 REPORTE DE OCT DE RETINA



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

REPORTE DE OCT DE RETINA

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

NOMBRE COMPLETO: _____ No. EXPEDIENTE: _____

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

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

FRECUENCIA RESPIRATORIA: _____ TEMPERATURA: _____ PESO: _____

TALLA: _____

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



IMPRESIÓN DIAGNOSTICA: _____

COMENTARIO: _____

 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
 DEL MEDICO SOLICITANTE

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

LICENCIA SANITARIA 1014004573

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 72 de 98

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 CÉDULA PROFESIONAL
 QUE REALIZA LA INTERPRETACIÓN

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 73 de 98

10.50 SOLICITUD DE OCT DE GLAUCOMA



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

SOLICITUD DE OCT DE GLAUCOMA

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

 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
 DEL MÉDICO SOLICITANTE

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

10.51 REPORTE DE ULTRASONIDO



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

REPORTE DE ULTRASONIDO

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

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

QUERATOMETRO



TOPOGRAFÍA

OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
Longitud Axial: _____	Longitud Axial: _____
Queratometrías: _____	Queratometrías: _____
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: _____

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 75 de 98

10.52 SOLICITUD DE ULTRASONIDO



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



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

SOLICITUD DE ULTRASONIDO

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

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
DEL MÉDICO SOLICITANTE

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 76 de 98

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
OJO IZQUIERDO
COMENTARIO

 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
 QUE REALIZA LA INTERPRETACIÓN

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

LICENCIA SANITARIA 1014004673

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 77 de 98

10.54 SOLICITUD DE TOPOGRAFÍA CORNEAL



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

SOLICITUD DE TOPOGRAFÍA CORNEAL

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

 NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
 DEL MÉDICO SOLICITANTE

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

10.55 TAMIZAJE NUTRICIONAL GEA GINECOBSTERICIA



TAMIZAJE NUTRICIONAL GEA GINECOBSTERICIA

Fecha: _____ Hora: _____ Cama _____ Registro _____
 Servicio: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Paciente: _____ Edad: _____ años
 Semanas de gestación (embarazadas): _____ Peso pregestacional (kg) _____
 Talla: _____ m. IMC pregestacional (kg/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/m ²)	Riesgo por obesidad	Orientación nutricional antes de egreso

Elaboró: _____
Nombre completo, Cédula y Firma



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>Politraumatizado</td> </tr> <tr> <td>Bronquiolitis,</td> <td>Sepsis</td> </tr> <tr> <td>Gastroenteritis</td> <td>Pancreatitis severa</td> </tr> <tr> <td>Otras Infecciones leves</td> <td>Múltiples úlceras por presión</td> </tr> <tr> <td>Úlceras por presión</td> <td>Enfermedad crónica con deterioro agudo</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Neoplasias</td> </tr> <tr> <td></td> <td>SIDA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Hipertiroidismo</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Fibrosis quística</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Enfermedad de células falciformes</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Enfermedades Hematológicas</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Depresión mayor</td> </tr> </tbody> </table>	GRADO 1	GRADO 2	Cirugía menor	Cirugía mayor	Cirugía laparoscópica	Falla orgánica múltiple	Fractura	Politraumatizado	Bronquiolitis,	Sepsis	Gastroenteritis	Pancreatitis severa	Otras Infecciones leves	Múltiples úlceras por presión	Úlceras por presión	Enfermedad crónica con deterioro agudo		Neoplasias		SIDA		Hipertiroidismo		Fibrosis quística		Enfermedad de células falciformes		Enfermedades Hematológicas		Depresión mayor
	GRADO 1	GRADO 2																													
Cirugía menor	Cirugía mayor																														
Cirugía laparoscópica	Falla orgánica múltiple																														
Fractura	Politraumatizado																														
Bronquiolitis,	Sepsis																														
Gastroenteritis	Pancreatitis severa																														
Otras Infecciones leves	Múltiples úlceras por presión																														
Úlceras por presión	Enfermedad crónica con deterioro agudo																														
	Neoplasias																														
	SIDA																														
	Hipertiroidismo																														
	Fibrosis quística																														
	Enfermedad de células falciformes																														
	Enfermedades Hematológicas																														
	Depresión mayor																														
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. <input type="checkbox"/> 5 a 95 <input type="checkbox"/> 3 a 5 percentil <input type="checkbox"/> < 3 percentil																															
Puntuación <input type="checkbox"/> 5 a 95 0 <input type="checkbox"/> 3 a 5 percentil 1 <input type="checkbox"/> < 3 percentil 3																															
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																															
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 nutricional moderado = Amarillo</td> <td>-Asegurar adecuado aporte nutricional según estado clínico, revalorar en 3 días</td> </tr> <tr> <td>≥ 4 Riesgo nutricional elevado = Rojo</td> <td>-Clasificar la desnutrición (Anexo), aviso a Nutrición Clínica.</td> </tr> <tr> <td>IMC con > 95 percentil = Obesidad</td> <td>-Orientación nutricional 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 nutricional moderado = Amarillo	-Asegurar adecuado aporte nutricional según estado clínico, revalorar en 3 días	≥ 4 Riesgo nutricional elevado = Rojo	-Clasificar la desnutrición (Anexo), aviso a Nutrición Clínica.	IMC con > 95 percentil = Obesidad	-Orientación nutricional 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 nutricional moderado = Amarillo	-Asegurar adecuado aporte nutricional según estado clínico, revalorar en 3 días																														
≥ 4 Riesgo nutricional elevado = Rojo	-Clasificar la desnutrición (Anexo), aviso a Nutrición Clínica.																														
IMC con > 95 percentil = Obesidad	-Orientación nutricional a familiar previo al egreso.																														

Nombre/ firma y cédula del evaluador: _____

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 80 de 98

10.57 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS E INVASIVOS



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hora: _____

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE COMPLETO, FIRMA
Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO

10.58 TAMIZ NUTRICIONAL



TAMIZAJE NUTRICIONAL GEA

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

Peso: _____ Kgs. Talla: _____ m. IMC (kg/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	Estado	Maneja
0 - 1	Sin riesgo de desnutrición	Verde	Reevaluación en 7 días
2 - 3	Riesgo nutricional moderado	Amarillo	Reevaluación en 7 días
4 ó más	Riesgo nutricional elevado	Rojo	Evaluación Nutricional Completa
Por IMC	Obesidad.	Rojo	Orientación nutricional.

Elaboró: _____

Nombre completo, Cédula y Firma

LICENCIA SANITARIA 10588673

10.59 HOJA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL

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 _____	Solida _____ Líquida _____ Tiempo _____	Síntomas gastrointestinales Ninguno _____ Náuseas _____ 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 Triceps, 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 PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 84 de 98

10.60 CARTA Y AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR NECROPSIA (AUTOPSIA)



HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

Limitaciones:

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

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

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

Lugar, fecha y hora de la autorización: _____

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO

NOMBRE Y FIRMA DEL FAMILIAR

NOMBRE COMLETO Y FIRMA DEL TESTIGO

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO

NEGACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE NECROPSIA

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

Lo anterior en virtud de: _____

Lugar y fecha: _____

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL FAMILIAR

LICENCIA SANITARIA: SSA1014004673



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.

LICENCIA SANITARIA: SSA1014004673

06-02-0296

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 85 de 98

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				

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 86 de 98

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. Lloro 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.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 87 de 98

10.62 ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN



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

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

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión

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

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

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

2. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

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

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

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

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

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

5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

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

6. Me siento lento(a) y torpe:

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

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

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

8. He perdido el interés por mi aspecto personal:

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

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



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

10. Espero las cosas con ilusión:

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

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

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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 88 de 98

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

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

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

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



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

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

Puntaje depresión: _____

Puntaje Ansiedad: _____

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

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 89 de 98

10.63 REGISTRO DE ADOLESCENTES DE CONSULTA Y HOSPITALIZACIÓN



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

Fecha _____ No. de Expediente _____

Nombre _____

Teléfono _____ Delegación _____

Diagnóstico Médico:

Antecedente de Diagnóstico Psiquiátrico;

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

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

Edad _____ Originaria _____

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

Edad menarca _____ años

Inicio vida sexual _____ años Número de parejas sexuales _____

Edad primera unión _____ años Edad pareja _____

Ocupación de pareja actual _____ años Vive con _____

Ingreso económico proveniente _____

Grado escolar:
1. Primaria 2. Secundaria 3. Preparatoria 4. Universidad

Estudios no formales: _____

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

Evaluación
Ansiedad _____
Depresión _____
Violencia intrafamiliar _____

10.64 HOJA DE EVALUACIÓN CARDIOVASCULAR

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

06-01-0143

LICENCIA SANITARIA 1014004673





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

HOJA DE EVALUACIÓN CARDIOVASCULAR PREOPERATORIO DE RIESGO QUIRURGICO			
NOMBRE: _____		No. EXPEDIENTE: _____	
EDAD: _____		SEXO: _____	
FECHA DE REALIZACIÓN: _____		No. CAMA: _____	
SERVICIO SOLICITANTE: _____			
DIAGNÓSTICO: _____			
CIRUGÍA PLANEADA: _____			
CIRUGÍA PROGRAMADA ()		CIRUGÍA URGENTE ()	
ENFERMEDAD CONCOMITANTE: SI () NO ()			
D.M.	()	INSF. RENAL	()
HTAS.	()	INSF. HEPÁTICA	()
EPOC	()	INSF. VENOSA	()
INST. RESP.	()	INFEC. ABDOMINAL	()
I. C. C.	()	INFEC. NO ABDOMINAL	()
ALT. HEMATOLÓGICAS	()	ARRITMIAS	()
OTRAS: _____			
VALORACIÓN DE RIESGO TROMBOEMBOLICO			
RIESGO:	ALTO ()	MODERADO	BAJO ()
SEXO FEMENINO	1 ()	ARTERITIS	5 ()
SOBREPESO 20%	1 ()	FLEBITIS	5 ()
EDAD 50 AÑOS A MÁS	1 ()	INSUF. VENOSA	5 ()
ENF. CARDIACA	1 ()	NEOPLASIA	5 ()
ENF. PULMONAR	1 ()	CIRG. MAYOR 3 HRS.	5 ()
D. M.	1 ()	CIRG. CABERA	5 ()
USO HORMONALES	1 ()	CIRG. FEMUR	5 ()
REPOSO PROLONGADO	1 ()	CIRG. PRÓSTATA	5 ()
CIRG. MENOR 2 HRS.	1 ()	(SUPRAPUBLICA)	()
CARDIOMEGALIA Y/O		CALIFICACIÓN TOTAL	()
FIBRILACIÓN AURICULAR	5 ()		
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 ()		
ÁNOR CLASE III SC vc	10 ()	BUN > 50 mg / dl ó CREATININA > 3.0 mg / dl	3 ()
ÁNOR CLASE IV SC vc	20 ()	TGO ANORMAL O EVIDENCIA DE	
GALOPE S3 O PLÉTORA		HEPATOPATIA CRÓNICA	3 ()
YUGULAR	11 ()	CIRUGIA URGENTE	4 ()
ÁNOR INESTABLE		INTRAPERITONEAL / NEUROCIRUGÍA	3 ()
6 MESES	10 ()		
TEP < 1 SEMANA	10 ()		
TEP (ANTECEDENTES)	5 ()		
ESTENOSIS AÓRTICA	3 ()	CALIFICACIÓN TOTAL	()
ECG EN SITIO NO SINUSAL	7 ()		
EKG CON 5 LPVS / mm.	7 ()		
RIESGO: GRADO I ()	GRADO II ()	GRADO III ()	GRADO IV ()
DATOS CARDIOVASCULARES: _____			
VALVULOPATIAS: SI () NO ()			

06-01-0143

LICENCIA SANITARIA 1014004673

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 91 de 98

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



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

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

División de Cuidados Paliativos y Clínica de Dolor.

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 92 de 98



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 PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 93 de 98

10.66 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INGRESO RECIBIR SEDACIÓN PALIATIVA



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

Carta de Consentimiento Informado Para Ingreso recibir Sedación Paliativa.

División de Cuidados Paliativos y Clínica de Dolor.

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

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

Información sobre Sedación Paliativa.

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

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

Sedación Paliativa.



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

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

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

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

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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 94 de 98



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 PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 95 de 98

10.67 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR TRATAMIENTO PALIATIVO



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

Carta de Consentimiento Informado Para recibir tratamiento Paliativo.

División de Cuidados Paliativos y Clínica de Dolor.

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



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

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

Información sobre el Tratamiento Paliativo.

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

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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 96 de 98



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 PEDIATRÍA		
	Procedimiento de Hospitalización		Hoja: 97 de 98



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

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

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

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

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



CDMX a de del 20

Nombre del paciente



_____ Expediente _____

Dirección _____

_____ Teléfono _____

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

4. PROCEDIMIENTO PARA LA PRE ALTA Y ALTA HOSPITALARIA

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

1. PROPÓSITO



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

2. ALCANCE

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



3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

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


 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento para la Pre alta y Alta Hospitalaria		Hoja: 3 de 25

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

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

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

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

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

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

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

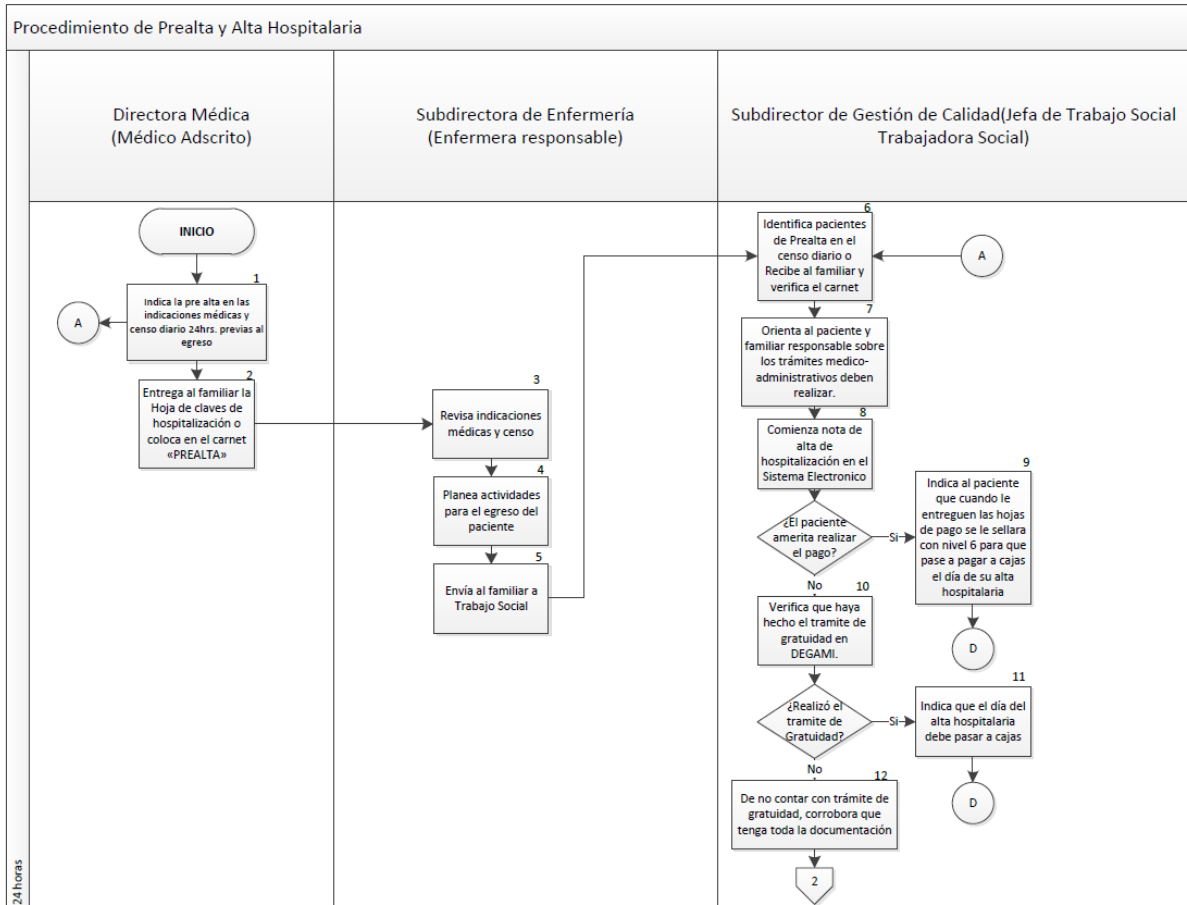
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
		acuda a la DEGAMI. Continúa actividad 16.	
	15	Si Envía a la DEGAMI.	
DEGAMI	16	Recibe al familiar y verifica estatus de derechohabiencia.	
		¿Cuenta con Derechohabiencia?	
	17	No: Valida documentación	
		Integra expediente y sella "Derechohabiencia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

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

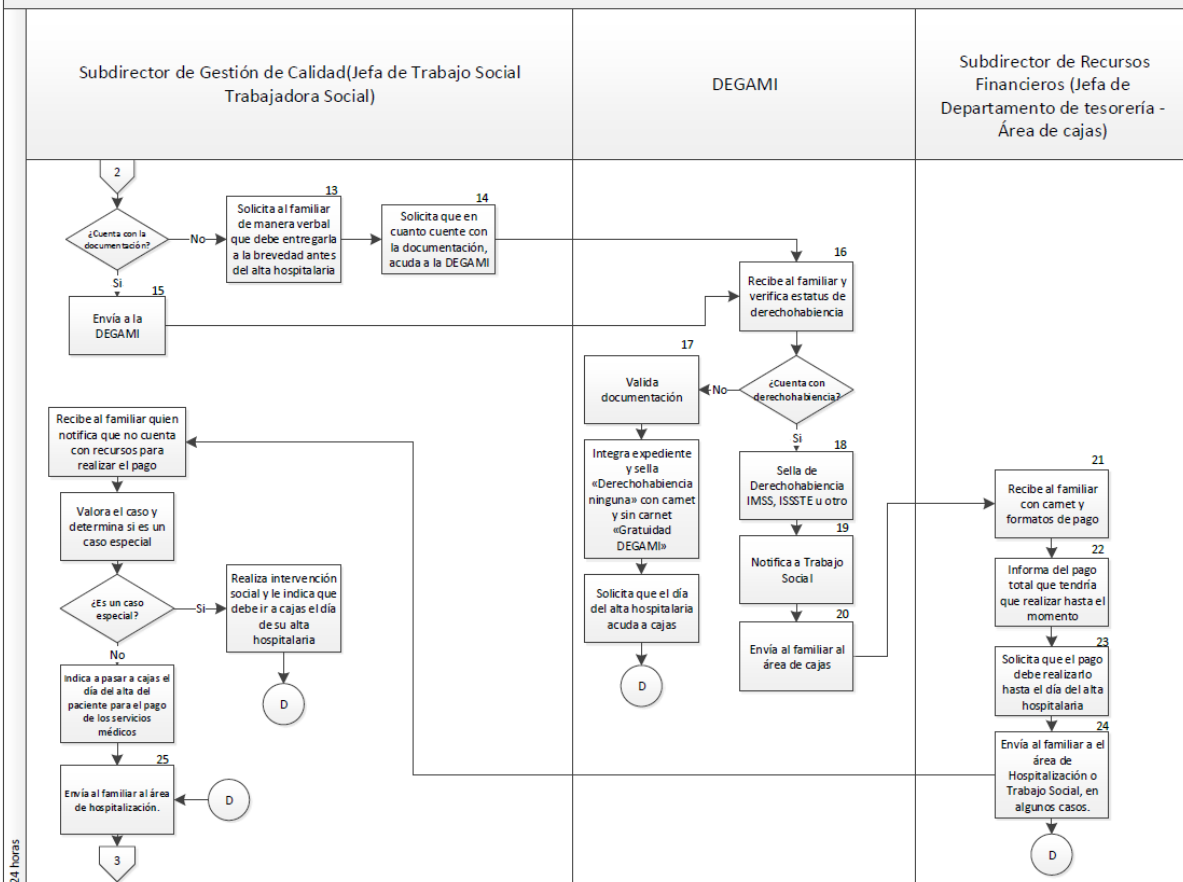
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
	34	egreso? No: Detiene el proceso del alta hospitalaria y termina el procedimiento.	Nota de egreso Receta médica Solicitudes de laboratorio y gabinete Referencia médica Certificado de defunción y muerte Hoja de egreso voluntario
	35	Si: Entrega hojas de claves de hospitalización al familiar de estudios adicionales realizados posterior a la Prealta.	
	36	Elabora documentos de egreso del paciente (nota de egreso, hoja de egreso, solicitudes de laboratorio y gabinete cuando lo amerita, receta médica y referencia hospitalaria si la requiere): <ul style="list-style-type: none"> En el caso de defunción se realiza certificación de la muerte y certificado de defunción. En el caso de alta voluntaria se deberá realizar la hoja de egreso voluntario. 	
	37	Entrega la documentación al paciente y lo orienta sobre las recomendaciones generales de seguimiento en su domicilio	
	38	Completa la información del expediente con base en la NOM 004-SSA3-2012 del expediente clínico y lo entrega a enfermería	
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	45	Termina Nota de alta y corrobora trámite de gratuidad.	Recibos de pago

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

5. DIAGRAMA DE FLUJO

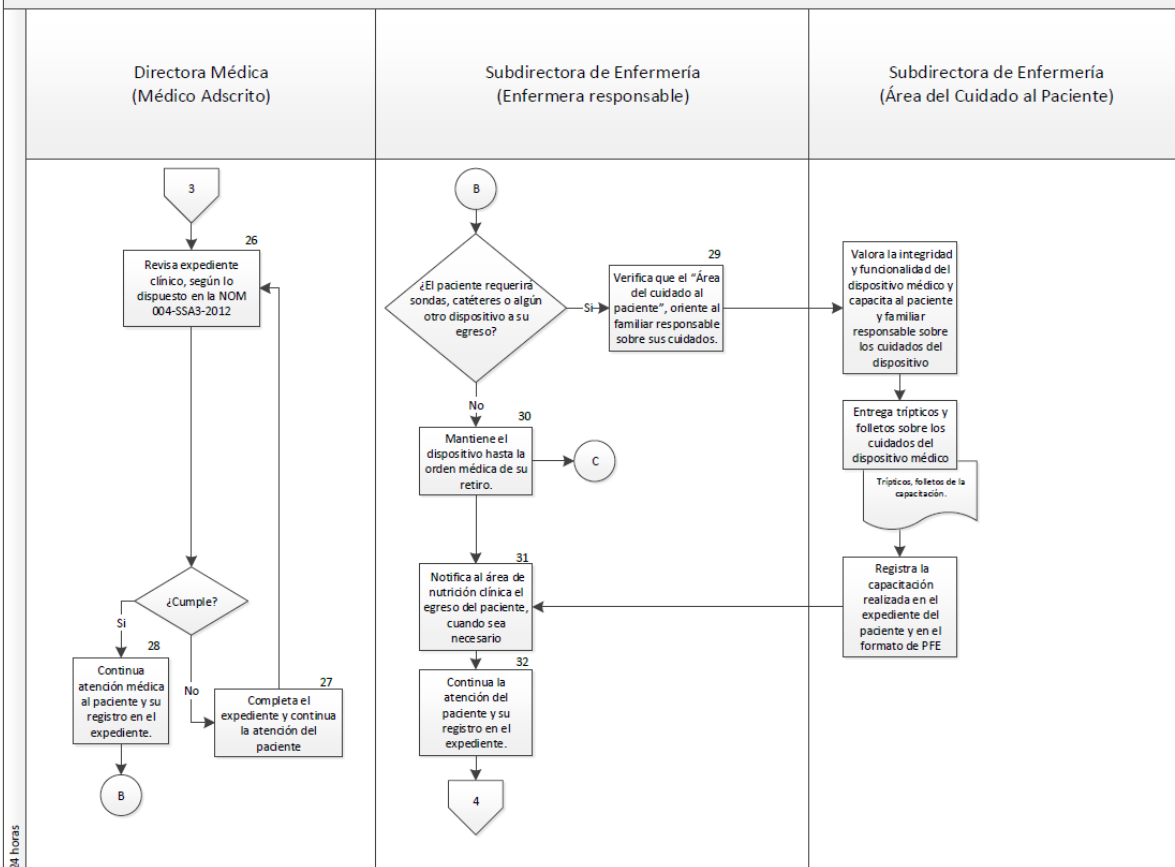


Procedimiento de Prealta y Alta Hospitalaria



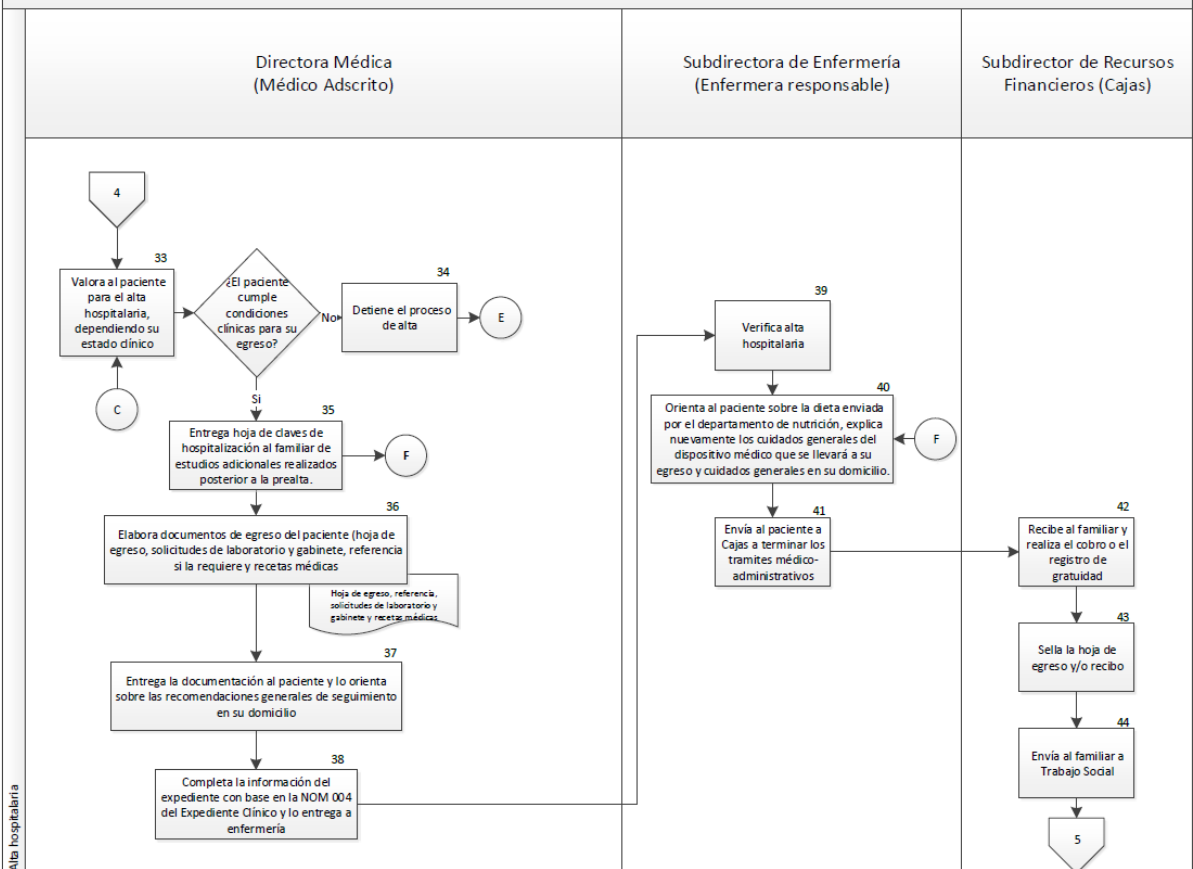
24 horas

Procedimiento de Prealta y Alta Hospitalaria

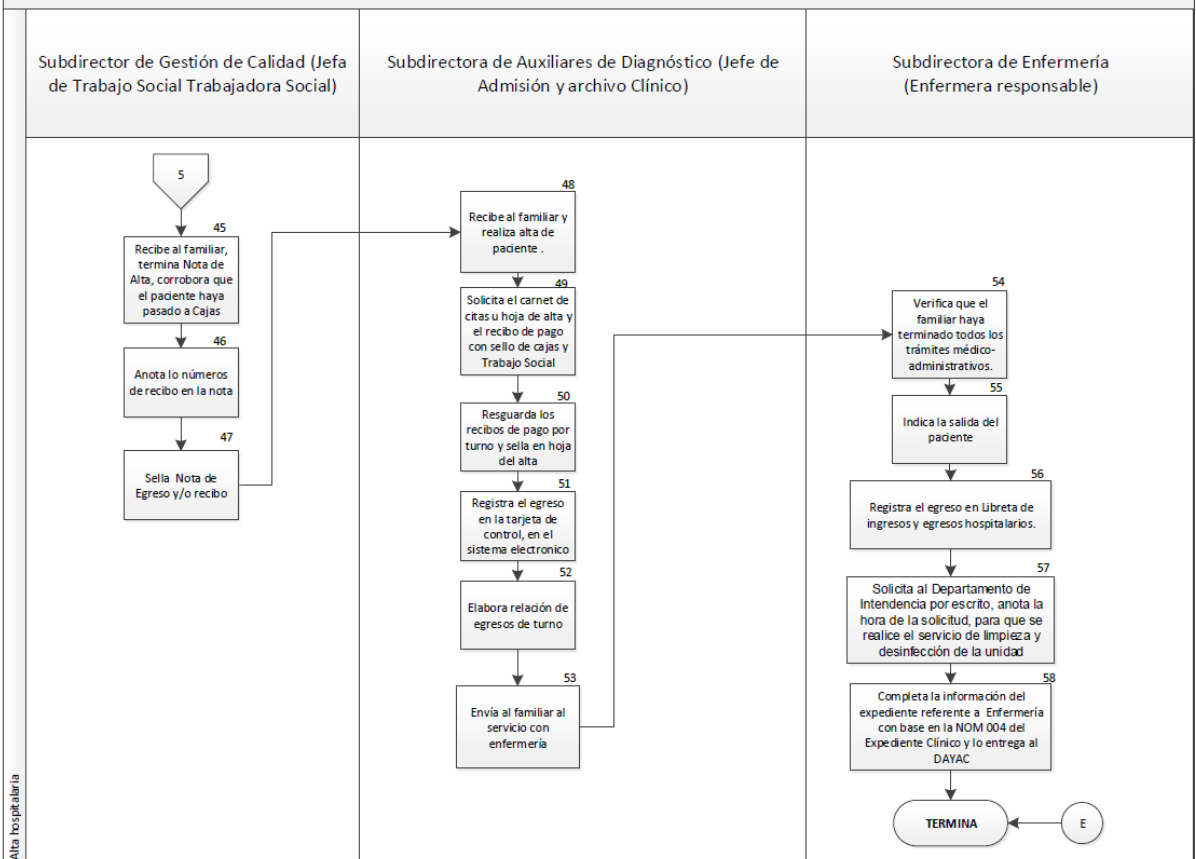




24 horas

Procedimiento de Prealta y Alta Hospitalaria



Procedimiento de Prealta y Alta Hospitalaria



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

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

7. REGISTROS



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

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

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



9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

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

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



10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

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

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

10.2 NOTA DE EGRESO

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

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



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





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

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

HOJA DE NO COBRO				
<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 a no cubrir ningún tipo de cuotas de recuperación o cualquier otro costo por los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados que reciban.</p>				
INSTRUCCIONES: ↔ ↔ ↔ ↔	<p>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:</p>			
	Cobro de:	SI	NO	Cantidad
	Consultas			\$
	Urgencias			\$
	Hospitalización			\$
	Medicamentos			\$
	Estudios de Laboratorio y Gabinete			\$
	Cirugía			\$
	Terapia Intensiva			\$
NOTA: NO FIRME SI LE REALIZARON ALGÚN COBRO DE LOS SERVICIOS EN EL PERIODO SEÑALADO				
Nombre completo y Firma o Huella Digital del Beneficiario, Familiar y/o Tutor que Avala el NO Cobro, Manifestando Bajo Protesta de Decir Verdad no ser Derechohabiente de Seguridad Social (IMSS o ISSSTE)			Sello del Establecimiento de Salud	

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

10.5 HOJA DE EGRESO VOLUNTARIO

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

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



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

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

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

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


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

FECHA Y HORA DE EGRESO:



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

RAZONES QUE MOTIVAN SU EGRESO VOLUNTARIO:



RESUMEN CLÍNICO:

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

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

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

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

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

1. PROPÓSITO



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

2. ALCANCE


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

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

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

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

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

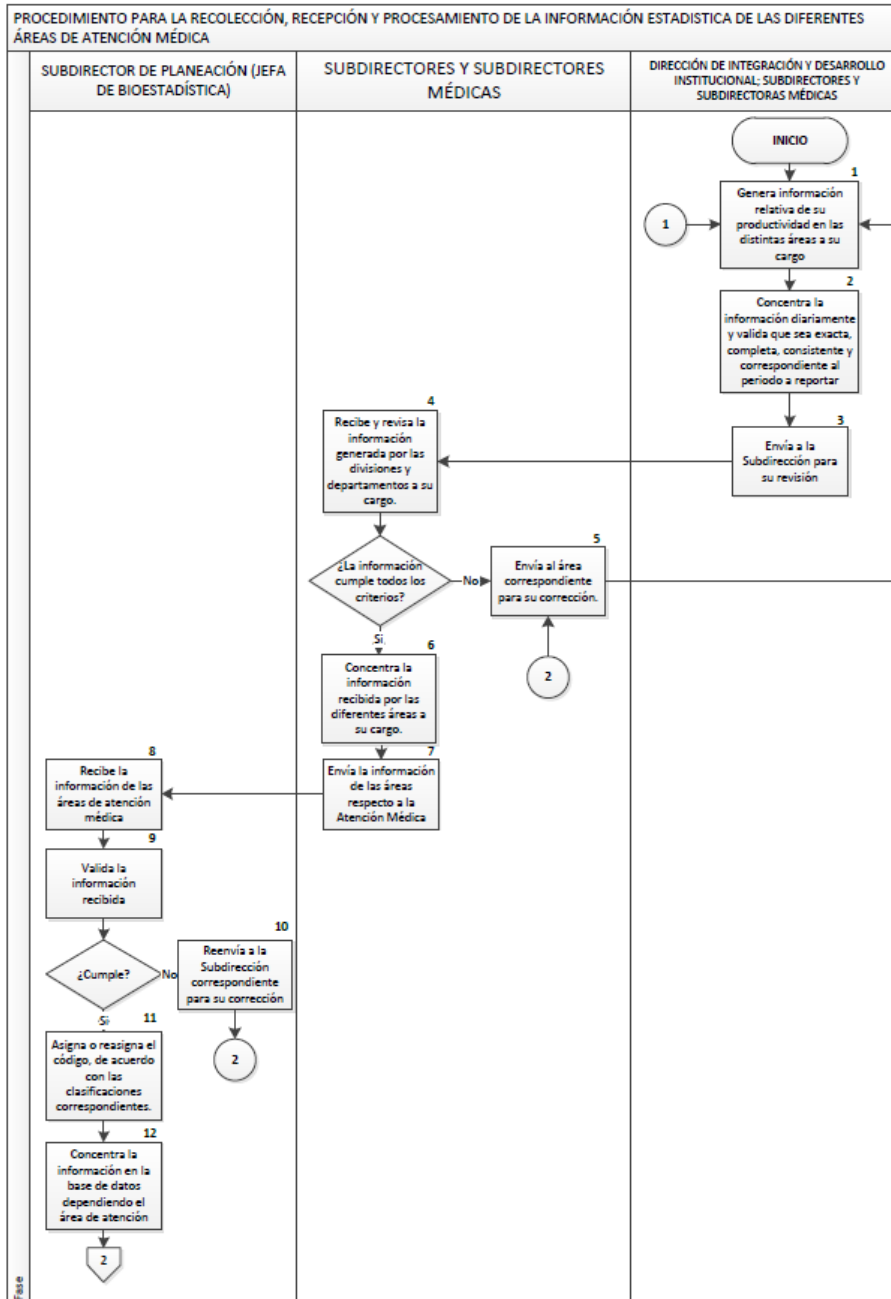
 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	PROCEDIMIENTO
	Subdirección de Pediatría
	Procedimiento para la recepción, recolección y procesamiento de información estadística por parte de las diferentes áreas médicas Hoja: 4 de 12

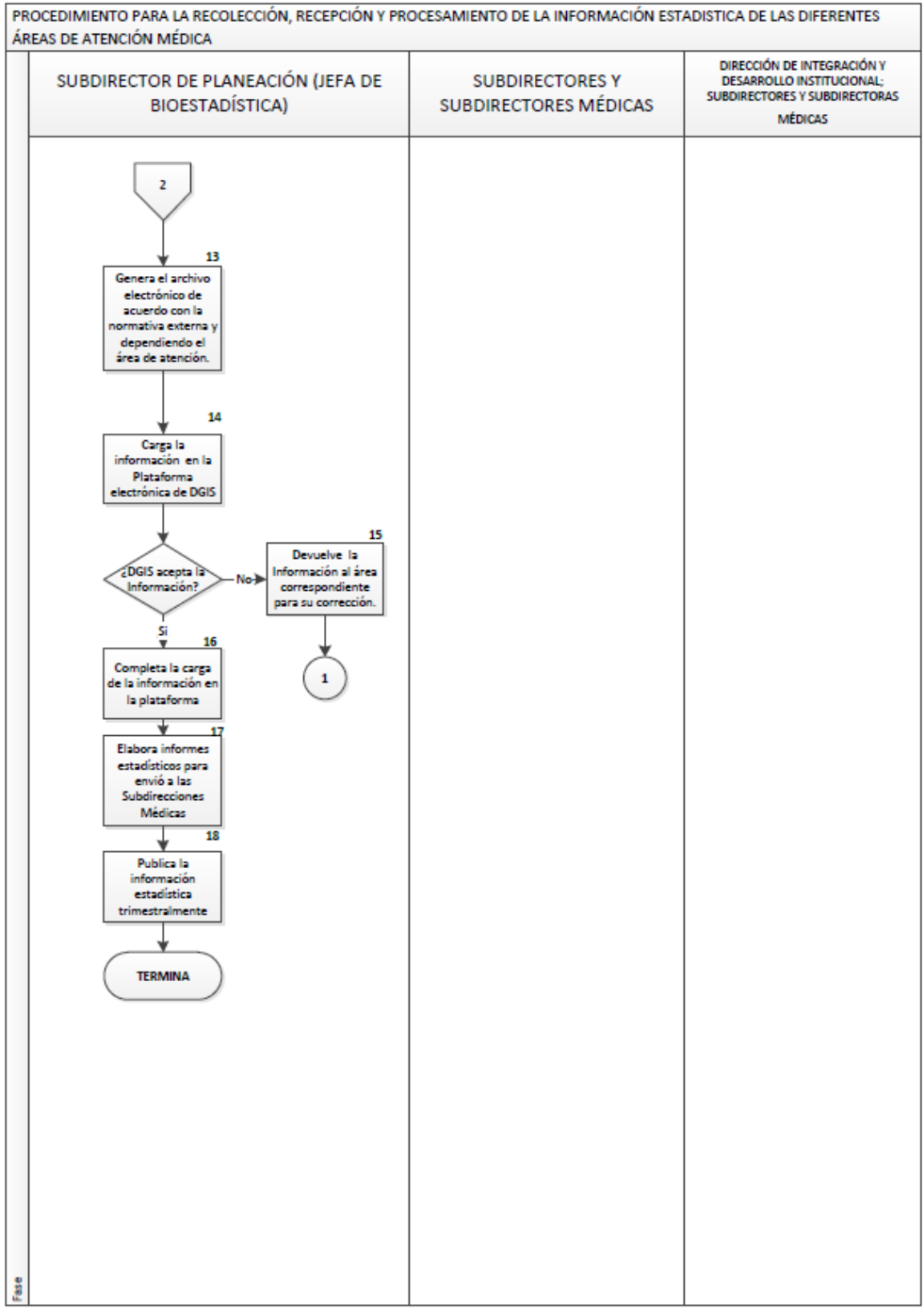
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de la Actividad	Documento o Anexo
Subdirectores Y Subdirectoras Médicas y Dirección de Integración y Desarrollo Institucional. (Jefes y Jefas de División y Departamento)	1	Genera información relativa de su productividad en las distintas áreas en el electrónico establecido en la normativa interna o externa institucional para ese fin.	Archivo electrónico de hospitalización, urgencias y Consulta externa Archivo en Electrónico de Certificados de Defunción
	2	Concentra la información diariamente y valida que sea exacta, completa, consistente y correspondiente al periodo reportado por cada área de adscripción en un archivo electrónico de Excel.	Oficio de entrega
	3	Envía a la Subdirección correspondiente para su revisión	
Subdirectores Y Subdirectoras Médicas y de la Dirección de Integración y Desarrollo Institucional.	4	Recibe y revisa la información generada por las divisiones y departamentos a su cargo.	Archivo electrónico de hospitalización, urgencias y Consulta externa Archivo en Electrónico de Certificados de Defunción
	5	¿La información cumple todos los criterios? No: Envía al área correspondiente para su corrección.	Oficio de entrega
	6	Si: Concentra la Información recibida por las diferentes áreas a su cargo	
	7	Envía la información de las áreas respecto a la Atención Médica.	
Subdirector de Planeación (Jefa de División de Bioestadística)	8	Recibe la información de las áreas de atención médica	Informe de Bioestadística Final
	9	Valida la información recibida ¿La Información cumple?	



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

5. DIAGRAMA DE FLUJO





Fase

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

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA



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

7. REGISTROS

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

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

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



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

9. CAMBIOS DE VERSIÓN DEL PROCEDIMIENTO

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




10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

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

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

10.1 CAPTURA DE PANTALLA REGISTRO DIARIO DE PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA

Hospital General "Dr. Manuel Gea González"

Adsc.

Residente

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 Años Meses

Solo llene uno de los dos (Años o Meses)



Migrante

Discapitado

Diagnóstico (CIE10) Nvo.

Diagnóstico (CIE10)

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

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

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

Login









HOSPITAL GENERAL
DR. MANUEL GEA GONZALEZ



Usuario:

Contraseña:



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

6. PROCEDIMIENTO DE INTERCONSULTA

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento de Interconsulta		Hoja: 2 de 9

1. PROPÓSITO



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

2. ALCANCE


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

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

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

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

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

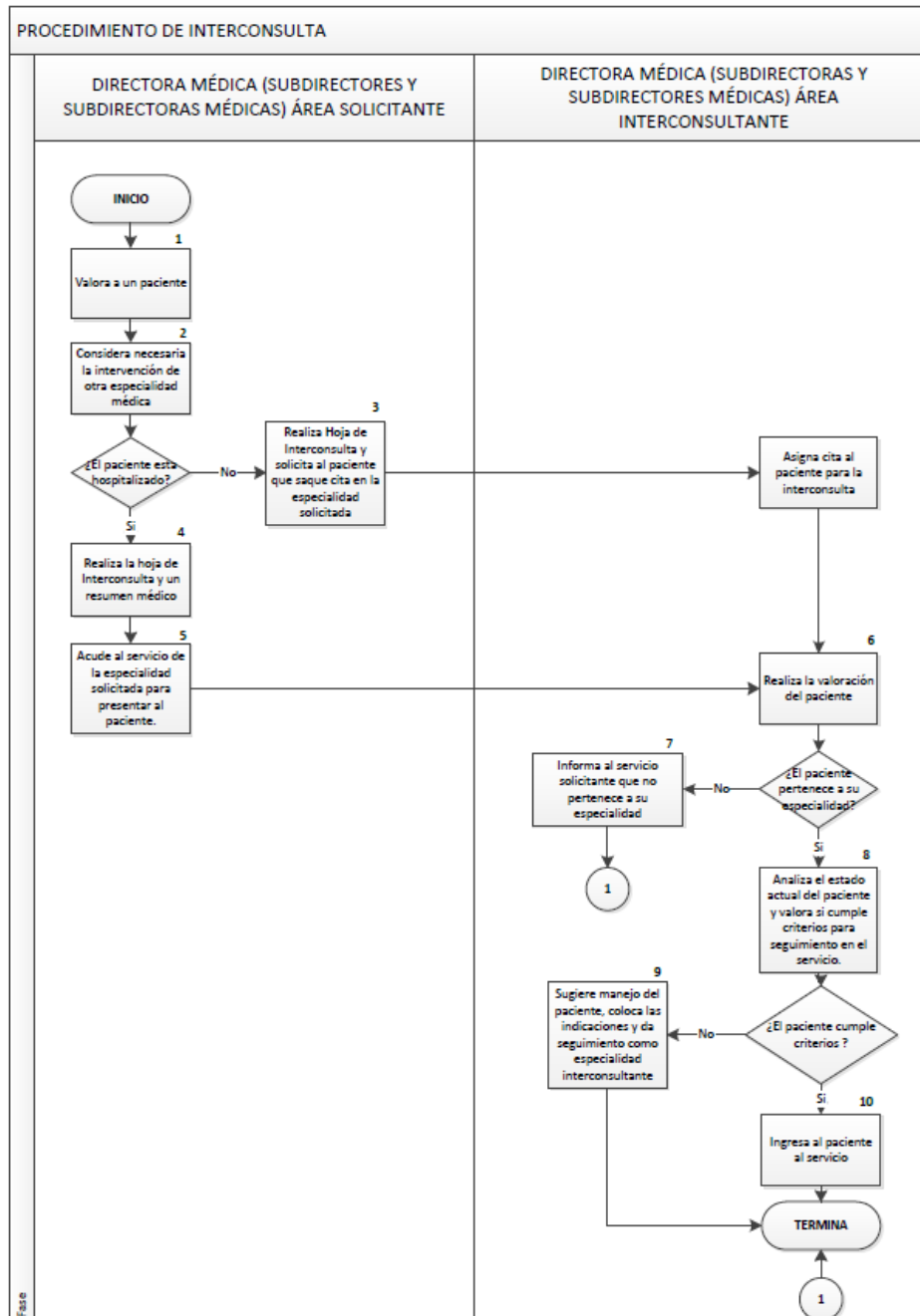
 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	PROCEDIMIENTO
	Subdirección de Pediatría
	Procedimiento de Interconsulta Hoja: 4 de 9



4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act	Descripción de Actividades	Documento o anexo
Directora Médica (Subdirectores y 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	
	8	Si: Analiza el estado actual del paciente y valora si cumple criterios para seguimiento en el servicio ¿El paciente cumple criterios?	
	9	No: Sugiere manejo del paciente coloca las indicaciones y da seguimiento como especialidad interconsultante	
10	Si: Ingresa al paciente al servicio.		
		TERMINA	



5. DIAGRAMA DE FLUJO



 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	Subdirección de Pediatría		
	Procedimiento de Interconsulta		Hoja: 6 de 9

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

7. REGISTROS

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

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

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

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

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

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Solicitud de interconsulta
- 10.2 Nota de Evolución



NOTA DE INTERCONSULTA

HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"



SERVICIO: _____

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

SEXO: _____ No. EXP. _____ SIGNOS VITALES: T.A. _____ TEMP. _____ F.C. _____ F.R. _____

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

MOTIVO DE LA ATENCIÓN:

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

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

DIAGNÓSTICOS O PROBLEMAS CLÍNICOS:

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

PLAN DE ESTUDIO:



SUGERENCIAS DIAGNÓSTICAS Y DE TRATAMIENTO:

TRATAMIENTO E INDICACIONES MÉDICAS:



PRONÓSTICO:

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

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

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

7. PROCEDIMIENTO DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO

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

1. PROPÓSITO



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

2. ALCANCE


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

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

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


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

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

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

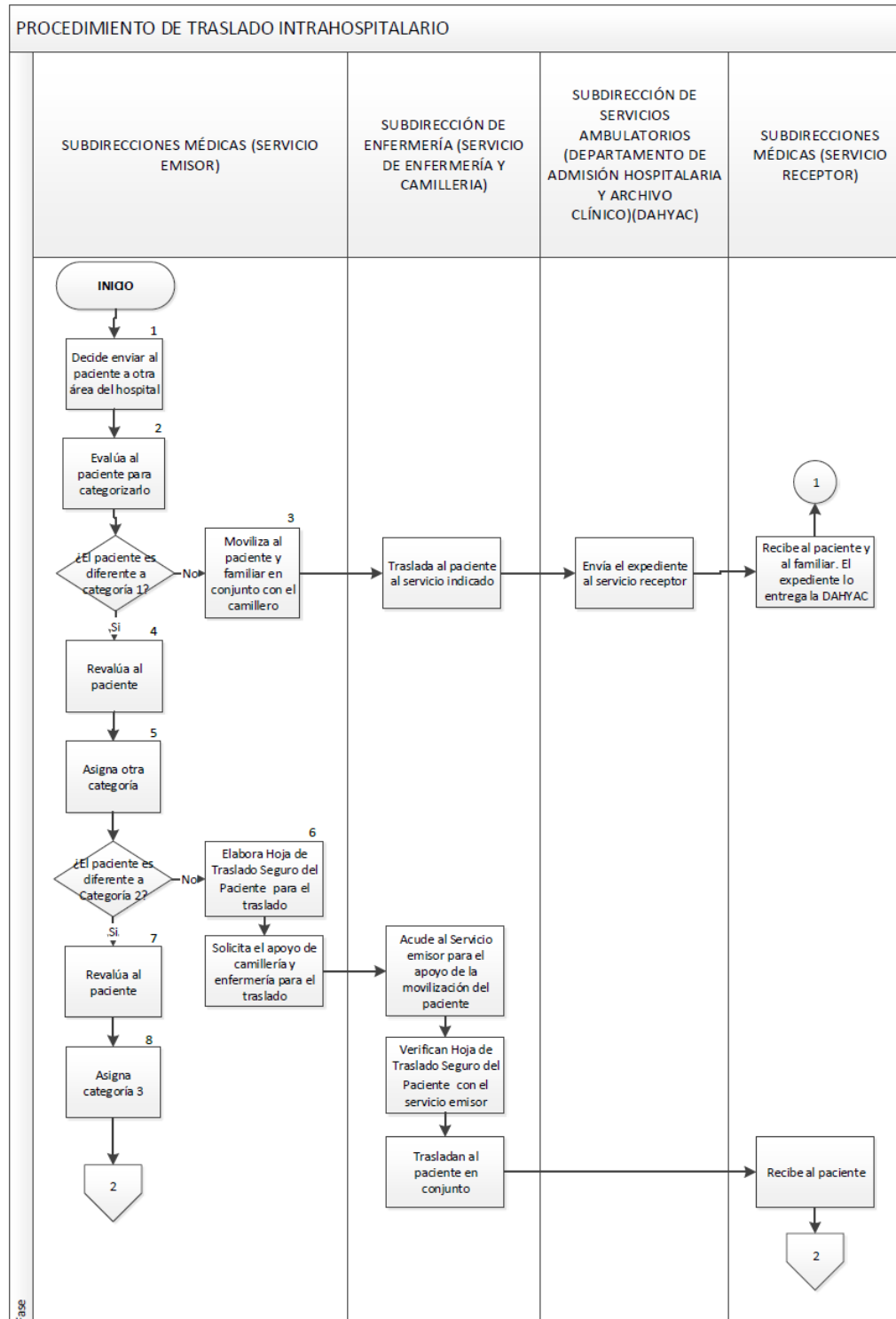
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

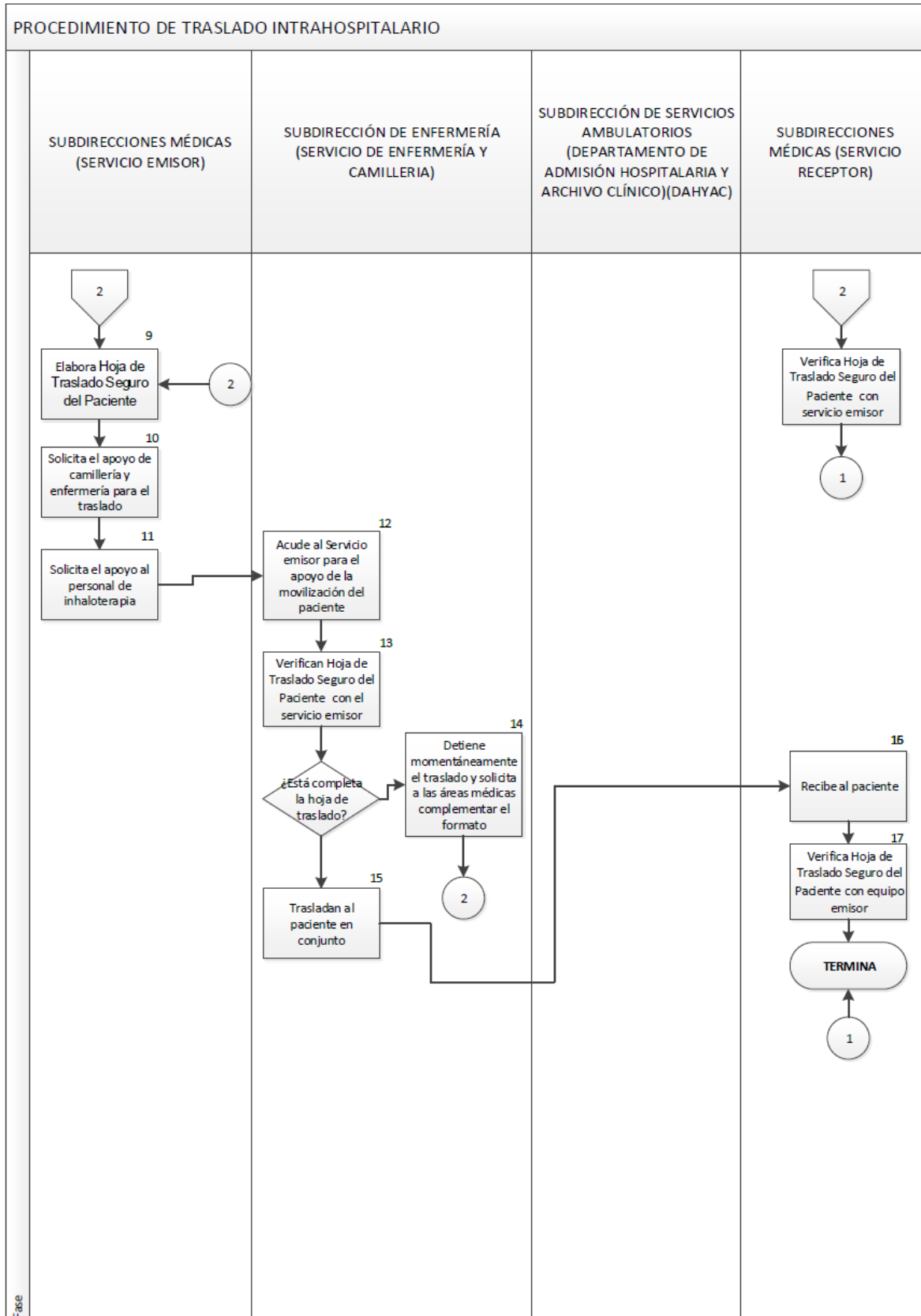
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirectores Médicos (Servicio Emisor- Médicos adscritos o residentes de más alto rango)	1	Decide enviar al paciente a otra área del hospital.	Hoja de traslado seguro del paciente
	2	Evalúa al paciente para categorizarlo. ¿El paciente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



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

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

5. DIAGRAMA DE FLUJO





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

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA



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

7. REGISTROS

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

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

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

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

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

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

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

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


9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

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

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Lista de Cotejo

10.1 LISTA DE COTEJO



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

Salida

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

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:					
Venoclisis				Cateter Central	
Bomba de Infusión					
Aminas					
Sedación/Vasopresor					
Monitor de Signos Vitales					
Óxímetro de Pulso					
Maletín de Traslado*					
Expediente Clínico					
Consentimiento Informado					
Solicitud Completa					
Ayuno					
Médico					
Enfermera					
Inhaloterapeuta					
Camillero					

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

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

Explique Brevemente:



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

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

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

Regreso



Hora de Regreso al Servicio:

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



INSTRUCTIVO DE LLENADO

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

<p>INFORMACIÓN QUE SERÁ LLENADA POR LA ENFERMERA RESPONSABLE DEL PACIENTE</p> <p>Lista de verificación- Anotar una <input checked="" type="checkbox"/> dentro del cuadro si cumple, no cumple o no aplica.</p> <p>Con relación a Batería(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 Pediatría		
	Procedimiento de toma y procesamiento de muestras en los diferentes servicios de hospitalización		Hoja: 1 de 12

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

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

1. PROPÓSITO

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

2. ALCANCE

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

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

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

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

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



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

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


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

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

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


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

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

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

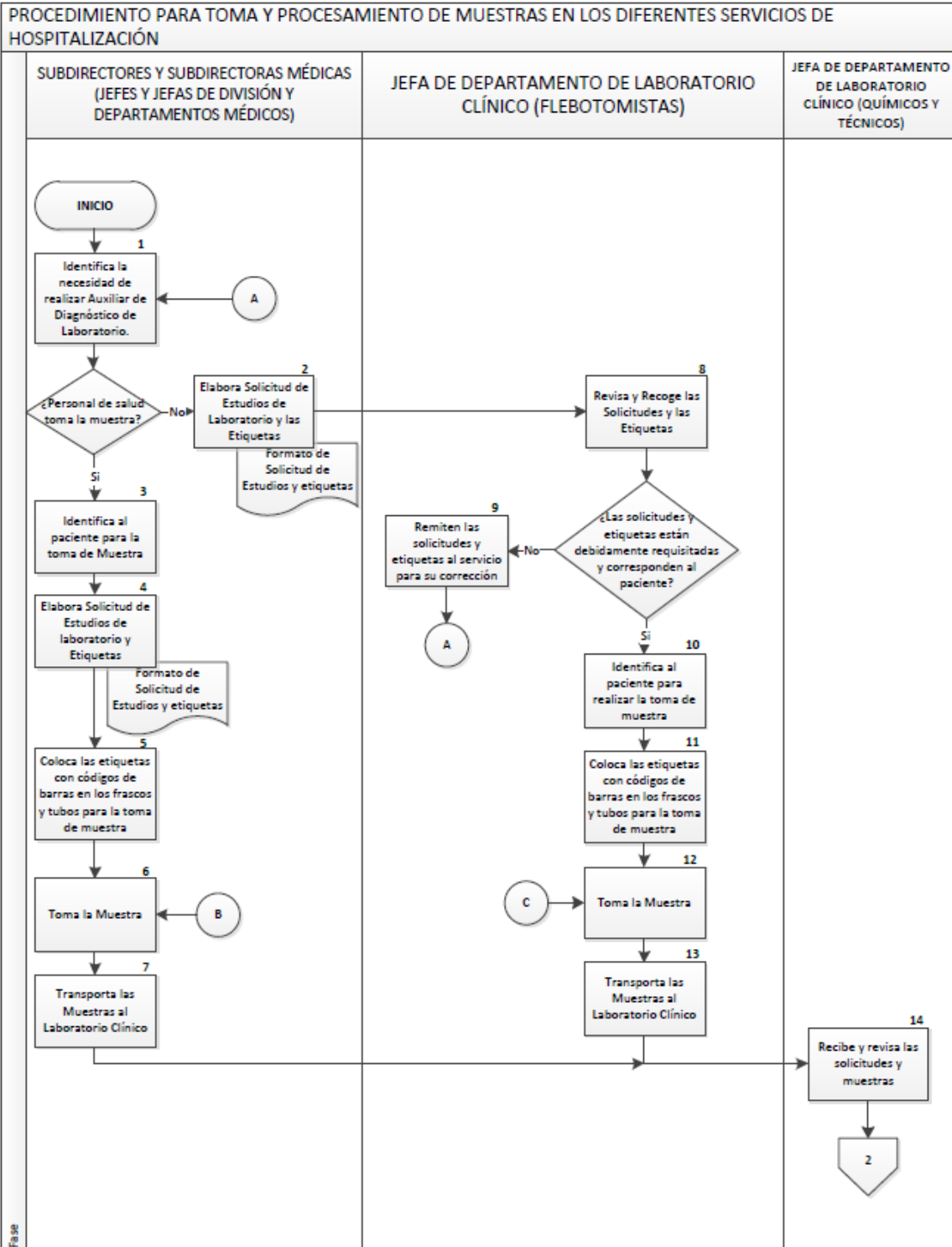
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

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

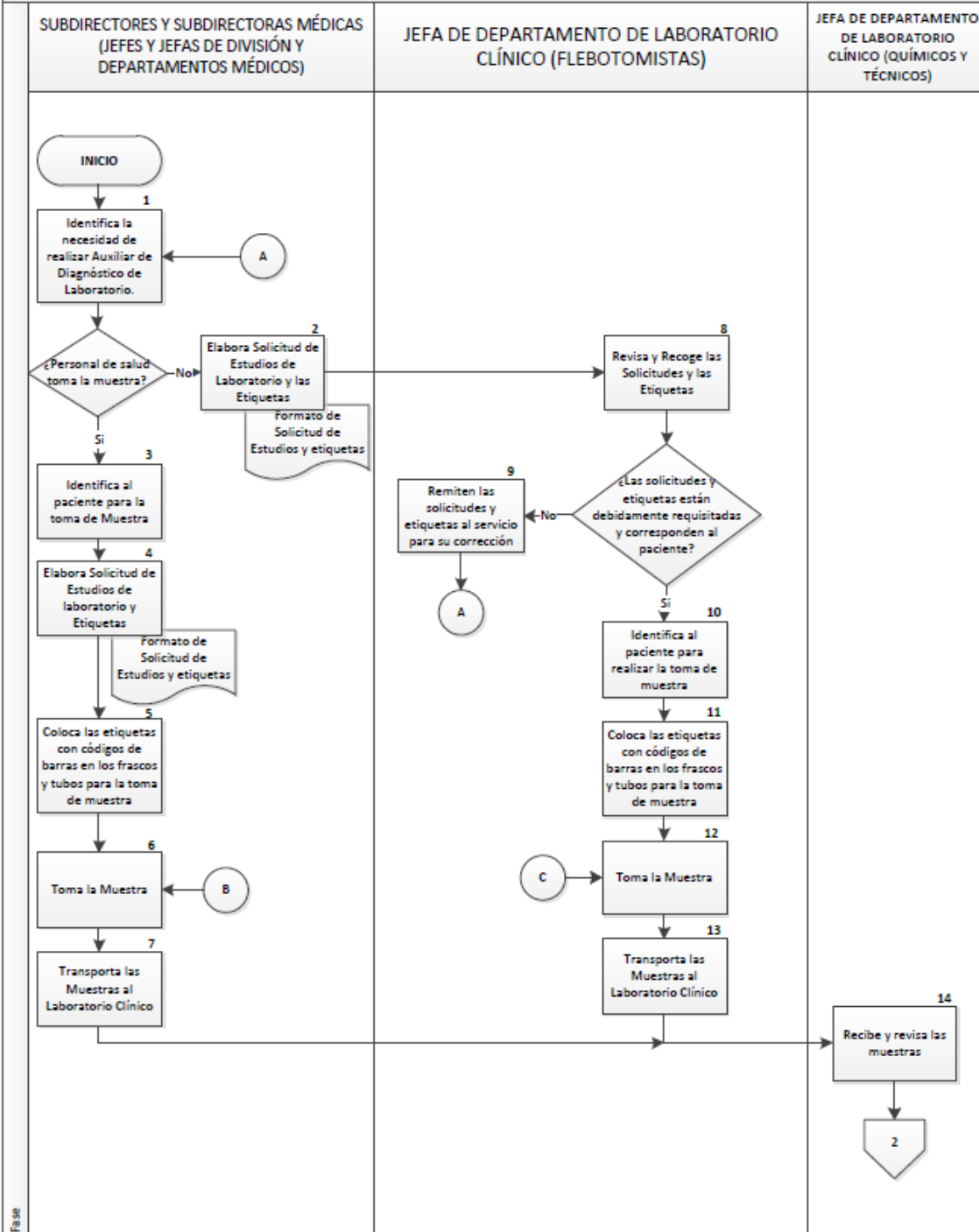
	PROCEDIMIENTO
	Subdirección de Pediatría
	Procedimiento de toma y procesamiento de muestras en los diferentes servicios de hospitalización Hoja: 5 de 12

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

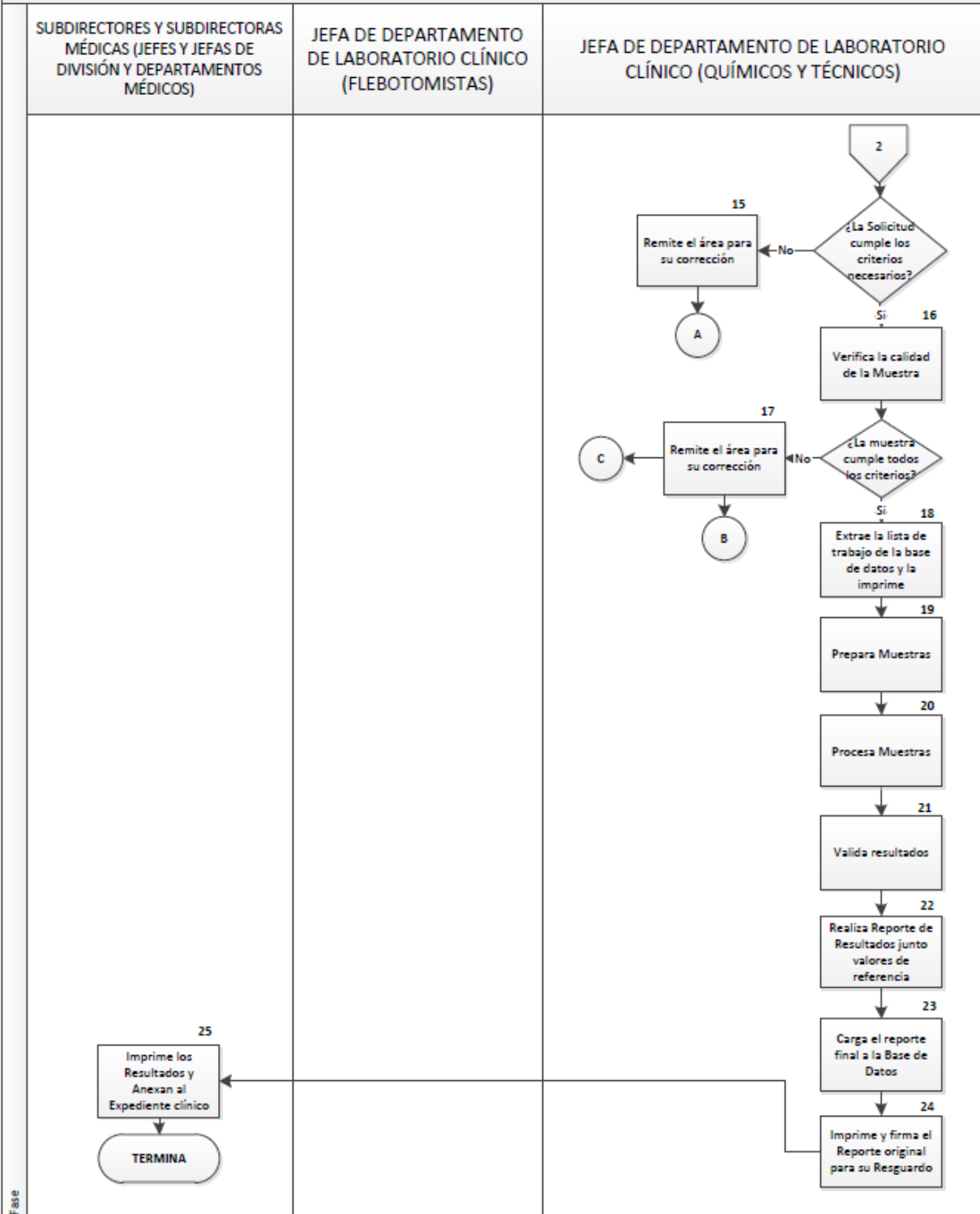
5. DIAGRAMA DE FLUJO





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



Fase

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


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

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

7. REGISTROS

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



8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

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

8.2 Característica: Rasgo diferenciador

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

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

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

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

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

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

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

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

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

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Solicitud de Laboratorio

10.2 Reporte de Resultados

10.1 SOLICITUD DE LABORATORIO

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

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

NO UTILIZAR PAPEL CARBÓN EN LA ELABORACIÓN DE ESTA SOLICITUD. GRACIAS.		
HEMATOLOGÍA		
<input type="checkbox"/>	1565	BIOMETRÍA HEMÁTICA
<input type="checkbox"/>	1604	RECuento DE RETICULOCITOS
<input type="checkbox"/>	1593	ESTUDIO DE PLASMODIUM
<input type="checkbox"/>	1635	VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR
<input type="checkbox"/>	1535	EOSINOFILOS EN MOCO NASAL
<input type="checkbox"/>	1763	PROCALCITONINA
HEMOSTASIA		
<input type="checkbox"/>	1607	TIEMPO DE PROTROMBINA
<input type="checkbox"/>	1609	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL
<input type="checkbox"/>	1608	TIEMPO DE TROMBINA
<input type="checkbox"/>	1516	ANTITROMBINA III
<input type="checkbox"/>	1584	FIBRINOGENO
<input type="checkbox"/>	1532	DIMERO 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 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	HAPToglobina
<input type="checkbox"/>	1542	FOLATOS
<input type="checkbox"/>	1634	VITAMINA B12
<input type="checkbox"/>	1643	PREALBÚMINA
<input type="checkbox"/>	1581	EXAMEN GENERAL DE ORINA
<input type="checkbox"/>	1765	PEPTIDO NATRIURÉTICO TIPO B (BNP)
<input type="checkbox"/>	1601	PROTEÍNA C REACTIVA

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

10.2 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





24080008

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



Copia de Laboratorio

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

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

9. PROCEDIMIENTO PARA PROGRAMAR Y ELABORAR ESTUDIOS RADIOLÓGICOS Y DE IMAGENOLÓGÍA

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

1. PROPÓSITO


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

2. ALCANCE

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

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

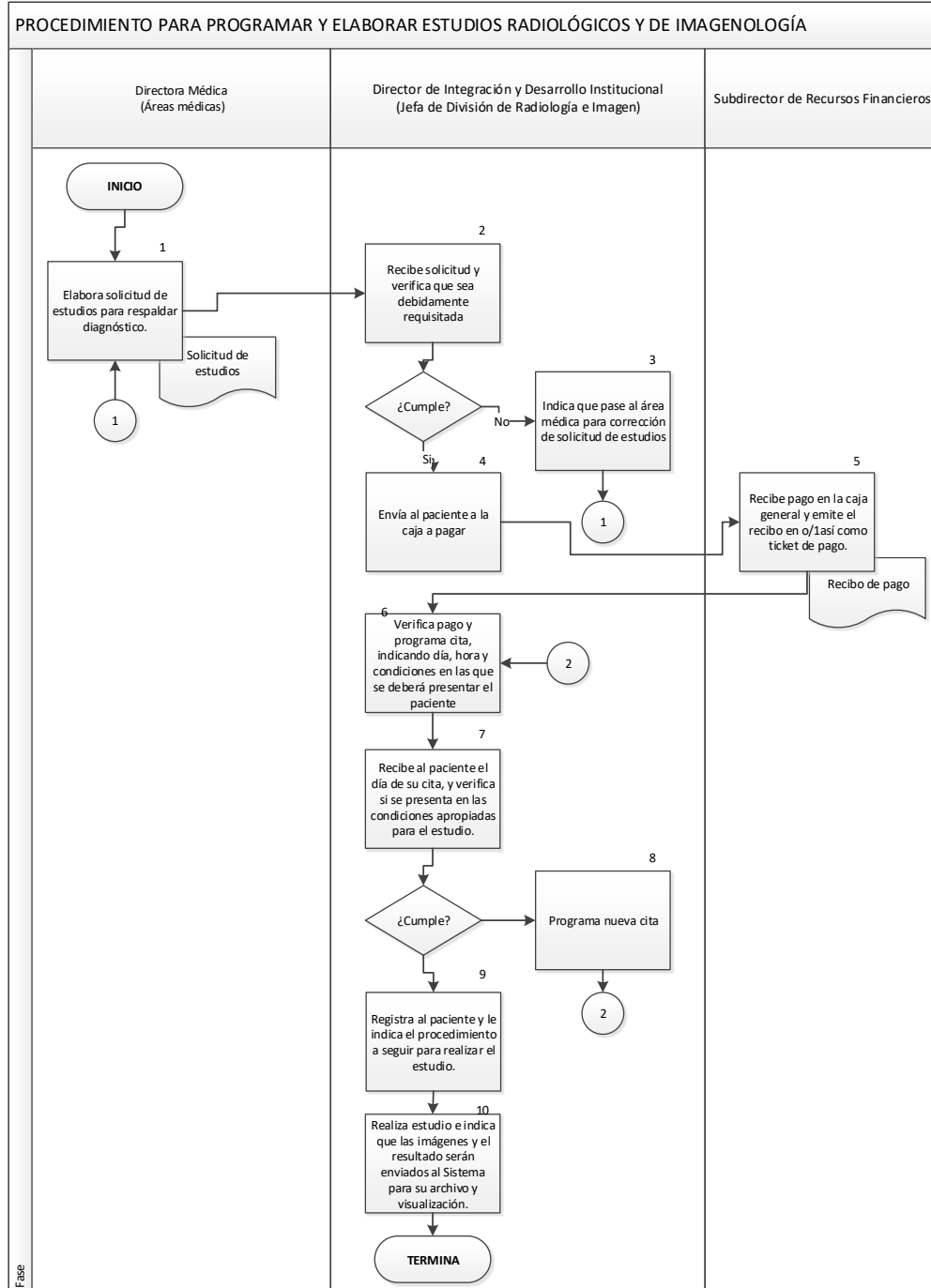
- 3.1 La Subdirección de Cirugía a través de sus Divisiones Quirúrgicas, es responsable de requisitar debidamente la solicitud por escrito de los estudios radiológicos y/o de imagen que requiera el paciente a través del Sistema Digital (SIGHO)
- 3.2 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional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



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

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

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

5. DIAGRAMA DE FLUJO



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Pediatría		Hoja: 5 de 7
	Procedimiento para programar y elaborar estudios radiológicos y de imagenología		

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


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

10.1 SOLICITUD DE ESTUDIOS

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

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

10.2 RECIBO DE PAGO



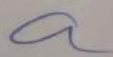
HOSPITAL GENERAL
DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ

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

RECIBO | **61418**


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

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





FIRMA CAJERO



1719364



PACIENTE

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

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

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

1. PROPÓSITO

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



2. ALCANCE

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


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

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

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

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

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

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

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

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

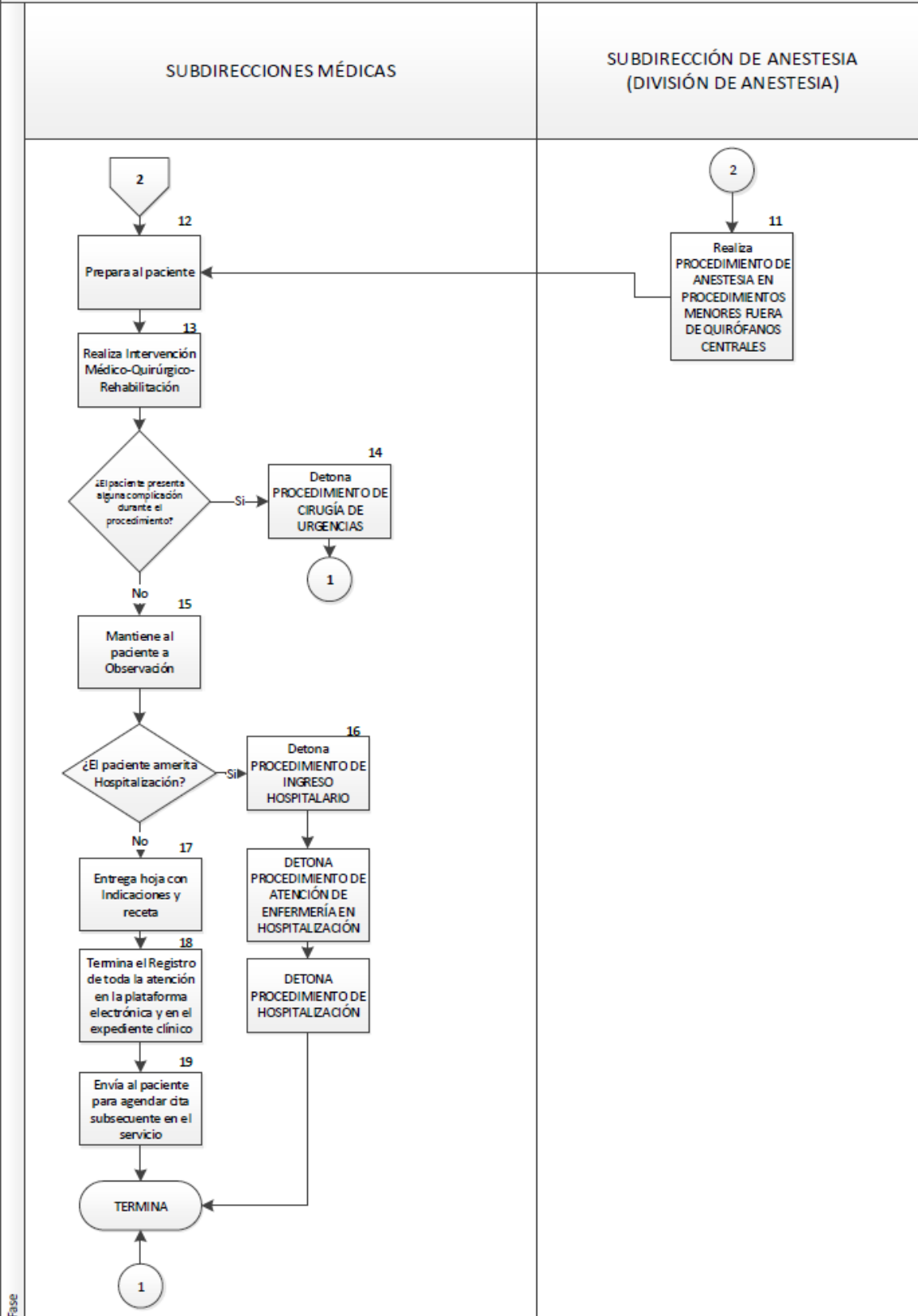
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
	14	Si: Detona PROCEDIMIENTO DE CIRUGÍA DE URGENCIAS. Termina Procedimiento	
	15	No: Mantiene al paciente en Observación ¿El paciente amerita hospitalización?	
	16	Si: Detona PROCEDIMIENTO DE INGRESO HOSPITALARIO	
		Detona PROCEDIMIENTO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

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

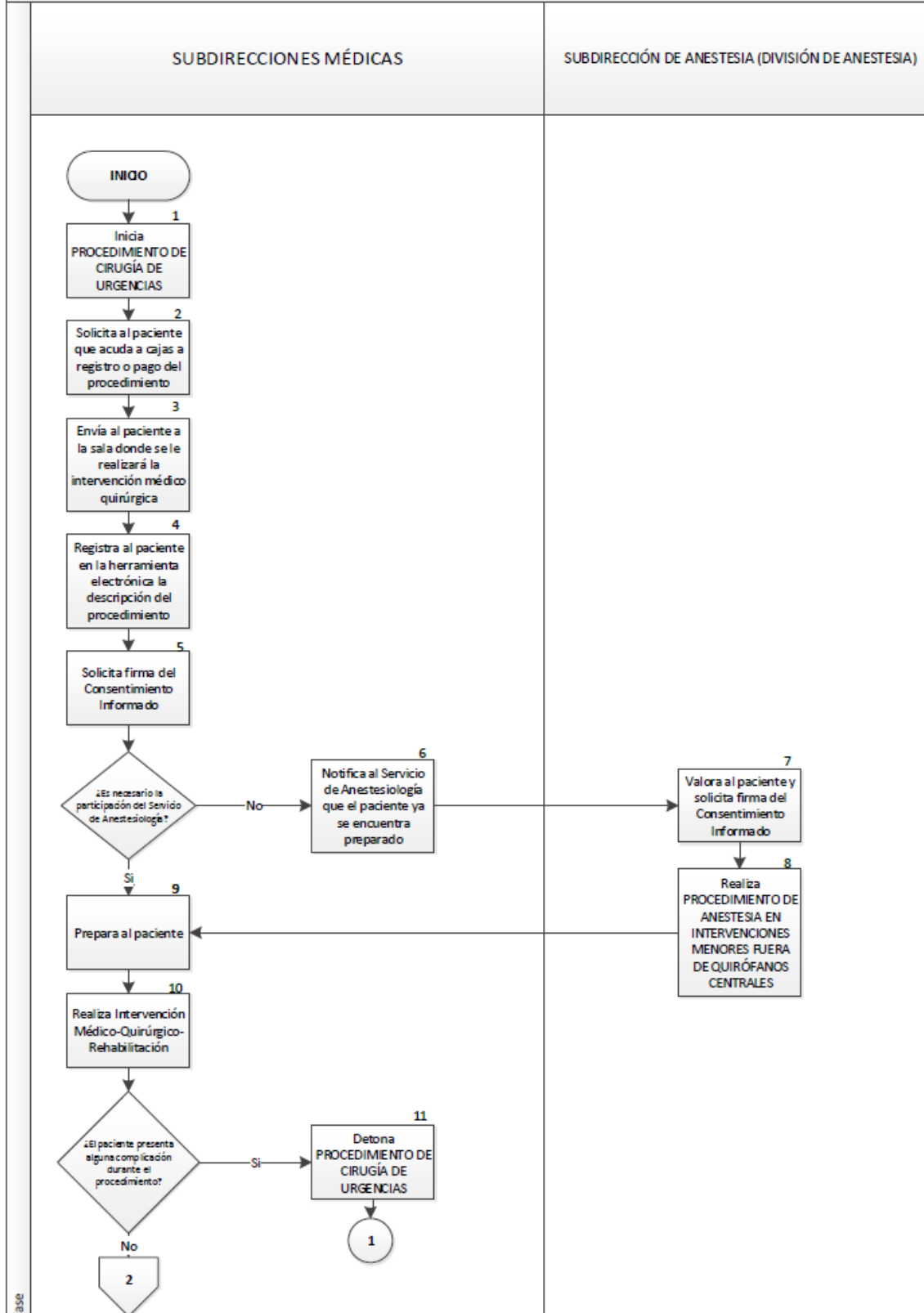
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
		<p>DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN</p> <p>Detona PROCEDIMIENTO DE HOSPITALIZACIÓN, termina procedimiento.</p>	
	14	No: Entrega Hoja de Indicaciones y receta	
	15	Termina el registro de toda la atención en la plataforma electrónica y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



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

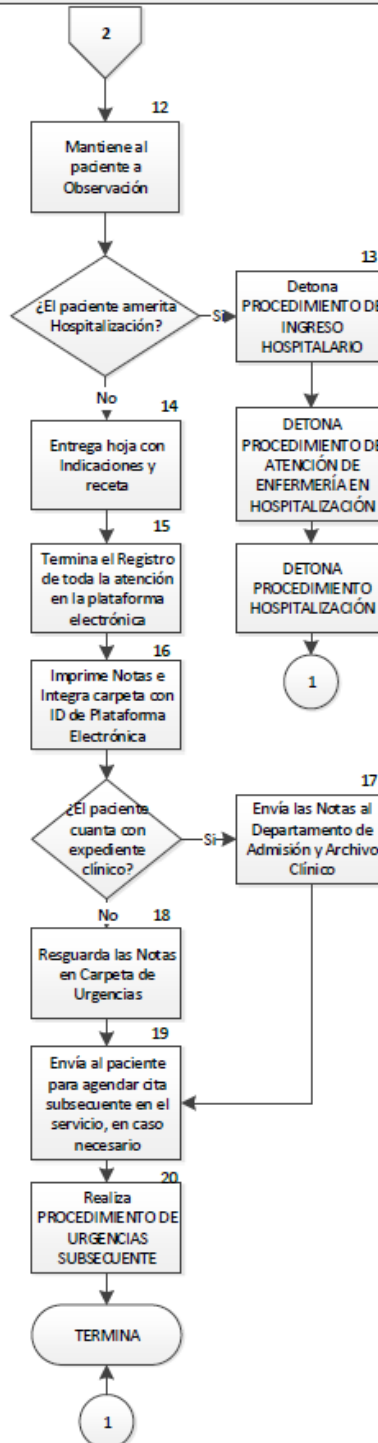




PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA-QUIRÚRGICA- REHABILITACIÓN FUERA DE QUIROFANOS CENTRALES EN URGENCIAS



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

SUBDIRECCIONES MÉDICAS



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

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

7. REGISTROS



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

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

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

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

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

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



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

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

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

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

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

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

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

CIRUGÍA GENERAL

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

CIRUGÍA VASCULAR

1. COLOCACIÓN DE CATETER VENOSO CENTRAL

CIRUGÍA DE TORAX



1. COLOCACIÓN DE SONDA PLEUROSTOMÍA

UTI

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



ENDOSCOPIA

1. ESTUDIOS ENDOSCOPICOS

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



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

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



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

10.3 PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LA DIVISIÓN DE OFTALMOLOGÍA

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

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

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

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



10.4 PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LA DIVISIÓN DE UROLOGÍA

URGENCIAS

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



CONSULTA EXTERNA

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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		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

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	Procedimiento de atención médica-quirúrgica-rehabilitación fuera de quirófanos centrales		
			Hoja: 20 de 34

10.6 PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LA DIVISIÓN DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

OÍDO

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

NARIZ Y SENOS PARANASALES

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

CAVIDAD ORAL Y FARINGE



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

LARINGE

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

CUELLO

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

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

10.7 PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LA DIVISIÓN DE GINECOLOGÍA

HISTEROSCOPIA DE CONSULTORIO

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

DISPLASIAS



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

UROGINECOLOGÍA Y PISO PELVICO

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

URGENCIAS GINECO-OBSTÉTRICAS

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



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

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

1. RETIRO DE IMPLANTE SUBDÉRMICO

CONSULTA EXTERNA

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

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

10.8 PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LA DIVISIÓN DE MEDICINA INTERNA

CARDIOLOGÍA

1. ELECTROCARDIOGRAMA ESTÁTICO

ENDOCRINOLOGIA



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

NEUROLOGÍA

1. PUNCIÓN LUMBAR
2. INFILTRACIÓN PERICRANEAL PARA CEFALÉAS



REUMATOLOGÍA

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

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



10.10 PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LA DIVISIÓN DE DERMATOLOGÍA

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

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

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


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

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

10.12 SEU-GEA

Login

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



Usuario:

Contraseña:

Ingresar

Salir de la aplicación

Menú
✕

Fecha: 08/12/2021

Hora de Ingreso: 06:14:50 p. m.



BUSCAR PACIENTE







IMPRIMIR HOJAS DE TRIAGE



Salir

Menú Consulta

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

10.13 RDPAC-SINBA



 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		Hoja: 29 de 34
	Procedimiento de atención médica-quirúrgica-rehabilitación fuera de quirófanos centrales		

10.14 CONSENTIMIENTO INFORMADO



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Hora: _____

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE COMPLETO, FIRMA
Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA		
	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:

DATOS CLÍNICOS:

DIAGNÓSTICO DE PRESUNCIÓN:



OBSERVACIONES:

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

No. LICENCIA SANITARIA: 101404673

10.16 SOLICITUD DE HISTOPATOLOGÍA DE DERMATOPATOLOGÍA

Nombre	<input type="text"/>	CURP	<input type="text"/>	Biopsia GEA-	<input type="text"/>
Fecha Recepción Muestra	<input type="text"/>	Fecha Emisión Reporte	<input type="text"/>	Registro	<input type="text"/>
Sexo	<input type="text"/>	Edad años	<input type="text"/>	Teléfono	<input type="text"/>
Origen	<input type="text"/>	Residencia	<input type="text"/>	Servicio solicitante	DermaGea - Piso <input type="text"/>
		Ocupación	<input type="text"/>		
Topografía	<input type="text"/>				
Morfología	<input type="text"/>				
Tiempo de Evolución	<input type="text"/>				
Datos clínicos y tratamiento	<input type="text"/>				
Diagnóstico Clínico	<input type="text"/>				
Médico Clínico	<input type="text"/>			Reportar Márgenes	<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"/>				

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

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

4. En caso de DIU hormonal:

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

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

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

Contraindicaciones

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

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

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

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

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

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

Lugar y fecha:

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

Testigo

Testigo

Nombre completo y firma



Nombre completo y firma

Unidad Médica donde se otorgó el método



Persona que otorgo el método

Hospital General Dr. Manuel Gea González

Nombre completo y firma

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

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

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

1. PROPÓSITO



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

2. ALCANCE

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


3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

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

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


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

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

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

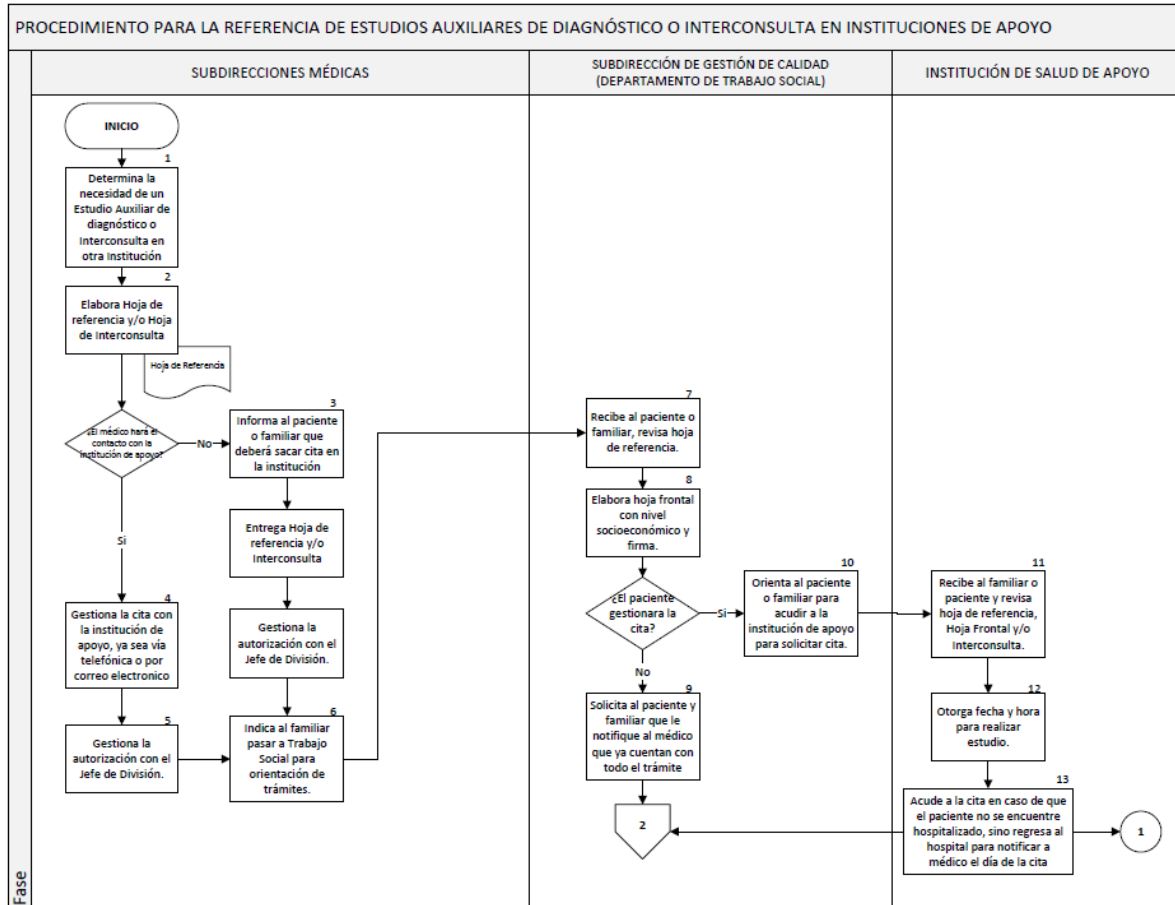
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

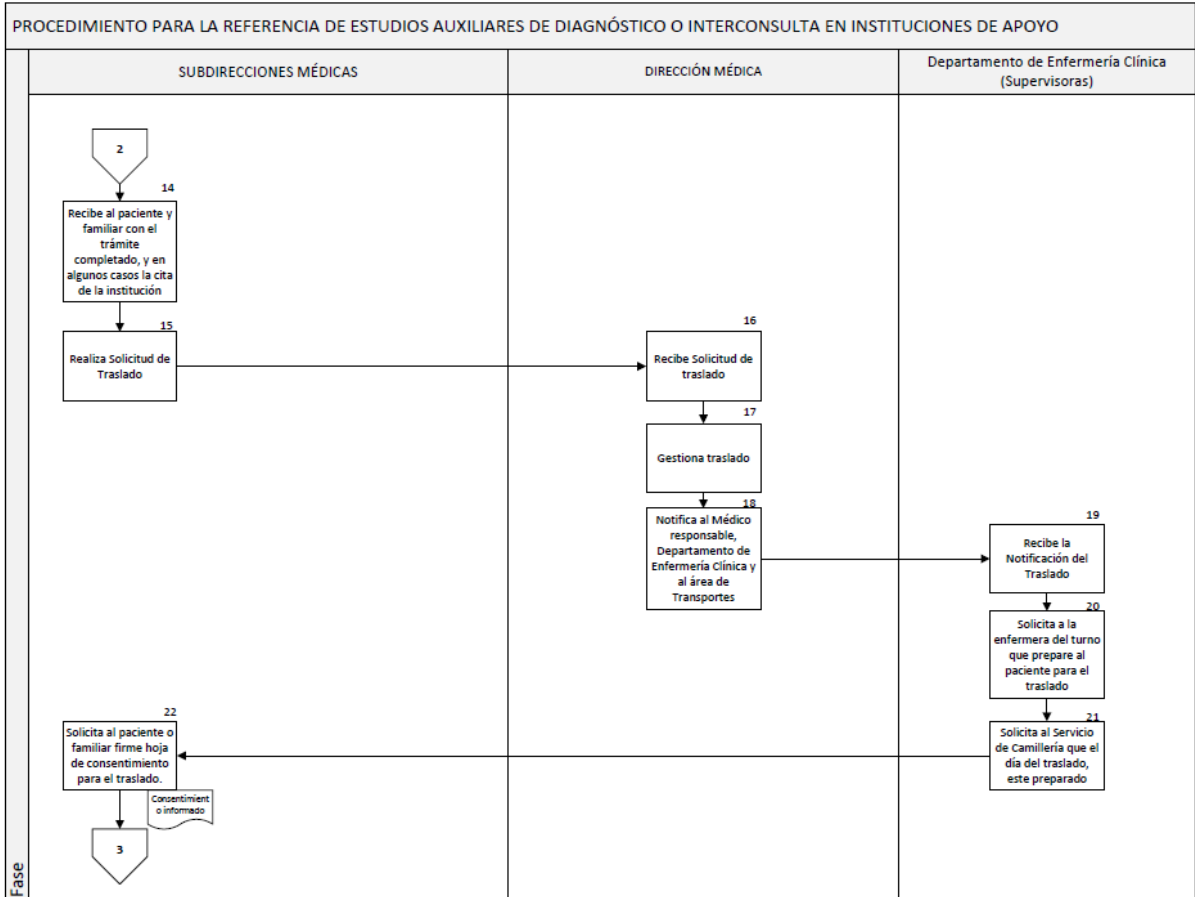
Responsable	No. Act.	Descripción de la Actividades	Documento o Anexo
SUBDIRECCIONES MÉDICAS	1	Determina la necesidad de un Estudio Auxiliar de diagnóstico o Interconsulta en otra Institución	Hoja de Referencia Hoja de Interconsulta
	2	Elabora Hoja de Referencia y/o Hoja de Interconsulta ¿El médico hará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

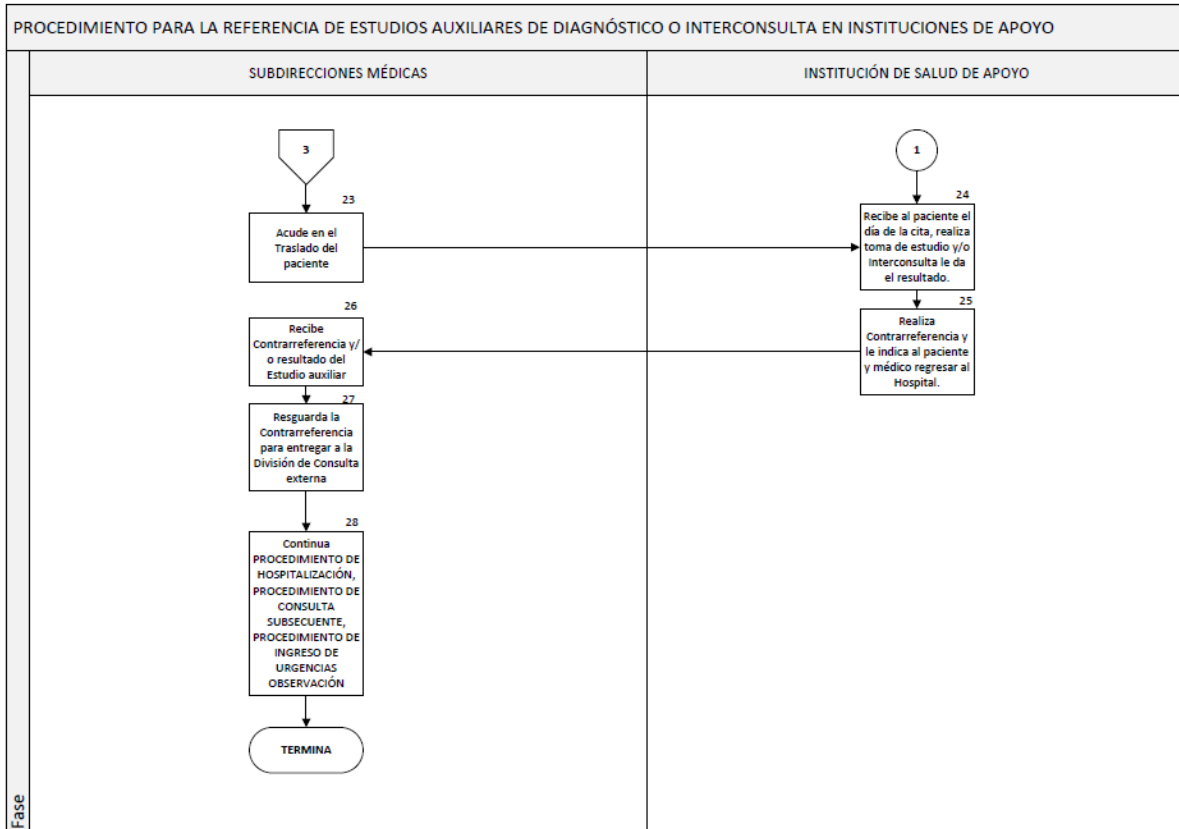
 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	PROCEDIMIENTO	
	SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA	
	PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA DE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO O INTERCONSULTA EN INSTITUCIONES DE APOYO	

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



5. DIAGRAMA DE FLUJO







6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

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

7. REGISTROS

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

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO



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

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

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

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

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

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

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

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Hoja de Referencia y Contrarreferencia



10.2 Solicitud de Laboratorio

10.3 Solicitud de Gabinete

10.4 Hoja de Programación de Traslado

10.5 Hoja Frontal

10.1 HOJA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

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



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

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

TERAPÉUTICA EMPLEADA:	



IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:	

06-01-0039

 MÉDICO TRATANTE
 NOMBRE COMPLETO
 FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL

 JEFE DEL DEPARTAMENTO
 NOMBRE COMPLETO
 FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL

 DIRECTOR MÉDICO
 NOMBRE COMPLETO
 FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL

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



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

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

TERAPÉUTICA EMPLEADA:	

ESTUDIOS CLÍNICOS (ANEXAR):	



DIAGNÓSTICO DE INGRESO/REFERENCIA:	

DIAGNÓSTICO DE INGRESO/CONTRAREFERENCIA:	

RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE:	

 MÉDICO TRATANTE
 NOMBRE COMPLETO
 FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL

 MÉDICO TRATANTE
 NOMBRE COMPLETO
 FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL

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

10.2 SOLICITUD DE LABORATORIO



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

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

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

