

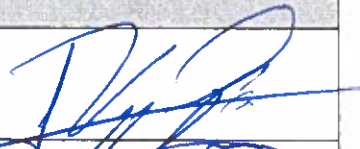










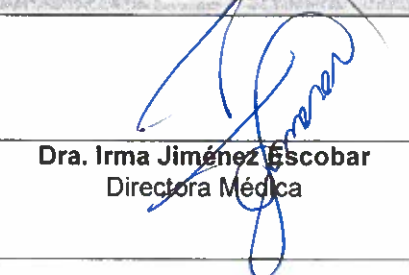
# **SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS**



## **MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE ADMISIÓN Y ARCHIVO CLÍNICO**



**MARZO, 2021**

Responsable del Área	Cargo	Firma
<b>Dr. Erick Alejandro Rodríguez Ordoñez</b>	Director de Integración y Desarrollo Institucional	
<b>Dr. Héctor Manuel Prado Calleros</b>	Director de Enseñanza e Investigación	
<b>Dr. José Jesús Acevedo Mariles</b>	Subdirector de Urgencias y Medicina	
<b>Dr. Víctor Manuel Esquivel Rodríguez</b>	Subdirector de Anestesia y Terapias	
<b>Mtra. Wendy Melina Suasto Gómez</b>	Subdirectora de Enfermería	
<b>Dr. Agustín Vélez Pérez</b>	Subdirector de Gestión de Calidad	
<b>Dr. Juan Pablo Ramírez Hinojosa</b>	Subdirector de Epidemiología e Infectología	
<b>Dra. Lorena Hernández Delgado</b>	Subdirectora de Pediatría	
<b>Dr. José de Jesús Herrera Esquivel</b>	Subdirector de Cirugía	

Elabora	Revisa	Autoriza
		
<b>Arq. Salvador Vélez Gutiérrez</b> Jefe del Departamento de Admisión y Archivo Clínico	<b>Dra. Arlene Onta Guerrero</b> Subdirectora de Servicios Ambulatorios	<b>Dra. Irma Jiménez Escobar</b> Directora Médica

**CONTENIDO**

	PAG.
INTRODUCCIÓN	3
I.- OBJETIVO DEL MANUAL	5
II.- MARCO JURÍDICO	6
III.- PROCEDIMIENTOS	
1.- PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO HOSPITALARIO POR URGENCIAS.	
2.- PROCEDIMIENTO DE INGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES PROGRAMADOS CON 48 HRS. PREVIAS AL EVENTO QUIRÚRGICO.	
3.- PROCEDIMIENTO DE INGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES PROGRAMADOS.	
4.- PROCEDIMIENTO PARA LA PRE ALTA Y ALTA HOSPITALARIA.	
5.- PROCEDIMIENTO PARA EL EGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES POR DEFUNCIÓN.	
6.- PROCEDIMIENTO PARA LA RECUPERACIÓN DE EXPEDIENTES CLINICOS DE LAS AREAS DE HOSPITALIZACIÓN.	
7.- PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE EXPEDIENTES CLÍNICOS PARA CONSULTA SUBSECUENTE.	
8.- PROCEDIMIENTO PARA LA ENTREGA Y RECEPCIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS PARA ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN.	
9.- PROCEDIMIENTO PARA EL REGISTRO DEL MOVIMIENTO DIARIO DE PACIENTES.	
10.- PROCEDIMIENTO PARA OBTENER LA DOTACIÓN DE CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN Y DE MUERTE FETAL.	
11. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN, RECEPCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA POR PARTE DE LAS DIFERENTES ÁREAS DE ATENCIÓN MÉDICA.	

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

## INTRODUCCIÓN

Es indudable que con la apertura del Sanatorio Hospital Dr. Manuel Gea González, en 1947, para la atención de pacientes con enfermedades respiratorias, se contó con un sistema de registro de datos de los mismos, así como la autorización de estos para recibir la atención indicada. También se requirió consignar el historial médico, el diagnóstico, el tratamiento y la evolución, todo esto en un expediente clínico, lo que llevó a tener una oficina encargada del resguardo de éstos.

Por decreto presidencial publicado en el Diario Oficial de la Federación el 26 de julio de 1972, el Instituto Nacional de Neumología se transformó en Hospital General, atrayendo un nuevo tipo de pacientes, con mayor rotación, lo que derivó en nuevas necesidades del registro de sus datos por lo que se creó el departamento de Registros Médicos. Desde su inicio, esta unidad perteneció a la Subdirección de Servicios Paramédicos siendo integrada por las oficinas de Admisión, Archivo Clínico y Registro de Pacientes y Control de Citas (Mesa de Control); el Archivo Radiológico se incorporó en 1987.

En el año 2000 se cambia la denominación al departamento, pasando de Registros Médicos a Admisión y Archivo Clínico y pasa a pertenecer a la Subdirección de Epidemiología y registros Médicos y a partir del 2007 se integra a la Subdirección de Servicios Ambulatorios.

El Departamento de Admisión y Archivo Clínico a través de sus oficinas funcionales, tiene por objeto “Definir y establecer lineamientos y mecanismos encaminados a organizar y controlar la guarda y conservación de expedientes clínicos, así como para efectuar de manera ordenada y expedita, el ingreso de pacientes al área de hospitalización y mantener el registro exacto de los enfermos internados”.

El presente Manual de Procedimientos se elaboró de acuerdo con la Estructura Orgánica autorizada por la Secretaría de Salud el 08 de abril de 2015 y considerando la “Guía Técnica para la Elaboración de Manuales de Procedimientos”, emitida por la Dirección General de Programación y Presupuesto (DGPYP); 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.

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

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

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 01 Hoja: 3 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.

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

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

Contar con un documento que establezca las normas, políticas y procedimientos a seguir en el desarrollo de las actividades que se llevan cabo en las diferentes áreas que integran el Departamento de Admisión y Archivo Clínico.

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 01 <hr/> Hoja: 5 de 9
--	---------------------------------	---	-------------------------------

## I.- 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 Población.

Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente.

Ley General de Protección Civil.

Ley General para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos.

Ley General de Bienes Nacionales.

Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Ley del Diario Oficial de la Federación y Gacetas Gubernamentales.

Ley Federal de Protección a la Propiedad Industrial.

Ley de la Comisión Nacional de Derechos Humanos.

Ley Federal del Derecho de Autor.

Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.

Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal.

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.

Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado.

Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica.

Ley de Premios, Estímulos y Recompensas Civiles.

Ley de Salud del Distrito Federal.

Ley de Residuos Sólidos del Distrito Federal.

### **REGLAMENTOS**

Reglamento de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales.

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

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 Protección Social en Salud.

Reglamento de la Ley General de Salud para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos

Reglamento General de Seguridad Radiológica.

Reglamento de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente de Trabajo.

Reglamento de la Ley General de Población.

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

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

Reglamento de la Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal.

### **CÓDIGOS**

Código Civil Federal.



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

Código Penal Federal.

### **ACUERDOS**

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

Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer los formatos de certificados de defunción y de muerte fetal.

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 se emiten las Disposiciones en las materias de Recursos Humanos y del Servicio Profesional de Carrera, así como el Manual Administrativo de Aplicación General en materia de Recursos Humanos y Organización y el Manual del Servicio Profesional de Carrera.

Acuerdo que determina como obligatoria la presentación de las declaraciones de situación patrimonial de los servidores públicos federales, por medios de comunicación electrónica, utilizando para tal efecto, firma electrónica avanzada.

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.

### **NORMAS OFICIALES MEXICANAS**

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

### **OTROS ORDENAMIENTOS Y DISPOSICIONES**

Plan Nacional de Desarrollo.

Programa Sectorial de Salud.

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

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

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

Acuerdo por el que se adicionan y modifican los Lineamientos Específicos para la Aplicación y Seguimiento de las Medidas de Austeridad y Disciplina del Gasto de la Administración Pública Federal.

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

Lineamientos Generales para la integración y funcionamiento de los Comités de Ética.

Relación de entidades paraestatales de la Administración Pública Federal.

Presupuesto de Egresos de la Federación de cada año.

### **NORMATIVIDAD INTERNA DEL HOSPITAL**

Decreto por el que se crea el Hospital General “Doctor Manuel Gea González”.  
D.O.F. 26-VII-1972.

Decreto del Hospital General Doctor Manuel Gea González.  
D.O.F. 22-VIII-1988.

Estatuto Orgánico del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

Manual de Trámites y Servicios al Público del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

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

Manual de Procedimientos del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

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

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

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

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

Reglas de Propiedad Intelectual del Hospital General Doctor Manuel Gea González



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

Código de Conducta del Hospital General Dr. Manuel Gea González.



Condiciones Generales de Trabajo del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

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

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

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. "A"</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>1. PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO HOSPITALARIO POR URGENCIAS.</b>		<b>Hoja: 1 de 19</b>

## **1. PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO HOSPITALARIO POR URGENCIAS.**

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. "A"
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>1. PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO HOSPITALARIO POR URGENCIAS.</b>		Hoja: 2 de 19

## 1. PROPÓSITO



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

## 2. ALCANCE


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

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

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


 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. "A"
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>1. PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO HOSPITALARIO POR URGENCIAS.</b>		Hoja: 3 de 19

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

	<b>PROCEDIMIENTO</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>
	<b>1. PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO HOSPITALARIO POR URGENCIAS.</b>


#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

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

	<b>PROCEDIMIENTO</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>	
	<b>1. PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO HOSPITALARIO POR URGENCIAS.</b>	

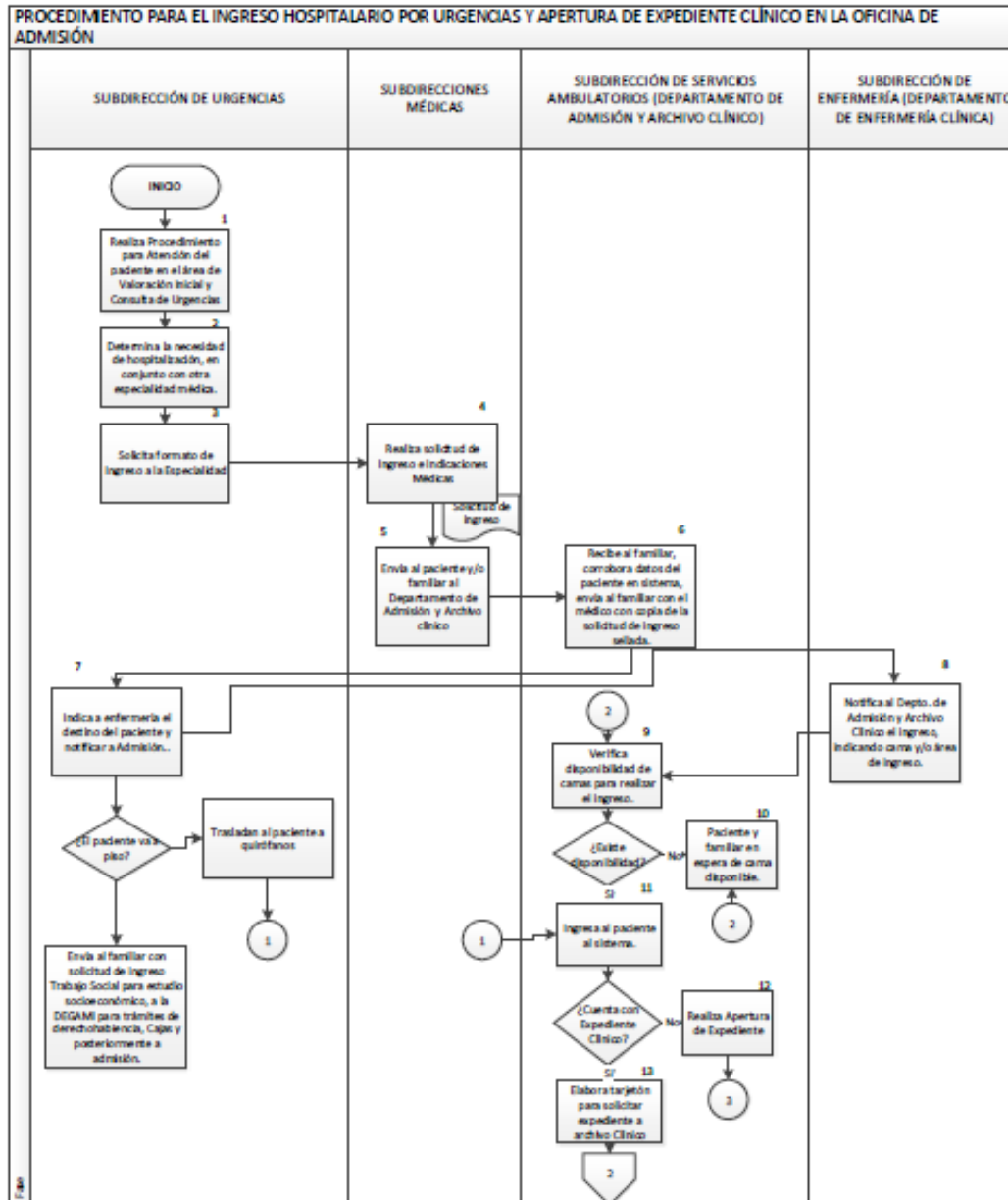
Subdirectora de Enfermería (Jefa del Departamento de Enfermería Clínica)	8	Notifica al Depto. de Admisión y Archivo Clínico el ingreso, indicando cama y o área de ingreso.	
Subdirectora de Servicios Ambulatorios (Jefe del Departamento de Admisión y Archivo Clínico)	9	Verifica disponibilidad de camas para realizar el ingreso.  ¿Existe disponibilidad?	
	10	No: Paciente y familiar en espera de cama disponible, regresa paso 9.	
	11	Si: Ingresa al paciente al sistema.  ¿Cuenta con Expediente Clínico?	
	12	No: Realiza Apertura de Expediente, continua paso 14	
	13	Elabora tarjetón para solicitar expediente a Archivo Clínico.	
	14	Realiza el ingreso, imprime formatos de hospitalización y consentimiento informado de ingreso, los integra al expediente clínico.	
	15	Envía al familiar al Depto. de Trabajo Social. Inicia Procedimiento no. 6	
	16	Entrega expediente a la enfermera del área de Urgencias. <hr/> Registra el ingreso en el censo y en tarjeta de control de cama, anota los datos del paciente.  Elabora listado de ingresos y egresos en su turno. Termina Procedimiento.	
Subdirectora de Enfermería (Jefa del Departamento de Enfermería Clínica)	17	Recibe el expediente con la documentación.	

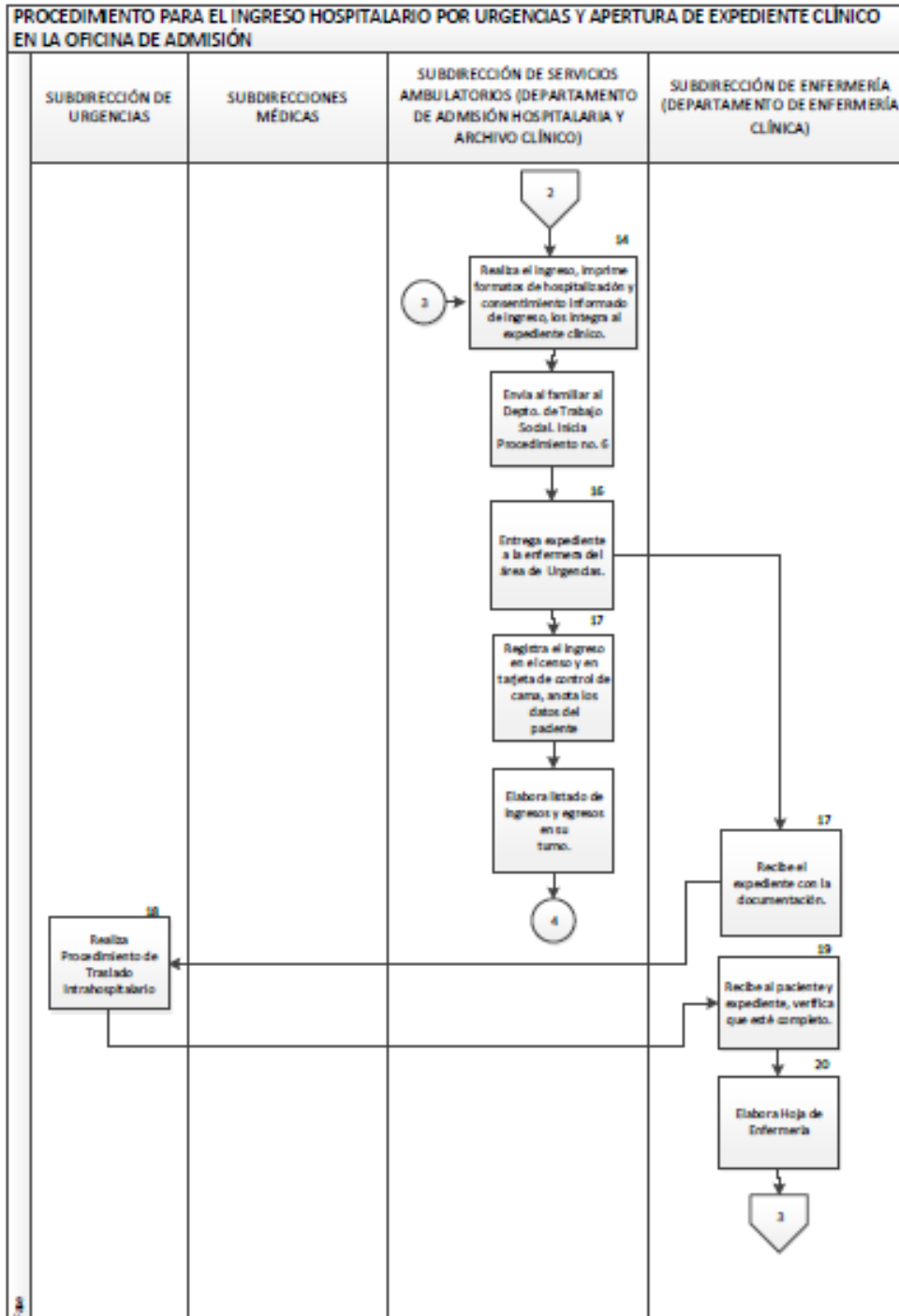


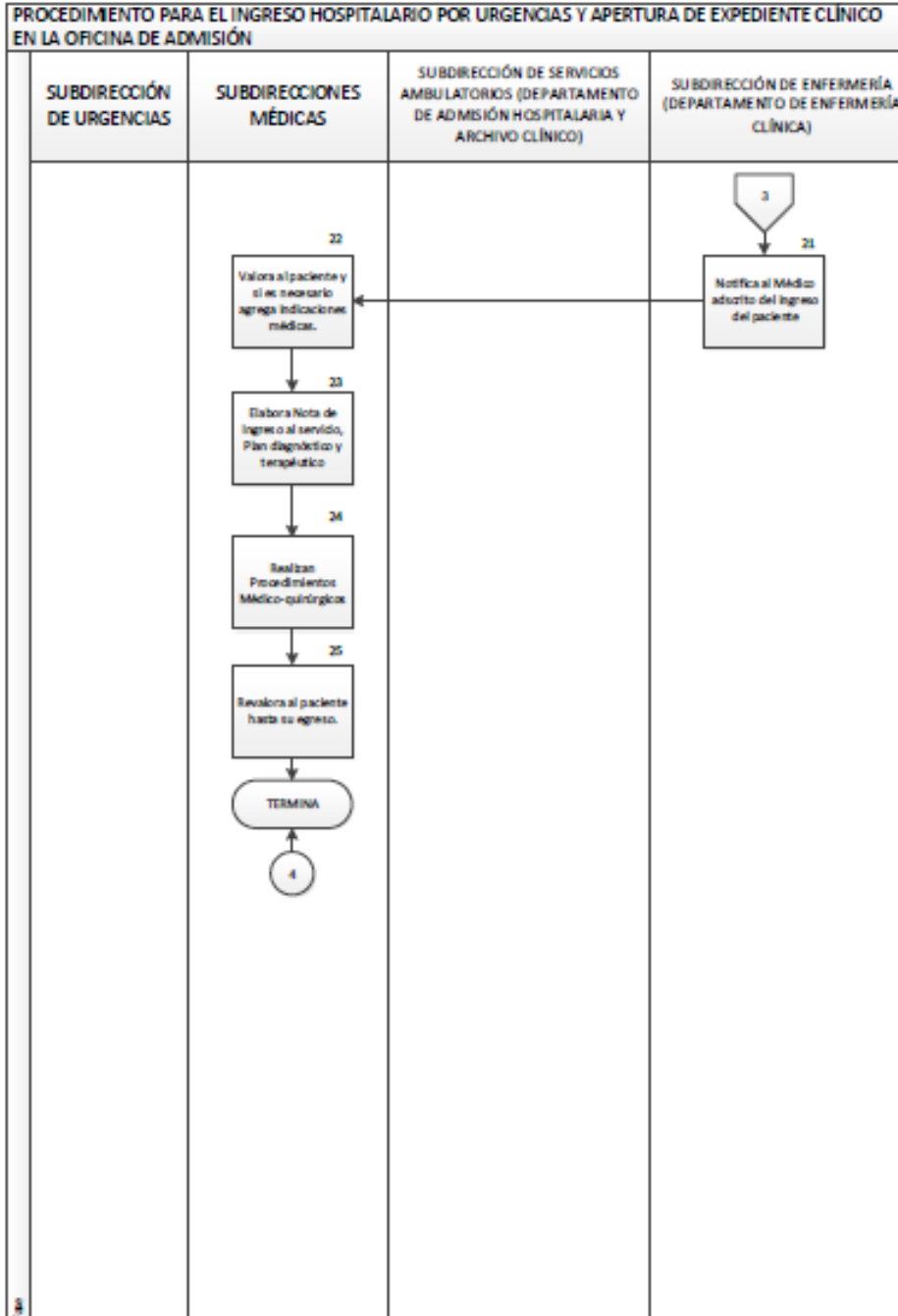
	<b>PROCEDIMIENTO</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>	
	<b>1. PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO HOSPITALARIO POR URGENCIAS.</b>	



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

5. DIAGRAMA DE FLUJO







 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. "A"
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>1. PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO HOSPITALARIO POR URGENCIAS.</b>		Hoja: 10 de 19

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

## 7. REGISTROS



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

## 8. GLOSARIO DEL POROCEDIMIENTO

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



## 9. CAMBIOS DE VERSIÓN DEL PROCEDIMIENTO

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

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. "A"</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>1. PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO HOSPITALARIO POR URGENCIAS.</b>		
			<b>Hoja: 11 de 19</b>

## **10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO**

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



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. "A"
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>1. PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO HOSPITALARIO POR URGENCIAS.</b>		Hoja: 12 de 19

### 10.1 Solicitud de Ingreso

**HOSPITAL GENERAL  
DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ**  
  
**SOLICITUD DE INGRESO HOSPITALARIO**



	<b>No. REGISTRO</b>
<b>NOMBRE COMPLETO DEL (LA) PACIENTE:</b>	
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:
<b>NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO QUE ORDENA EL INGRESO:</b>	
OBSERVACIONES:	
FECHA:	HORA:

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. "A"
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>1. PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO HOSPITALARIO POR URGENCIAS.</b>		Hoja: 13 de 19

## 10.2 Carta de consentimiento para hospitalización



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

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

Ciudad de México a

Hora:

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

Datos del Ingreso:

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

No. de Registro:

Servicio:

Cama:

Dx:

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

C. Fecha de nacimiento: Sexo: Edad:

Con domicilio particular en la calle: Número:

Colonia: Alcaldía o Mpio.:


Estado: Código Postal: Teléfono:

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



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

A T E N T A M E N T E

\_\_\_\_\_  
 Nombre completo y firma del paciente

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



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. "A"
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		Hoja: 14 de 19
	<b>1. PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO HOSPITALARIO POR URGENCIAS.</b>		



Hospital General Dr. Manuel Gea González  
**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

---

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

---

**10 Otros documentos**

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

**10.1 Cartas de Consentimiento informado.**

**10.1.1 Deberán contener como mínimo.**

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

**10.1.1.2** Nombre, razón o denominación social del establecimiento.

**10.1.1.3** Título del documento.

**10.1.1.4** Lugar y fecha en que se emite.

**10.1.1.5** Acto autorizado

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

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

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

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

**10.1.1.10** Nombre completo y firma de dos testigos.

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

**10.1.2.1** Ingreso hospitalario;

**10.1.2.2** Procedimientos de cirugía mayor;

**10.1.2.3** Procedimientos que requieren anestesia general o regional;

**10.1.2.4** Salpingoclasia y vasectomía;

**10.1.2.5** Donación de órganos, tejidos y trasplantes;

**10.1.2.6** Investigación clínica en seres humanos;



**10.1.2.7** Necropsia hospitalaria;

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

**10.1.2.9** Cualquier procedimiento que entrañe mutilación.

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



 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. "A"
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>1. PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO HOSPITALARIO POR URGENCIAS.</b>		Hoja: 16 de 19

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

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

**Para el alta de su paciente deberá:**

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

##### **Instructivo Control de Infecciones:**

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

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

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

06-03-0327

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



**HOSPITAL GENERAL**

**HOSPITAL LIBRE DE TABACO**



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

2020

**PROCESO PARA LA VISITA FAMILIAR Y CONTROL DE INFECCIONES.**

**HORARIO DE RELEVO AL CUIDADO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO**

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

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

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

### INSTRUCTIVO DE HOSPITALIZACIÓN

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

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

Los horarios de hospitalización son:

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

### INSTRUCTIVO DE VISITA FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

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

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

F. Los familiares visitantes deberán:

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

G. Queda estrictamente prohibido a los familiares visitantes:

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

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

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

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

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

**10.5 Cédula de educación del paciente y de su 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: \_\_\_\_\_

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

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

**a).- Identificación de necesidades de educación:**

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

Bareras para el aprendizaje:

	Momento de evaluación		
	1ª.	2ª.	3ª.
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 cognoscitivo			
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 Cérvico-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. Tamiz Neonatal			
33. Precauciones estándar			
34. _____			

- 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): \_\_\_\_\_

	Momento de evaluación			Especificar
	1ª.	2ª.	3ª.	

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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del paciente y/o familiar

2.- Implementación y evaluación del programa:

Registros de educación proporcionada			Evaluación de la educación																																																			
Fecha y Hora	Tema	Lugar	¿A quién se educa?		¿Cómo se proporciona la información?										¿Comprensión de la educación?					¿El paciente requiere reforzamiento?		Profesional de salud que educa	Nombre y firma del profesional de salud que proporcionó la educación	Nombre y firma de quién recibió la información																														
			P	F	O	Or	T	F	V	R	Ta	D	1	2	3	4	5	SI	NO	M	E				TS	N	I	T	F	O	P																							

Egreso del Paciente:



Registros de educación proporcionada			Evaluación de la educación																																																										
Fecha y Hora	Tema	Lugar	¿A quién se educa?		¿Cómo se proporciona la información?										¿Comprensión de la educación?					¿El paciente requiere reforzamiento?		Profesional de salud que educa	Nombre y firma del profesional de salud que proporcionó la educación	Nombre y firma de quién recibió la información																																					
			P	F	O	Or	T	F	V	R	Ta	D	1	2	3	4	5	SI	NO	M	E				TS	N	I	T	F	O	P																														

¿A quién se educa?	
Paciente	P
Familiar	F
Otro	O
Tutor o cuidador primario	O



¿Cómo se proporciona la información?	
Oral	Or
Triptico	T
Folleto	F
Video	V
Rotafolio	R
Taller	Ta
Diapositivas	D

¿Comprensión de la educación?	
Verbaliza conceptos sin ayuda	1
Verbaliza conceptos con ayuda	2
Necesita reforzar la educación	3
No se encuentra receptivo	4
Incapaz de verbalizar conceptos básicos	5

Profesional de salud que educa	
Médico	M
Enfermera	E
Trabajo Social	TS
Nutrióloga	N
Inhaloterapia	I
Terapeuta - Terapeuta Físico	TF
Otro Profesional	OP

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>2. PROCEDIMIENTO DE INGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES PROGRAMADOS CON 48 HRS. PREVIAS AL EVENTO QUIRÚRGICO</b>		<b>Hoja: 1 de 17</b>

**2. PROCEDIMIENTO DE INGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES PROGRAMADOS CON 48 HRS. PREVIAS AL EVENTO QUIRÚRGICO.**

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>2. PROCEDIMIENTO DE INGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES PROGRAMADOS CON 48 HRS. PREVIAS AL EVENTO QUIRÚRGICO</b>		<b>Hoja: 2 de 17</b>

## 1. PROPÓSITO

Realiza las actividades correspondientes al ingreso hospitalario de pacientes programados con 48 horas previas para tratamiento quirúrgico.



## 2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a las Subdirecciones Médicas que realizan procedimientos quirúrgicos programados, al Departamento de Admisión y Archivo Clínico que ingresa a los pacientes programados de procedimientos quirúrgicos y al Departamento de Enfermería Clínica que atiende a los pacientes internados.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a los pacientes que acuden al hospital para recibir atención médica.


## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 Las Subdirecciones Médicas a través de los médicos tratantes, son responsables de la programación quirúrgica de los pacientes con 72 horas previas al evento quirúrgico.
- 3.2 Las Subdirecciones Médicas a través de los médicos tratantes, deben informar al paciente y/o familiar de los trámites con 48 horas previas al evento (pasar a Anestesia, Trabajo Social, Enlace y Gestión de la atención Médica Interinstitucional y Admisión).
- 3.3 Las Subdirecciones Médicas son responsables de determinar el ingreso ambulatorio debiendo especificarlo en la programación quirúrgica con 48 hrs.
- 3.4 Las Subdirecciones Médicas a través de los médicos tratantes, son responsables de reprogramar a los pacientes que no ingresaron por falta de tiempo quirúrgico el día programado, no podrá manejar el ingreso con la solicitud de ingreso por urgencias.
- 3.5 Las Subdirecciones Médicas a través de sus médicos tratantes, son responsables de elaborar las cartas de consentimiento que se requieran en cada caso, en donde aclarará al paciente y/o sus familiares las dudas sobre el procedimiento médico, quirúrgico y/o terapéutico que se le practicará al paciente, así como de los riesgos y pronósticos.
- 3.6 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Departamento de Admisión y Archivo Clínico, es responsable de llenar las cartas de consentimiento para el ingreso hospitalario y aclarar las dudas sobre los trámites, requisitos y procedimientos administrativos.
- 3.7 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Departamento de Admisión y Archivo Clínico, es responsable de entregar los expedientes clínicos de los pacientes programados al área de quirófanos con 48 horas previas al evento quirúrgico.
- 3.8 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Departamento de Admisión y Archivo Clínico es responsable de revisar el listado de los ingresos y egresos efectuados en el turno para cotejo de la entrega de los expedientes clínicos de cada especialidad.



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>2. PROCEDIMIENTO DE INGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES PROGRAMADOS CON 48 HRS. PREVIAS AL EVENTO QUIRÚRGICO</b>		<b>Hoja: 3 de 17</b>

- 3.9** La Subdirección de Cirugía a través de la División de Urología es responsable de acudir a la oficina de Admisión por los expedientes clínicos de los pacientes programados en el primer piso.
- 3.10** La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Departamento de Admisión y Archivo Clínico es responsable de revisar los datos generales y personales de los pacientes en el sistema SIGHO cuando el familiar o paciente presenten su documentación oficial, y en su caso corregirlos.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>
	<b>2. PROCEDIMIENTO DE INGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES PROGRAMADOS CON 48 HRS. PREVIAS AL EVENTO QUIRÚRGICO</b>

#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirecciones Médicas	1	Valora al paciente.	Claves de Hospitalización
	2	Determina que requiere tratamiento quirúrgico, inicia procedimiento de Programación Quirúrgica.	
	3	Envía al familiar con solicitud de ingreso Trabajo Social para estudio socioeconómico, a la DEGAMI para trámites de derechohabencia, Cajas y posteriormente a Admisión.	
Subdirectora de Servicios Ambulatorios (Jefe de Departamento Admisión y archivo Clínico)	4	Recibe los expedientes clínicos de acuerdo con la programación quirúrgica entregada por la Subdirección de Anestesia y Terapias.	Solicitud de ingreso (2 hojas) Hoja de Hospitalización (2 hojas) Cédula de educación (1 hoja)
	5	Recibe al paciente con 48 horas previas a su intervención quirúrgica y verifica que se encuentre en la programación.  ¿Se encuentra en la programación?	
	6	No: Envía al paciente con el médico tratante para que re programe su cirugía. Termina procedimiento.	
	7	Si: Revisa que el paciente presente carnet y recibo de cajas.	
	8	Realiza el ingreso hospitalario del paciente, imprime los documentos e integra el expediente clínico.	
	9	Entrega el expediente clínico al área correspondiente, recaba firma de recibido en la libreta de control con 48 horas previas al evento quirúrgico (los pacientes programados del primer piso, el responsable de área pasará por los expedientes en la oficina de Admisión).  Anota datos en la libreta de control de ingresos.	



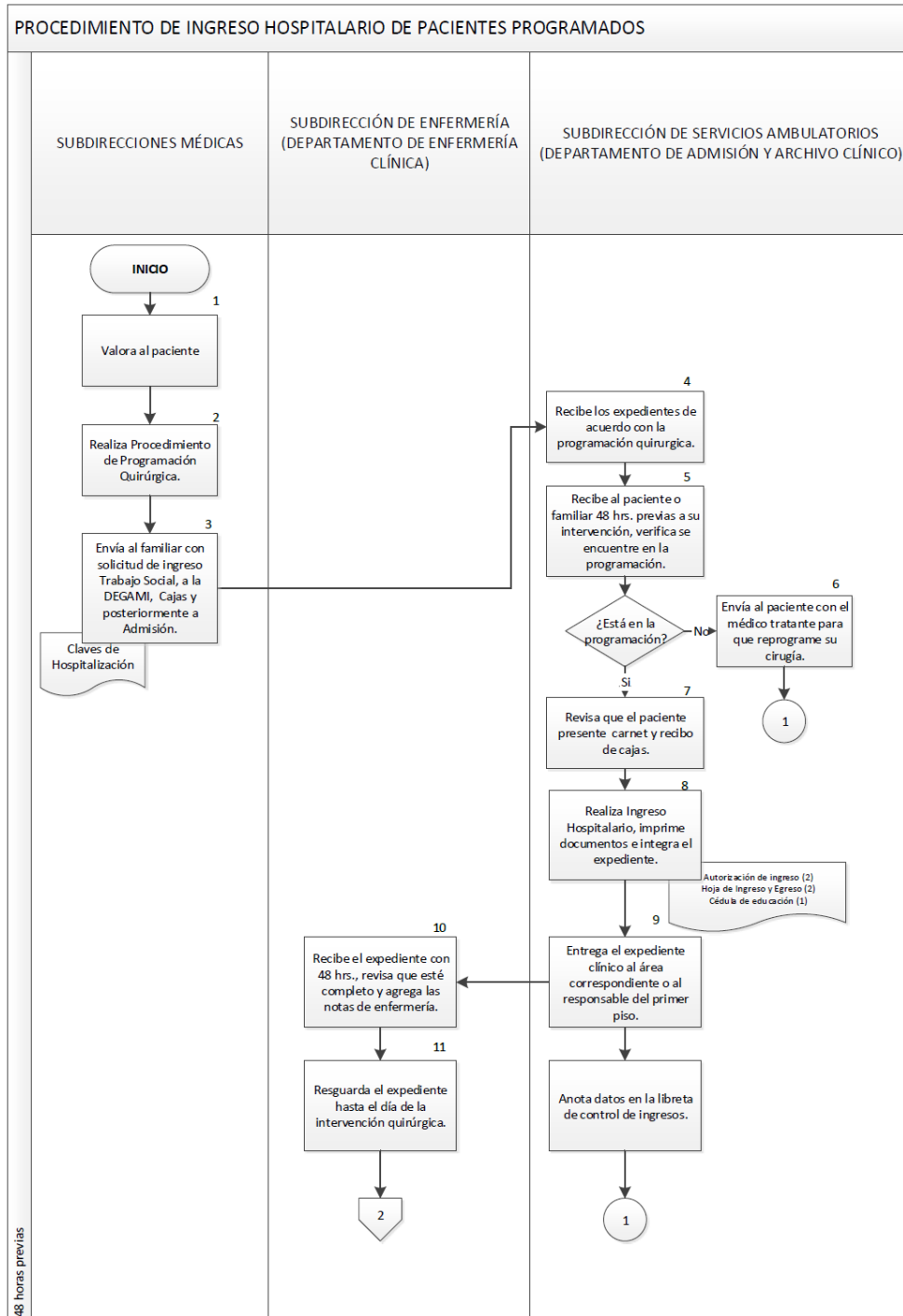
**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS**

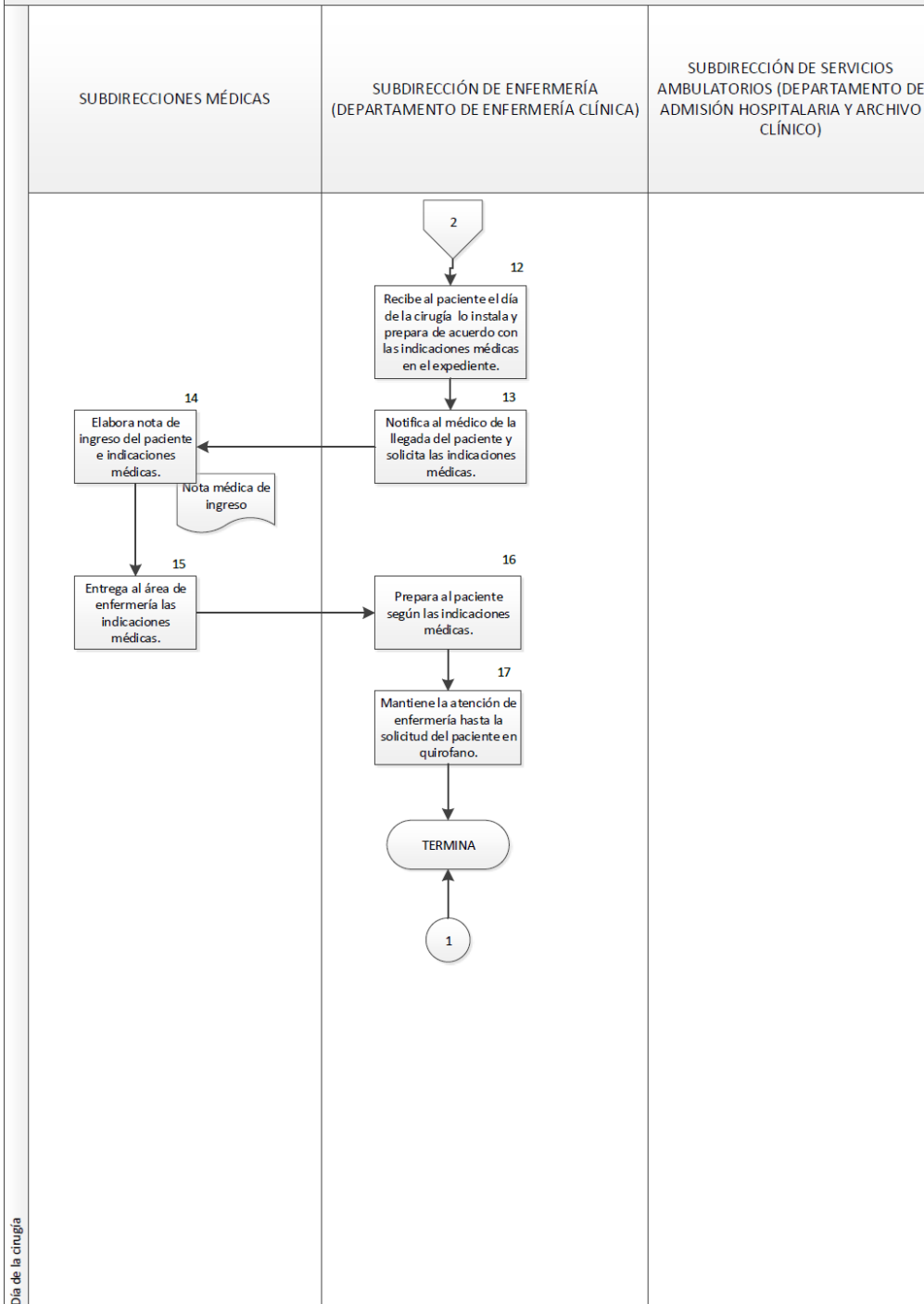
**2. PROCEDIMIENTO DE INGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES PROGRAMADOS CON 48 HRS. PREVIAS AL EVENTO QUIRÚRGICO**



Subdirectora de Enfermería (Jefa del Departamento de Enfermería Clínica)	10	Recibe el expediente con 48 hrs. previas al evento quirúrgico, revisa que esté completo y agrega las notas de enfermería.	
	11	Resguarda el Expediente hasta el día de la intervención quirúrgica.	
	12	Recibe al paciente el día de la cirugía lo instala y prepara de acuerdo con las indicaciones médicas en el expediente.	
	12	Notifica al médico de la llegada del paciente y solicita las indicaciones médicas.	
Subdirectores Médicos	14	Elabora nota de ingreso del paciente e indicaciones médicas.	Nota de Ingreso
	15	Entrega al área de enfermería las indicaciones médicas.	
Subdirectora de Enfermería (Jefa del Departamento de enfermería clínica)	16	Prepara al paciente según las indicaciones médicas.	
	17	Mantiene la atención de enfermería, hasta la solicitud del paciente en quirófano.  <b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>	

## 5. DIAGRAMA DE FLUJO



PROCEDIMIENTO DE INGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES PROGRAMADOS



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>2. PROCEDIMIENTO DE INGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES PROGRAMADOS CON 48 HRS. PREVIAS AL EVENTO QUIRÚRGICO</b>		<b>Hoja: 8 de 17</b>

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

## 7. REGISTROS



Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Solicitud de internamiento	5 años	Departamento de Admisión y Archivo Clínico	06-01-0103
Carta de autorización de internamiento	5 años	Departamento de Admisión y Archivo Clínico	06-01-0140 o 06-01-0144
Hoja de hospitalización	5 años	Departamento de Admisión y Archivo Clínico	06-01-0093
Control de cama (digital)	No aplica	No aplica	No aplica
Listado de ingresos	No aplica	No aplica	No aplica

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Expediente clínico.-** Conjunto de documentos escritos, gráficos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con apego a las disposiciones sanitarias.
- 8.2 Servicio de hospitalización.-** Servicio que cuenta con camas censables para atender pacientes ingresados; proporcionar atención médica con el fin de realizar diagnósticos, aplicar tratamientos y cuidados continuos de enfermería.



## 9. CAMBIOS DE VERSIÓN DEL PROCEDIMIENTO

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

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>2. PROCEDIMIENTO DE INGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES PROGRAMADOS CON 48 HRS. PREVIAS AL EVENTO QUIRÚRGICO</b>		<b>Hoja: 9 de 17</b>

## **10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO**

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

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>2. PROCEDIMIENTO DE INGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES PROGRAMADOS CON 48 HRS. PREVIAS AL EVENTO QUIRÚRGICO</b>		<b>Hoja: 10 de 17</b>

### 10.1 Solicitud de Ingreso



HOSPITAL GENERAL  
DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ



### SOLICITUD DE INGRESO HOSPITALARIO

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



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>2. PROCEDIMIENTO DE INGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES PROGRAMADOS CON 48 HRS. PREVIAS AL EVENTO QUIRÚRGICO</b>		<b>Hoja: 11 de 17</b>

## 10.2 Carta de consentimiento para hospitalización



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

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

Ciudad de México a

Hora:

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

Datos del Ingreso:

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

No. de Registro:

Servicio:

Cama:

Dx:

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

C. Fecha de nacimiento: Sexo: Edad:

Con domicilio particular en la calle: Número:

Colonia: Alcaldía o Mpio.:


Estado: Código Postal: Teléfono:



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

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

A T E N T A M E N T E

\_\_\_\_\_  
Nombre completo y firma del paciente

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

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>2. PROCEDIMIENTO DE INGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES PROGRAMADOS CON 48 HRS. PREVIAS AL EVENTO QUIRÚRGICO</b>		<b>Hoja: 12 de 17</b>



Hospital General Dr. Manuel Gea González  
**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

---

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

---

**10 Otros documentos**

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

**10.1 Cartas de Consentimiento informado.**

**10.1.1 Deberán contener como mínimo.**

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

**10.1.1.2** Nombre, razón o denominación social del establecimiento.

**10.1.1.3** Título del documento.

**10.1.1.4** Lugar y fecha en que se emite.

**10.1.1.5** Acto autorizado

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

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

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

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

**10.1.1.10** Nombre completo y firma de dos testigos.

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

**10.1.2.1** Ingreso hospitalario;

**10.1.2.2** Procedimientos de cirugía mayor;

**10.1.2.3** Procedimientos que requieren anestesia general o regional;

**10.1.2.4** Salpingoclasia y vasectomía;

**10.1.2.5** Donación de órganos, tejidos y trasplantes;

**10.1.2.6** Investigación clínica en seres humanos;


**10.1.2.7** Necropsia hospitalaria;

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

**10.1.2.9** Cualquier procedimiento que entrañe mutilación.

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



**10.3 Hoja de Hospitalización**



**HOJA DE HOSPITALIZACIÓN**  
SINBA-SEUL-14P-DGIS

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

<b>PACIENTE</b>	NOMBRE: _____ Nombre (s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ C.U.R.P.: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ ENTIDAD DE NACIMIENTO: _____ EDAD CUMPLIDA: _____ (Menores de 3 meses) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No SEXO: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino PESO: _____ kg TALLA: _____ cm ESTADO CONYUGAL: _____ AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD: <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEBENA <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Gub. Estatal <input type="checkbox"/> Seguro popular <input type="checkbox"/> Seguro privado <input type="checkbox"/> Seguro popular <input type="checkbox"/> Seigna <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> PROSPERA NÚM. AFILIACIÓN: _____ GRATUIDAD: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																																																																			
	¿SE CONSIDERA INDÍGENA? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿HABLA ALGUN LENGUA INDÍGENA? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿CUÁL?: _____ Los menores de 5 años que sean hijos de alguna persona que sea o sea indígena o habla alguna lengua indígena serán considerados de no talos.																																																																			
	TIPO DE LA VALIDAD: _____ NOMBRE DE LA VALIDAD: _____ NÚM. EXT.: _____ NÚM. INT.: _____ DOMICILIO: _____ NOMBRE DE ASENTAMIENTO HUMANO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____ LOCALIDAD: _____ MUNICIPIO CALCALÚN: _____ ENTIDAD FEDERATIVA/PAÍS: _____ TELÉFONO: _____																																																																			
<b>ESTANCIA</b>	EXPEDIENTE: INGRESO: _____ TIPO DE SERVICIO: _____ DE INGRESO: _____ EGRESO: _____ HOSPITALIZACIÓN (NORMAL): _____ SEGUNDO: _____ CORTA ESTANCIA: _____ DE EGRESO: _____																																																																			
	PROCEDENCIA: <input type="checkbox"/> Consulta externa <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Referido _____ Unidad Médica _____ Especificar CLUES _____ MOTIVO DEL EGRESO: <input type="checkbox"/> Curación <input type="checkbox"/> Mejoría <input type="checkbox"/> Voluntario <input type="checkbox"/> Transferido a otra Unidad Médica: _____ Especificar CLUES _____																																																																			
	DEFERENCIA: <input type="checkbox"/> MINISTERIO PÚBLICO <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No FOLIO DEL CERTIFICADO: _____ Faja <input type="checkbox"/> Otro motivo: _____ Especificar _____																																																																			
	MUJER EMBARAZADA FÉRIL: <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Parto (de 0 a 42 días después del parto) <input type="checkbox"/> No estaba embarazada ni en el parto																																																																			
	AFECIONES TRATADAS (DIAGNÓSTICOS FINALES AL EGRESO) CÓDIGO CIE _____ AFECIÓN PRINCIPAL: <input type="checkbox"/> Primera vez <input type="checkbox"/> Subsecuente																																																																			
	COMPLICACIONES: _____ RESELECCIÓN A F.P. _____ Código adicional: _____ Sólo para tumores: _____																																																																			
	CAUSA EXTERNA (Especifique los acontecimientos, circunstancias y condiciones que causen la lesión): _____ COMPLICACIONES: _____																																																																			
	INFORMACIÓN INTRA HOSPITALARIA: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																																																																			
	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS, TERAPÉUTICOS Y QUIRÚRGICOS: En este apartado se deberán incluir AGENIAS o procedimientos quirúrgicos máximo uno por parte en un espacio vertical, según proceda madre y neonato, acompañamiento postoperatorio, y manejo clínico de lactar (período del trabajo de parto).																																																																			
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">ANESTESIA</th> <th colspan="2">QUIRÓFANO</th> <th rowspan="2">CURP A CIE MEDICO RESP. DEL PROCEDIMIENTO</th> <th rowspan="2">CÓDIGO CIE-9 MC</th> </tr> <tr> <th>TIPO</th> <th>SEVERO</th> <th>PEQUEÑO</th> <th>PUERNA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1.</td><td></td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2.</td><td></td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3.</td><td></td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4.</td><td></td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5.</td><td></td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6.</td><td></td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7.</td><td></td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8.</td><td></td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>			ANESTESIA		QUIRÓFANO		CURP A CIE MEDICO RESP. DEL PROCEDIMIENTO	CÓDIGO CIE-9 MC	TIPO	SEVERO	PEQUEÑO	PUERNA	1.		1	1	2			2.		1	1	2			3.		1	1	2			4.		1	1	2			5.		1	1	2			6.		1	1	2			7.		1	1	2			8.		1	1	2	
	ANESTESIA			QUIRÓFANO		CURP A CIE MEDICO RESP. DEL PROCEDIMIENTO	CÓDIGO CIE-9 MC																																																													
	TIPO	SEVERO	PEQUEÑO	PUERNA																																																																
1.		1	1	2																																																																
2.		1	1	2																																																																
3.		1	1	2																																																																
4.		1	1	2																																																																
5.		1	1	2																																																																
6.		1	1	2																																																																
7.		1	1	2																																																																
8.		1	1	2																																																																
<b>ATENCIÓN OBSTÉTRICA</b>	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: Gestar: _____ Abortos: _____ Partos: _____ Cesáreas: _____ EDAD GESTACIONAL: _____ (EXTRACCIÓN O EXPULSIÓN): <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No TIPO DE ATENCIÓN: <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Parto PRODUCTO DE UN EMBARAZO: <input type="checkbox"/> Único <input type="checkbox"/> Gemelar <input type="checkbox"/> Otro o más <input type="checkbox"/> Dispositivo intrauterino <input type="checkbox"/> Planificado <input type="checkbox"/> No planificado <input type="checkbox"/> Dispositivo <input type="checkbox"/> Otro																																																																			
	TIPO DE PARTO: <input type="checkbox"/> Estático <input type="checkbox"/> Dinámico vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Parto clínico <input type="checkbox"/> OTO <input type="checkbox"/> Otro																																																																			
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">DATOS DE LOS PRODUCTOS</th> <th colspan="2">CONDICIÓN AL NACIMIENTO</th> <th colspan="2">CONDICIÓN DEL NACIMIENTO AL EGRESO</th> <th colspan="2">INDICAR FOLIOS DE CERTIFICADOS (NACIMIENTO, DEFUNCIÓN O MUERTE FETAL, SEGÚN SEA EL CASO)</th> <th colspan="4">PARA TODO NACIDO VIVO</th> </tr> <tr> <th>MUERTE FETAL</th> <th>NACIDO VIVO</th> <th>ALTA CON LA MADRE</th> <th>HOSPITALIZADO</th> <th>CAN</th> <th>APGARA LOS 5 MIN.</th> <th>RESANIMACIÓN NEONATAL AVANZADA</th> <th>ALCUMBRAMIENTO CONJUNTO</th> <th>LACTANCIA EXCLUSIVA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</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>2</td> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</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>3</td> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</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>4</td> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</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> </tbody> </table>		DATOS DE LOS PRODUCTOS	CONDICIÓN AL NACIMIENTO		CONDICIÓN DEL NACIMIENTO AL EGRESO		INDICAR FOLIOS DE CERTIFICADOS (NACIMIENTO, DEFUNCIÓN O MUERTE FETAL, SEGÚN SEA EL CASO)		PARA TODO NACIDO VIVO				MUERTE FETAL	NACIDO VIVO	ALTA CON LA MADRE	HOSPITALIZADO	CAN	APGARA LOS 5 MIN.	RESANIMACIÓN NEONATAL AVANZADA	ALCUMBRAMIENTO CONJUNTO	LACTANCIA EXCLUSIVA	1		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	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	3		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	4		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 AL NACIMIENTO		CONDICIÓN DEL NACIMIENTO AL EGRESO		INDICAR FOLIOS DE CERTIFICADOS (NACIMIENTO, DEFUNCIÓN O MUERTE FETAL, SEGÚN SEA EL CASO)		PARA TODO NACIDO VIVO																																																												
MUERTE FETAL		NACIDO VIVO	ALTA CON LA MADRE	HOSPITALIZADO	CAN	APGARA LOS 5 MIN.	RESANIMACIÓN NEONATAL AVANZADA	ALCUMBRAMIENTO CONJUNTO	LACTANCIA EXCLUSIVA																																																											
1		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																																																										
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																																																										
3		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																																																										
4		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 CONTINUO: <input type="checkbox"/> Policlínica <input type="checkbox"/> Polipoliambulatorio <input type="checkbox"/> Polipoliambulatorio <input type="checkbox"/> Unidad de desatención <input type="checkbox"/> Villa polipoliambulatorio <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No especificado HOSPITAL PARCIAL: <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Noche <input type="checkbox"/> Fin de semana <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No especificado UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES: <input type="checkbox"/>																																																																				
PROFESIONAL DE LA SALUD RESPONSABLE: NOMBRE: _____ Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ C.U.R.P.: _____ CÉDULA PROFESIONAL: _____ FIRMA: _____																																																																				

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>2. PROCEDIMIENTO DE INGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES PROGRAMADOS CON 48 HRS. PREVIAS AL EVENTO QUIRÚRGICO</b>		<b>Hoja: 14 de 17</b>

#### 10.4 Instructivo “Proceso para la visita familiar y control de infecciones”

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

**Para el alta de su paciente deberá:**

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

##### Instructivo Control de Infecciones

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

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

**Ayúdenos a evitar las infecciones. “La solución también está en sus manos”**

06-02-0327

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



**HOSPITAL GENERAL**

##### HOSPITAL LIBRE DE TABACO



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



2020

##### PROCESO PARA LA VISITA FAMILIAR Y CONTROL DE INFECCIONES.

##### HORARIO DE RELEVO AL CUIDADO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

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

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

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		<b>Hoja: 15 de 17</b>
<b>2. PROCEDIMIENTO DE INGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES PROGRAMADOS CON 48 HRS. PREVIAS AL EVENTO QUIRÚRGICO</b>			

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

### INSTRUCTIVO DE HOSPITALIZACIÓN

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

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

Los horarios de hospitalización son:

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

### INSTRUCTIVO DE VISITA FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

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

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

**F. Los familiares visitantes deberán:**

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

**G. Queda estrictamente prohibido a los familiares visitantes:**

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

**H.** Los informes sobre el estado de salud del paciente, serán proporcionados **únicamente por el médico de guardia**, en los horarios establecidos en cada servicio. En el servicio de Urgencias **no hay horarios establecidos**, la información será proporcionada de acuerdo a las condiciones clínicas del paciente.

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

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

**10.5 Cédula de educación del paciente y de su familia**



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

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

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

**a).- Identificación de necesidades de educación:**

Fechas	DÍA	MES	AÑO
Ingreso			
1 <sup>a</sup> Evaluación			
2 <sup>a</sup> Evaluación			
3 <sup>a</sup> Evaluación			

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

Barreras para el aprendizaje:

	Momento de evaluación		
	1 <sup>a</sup> .	2 <sup>a</sup> .	3 <sup>a</sup> .
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. Diálisis peritoneal			
14. Padecimientos cardiovasculares			
15. Padecimientos cerebrovasculares			
16. Deterioro cognoscitivo			
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. Tamiz Neonatal			
33. Precauciones estándar			
34. _____			

- Sin barreras
- Idioma
  - Otra lengua diferente al español
  - alteraciones del lenguaje
  - Alteraciones auditivas
  - Alteraciones visuales
  - Alteraciones físicas
  - Alteraciones cognitivas
  - Alteraciones emocionales
  - Nivel educativo
  - Alfabetización
  - Diferencias culturales, sociales y valores
  - Prácticas religiosas
  - Enfermedades anteriores
  - Presencia o ausencia de dolor
  - No hay disponibilidad para recibir información
  - Falta de habilidad para realizar procedimientos (actividades)
  - Factores motivacionales
  - Otro (especificar): \_\_\_\_\_

	Momento de evaluación			Especificar
	1 <sup>a</sup> .	2 <sup>a</sup> .	3 <sup>a</sup> .	

A quién evalúa:			
	P	F	O
1 <sup>a</sup> Evaluación			
2 <sup>a</sup> Evaluación			
3 <sup>a</sup> Evaluación			



Nombre, cédula profesional y firma de quien realiza	
1 <sup>a</sup> Evaluación	
2 <sup>a</sup> Evaluación	
3 <sup>a</sup> 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 ayudarte a lograr mejores resultados y una más pronta recuperación, promoviendo el autocuidado, por lo que si Usted está de acuerdo le pedimos su autorización para que nuestro profesional de la salud se la proporcione.



\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del paciente y/o familiar



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS		
	3. PROCEDIMIENTO DE INGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES PROGRAMADOS		Hoja: 1 de 17

### 3. PROCEDIMIENTO DE INGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES PROGRAMADOS



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 01
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>3. PROCEDIMIENTO DE INGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES PROGRAMADOS</b>		Hoja: 2 de 17

## 1. PROPÓSITO



Realiza las actividades correspondientes al ingreso hospitalario de pacientes programados para tratamiento quirúrgico.

## 2. ALCANCE


- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a las Subdirecciones Médicas que realizan procedimientos quirúrgicos programados, al Departamento de Admisión y Archivo Clínico que ingresa a los pacientes programados de procedimientos quirúrgicos y al Departamento de Enfermería Clínica que atiende a los pacientes hospitalizados.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a los pacientes que acuden al hospital para recibir atención médica.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 Las Subdirecciones Médicas a través de los médicos tratantes, son responsables de la asignación de camas para los pacientes que requieren hospitalización, debiendo informar al Departamento de Admisión y Archivo Clínico la cama designada para cada paciente a más tardar a las 17 horas de cada día.
- 3.2 Las Subdirecciones Médicas son responsables de determinar el ingreso ambulatorio debiendo especificarlo en la programación quirúrgica.
- 3.3 Las Subdirecciones Médicas a través de los médicos tratantes, son responsables de informar al paciente y/o familiar la no disponibilidad de camas, debiendo esperar los egresos para que pueda asignársele una cama o que el médico re programe su ingreso.
- 3.4 Las Subdirecciones Médicas a través de los médicos tratantes, son responsables de reprogramar a los pacientes que no ingresaron por falta de cama el día programado, no podrá manejar el ingreso con la solicitud de ingreso por urgencias.
- 3.5 Las Subdirecciones Médicas a través de sus médicos tratantes, serán responsables de informar a los pacientes los horarios para internamiento, de acuerdo con la especialidad:
  - 16:00 hrs. Ginecología y Pediatría.
  - 16:30 hrs. Oftalmología, Otorrinolaringología y Ortopedia.
  - 17:30 hrs. Cirugía General, Cirugía Plástica, Urología y Cardiovascular.
- 3.6 Las Subdirecciones Médicas a través de sus médicos tratantes, son responsables de elaborar las cartas de consentimiento que se requieran en cada caso, en donde aclarará al paciente y/o sus familiares las dudas sobre el procedimiento médico, quirúrgico y/o terapéutico que se le practicará al paciente, así como de los riesgos y pronósticos.
- 3.7 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Departamento de Admisión y Archivo Clínico, es responsable de llenar las cartas de consentimiento para el ingreso hospitalario y aclarar las dudas sobre los trámites, requisitos y procedimientos administrativos.

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 01
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>3. PROCEDIMIENTO DE INGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES PROGRAMADOS</b>		Hoja: 3 de 17

- 3.8 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Departamento de Admisión y Archivo Clínico es responsable de realizar el listado de los ingresos y egresos efectuados en el turno para cotejo de la entrega de los expedientes clínicos de cada especialidad.
- 3.9 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Departamento de Admisión y Archivo Clínico es responsable de revisar los datos generales y personales de los pacientes en el sistema SIGHO cuando el familiar o paciente presenten su documentación oficial, y en su caso corregirlos.

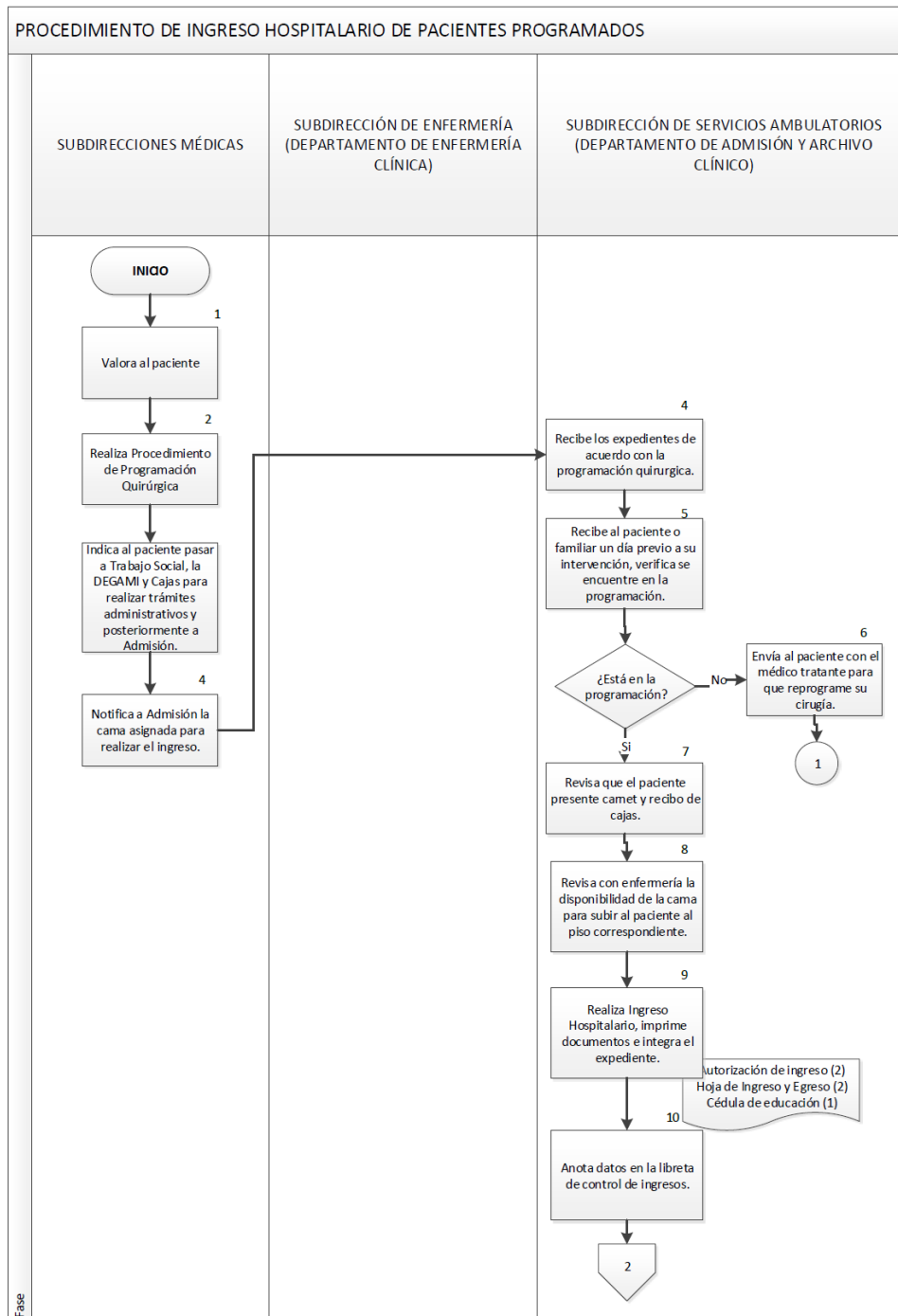
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>
	<b>3. PROCEDIMIENTO DE INGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES PROGRAMADOS</b>

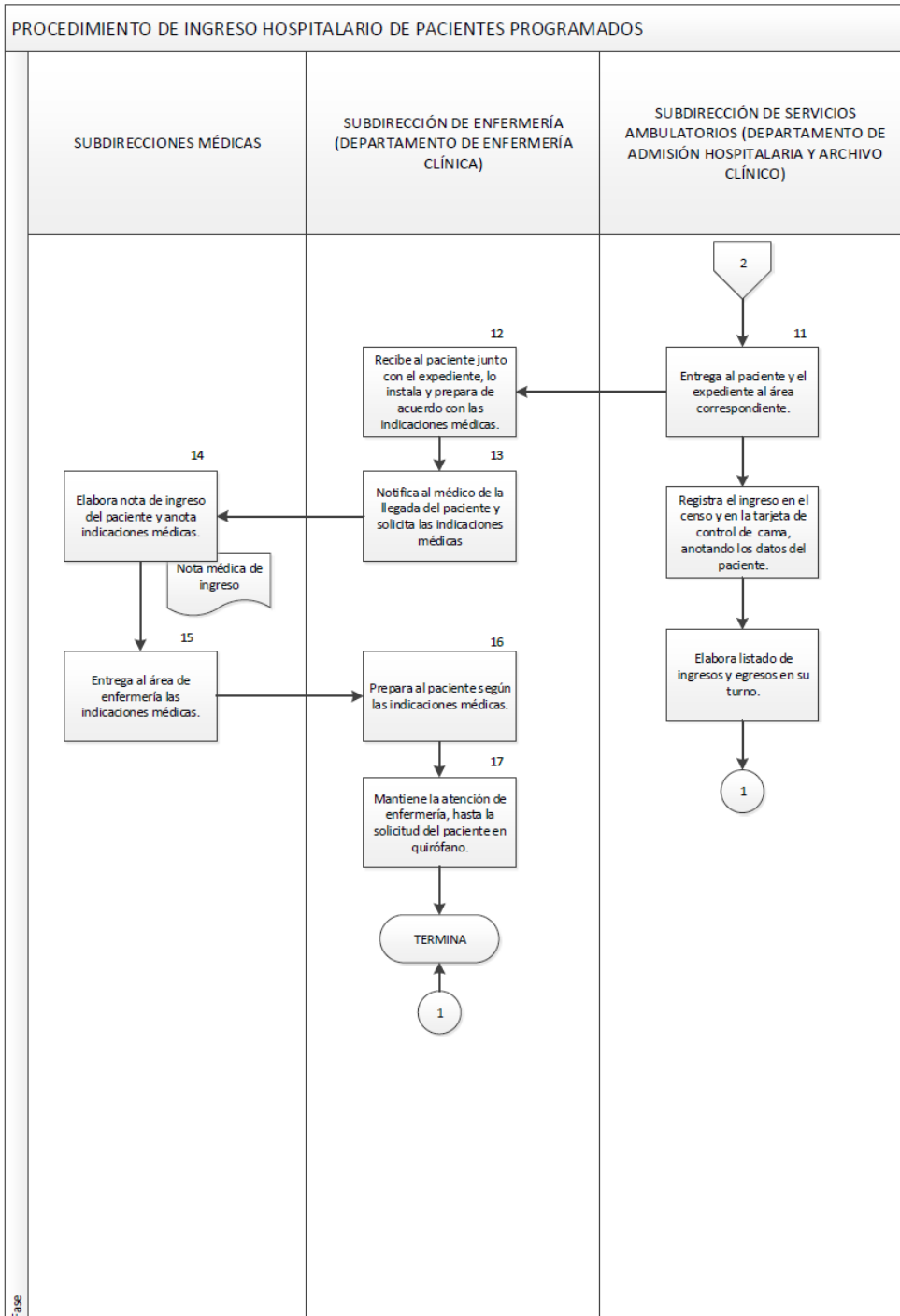
#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO



Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirecciones Médicas	1	Valora al paciente.	Claves de Hospitalización
	2	Determina que requiere ser hospitalizado para tratamiento quirúrgico, inicia procedimiento de Programación Quirúrgica.	
	3	Indica al paciente pasar a la División de Enlace y Gestión de Atención Médica Interinstitucional para realizar trámites de gratuidad, con el formato de claves de hospitalización.	
		Notifica al Depto. de Admisión y Archivo Clínico la cama asignada para realizar el ingreso.	
Subdirectora de Servicios Ambulatorios (Jefe de Departamento Admisión y archivo Clínico)	4	Recibe los expedientes clínicos de acuerdo con la programación quirúrgica entregada por la Subdirección de Anestesia y Terapias.	
	5	Recibe al paciente un día previo a su intervención quirúrgica y verifica que se encuentre en la programación.  ¿Se encuentra en la programación?	
	6	No: Envía al paciente con el médico tratante para que re programe su cirugía. Termina procedimiento.	
	7	Si: Revisa que el paciente presente carnet y recibo de cajas.	
	8	Revisa con enfermería la disponibilidad de la cama para subir al paciente al piso correspondiente.	
	9	Realiza el ingreso hospitalario del paciente, imprime los documentos e integra el expediente clínico.	

	10	Anota datos en la libreta de control de ingresos.	
	11	Entrega el expediente clínico al área correspondiente, recaba firma de recibido en la libreta de control.	Solicitud de ingreso (2 hojas) Hoja de Hospitalización (2 hojas) Cédula de educación (1 hoja) Instructivo "Proceso para la visita familiar y control de infecciones" Carta de consentimiento para hospitalización
		Registra el ingreso en el censo y en la tarjeta de control de cama, anotando los datos del paciente.  Elabora listado de ingresos y egresos en su turno.	
Subdirectora de Enfermería (Jefa del Departamento de Enfermería Clínica)	12	Recibe al paciente junto con el expediente, lo instala y prepara de acuerdo con las indicaciones médicas y agrega las notas de enfermería.	
	13	Notifica al médico de la llegada del paciente y solicita las indicaciones médicas.	
Subdirecciones Médicas	14	Elabora nota de ingreso del paciente y anota indicaciones médicas.	Nota de ingreso
	15	Entrega al área de enfermería las indicaciones médicas.	
Subdirectora de Enfermería (Jefa del Departamento de enfermería clínica)	16	Prepara al paciente según las indicaciones médicas.	
	17	Mantiene la atención de enfermería, hasta la solicitud del paciente en quirófano.	
<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>			

## 5. DIAGRAMA DE FLUJO





 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 01
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>3. PROCEDIMIENTO DE INGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES PROGRAMADOS</b>		Hoja: 8 de 17

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

## 7. REGISTROS



Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Solicitud de internamiento	5 años	Departamento de Admisión y Archivo Clínico	06-01-0103
Carta de autorización de internamiento	5 años	Departamento de Admisión y Archivo Clínico	06-01-0140 o 06-01-0144
Hoja de hospitalización	5 años	Departamento de Admisión y Archivo Clínico	06-01-0093
Control de cama (digital)	No aplica	No aplica	No aplica
Listado de ingresos	No aplica	No aplica	No aplica

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Expediente clínico.-** Conjunto de documentos escritos, gráficos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con apego a las disposiciones sanitarias.
- 8.2 Servicio de hospitalización.-** Servicio que cuenta con camas censables para atender pacientes ingresados; proporcionar atención médica con el fin de realizar diagnósticos, aplicar tratamientos y cuidados continuos de enfermería.

## 9. CAMBIOS DE VERSIÓN DEL PROCEDIMIENTO



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

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 01
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>3. PROCEDIMIENTO DE INGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES PROGRAMADOS</b>		Hoja: 9 de 17

## **10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO**

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



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 01
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>3. PROCEDIMIENTO DE INGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES PROGRAMADOS</b>		Hoja: 10 de 17



### 10.1 Solicitud de Ingreso

HOSPITAL GENERAL  
DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ



### SOLICITUD DE INGRESO HOSPITALARIO

	<b>No. REGISTRO</b>
<b>NOMBRE COMPLETO DEL (LA) PACIENTE:</b>	
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:
<b>NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO QUE ORDENA EL INGRESO:</b>	
OBSERVACIONES:	
FECHA:	HORA:

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 01
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>3. PROCEDIMIENTO DE INGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES PROGRAMADOS</b>		Hoja: 11 de 17

## 10.2 Carta de consentimiento para hospitalización



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

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

Ciudad de México a

Hora:

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

Datos del Ingreso:

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

No. de Registro:

Servicio:

Cama:

Dx:

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

C. Fecha de nacimiento: Sexo: Edad:

Con domicilio particular en la calle: Número:

Colonia: Alcaldía o Mpio.:


Estado: Código Postal: Teléfono:



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

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

A T E N T A M E N T E

\_\_\_\_\_  
Nombre completo y firma del paciente

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

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 01
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>3. PROCEDIMIENTO DE INGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES PROGRAMADOS</b>		Hoja: 12 de 17



Hospital General Dr. Manuel Gea González  
**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**10 Otros documentos**

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

**10.1 Cartas de Consentimiento informado.**

**10.1.1 Deberán contener como mínimo.**

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

**10.1.1.2** Nombre, razón o denominación social del establecimiento.

**10.1.1.3** Título del documento.

**10.1.1.4** Lugar y fecha en que se emite.

**10.1.1.5** Acto autorizado

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

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

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

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

**10.1.1.10** Nombre completo y firma de dos testigos.

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

**10.1.2.1** Ingreso hospitalario;

**10.1.2.2** Procedimientos de cirugía mayor;

**10.1.2.3** Procedimientos que requieren anestesia general o regional;

**10.1.2.4** Salpingoclasia y vasectomía;

**10.1.2.5** Donación de órganos, tejidos y trasplantes;

**10.1.2.6** Investigación clínica en seres humanos;



**10.1.2.7** Necropsia hospitalaria;

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

**10.1.2.9** Cualquier procedimiento que entrañe mutilación.

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



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 01
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>3. PROCEDIMIENTO DE INGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES PROGRAMADOS</b>		Hoja: 14 de 17

## 10.4 Instructivo “Proceso para la visita familiar y control de infecciones”

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

**Para el alta de su paciente deberá:**

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

### Instructivo Control de Infecciones

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

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

**Ayúdenos a evitar las infecciones. “La solución también está en sus manos”**

06-03-0327

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



### HOSPITAL GENERAL

### HOSPITAL LIBRE DE TABACO



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



20/20

### PROCESO PARA LA VISITA FAMILIAR Y CONTROL DE INFECCIONES.

### HORARIO DE RELEVO AL CUIDADO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

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

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

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>3. PROCEDIMIENTO DE INGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES PROGRAMADOS</b>		<b>Hoja: 15 de 17</b>

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

### INSTRUCTIVO DE HOSPITALIZACIÓN

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

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

Los horarios de hospitalización son:

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

### INSTRUCTIVO DE VISITA FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

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

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

**F. Los familiares visitantes deberán:**

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

**G. Queda estrictamente prohibido a los familiares visitantes:**

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

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

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

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

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

**10.5 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: \_\_\_\_\_

**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.	3a.
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. Diálisis peritoneal			
14. Padecimientos cardiovasculares			
15. Padecimientos cerebrovasculares			
16. Deterioro cognoscitivo			
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. Tamiz Neonatal			
33. Precauciones estándar			
34. _____			

Barreras para el aprendizaje:

- Sin barreras
- Idioma
  - Otra lengua diferente al español
  - alteraciones del lenguaje
  - Alteraciones auditivas
  - Alteraciones visuales
  - Alteraciones físicas
  - Alteraciones cognitivas
  - Alteraciones emocionales
  - Nivel educativo
  - Alfabetización
  - Diferencias culturales, sociales y valores
  - Prácticas religiosas
  - Enfermedades anteriores
  - Presencia o ausencia de dolor
  - No hay disponibilidad para recibir información
  - Falta de habilidad para realizar procedimientos (actividades)
  - Factores motivacionales
  - Otro (especificar): \_\_\_\_\_

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

	Momento de evaluación			Especificar
	1a.	2a.	3a.	

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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del paciente y/o familiar

2.- Implementación y evaluación del programa:

Registros de educación proporcionada					Evaluación de la educación																												
Fecha y Hora	Tema	Lugar	¿A quién se educa?			¿Cómo se proporciona la información?							¿Comprensión de la educación?					¿El paciente requiere reintervención?		Profesional de salud que educa							Nombre y firma del profesional de salud que proporcionó la educación	Nombre y firma de quién recibió la información					
			P	F	O	Or	T	F	V	R	Ta	D	1	2	3	4	5	SI ¿Cuánto?	NO	M	E	TS	N	I	TF	OP							

Egreso del Paciente:

Registros de educación proporcionada					Evaluación de la educación																												
Fecha y Hora	Tema	Lugar	¿A quién se educa?			¿Cómo se proporciona la información?							¿Comprensión de la educación?					¿El paciente requiere reintervención?		Profesional de salud que educa							Nombre y firma del profesional de salud que proporcionó la educación	Nombre y firma de quién recibió la información					
			P	F	O	Or	T	F	V	R	Ta	D	1	2	3	4	5	SI ¿Cuánto?	NO	M	E	TS	N	I	TF	OP							

¿A quién se educa?	
Paciente	P
Familiar	F
Otro	O
Tutor o cuidador primario	



¿Cómo se proporciona la información?	
Oral	Or
Triplico	T
Folleto	F
Vídeo	V
Rotafolio	R
Taller	Ta
Diapositivas	D

¿Comprensión de la educación?	
Verbaliza conceptos sin ayuda	1
Verbaliza conceptos con ayuda	2
Necesita reforzar la educación	3
No se encuentra receptivo	4
Incapaz de verbalizar conceptos básicos	5



Profesional de salud que educa	
Médico	M
Enfermera	E
Trabajo Social	TS
Nutrióloga	N
Inhaloterapia	I
Terapeuta - Terapeuta Físico	TF
Otro Profesional	OP

WMSG/MACS/GOR



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>4. PROCEDIMIENTO PARA LA PRE ALTA Y ALTA HOSPITALARIA</b>		<b>Hoja: 1 de 23</b>

#### **4. PROCEDIMIENTO PARA LA PRE ALTA Y ALTA HOSPITALARIA**

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>4. PROCEDIMIENTO PARA LA PRE ALTA Y ALTA HOSPITALARIA</b>		<b>Hoja: 2 de 23</b>

## 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.


 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>4. PROCEDIMIENTO PARA LA PRE ALTA Y ALTA HOSPITALARIA</b>		<b>Hoja: 3 de 23</b>

- 3.6 La Dirección médica a través de las diferentes Divisiones Médicas debe garantizar que en el expediente clínico se encuentra toda la documentación requerida para el egreso del paciente, incluyendo, nota de egreso con base en el numeral 8.9 de la NOM-004-SSA3-2012, solicitudes de laboratorio y gabinete, recetas médicas, referencia (interna o externa) y hoja de cargos con los últimos estudios realizados.
- 3.7 La Subdirección de Recursos Financieros a través del Jefe de Departamento de Tesorería (área de cajas) debe garantizar que el expediente administrativo del paciente se encuentra actualizado diariamente y contiene toda la información necesaria para el proceso de pago.
- 3.8 La Subdirección de Recursos Financieros a través del Jefe de Departamento de Tesorería (área de cajas) es responsable de realizar el cobro de los servicios con los formatos que disponga la División de Enlace y Gestión de atención médica Interinstitucional.
- 3.9 La Subdirección de Gestión de Calidad a través del Departamento de Trabajo Social es responsable de colocar el sello de nivel 6 socioeconómico, en aquellos pacientes que decidan pagar sus servicios y brindar apoyo a los que lo requieran en su trámite administrativo.
- 3.10 La Dirección médica a través de las diferentes Divisiones Médicas debe notificar al paciente y al familiar responsable sobre la pre alta y alta hospitalaria.
- 3.11 La Subdirección de Enfermería y la Dirección Médica a través de las diferentes Divisiones Médicas deben anticipar que el paciente reciba la capacitación necesaria para su autocuidado de forma oportuna previo al alta hospitalaria para garantizar que esto no sea motivo para retrasarla.
- 3.12 La Subdirección de Gestión de Calidad a través de la Jefatura de Departamento de Trabajo Social debe informar al paciente y familiar responsable sobre los trámites necesarios para el alta hospitalaria; y en caso de que no cuenten con los recursos suficientes para el pago del alta hospitalaria, realizar los trámites necesarios para su resolución correspondiente.
- 3.13 La Dirección médica a través de las diferentes Divisiones Médicas debe orientar al paciente y familiar responsable sobre el tratamiento y recomendaciones generales que continuará en su domicilio.
- 3.14 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica debe planear las siguientes actividades para el alta hospitalaria: Notificar al departamento de Nutrición clínica sobre el egreso del paciente para que el mismo envíe la dieta recomendada, verificar que el paciente que cuente con algún dispositivo médico, catéter o sonda, el "Área de Educación al paciente", los haya capacitado sobre los cuidados generales y la asepsia para mantenerlos en el mejor estado de funcionamiento y enviar al paciente al departamento de trabajo social para que sea orientado en los trámites médico administrativos que debe realizar el familiar responsable al egreso.
- 3.15 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través de la División de Nutrición Clínica es responsable de orientar al paciente que se egresa y amerite una dieta especializada, sobre sus nuevos requerimientos; y debe registrarse en el expediente clínico; así como en el formato de PFE.
- 3.16 La Dirección médica a través de las diferentes Divisiones Médicas debe el día del alta hospitalaria proporcionar al paciente y familiar responsable la hoja de egreso hospitalario, solicitudes de laboratorio y gabinete cuando lo amerita, receta médica y hoja de pago. En el

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>4. PROCEDIMIENTO PARA LA PRE ALTA Y ALTA HOSPITALARIA</b>		<b>Hoja: 4 de 23</b>

caso de pacientes que sean trasladados a otra institución o a la consulta externa, el médico adscrito deberá generar además la hoja de referencia a otra institución o a la consulta externa.

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

	<b>PROCEDIMIENTO</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>
	<b>PROCEDIMIENTO PARA EL PRE ALTA Y ALTA HOSPITALARIA</b>

#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

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

**SALUD**

SECRETARÍA DE SALUD

**PROCEDIMIENTO****SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS****PROCEDIMIENTO PARA EL PRE ALTA Y ALTA HOSPITALARIA**

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

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

**SALUD**

SECRETARÍA DE SALUD

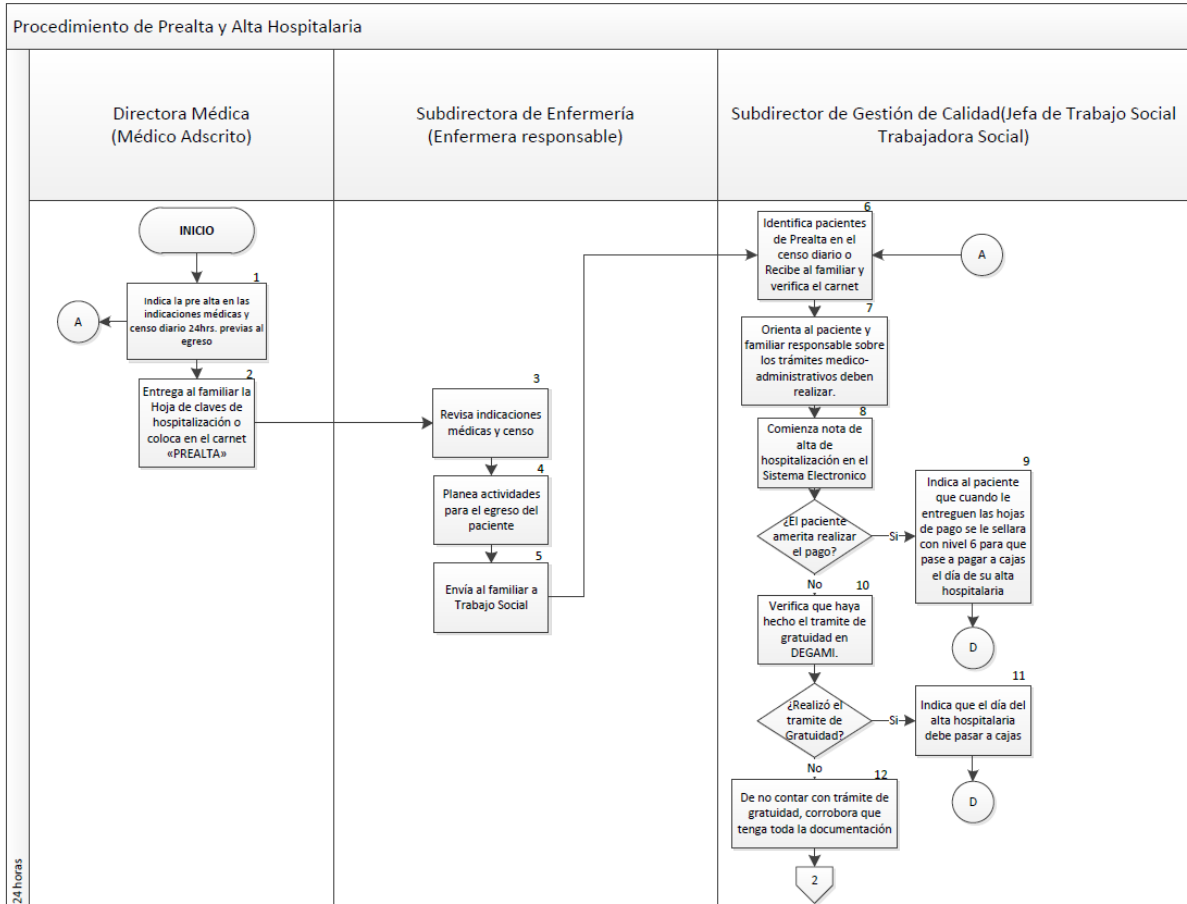
**PROCEDIMIENTO****SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS****PROCEDIMIENTO PARA EL PRE ALTA Y ALTA HOSPITALARIA**

<b>Responsable</b>	<b>No. Act.</b>	<b>Descripción de Actividades</b>	<b>Documento o Anexo</b>
		procedimiento.	médica
	35	Si: Entrega hojas de claves de hospitalización al familiar de estudios adicionales realizados posterior a la Prealta.	Solicitudes de laboratorio y gabinete
	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):	Referencia médica
		<ul style="list-style-type: none"> <li>En el caso de defunción se realiza certificación de la muerte y certificado de defunción.</li> <li>En el caso de alta voluntaria se deberá realizar la hoja de egreso voluntario.</li> </ul>	Certificado de defunción y muerte
	37	Entrega la documentación al paciente y lo orienta sobre las recomendaciones generales de seguimiento en su domicilio	Hoja de egreso voluntario
	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 trabajo social a terminar los tramites médico-administrativos.	
Subdirector de Gestión de Calidad (Trabajadora Social)	42	Termina Nota de alta, corrobora trámite de gratuidad, sella en hoja de alta del médico.	Recibos de pago
	43	Envía al familiar a Cajas y Admisión	Hoja de seguimiento
Subdirector de Recursos Financieros (Área de cajas)	44	Revisa sello de Gratuidad de la DEGAMI y de Trabajo social o Realiza cobro de servicios	
	45	Entrega copia de recibo.	
	46	Envía al familiar al área de Admisión	

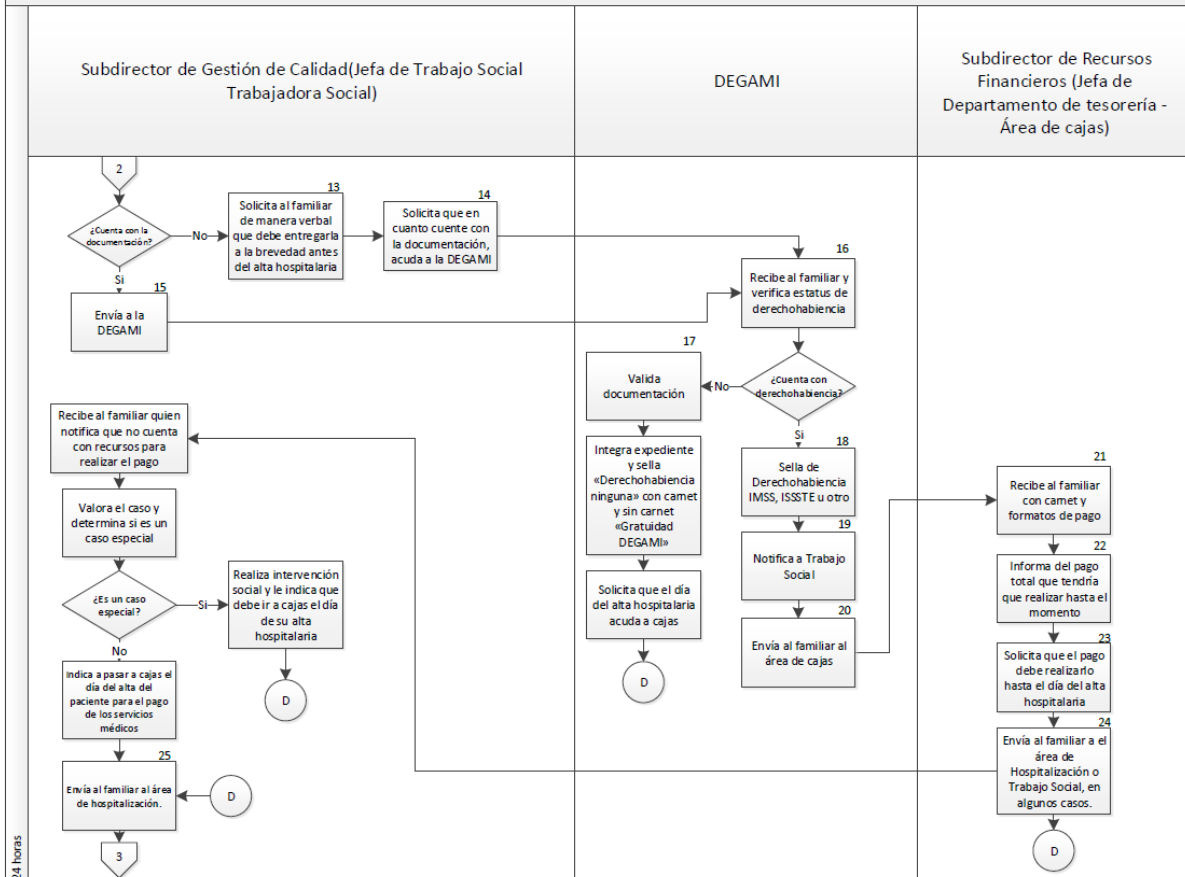


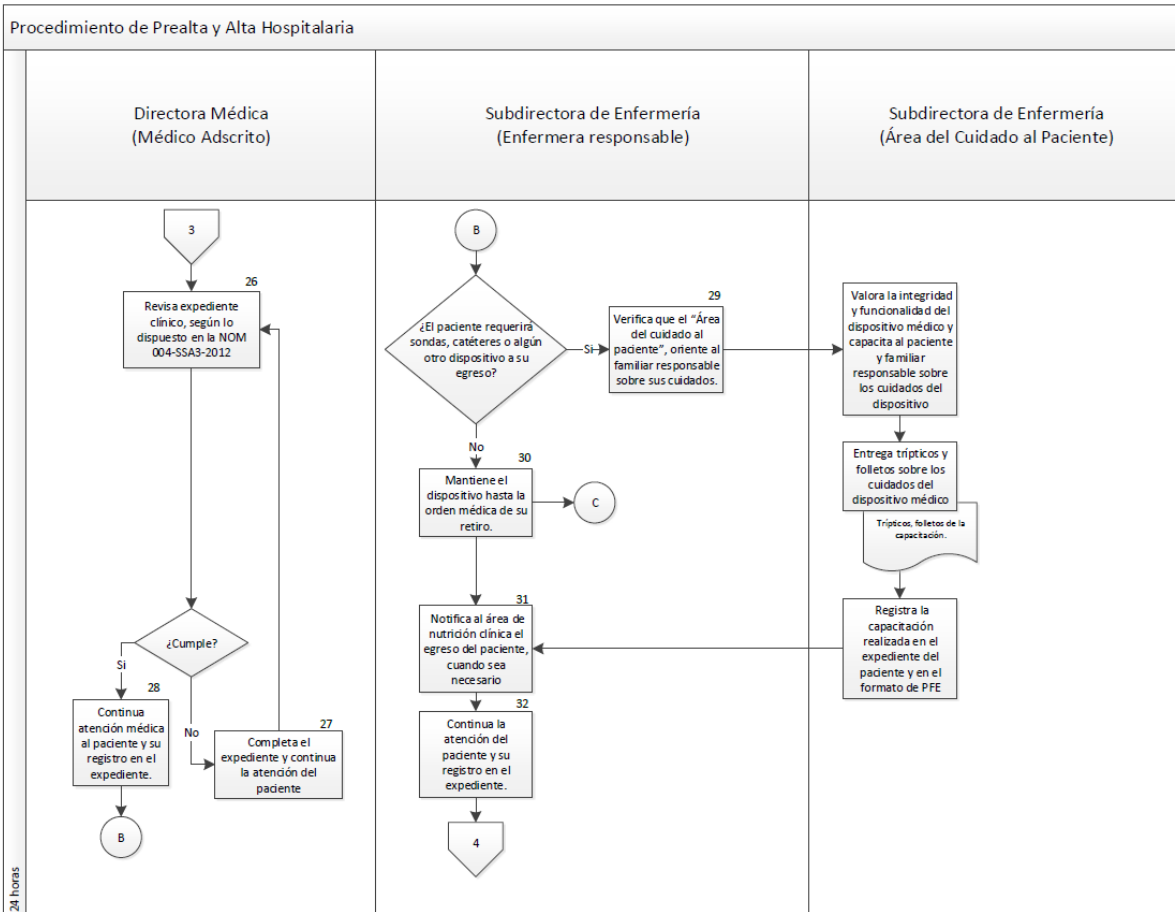
<b>Responsable</b>	<b>No. Act.</b>	<b>Descripción de Actividades</b>	<b>Documento o Anexo</b>
Subdirectora de Auxiliares de Diagnóstico (Jefe de Admisión y archivo Clínico)	47	Recibe al familiar y realiza alta de paciente.	
	48	Solicita el carnet de citas, Hoja de alta y recibo de pago con sello de cajas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

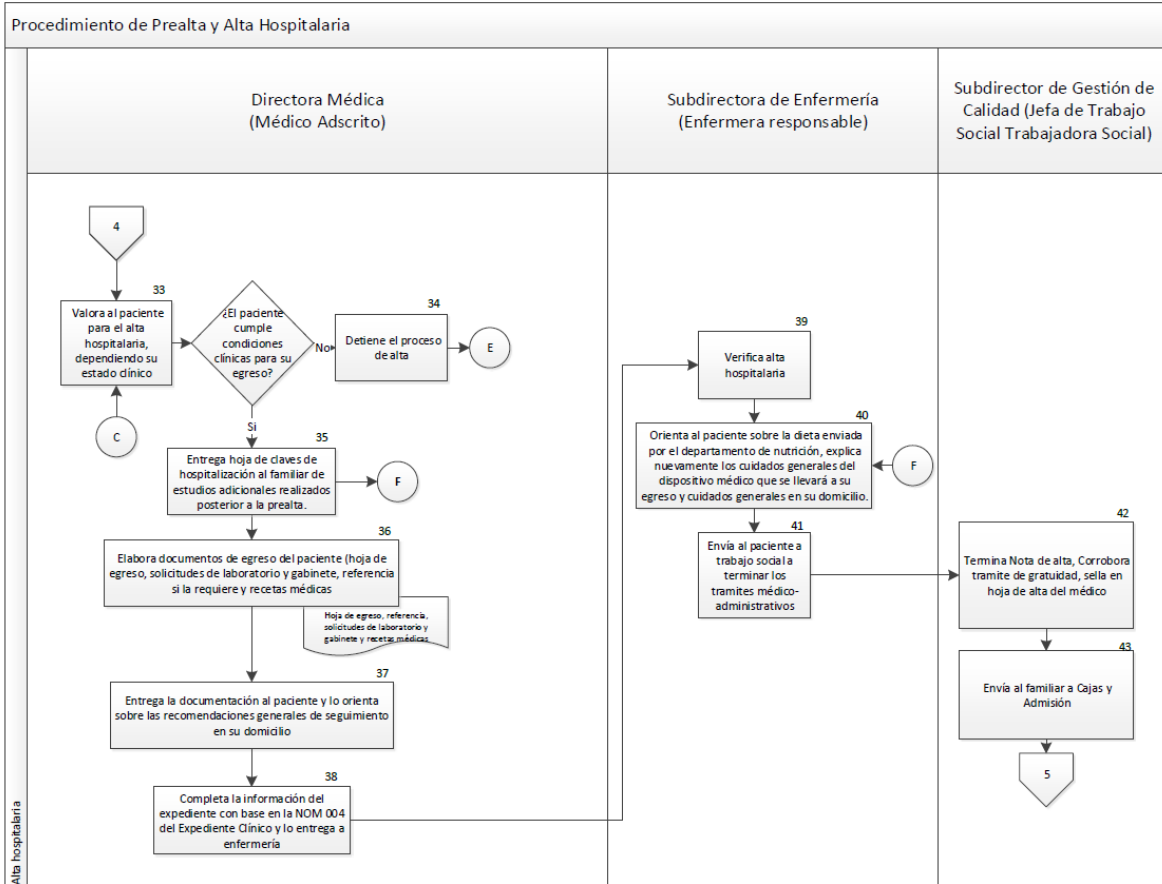
## 5. DIAGRAMA DE FLUJO



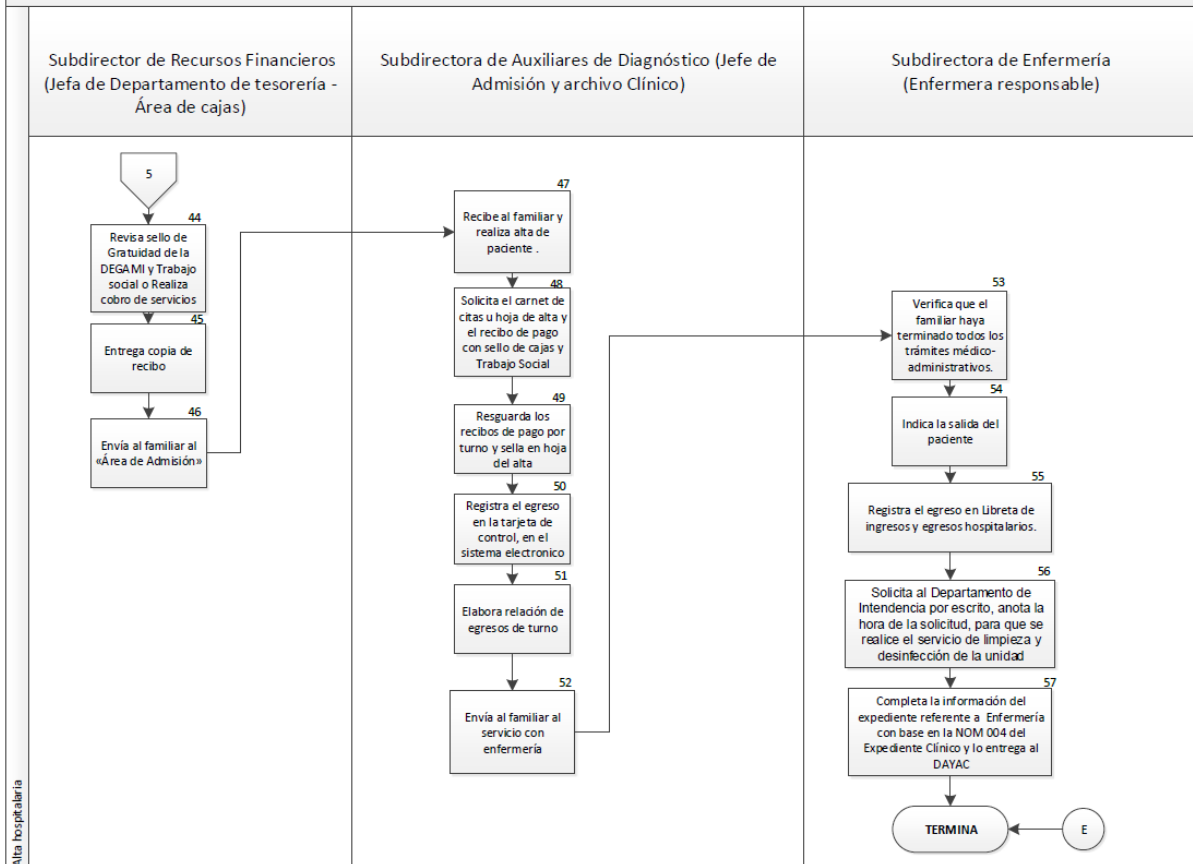
Procedimiento de Prealta y Alta Hospitalaria









Procedimiento de Prealta y Alta Hospitalaria



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>4. PROCEDIMIENTO PARA LA PRE ALTA Y ALTA HOSPITALARIA</b>		
			<b>Hoja: 15 de 23</b>

## 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



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>4. PROCEDIMIENTO PARA LA PRE ALTA Y ALTA HOSPITALARIA</b>		<b>Hoja: 16 de 23</b>



## **10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO**

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





	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>4. PROCEDIMIENTO PARA LA PRE ALTA Y ALTA HOSPITALARIA</b>		<b>Hoja: 18 de 23</b>

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>4. PROCEDIMIENTO PARA LA PRE ALTA Y ALTA HOSPITALARIA</b>		<b>Hoja: 19 de 23</b>

## 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**

**SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS  
AMBULATORIOS**

**4. PROCEDIMIENTO PARA LA PRE ALTA Y  
ALTA HOSPITALARIA**



Rev. 01

Hoja: 20 de 23

**NOTA DE EGRESO HOSPITALARIO**

HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"



SERVICIO:

PROBLEMAS CLÍNICOS PENDIENTES:


PLAN DE MANEJO Y TRATAMIENTO:


RECOMENDACIONES PARA VIGILANCIA AMBULATORIA:


ATENCIÓN DE FACTORES DE RIESGO (INCLUIDO ABUSO Y DEPENDENCIA DEL TABACO, DEL ALCOHOL Y DE OTRAS SUSTANCIAS PSICODACTIVAS):


PRONÓSTICO:

--

EN CASO DE DEFUNCIÓN SEÑALAR, LAS CAUSAS DE LA MUERTE ACORDE AL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN Y SI SE SOLICITÓ Y SE LLEVÓ A CABO EL ESTUDIO DE NECROPSIA HOSPITALARIA:



--

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO QUE ELABORÓ LA NOTA:

--



NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO RESPONSABLE:

--

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>4. PROCEDIMIENTO PARA LA PRE ALTA Y ALTA HOSPITALARIA</b>		<b>Hoja: 21 de 23</b>

### 10.3 HOJA DE HOSPITALIZACIÓN O EGRESO



 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>4. PROCEDIMIENTO PARA LA PRE ALTA Y ALTA HOSPITALARIA</b>		<b>Hoja: 23 de 23</b>

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





**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD





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

Fecha y Hora de Elaboración:		jueves, 3 de diciembre de 2020	11:31:47 a. m.
<b>CONSTANCIA DE RECEPCIÓN DE SERVICIOS</b>			
Establecimiento de Salud:		Hospital General "Dr. Manuel Gea González"	
Núm. de Expediente/ Folio Urgencias:	848586	Clasificación Socioeconómica:	3
Nombre del Paciente:		Ejemplo: XXXXXXXX XXX XXXX	
Sexo del Paciente:	Hombre	Fecha de Nacimiento del Paciente:	07/07/1997
Servicio:		Urgencias Observación y Consulta	
Fecha de Ingreso:	01/12/2020	Fecha de Egreso:	02/12/2020
En caso de haber requerido el servicio de <i>Terapia Intensiva</i> , indique la fecha de atención:			
Fecha de Ingreso:	02/12/2020	Fecha de Egreso:	03/12/2020
<b>Firmas</b>			
Completo, Número de Empleado y Firma	T.S. XXXXXXX XXXXXX XXXXXX		
Médico Tratante: Nombre Completo, Número de Empleado y Firma	Dr. XXXXX XXXXXX XXXXXX		
Interinstitucional: Nombre Completo, Número de Empleado y Firma	Dra. XXXX XXXXX XXXXX		
<b>HOJA DE NO COBRO</b>			
Fundamento: A partir del 01 de diciembre de 2020, conforme a lo establecido en los artículos 77 Bis 1 y 77 bis 37 de la Ley General de Salud, todas las personas que se encuentren en el país que <i>no cuenten con seguridad social</i> tienen derecho a <u>recibir de forma gratuita</u> la prestación de servicios públicos de salud, medicamentos y demás insumos asociados, al momento de requerir la atención; y <u>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.</u>			
<b>INSTRUCCIONES:</b> ↔↔↔↔↔	INDIQUE con una X en los siguientes recuadros si el 01 de diciembre del 2020, o en una fecha posterior, le cobraron por alguno de los siguientes servicios en el Hospital, señalando cantidad:		
	SI	NO	Cantidad
Cobro de:			
Consultas			\$
Urgencias			\$
Hospitalización			\$
Medicamentos			\$
Estudios de Laboratorio y Gabinete			\$
Cirugía			\$
Terapia Intensiva			\$
<b>NOTA: NO FIRME SI LE REALIZARON ALGUN COBRO DE LOS SERVICIOS EN EL PERIODO SEÑALADO</b>			
Nombre completo y Firma o Huella Digital del Beneficiario, Familiar y/o Tutor que Avala el NO Cobro, Manifestando Bajo Protesta de Decir Verdad no ser Derechohabiente de Seguridad Social (IMSS o ISSSTE)		Sello del Establecimiento de Salud	

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev.01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>5. PROCEDIMIENTO PARA EL EGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES POR DEFUNCIÓN</b>		<b>Hoja: 1 de 23</b>

## 5. PROCEDIMIENTO PARA EL EGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES POR DEFUNCIÓN



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev.01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>5. PROCEDIMIENTO PARA EL EGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES POR DEFUNCIÓN</b>		<b>Hoja: 2 de 23</b>

## 1. PROPÓSITO

Establecer las actividades y lineamientos de todos los involucrados del personal para registrar, elaborar y controlar los egresos hospitalarios por defunción



## 2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección Médica, responsable de certificar la muerte y el llenado correcto del certificado de defunción, a la Subdirección de Enfermería responsable, de preparar y trasladar el cadáver, la División de Anatomía Patológica, que coordina la entrega y resguardo del cadáver, y al Departamento de Admisión y Archivo Clínico manejo administrativo del certificado de defunción.



2.2 A nivel externo es aplicable a familiares que **recogen** realizan el trámite de egreso y recogen el cadáver.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS



- 3.1 Las Subdirecciones Médicas a través del médico tratante, será responsable de determinar y certificar la defunción del paciente, así como de notificar a Enfermería y Trabajo Social de piso.
- 3.2 Las Subdirecciones Médicas a través de médico tratante, será responsable de solicitar en Admisión el formato de Certificado de Defunción, así como de llenarlo y firmarlo, evitando errores que obliguen su cancelación. Los formatos que por error sean cancelados, no deberán destruirse, deberán ser entregados a la oficina de Admisión.
- 3.3 Las Subdirecciones Médicas a través del médico tratante, debe solicitar el formato de Certificado de Defunción a la oficina de Admisión, entregando la hoja de Hospitalización llena y firmada, debiendo llenar un borrador antes del Certificado de Defunción original. Los formatos de Certificado de Defunción, serán para uso exclusivo del Hospital, por lo que no se proporcionarán a particulares.
- 3.4 Las Subdirecciones Médicas es responsable de realizar la notificación de un caso médico-legal al Ministerio Público, por lo que deberá llenar adecuadamente el Formato Único de Notificación de caso médico-legal.
- 3.5 Las Subdirecciones Médicas es responsable de solicitar al Departamento de Admisión Hospitalaria y Archivo Clínico la apertura del expediente clínico, así como el Ingreso del paciente, que fallezca posteriormente de haberle realizado cualquier procedimiento médico-quirúrgico en el servicio de Urgencias.
- 3.6 La Subdirección de Enfermería mediante el Departamento de Enfermería Clínica es responsable del amortajamiento del cadáver, excepto en casos médicos legales, donde el cuerpo se entregará como haya llegado.
- 3.7 La Subdirección de Enfermería mediante el Departamento de Enfermería Clínica es responsable del amortajamiento del cadáver en un caso médico-legal, solo si fallece posteriormente a cualquier procedimiento médico-quirúrgico que se le haya realizado dentro de la institución.

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev.01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>5. PROCEDIMIENTO PARA EL EGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES POR DEFUNCIÓN</b>		<b>Hoja: 3 de 23</b>

- 3.8 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica es responsable de trasladar a las gavetas de refrigeración de la División de Anatomía Patológica los cuerpos de los pacientes que fallecen dentro del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” así como los pacientes que llegan fallecidos, acompañados de sus respectivos expedientes clínicos completos y tarjeta de pie.
- 3.9 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través de la División de Anatomía Patológica, es responsable de la entrega de cadáveres, a los familiares y funeraria quien deberá presentarse con una carroza. En ningún caso se entregará un cadáver en un vehículo particular.
- 3.10 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través de la División de Anatomía Patológica, en casos de contingencia, es responsable de recibir sólo el cadáver, el expediente es recibido por el Departamento de Admisión y Archivo Clínico.
- 3.11 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional mediante la División de Anatomía Patológica es responsable de entregar el cadáver al familiar o persona legalmente responsable o al Ministerio Público, previa presentación de identificación oficial (INE), e identificación del cuerpo, o el oficio de liberación del Ministerio Público y realizar el registro en la libreta correspondiente de defunciones.
- 3.12 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional mediante la División de Anatomía Patológica es responsable de la recepción, entrega y registro en la libreta correspondiente de los cadáveres provenientes de las diferentes Subdirecciones, Divisiones o Departamentos Médicos.
- 3.13 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional mediante la División de Anatomía Patológica, es responsable de solicitar al servicio funerario, familiar responsable o personal del Ministerio Público que registre sus datos en la libreta correspondiente para poder entregar el cadáver.
- 3.14 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional mediante la División de Anatomía Patológica es responsable de conservar en formol los fetos con peso menor de 500 g. durante 24 horas de acuerdo con la Ley General de Salud, para posteriormente enviarlos a destino final (incineración), a excepción donde los familiares legalmente responsables decidan hacerlo por su cuenta.
- 3.15 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional mediante la División de Anatomía Patológica es responsable de enviar los expedientes clínicos al Departamento de Admisión Hospitalaria y Archivo Clínico.
- 3.16 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional mediante la División de Anatomía Patológica es responsable de notificar al Departamento de Trabajo Social que tienen un cuerpo de más de 24 horas para que avisen ya sea al familiar o en dado caso al Ministerio Público.
- 3.17 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Departamento de Admisión y Archivo Clínico, es responsable de dar aviso a Seguridad y Anatomía Patológica cuando los familiares hayan concluido los trámites y esté presente en puerta 8 la carroza, para la entrega del cadáver.
- 3.18 La Subdirección de Urgencias y Medicina a través del médico tratante de Urgencias, es responsable de determinar los casos médico-legales y solicitar a Trabajo Social enviar el aviso al Ministerio Público.


	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev.01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>5. PROCEDIMIENTO PARA EL EGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES POR DEFUNCIÓN</b>		<b>Hoja: 4 de 23</b>

- 3.19 La Subdirección de Gestión de Calidad a través del Departamento de Trabajo Social, es responsable de enviar al Ministerio Público la notificación de los casos médico-legales, así como de notificar a las áreas de Anatomía Patológica, Admisión e Informes. En estos casos el Hospital no extenderá Certificado de Defunción.
- 3.20 La Subdirección de Gestión de Calidad a través del Departamento de Trabajo Social, es responsable de notificar a las áreas de Anatomía Patológica, Admisión e Informes cuando el Ministerio Público extienda documento de autorización de entrega del cadáver o mediante oficio solicite la certificación por parte del Hospital.
- 3.21 Los Asistentes Médicos son responsables de la entrega de cadáveres en el caso de que no haya personal de la División de Anatomía Patológica.
- 3.22 El Departamento de Organización y Seguridad es responsable exclusivamente de registrar y permitir la entrada y salida del servicio funerario o ministerio público para la entrega del cadáver.
- 3.23 En los casos médico-legales y el Ministerio Publico se lleve el cadáver, él es el responsable de elaborar el Certificado de defunción y entregar el cadáver al familiar o persona legalmente responsable.
- 3.24 En el caso que el paciente llegue muerto, se notificará al Ministerio Público y en los casos que lo considere pertinente, el Ministerio Público es el responsable de elaborar el certificado de defunción y entregar al familiar o persona legalmente responsable el oficio de liberación correspondiente para que el Hospital General “Dr. Manuel Gea González” entregue el cadáver a los familiares o persona legalmente responsable.
- 3.25 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Departamento de Admisión y Archivo Clínico, es responsable de resguardar la tercera copia original del certificado de Defunción o Muerte Fetal. (color verde).
- 3.26 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Departamento de Admisión y Archivo Clínico, es responsable de llevar el control los Certificados Externos, que solicitan las Subdirecciones Médicas para pacientes del Hospital con enfermedades terminales y que fallecieron en su domicilio y de aquellos otros pacientes que fallecieron sin registro de expediente clínico en el Hospital.
- 3.27 Las Subdirecciones Médicas son responsables de solicitar los Certificados de Defunción de los pacientes que fallecieron en su domicilio, cubriendo los siguientes requisitos:
- Acudir al lugar donde se encuentre el paciente fallecido para a verificar su muerte.
  - Elaborar nota de atención en el expediente clínico del paciente enunciando las causas de muerte que plasmó en el certificado de defunción, así como hacer la aclaración de que realizó visita domiciliaria para verificar la muerte.
  - Entregar tres fotocopias del certificado de defunción en la Oficina de Admisión, 24 horas a partir de haber recibido el certificado de defunción.
- 3.28 Por contingencia en enfermedades infecto-contagiosas la identificación del cuerpo no se realiza, la identificación del fallecido será mediante copia del INE y/o la tarjeta de pie.
- 3.29 La Subdirección de Gestión de Calidad a través de la División de Enlace y Gestión de la Atención Médica Interinstitucional es responsable de valorar el caso del paciente atendido para determinar ante que instancia o persona se deben gestionar la recuperación de recursos

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev.01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>5. PROCEDIMIENTO PARA EL EGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES POR DEFUNCIÓN</b>		<b>Hoja: 5 de 23</b>


3.30 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 cobro, y de entregar al familiar o responsable una copia del recibo (recibo amarillo).

3.31 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Departamento de Admisión y Archivo Clínico es responsable de revisar los datos generales y personales de los pacientes en el sistema SIGHO cuando el familiar o paciente presenten su documentación oficial, y en su caso corregirlos.


	<b>PROCEDIMIENTO</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>
	<b>5. PROCEDIMIENTO PARA EL EGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES POR DEFUNCIÓN.</b>

#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO


Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirectores (as) Médicas	1	Certifica la muerte del paciente	
Subdirección de Enfermería (Departamento de Enfermería Clínica)	2	Localiza a los familiares en sala de espera.	
Subdirectores (as) Médicas	3	Notifica a los familiares de la muerte del paciente	Formato único de Notificación de caso médico-legal  Nota de Defunción
	4	Verifica si es un caso médico-legal  ¿Es un caso médico-legal?	
	5	Si: Notifica al Ministerio Público	
	6	Elabora el formato único de Notificación de caso médico-legal	
	7	No: Elabora la nota de defunción	
	8	Solicita el expediente clínico del paciente  ¿El paciente cuenta con expediente clínico?	
	9	No: Solicita la apertura del expediente clínico y el Ingreso al Departamento de Admisión y Archivo Clínico  Si: Verifica que el expediente se encuentre completo NOM 004-SSA3-2012.	
Subdirectora de Servicios Ambulatorios (Jefe de Departamento de Admisión y Archivo Clínico)	10	Realiza la apertura del expediente clínico y el ingreso	
	11	Entrega el expediente clínico a enfermería	
Subdirección de Enfermería (Departamento de	12	Entrega el expediente clínico al médico responsable	

	<b>PROCEDIMIENTO</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>	
	<b>5. PROCEDIMIENTO PARA EL EGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES POR DEFUNCIÓN.</b>	

Enfermería Clínica)			
Subdirectores (as) Médicas	13	Integra todo el expediente clínico	Consentimiento Informado para Estudio Postmortem
	14	Si: Verifica que el expediente clínico se encuentre completo según la NOM 004-SSA3-2012  ¿Se solicita Estudio Postmortem?	
	15	Si: Detona el PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR E INTERPRETAR ESTUDIOS POSTMORTEM, termina el procedimiento	
	16	No: Entrega Hoja de Hospitalización al Departamento de Admisión y Archivo Clínico	
	17	Solicita al Departamento de Admisión y Archivo Clínico el borrador del Certificado de Defunción	
Subdirectora de Servicios Ambulatorios (Jefe de Departamento de Admisión y Archivo Clínico)	18	Recibe la Hoja de Hospitalización	
	19	Entrega el Borrador del Certificado de Defunción	
Subdirectores (as) Médicas	20	Elabora el borrador del Certificado de Defunción en presencia del familiar	
	21	Entrega el Borrador del Certificado de Defunción al Departamento de Admisión y Archivo Clínico	
Subdirectora de Servicios Ambulatorios (Jefe de Departamento de Admisión y Archivo Clínico)	22	Revisa el borrador, si es correcto, solicita que el médico elabore el Certificado de Defunción original	Certificado de Defunción
Subdirección de Enfermería (Departamento de Enfermería Clínica)	23	Envía al familiar a Trabajo Social, División de Enlace y Gestión de la Atención Médica y Cajas para trámites administrativos.	
Subdirectora de Servicios Ambulatorios (Jefe de Departamento de	24	Recibe el certificado de defunción, solicita al familiar el carnet y el recibo de "no adeudo o gratuidad".	Tarjeta de Salida

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>PROCEDIMIENTO</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>	
	<b>5. PROCEDIMIENTO PARA EL EGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES POR DEFUNCIÓN.</b>	

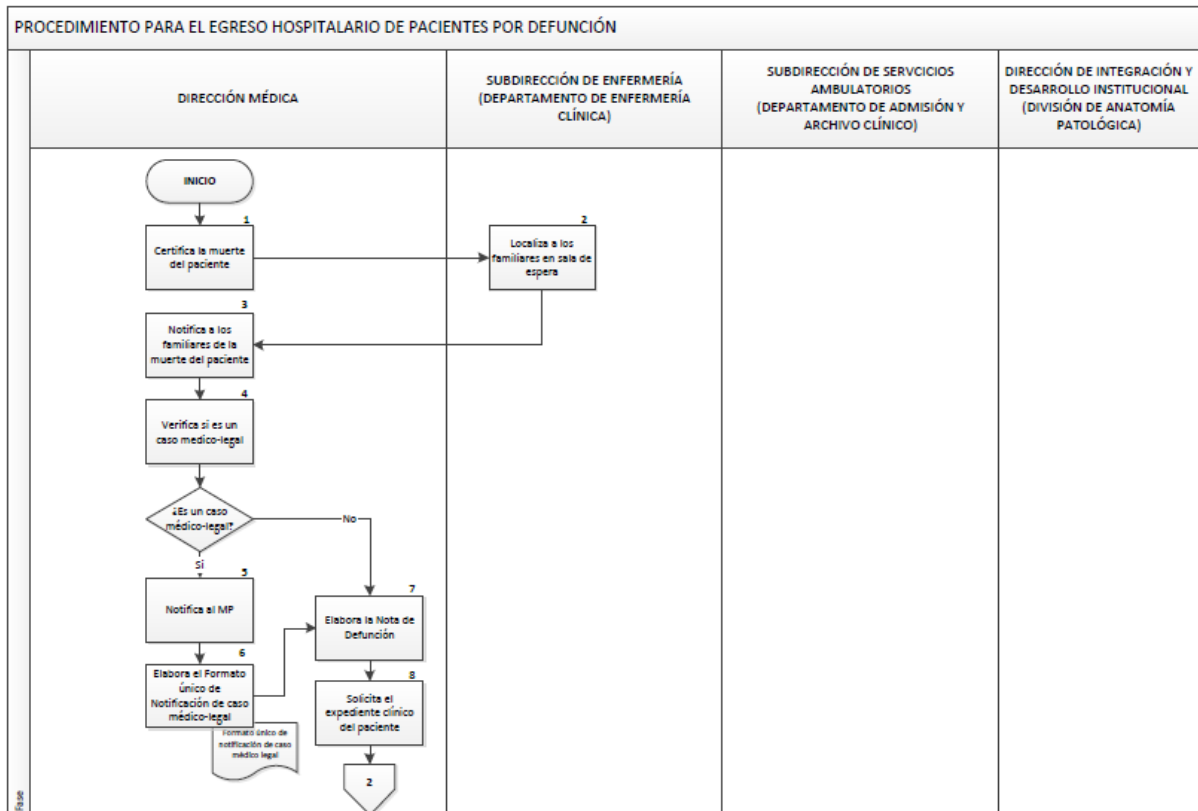
Admisión y Archivo Clínico)	25	Solicita al familiar 3 fotocopias del certificado de defunción ya completo.	
	26	Solicita copia de la identificación oficial del fallecido y/o acta de nacimiento.	
	27	Solicita vía telefónica horario de entrega de cadáver y notifica al familiar.	
	28	Elabora y entrega la tarjeta de salida	
Subdirección de Enfermería (Departamento de Enfermería Clínica)	29	Realiza amortajamiento del cuerpo, excepto en casos médicos-legales.	Tarjeta de Pie
	30	Elabora tarjeta de pie	
	31	Notifica a la División de Anatomía Patológica del envío de un cuerpo.	
	32	Registra en Hoja de Enfermería, Hoja de Supervisión y Libreta de ingresos y egresos del paciente, la salida.	
	33	Traslada el cuerpo y el expediente clínico a la División de Anatomía Patológica	
Subdirectora de Servicios Ambulatorios (Jefe de Departamento de Admisión y Archivo Clínico)	34	Registra la defunción en la tarjeta de control de cama correspondiente	Hoja de Hospitalización
	35	Recolecta toda la documentación entregada por el familiar	
	36	Envía a la División de Bioestadística la hoja de hospitalización, dos copias del certificado.	
	37	Notifica al Departamento de Organización y Seguridad de la entrada de la carroza funeraria	
Director de Integración y Desarrollo Institucional (Jefe de División de Anatomía Patológica)	38	Recibe el cuerpo junto con el expediente clínico	
	39	Indica al camillero donde colocar el cadáver	
Subdirección de Enfermería (Departamento de	40	Coloca el cuerpo en una gaveta y la tarjeta de pie para identificarlo	
	41		

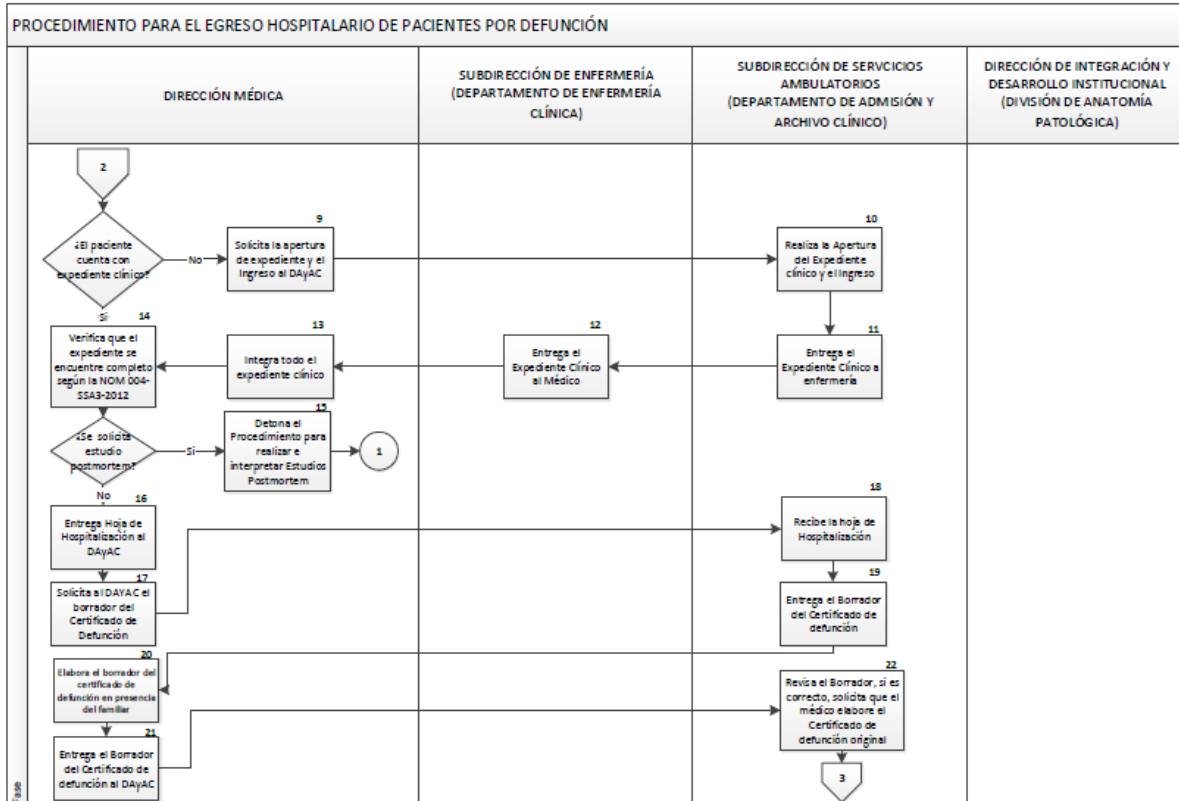
	<b>PROCEDIMIENTO</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>	
	<b>5. PROCEDIMIENTO PARA EL EGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES POR DEFUNCIÓN.</b>	

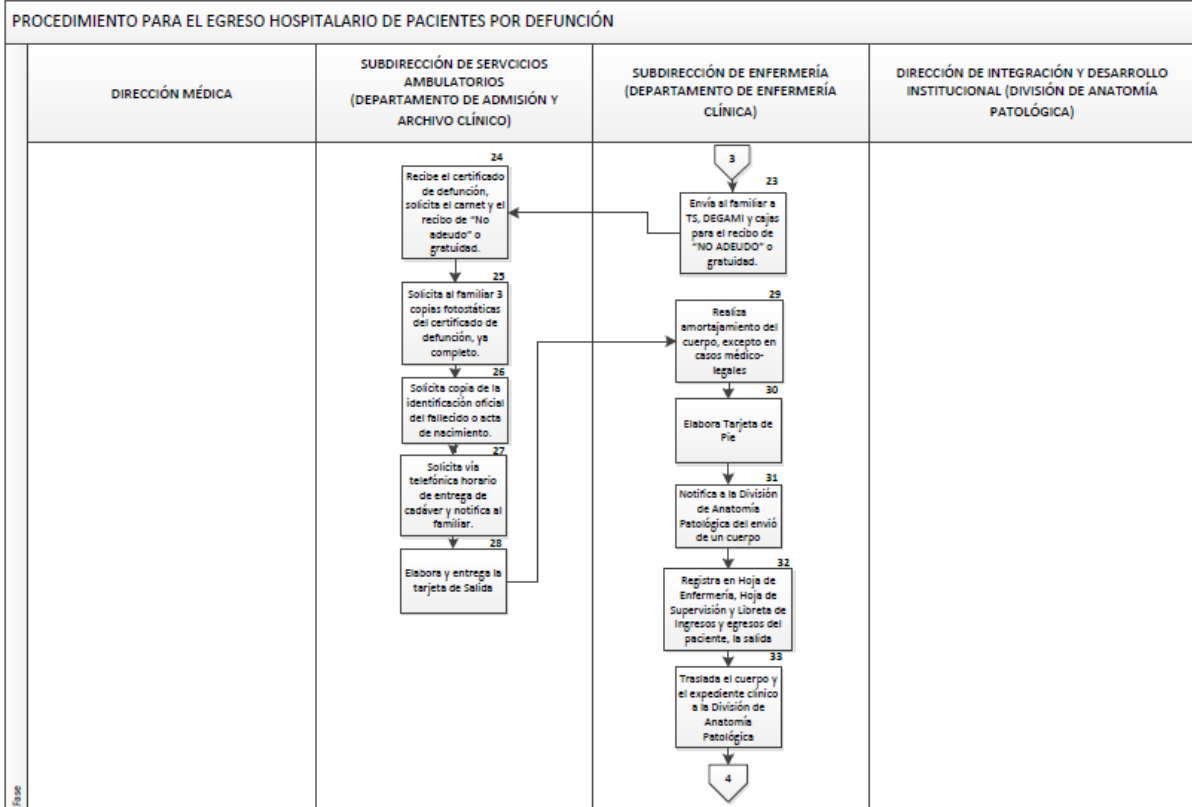
Enfermería Clínica)	42	Registra en la libreta de defunciones Entrega el expediente clínico	
Director de Integración y Desarrollo Institucional (Jefa de División de Anatomía Patológica)	43	Reciben la tarjeta de salida, ya sea por los familiares o personal de admisión o el oficio del Ministerio público	
	44	Registra en la libreta los datos de los familiares, Ministerio Público y/o funeraria	
	45	Solicita al familiar la identificación del cuerpo	
	46	Anexa las tarjetas de pie y de salida al expediente clínico	
	47	Envía el expediente clínico al Departamento de Admisión y Archivo Clínico	
Subdirectora de Servicios Ambulatorios (Jefe de Departamento de Admisión y Archivo Clínico)	48	Integra al expediente clínico la tercera copia del certificado y copia del INE y/o acta de nacimiento.	
	49	Registra en la libreta el ingreso del expediente y lo archiva en el lugar correspondiente.  <b>TERMINA EL PROCEDIMIENTO</b>	





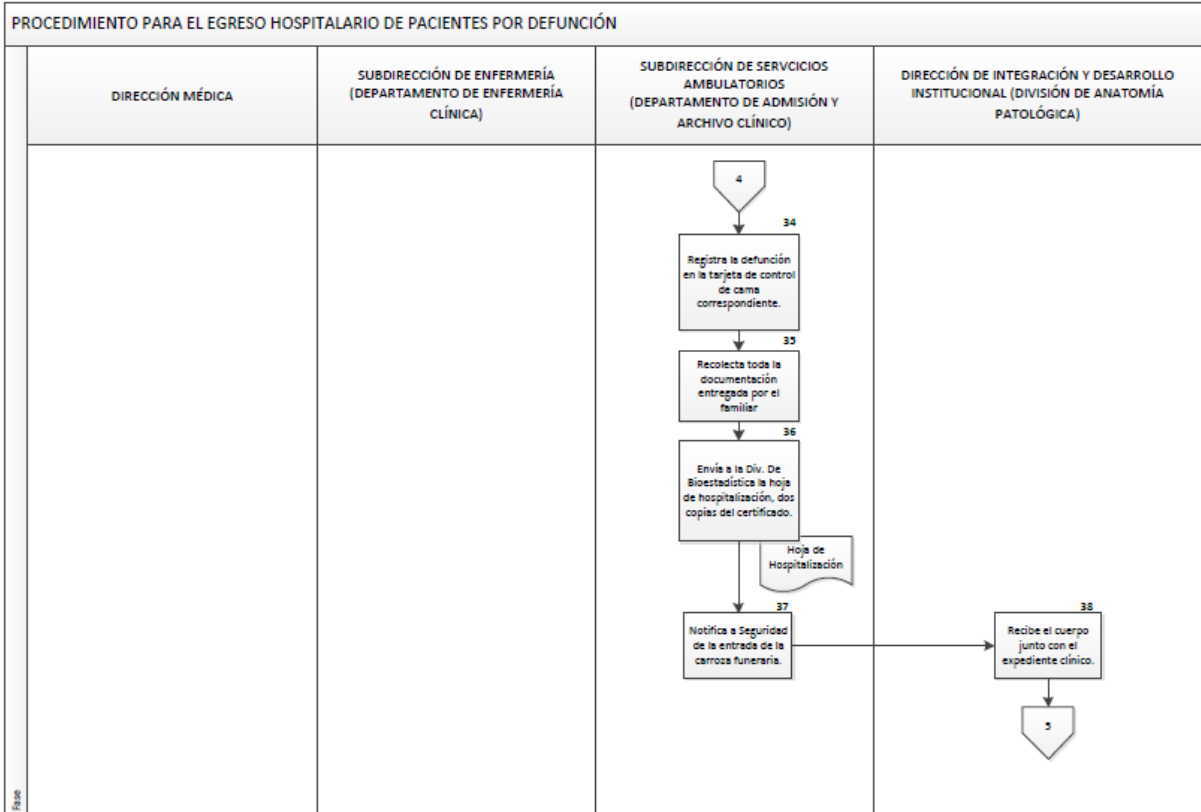
## 5. DIAGRAMA DE FLUJO

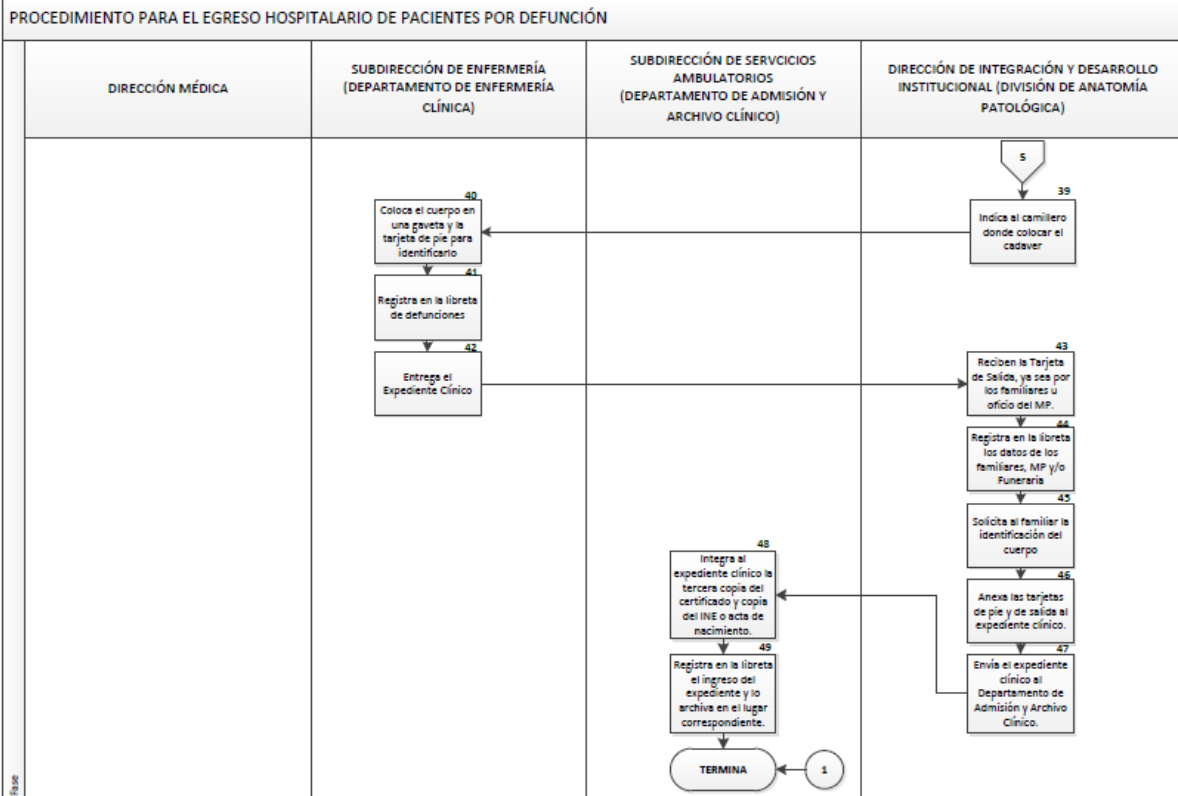








	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev.01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		<b>Hoja: 13 de 23</b>
	<b>5. PROCEDIMIENTO PARA EL EGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES POR DEFUNCIÓN</b>		





	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev.01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>5. PROCEDIMIENTO PARA EL EGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES POR DEFUNCIÓN</b>		<b>Hoja: 15 de 23</b>

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA



Documentos	Código (cuando aplique)
Manual de Organización Específico	No aplica
Norma Oficial Mexicana NOM 004-SSA3-2012, Del expediente clínico.	No aplica
Norma oficial mexicana NOM-035-SSA3-2012, en materia de información en salud	No aplica
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.	No aplica

## 7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Borrador de certificado de defunción.	No aplica	No aplica	No aplica
Certificado de defunción	5 años	División de Bioestadística	No aplica
Tarjeta de salida de cadáver.	3 años	División de Anatomía Patológica	No aplica
Libreta de defunciones	10 años	División de Anatomía Patológica	No aplica

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Cadáver:** El cuerpo humano en el que se haya comprobado la pérdida de la vida.
- 8.2 Certificado de Defunción.-** Documento en el cual el médico tratante certifica la muerte y sus causas, son expedidos por única vez, en forma gratuita y obligatoria, en toda defunción.
- 8.3 Defunción hospitalaria.-** Defunción que ocurre en el interior de los servicios hospitalarios. Para fines estadísticos se clasifica en: defunción de paciente que tiene asignada una cama censable y defunción de paciente no hospitalizado.
- 8.4 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.
- 8.5 Expediente clínico.-** Conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con apego a las disposiciones sanitarias.
- 8.6 Tarjeta de Pie:** Documento de identificación del cadáver que incluye (nombre, número de registro, sexo, edad, lugar de nacimiento, procedencia, fecha de ingreso, diagnóstico clínico, causa de muerte, hora y día de defunción, número de cama).



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev.01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>5. PROCEDIMIENTO PARA EL EGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES POR DEFUNCIÓN</b>		<b>Hoja: 16 de 23</b>

## 9. CAMBIOS DE VERSIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	17/02/2021	Actualización de propósito, alcance, políticas, descripción, diagrama del procedimiento y formato.

## 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Formato Único de Notificación de Caso médico-legal.
- 10.2 Nota de Defunción.
- 10.3 Carta de consentimiento y Autorización para realizar necropsia (autopsia)
- 10.4 Certificado de Defunción.
- 10.5 Tarjeta de Salida.
- 10.6 Tarjeta de Pie.
- 10.7 Hoja de Hospitalización

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev.01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>5. PROCEDIMIENTO PARA EL EGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES POR DEFUNCIÓN</b>		<b>Hoja: 17 de 23</b>

## 10.1 FORMATO ÚNICO DE NOTIFICACIÓN DE CASO MÉDICO-LEGAL



Nombre de la Unidad Médica \_\_\_\_\_  
 No de notificación. \_\_\_\_\_  
 Fecha \_\_\_\_\_  
 Hora de notificación \_\_\_\_\_  
 Responsable de la notificación \_\_\_\_\_

### FORMATO ÚNICO DE NOTIFICACION DE CASO MÉDICO LEGAL

Con fundamento en los artículos 14, 16, 20, 21 Constitucionales; 2, 3, 9 bis, 95, 130, 262, 265, del Código de Procedimientos Penales; 2, 3, 53 de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal; 7, 8 del Reglamento a la Ley Orgánica de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal; 23, 27, 32, 33, 50 de la Ley General de Salud; 19 y 92 del Reglamento de Atención Médica de la Ley General de Salud, 6, 7, 8, 16 bis de la Ley de Salud del Distrito Federal; 47 de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos, Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico. Me permito hacer de su conocimiento que el paciente cuyos datos se detallan a continuación, presenta una patología que probablemente se relacione a un caso médico legal

Se notifica a la autoridad que el paciente			
Nombre:		Edad :	Sexo:
Ubicado en la Cama:		Del Servicio	
Con Hora de Ingreso		Numero de Expediente	
Diagnósticos			
Descripción de lesiones			



Lo que comunico a Usted, para que proceda como corresponda, en el ámbito de sus atribuciones, si usted considera pertinente a la brevedad posible. No omito manifestarle que el personal adscrito a este hospital no cuenta con facultades de ninguna índole para detener y/o custodiar a persona alguna.

Nombre y Firma del Médico que Notifica

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







	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev.01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>5. PROCEDIMIENTO PARA EL EGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES POR DEFUNCIÓN</b>		<b>Hoja: 18 de 23</b>

## 10.2 NOTA DE DEFUNCIÓN

<b>NOTA DE DEFUNCIÓN</b>
<p>Femenino de 43 años de edad sin antecedentes de importancia. Inicia padecimiento actual el 07/06/2019 con ataque al estado general, mialgias, artralgias, evacuaciones diarreas sin moco ni sangre en 15 ocasiones, dolor en epigastrio opresivo sin irradiaciones, emesis de contenido gastropilimenterario en 5 ocasiones y posteriormente de características gastrobiliar en 4 ocasiones, acude con médico que indica manejo con cefuroxima, hioscina, ibuprofeno, Ketorolaco, con lo cual presenta disminución en la cantidad de evacuaciones, aunque persistiendo con emesis de coloración negra, al no presentar mejoría es traída a esta unidad aproximadamente a las 22:00 horas. Se recibe en triage con TA 70/40, FC 130, FR 24, TEMP 36.2, SATO2 92%, DXTX 306 mg/dl, ECG 15 puntos, por lo que se ingresa a choque. Iniciando manejo con soluciones cristaloides 2000 cc en bolo y bomba de infusión de insulina a 7 cc/hora, antibioticoterapia con Ceftriaxona, Metronidazol, racecadrotilo y Vancomicina vía oral, a las 10:00 am del 08/06/2019 presenta hipotensión por lo que inicia apoyo vasopresor con norepinefrina y se disminuye infusión de insulina, por parte de Infectología se ajustan dosis de antibióticos y se suspende racecadrotilo, así mismo se toma muestra para toxina de clostridium difficile. A las 17:30 horas paciente con altos requerimientos de norepinefrina por lo que se agrega vasopresina e hidrocortisona. Se solicita valoración por cirugía general los cuales comentan paciente sin datos de patología quirúrgica de urgencia, a lo cual se solicita y realiza TAC abdomen simple donde se evidencia derrame pleural, liquido libre en cavidad abdominal (no se cuenta con reporte oficial escrito), se obtiene reporte de toxina siendo negativo, por lo que se suspende Vancomicina. Paciente que continuaba con altas dosis de vasopresor y oliguria. Es valorada por unidad de cuidados intensivos, los cuales mencionan paciente con falla orgánica múltiple, por lo que es candidata a ingreso sin contar con espacio físico y sugieren manejo avanzado de la vía aérea. A lo cual se realiza a las 9:30 am del 09/06/2019, se realiza inducción con etomidato, midazolam y vecuronio, requiriendo mayor dosis de vasopresor (0.8 mcg/kg/min), continuando sedación con midazolam y fentanyl. Por parte de Infectología se cambia antibiótico a meropenem y se toma muestra para coprocultivo. A las 11:35 am presenta asistolia, iniciando maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada durante 15 minutos administrando 5 ampulas adrenalina 1 mg por intervalos de 3 minutos y 10 ampulas de bicarbonato, presentando retorno a la circulación espontanea a taquicardia sinusal, y manteniendo norepinefrina a 1 mcg/kg/min y vasopresina a 0.04 UI/min, minutos después presenta nuevamente asistolia, se reanudan maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada sin presentar retorno a la circulación espontanea, se declara clínicamente fallecida a las 12:05 del 09/06/2019 con los siguientes diagnósticos:</p>

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev.01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>5. PROCEDIMIENTO PARA EL EGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES POR DEFUNCIÓN</b>		<b>Hoja: 19 de 23</b>

### 10.3 CARTA DE CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR NECROPSIA (AUTOPSIA)



HOSPITAL GENERAL  
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

**CARTA DE CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR NECROPSIA (AUTOPSIA)**

Nombre del fallecido: \_\_\_\_\_ Fecha 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 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 la calidad del servicio hospitalario e investigación tendrán como destino final la incineración.

Comprendo que puedo poner limitaciones sobre el alcance de la necropsia y la conservación 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 la finalidad de la necropsia.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS

5. PROCEDIMIENTO PARA EL EGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES POR DEFUNCIÓN



Rev.01

Hoja: 20 de 23

10.4 CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Waste FOLIO 00000000



ANTES DE LLENAR EL CERTIFICADO, ES NECESARIO QUE LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Formulario de Certificación de Defunción with sections for personal data, cause of death, and registration details.

ENTREGUE EL ORIGINAL Y LAS DOS COPIAS AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

MUJERES ACCIDENTALES Y VOLUNTARIAS

LOS DATOS PERSONALES ESTARÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL Y LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES. ATENCIÓN: SE LE RECUERDA AL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL QUE DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev.01
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		Hoja: 21 de 23
	<b>5. PROCEDIMIENTO PARA EL EGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES POR DEFUNCIÓN</b>		

### 10.5 TARJETA DE SALIDA

TARJETA DE SALIDA

NOMBRE. \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

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



HORA: \_\_\_\_\_

ADMISSION. \_\_\_\_\_





HOSPITAL GENERAL  
"DR. MANUEL GONZÁLEZ"

26 FEB 2021

ADMISSION



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev.01
	SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS		
	5. PROCEDIMIENTO PARA EL EGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES POR DEFUNCIÓN		Hoja: 22 de 23

### 10.6 TARJETA DE PIE



		<b>HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"</b>	
PISO 1-2-3-4-5-6-7		SE ANEXA EXP.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
CAMA No. _____		CASO MEDICO LEGAL	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
NOMBRE _____		No. DE REG.	_____
SEXO _____	EDAD _____	LUGAR DE NACIMIENTO	_____
PROCEDENCIA	_____		
FECHA DE INGRESO	_____		
DIAGNOSTICO CLINICO	_____		
CAUSA DE MUERTE	_____		
MURIO A LAS _____	HRS. DEL _____	DE _____	DE _____
INTERESA ESPECIALMENTE	_____		
06-01-0007			 Licencia Sanitaria 1014004673

Medico



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>6. PROCEDIMIENTO PARA LA RECUPERACIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS DE LAS ÁREAS DE HOSPITALIZACIÓN.</b>		
			<b>Hoja: 1 de 8</b>

**6. PROCEDIMIENTO PARA LA RECUPERACIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS DE LAS ÁREAS DE HOSPITALIZACIÓN.**

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 01
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>6. PROCEDIMIENTO PARA LA RECUPERACIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS DE LAS ÁREAS DE HOSPITALIZACIÓN.</b>		Hoja: 2 de 8

## 1. PROPÓSITO

Supervisar las actividades correspondientes al archivo, manejo, control, recuperación y conservación de los expedientes clínicos de pacientes egresados de hospitalización.


## 2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable al departamento de Admisión y Archivo Clínico que recupera y resguarda los expedientes clínicos y a las Subdirecciones Médicas que solicitan el expediente clínico para la atención de pacientes hospitalizados.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS


- 3.1 Las Subdirecciones Médicas a través del médico tratante, es responsable del llenado y firma de la hoja de hospitalización, la cual deberá estar integrada al expediente clínico, así como firmada por el médico jefe de la división o departamento correspondiente.
- 3.2 Las Subdirecciones Médicas a través del médico jefe de la división o departamento correspondiente, es responsable de la integridad, contenido y orden del expediente clínico.
- 3.3 Las Subdirecciones Médicas a través del médico jefe de la división o departamento correspondiente, es responsable de designar al personal que deberá ordenar los expedientes clínicos de pacientes dados de alta, así como de integrarlos de acuerdo al orden establecido en la NOM-004-SSA3-2012, y en el módulo de cada especialidad para entregarlos al personal de la oficina de Admisión en 48 hrs. de ocurrida el alta. (o a la División de Anatomía Patológica junto con el cuerpo, según sea el caso, terminada la contingencia).
- 3.4 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Departamento de Admisión y Archivo Clínico, es responsable de acudir a todos los módulos de cada especialidad de hospitalización para recoger los expedientes clínicos, 48 horas de ocurrido el egreso del paciente.
- 3.5 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Departamento de Admisión y Archivo Clínico, es responsable del envío de la hoja de hospitalización a la División de Bioestadística.



	<b>PROCEDIMIENTO</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>
	<b>6. PROCEDIMIENTO PARA LA RECUPERACIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS DE LAS ÁREAS DE HOSPITALIZACIÓN.</b>

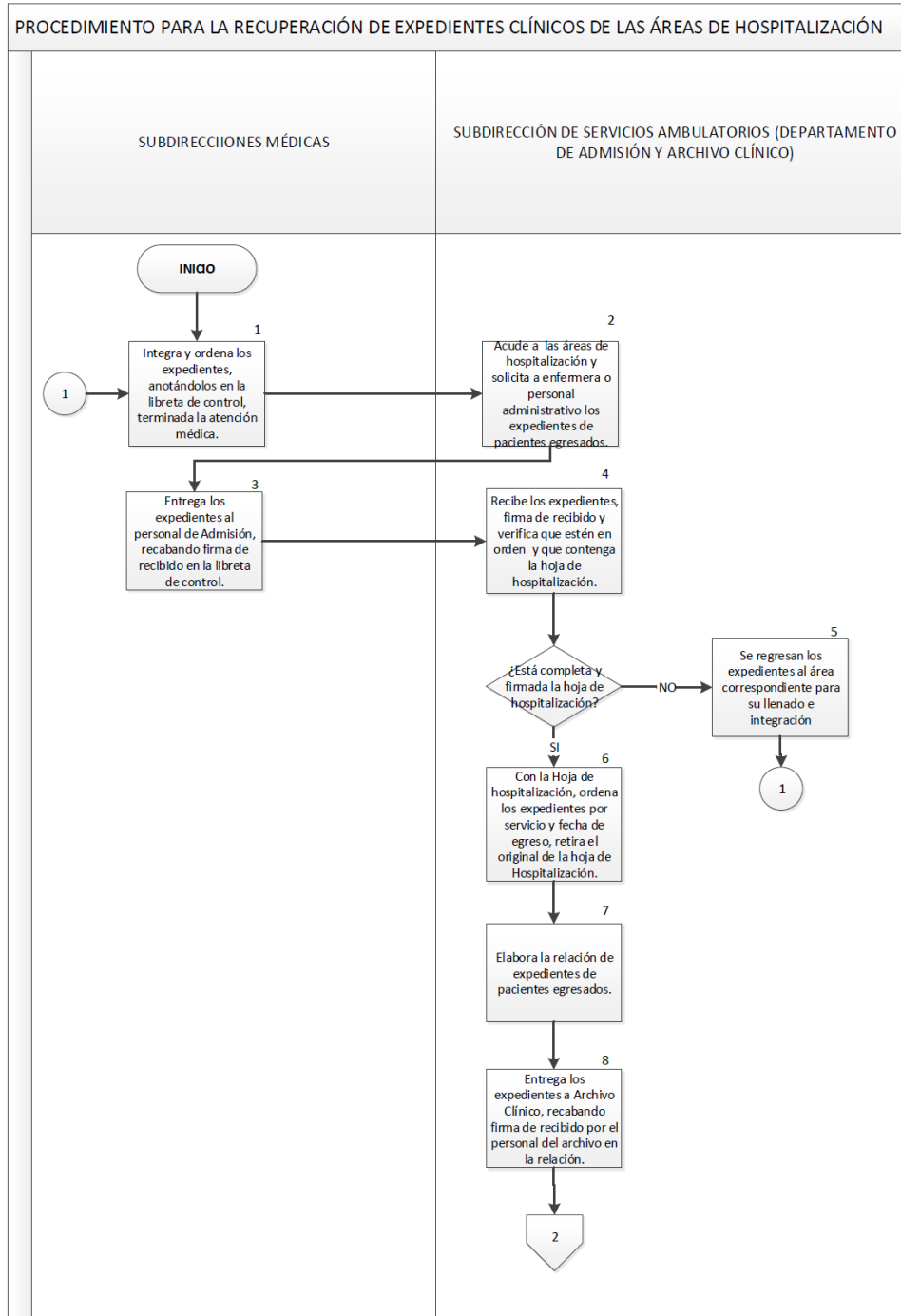
#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirectores (as) Médicas	1	Integra y ordena los expedientes, anotándolos en la libreta de control, una vez finalizada la atención médica.	
Subdirectora de Servicios Ambulatorios (Jefe del Departamento de Admisión y archivo Clínico)	2	Acude a las áreas de hospitalización y solicita a la enfermera o personal administrativo los expedientes de pacientes egresados.	Reporte de citas programadas.
Subdirectores (as) Médicas	3	Entrega los expedientes al personal de Admisión, recabando firma de recibido en la libreta de control.	
Subdirectora de Servicios Ambulatorios (Jefe del Departamento de Admisión y archivo Clínico)	4	Recibe los expedientes, firma de recibido y verifica que esté llena y firmada la hoja de hospitalización.  ¿Está completa y firmada la hoja de hospitalización?	Hoja de hospitalización.
	5	No: Se regresan los expedientes al área correspondiente para su llenado e integración, regresa a actividad 1.	
	6	Si: Con la Hoja de hospitalización, ordena los expedientes por servicio y por fecha de egreso y retira el original de la hoja de Hospitalización.	
	7	Elabora la relación de expedientes de pacientes egresados.	
	8	Entrega los expedientes al área de Archivo Clínico, recabando firma de recibido por el personal del archivo en la relación.	
	9	Entrega las hojas de hospitalización a la División de Bioestadística recabando firma de recibido en la relación.	
	10	Archiva en el orden digito terminal en su	

 <p><b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD</p>	<b>PROCEDIMIENTO</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>	
	<b>6. PROCEDIMIENTO PARA LA RECUPERACIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS DE LAS ÁREAS DE HOSPITALIZACIÓN.</b>	

		lugar del anaquel.  <p style="text-align: center;"><b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b></p>	
--	--	---	--

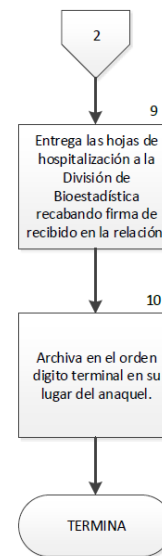
**5. DIAGRAMA DE FLUJO**





PROCEDIMIENTO PARA LA RECUPERACIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS DE LAS ÁREAS DE HOSPITALIZACIÓN

SUBDIRECCIONES MÉDICAS  
(MÉDICOS INVESTIGADOR)

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



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 01
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>6. PROCEDIMIENTO PARA LA RECUPERACIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS DE LAS ÁREAS DE HOSPITALIZACIÓN.</b>		Hoja: 7 de 8

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

## 7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Hoja de hospitalización	5 años	División de Bioestadística	06-01-0093

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Expediente clínico.-** Conjunto de documentos escritos, gráficos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con apego a las disposiciones sanitarias.
- 8.2 Hoja de hospitalización.-** Formato en el cual el médico tratante registra los datos correspondientes a la estancia del paciente.
- 8.3 Servicio 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 DEL PROCEDIMIENTO



Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	11/02/2021	Actualización de formato, propósito, políticas, descripción y diagrama del procedimiento.



## 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1** Reporte de programa de citas
- 10.2** Hoja de Hospitalización



### 10.1 Reporte de programa de citas

### 10.2 Hoja de Hospitalización

	 	<b>HOJA DE HOSPITALIZACIÓN</b> SINBA-SEUL-14-P DGIS																																																									
	CLUES: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	FOLIO: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																																																									
<b>PACIENTE</b>	NOMBRE: _____ <small>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</small> C.U.R.P.: _____ <small>Día Mes Año Fecha de nacimiento: Entidad de nacimiento:</small> EDAD CUMPLIDA: _____ <small>Horas (en menores de 24 hrs) Día Mes Año (en menores de 30 días) Meses (en menores de 1 año) Años (1 año y más)</small> ¿NACIÓ EN EL HOSPITAL?: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SEXO: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino PESO: _____ TALLA: _____ ESTADO CONYUGAL: _____ <small>(Menores de 3 meses) kg g</small> 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"/> Gob. Estatal <input type="checkbox"/> Seguro privado <input type="checkbox"/> Seguro popular <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> PROSPERA <small>NÚM. AFILIACIÓN: GRATUIDAD: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</small> ¿SE CONSIDERA INDÍGENA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿CUÁL?: _____ <small>Los menores de 5 años que sean hijos de alguna persona que se asuma indígena o hablé alguna lengua indígena serán considerados como tales.</small>																																																										
	TIPO DE LA VIALIDAD: _____ NOMBRE DE LA VIALIDAD: _____ NÚM. EXT.: _____ NÚM. INT.: _____ TIPO DE ASENTAMIENTO HUMANO: _____ NOMBRE DE ASENTAMIENTO HUMANO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____ LOCALIDAD: _____ MUNICIPIO O ALCALDÍA: _____ ENTIDAD FEDERATIVA / PAÍS: _____ TELÉFONO: _____																																																										
	EXPEDIENTE: _____ INGRESO: _____ TIPO DE SERVICIO: _____ DE INGRESO: _____ <small>Día Mes Año HOSPITALIZACIÓN (NORMAL) <input type="checkbox"/></small> EGRESO: _____ CORTA ESTANCIA <input type="checkbox"/> DE EGRESO: _____ <small>Día Mes Año</small>																																																										
<b>ESTANCIA</b>	PROCEDENCIA: <input type="checkbox"/> Consulta externa <input type="checkbox"/> Urgencias <input type="checkbox"/> Referido _____ <small>Unidad Médica Especificar CLUES</small> MOTIVO DEL EGRESO: <input type="checkbox"/> Curación <input type="checkbox"/> Mejoría <input type="checkbox"/> Voluntario <input type="checkbox"/> Traslado a otra Unidad Médica: _____ <small>Especificar CLUES</small> <input type="checkbox"/> Defunción - MINISTERIO PÚBLICO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO FOLIO DEL CERTIFICADO: _____ Fuga <input type="checkbox"/> Otro motivo: _____ <small>Especificar</small> MUJER EN EDAD FÉRTIL: <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Puerperio (de 0 a 42 días después del parto) <input type="checkbox"/> No estaba embarazada ni en el puerperio AFECIONES TRATADAS (DIAGNÓSTICOS FINALES AL EGRESO) _____ CÓDIGO CIE _____ AFECCIÓN PRINCIPAL: <input type="checkbox"/> Primera vez <input type="checkbox"/> Subsecuente 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ RESELECCIÓN A.F.P. _____ Código adicional _____ Sólo para tumores _____ CAUSA EXTERNA (Especifique los acontecimientos, circunstancias y condiciones que causan la lesión): _____ COMPLICACIONES: _____																																																										
	INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS, TERAPÉUTICOS Y QUIRÚRGICOS: <small>Si este apartado se debiera incluir ADENMAS los procedimientos obstétricos materno-neonatal (parto en posición vertical, apego inmediato madre y neonato, acompañamiento psicoemocional, y manejo activo de tercer periodo del trabajo de parto).</small>																																																										
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">ANESTESIA</th> <th rowspan="2">CURP o CED. MEDICO RESP. DEL PROCEDIMIENTO</th> <th rowspan="2">CÓDIGO CIE-9 MC</th> </tr> <tr> <th>TIPO</th> <th>DENTRO</th> <th>FUERA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6.</td> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>7.</td> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>8.</td> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			ANESTESIA			CURP o CED. MEDICO RESP. DEL PROCEDIMIENTO	CÓDIGO CIE-9 MC	TIPO	DENTRO	FUERA	1.		1	2			2.		1	2			3.		1	2			4.		1	2			5.		1	2			6.		1	2			7.		1	2			8.		1	2		
		ANESTESIA			CURP o CED. MEDICO RESP. DEL PROCEDIMIENTO	CÓDIGO CIE-9 MC																																																					
		TIPO	DENTRO	FUERA																																																							
1.		1	2																																																								
2.		1	2																																																								
3.		1	2																																																								
4.		1	2																																																								
5.		1	2																																																								
6.		1	2																																																								
7.		1	2																																																								
8.		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: Gestas _____ Abortos _____ Partos _____ Cesáreas _____ EDAD GESTACIONAL: _____ ¿EXTRACCIÓN O EXPULSIÓN?: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO TIPO DE ATENCIÓN: <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Parto PRODUCTO DE UN EMBARAZO: <input type="checkbox"/> Único <input type="checkbox"/> Gemelar <input type="checkbox"/> Tres o más TIPO DE PARTO: <input type="checkbox"/> Eutócico <input type="checkbox"/> Distócico vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea PE: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Hormonal oral <input type="checkbox"/> Inyectable mensual <input type="checkbox"/> Inyectable bimestral <input type="checkbox"/> Implante subdérmico FOLIO DE LA HOJA DE LESIONES: _____ PARA TODO NACIDO VIVO APGAR A LOS 5 MIN. _____ REANIMACIÓN NEONATAL AVANZADA _____ ALOJAMIENTO CONJUNTO _____ LACTANCIA EXCLUSIVA _____ <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">DATOS DE LOS PRODUCTOS</th> <th colspan="3">CONDICIÓN AL NACIMIENTO</th> <th colspan="3">CONDICIÓN DEL NACIDO VIVO AL EGRESAR LA MADRE</th> <th colspan="3">INDICAR FOLIOS DE CERTIFICADOS (NACIMIENTO, DEFUNCIÓN O MUERTE FETAL, SEGÚN SEA EL CASO)</th> </tr> <tr> <th>MUERTE FETAL</th> <th>NACIDO VIVO</th> <th>ALTA CON LA MADRE</th> <th>VIVO</th> <th>HOSPITALIZADO</th> <th>MUERTO</th> <th colspan="3">CEN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></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></td> <td></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></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		DATOS DE LOS PRODUCTOS	CONDICIÓN AL NACIMIENTO			CONDICIÓN DEL NACIDO VIVO AL EGRESAR LA MADRE			INDICAR FOLIOS DE CERTIFICADOS (NACIMIENTO, DEFUNCIÓN O MUERTE FETAL, SEGÚN SEA EL CASO)			MUERTE FETAL	NACIDO VIVO	ALTA CON LA MADRE	VIVO	HOSPITALIZADO	MUERTO	CEN			1	2	1	2	3						1	2	1	2	3						1	2	1	2	3														
DATOS DE LOS PRODUCTOS	CONDICIÓN AL NACIMIENTO			CONDICIÓN DEL NACIDO VIVO AL EGRESAR LA MADRE			INDICAR FOLIOS DE CERTIFICADOS (NACIMIENTO, DEFUNCIÓN O MUERTE FETAL, SEGÚN SEA EL CASO)																																																				
	MUERTE FETAL	NACIDO VIVO	ALTA CON LA MADRE	VIVO	HOSPITALIZADO	MUERTO	CEN																																																				
1	2	1	2	3																																																							
1	2	1	2	3																																																							
1	2	1	2	3																																																							
TIPO DE UNIDAD: _____ HOSPITAL CONTINUO: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Psiquiátrico <input type="checkbox"/> Psiquiátrico <input type="checkbox"/> Psiquiátrico <input type="checkbox"/> Unidad de desintoxicación <input type="checkbox"/> Villa psiquiátrica <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> No especificado HOSPITAL PARCIAL: <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 ESPECIALES: <input type="checkbox"/>																																																											
PROFESIONAL DE LA SALUD RESPONSABLE: NOMBRE: _____ <small>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</small> C.U.R.P.: _____ CÉDULA PROFESIONAL: _____ FIRMA: _____																																																											

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>7. PROCEDIMIENTO PARA LA ENTREGA Y RECEPCIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA.</b>		<b>Hoja: 1 de 8</b>

**7. PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE EXPEDIENTES CLÍNICOS PARA CONSULTA SUBSECUENTE.**

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>7. PROCEDIMIENTO PARA LA ENTREGA Y RECEPCIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA.</b>		
			<b>Hoja: 2 de 8</b>

## 1. PROPÓSITO

Supervisar las actividades correspondientes para, manejo, control y conservación de los expedientes clínicos solicitados por las diferentes especialidades que otorgan consulta en el área de Consulta Externa.



## 2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable al Departamento de Admisión y Archivo Clínico que es responsable del resguardo de los expedientes clínicos y las Subdirecciones Médicas que realizan actividades en consulta externa y solicitan el expediente clínico.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a los pacientes que acuden al hospital para recibir atención médica.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS


- 3.1 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Departamento de Admisión y Archivo Clínico, es responsable de la entrega al personal de enfermería y/o administrativo de cada consultorio, de los expedientes clínicos correspondientes a la consulta diaria. La entrega se hará en cada módulo de la especialidad correspondiente antes de que inicie la consulta, en donde se verificará la entrega completa, firmando de recibido.
- 3.2 Las Subdirecciones Médicas a través del médico adscrito de la especialidad correspondiente, es responsable de la integridad, orden y devolución diaria de los expedientes clínicos solicitados para la consulta diaria a su módulo correspondiente.
- 3.3 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica o personal administrativo del consultorio, son los encargados de regresar los expedientes clínicos al mensajero del Archivo Clínico, la devolución se hará en cada módulo de la especialidad correspondiente donde se verificará la devolución completa, firmando de recibido.
- 3.4 Las Subdirecciones Médicas son responsables de la solicitud de expedientes clínicos programados, que se realiza mediante la agenda electrónica SIGHO con cuarenta y ocho horas de anticipación. Para consultas extraordinarias se podrá solicitar expedientes clínicos el mismo día a través de vale individual o la impresión de la consulta programada del sistema SIGHO, sin exceder de siete expedientes por servicio. La enfermera o personal administrativo del consultorio, anotarán en su hoja de programación el número de expediente solicitado, el cual será entregado con los demás de la consulta.
- 3.5 Las Subdirecciones Médicas a través de los médicos de cada especialidad son responsables de solicitar expedientes individuales para asuntos diferentes a la consulta, deberá pedirse a través de vale individual, previa autorización del Jefe de Departamento, Jefe de División o Subdirector de área que avale la justificación para su salida del Departamento de Admisión y Archivo Clínico, el solicitante deberá acudir al archivo clínico y dejar su vale y gafete de identificación del Hospital o IFE, el cual se le devolverá cuando regrese el expediente clínico.
- 3.6 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Departamento de Admisión y Archivo Clínico es el único facultado para prestar estudios de gabinete a los pacientes que los



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>7. PROCEDIMIENTO PARA LA ENTREGA Y RECEPCIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA.</b>		<b>Hoja: 3 de 8</b>

soliciten, quienes deberán llenar un formato de vale individual y dejarán una identificación oficial la cual se regresará cuando devuelva el estudio.

- 3.7** Las Subdirecciones Médicas a través del Jefe de división y/o departamento, son responsables de autorizar por medio de un vale individual al personal médico, paramédico, técnico, administrativo y auxiliar, que por la naturaleza de su función requiera uno o varios expedientes clínicos, debiendo presentar además gafete de identificación del Hospital o INE.
- 3.8** La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Departamento de Archivo Clínico es responsable de informar al área médica correspondiente el caso de expedientes microfilmados, para ser consultados en la pantalla en el Departamento de Admisión y Archivo Clínico.
- 3.9** Las Subdirecciones Médicas, son responsables de asignar una cita el mismo día a los pacientes locales, en caso de otorgar dos citas el mismo día, verificarán si es paciente vulnerable y/o foráneo, debiendo informar con 48 horas previas a las consultas, al Departamento de Admisión y Archivo de estos casos.

	<b>PROCEDIMIENTO</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>
	<b>7. PROCEDIMIENTO PARA LA ENTREGA Y RECEPCIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA.</b>

#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirectora de Servicios Ambulatorios (Jefe del Departamento de Admisión y archivo Clínico)	1	Revisa la agenda electrónica e imprime por duplicado la programación de consultas, entregándolas al personal del Archivo Clínico para búsqueda de los expedientes.	Reporte de citas programadas.
	2	Revisa las gavetas para localizar los expedientes.  ¿Están los expedientes clínicos?	
	3	No: Señalar con una "p" en el Reporte de citas programadas los expedientes no localizados, continua actividad 5.	
	4	Si: Con 24 hrs, desarchiva los expedientes, señalándolos con una paloma (√) en el Reporte de citas programada y los coloca en el armario correspondiente.	
	5	El día de la consulta, revisa la gaveta para localizar los expedientes pendientes y los anexa a los ya sacados anteriormente.	
	6	Antes de que dé inicio cada consulta, se entregarán los expedientes a la enfermera o personal administrativo del consultorio, recabando firma de recibido en el Reporte de citas programadas.	
Subdirectores (as) Médicos (Médico especialista)	7	Recibe los expedientes.	
	8	Otorga la consulta y envía al paciente al módulo correspondiente para programación de cita subsecuente.	
	9	Devuelve los expedientes programados al módulo con la asistente administrativa o enfermera.	



**SALUD**

SECRETARÍA DE SALUD

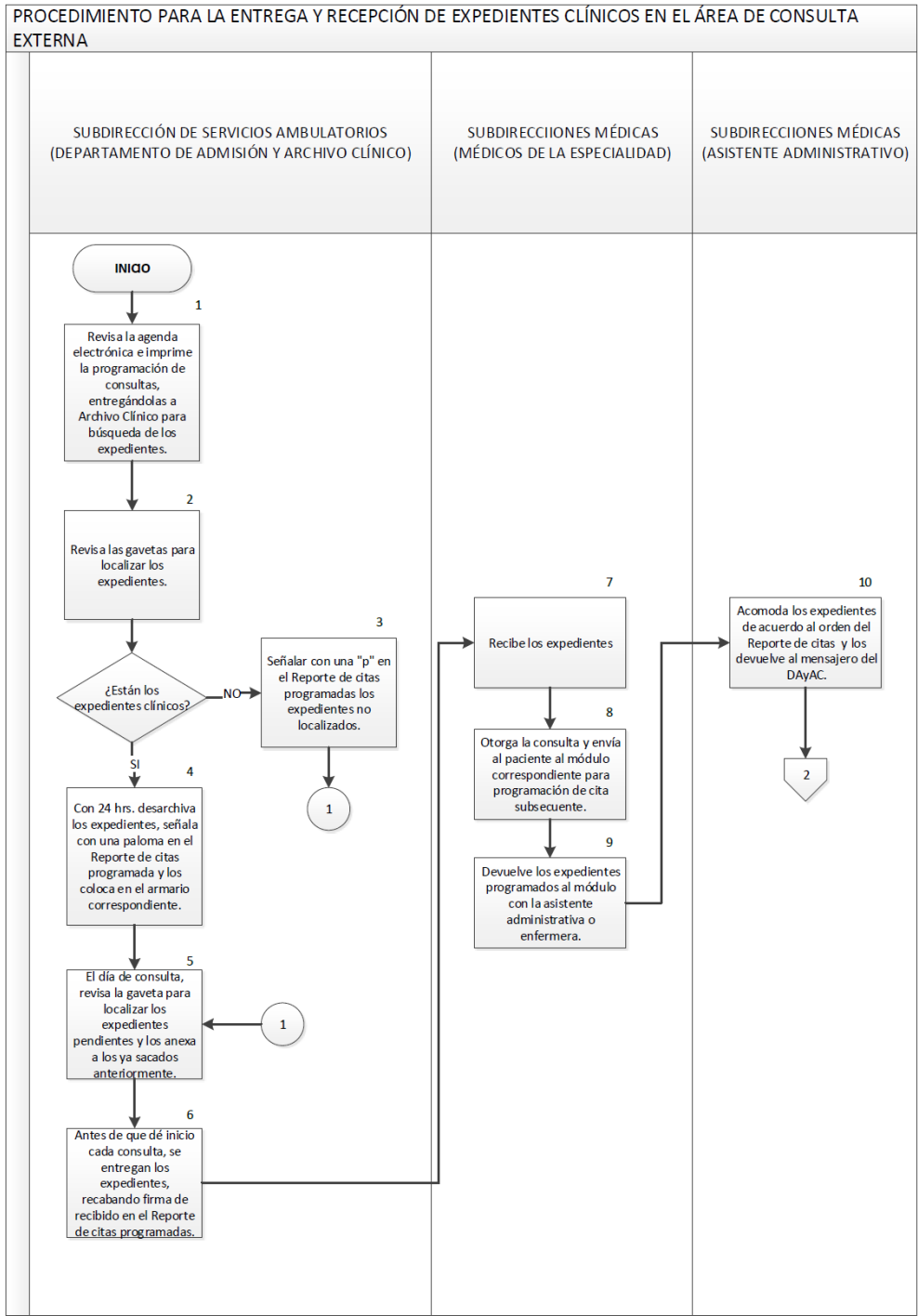
**PROCEDIMIENTO**

**SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS**

**7. PROCEDIMIENTO PARA LA ENTREGA Y RECEPCIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA.**

Subdirectores (as) Médicos (Asistente administrativo)	10	Acomoda los expedientes de acuerdo al orden del Reporte de citas programadas y los devuelve al mensajero del Departamento de Admisión y Archivo Clínico.	
Subdirectora de Servicios Ambulatorios (Jefe del Departamento de Admisión y archivo Clínico)	11	Recibe los expedientes verificando que sean todos los del Reporte de citas programadas.  ¿Son todos los expedientes?	
	12	No: Encierra en un círculo los faltantes, notificando al médico adscrito del consultorio, y elabora un vale individual a cargo del mismo. Coloca un tarjetón de reemplazo en el lugar correspondiente al expediente faltante. Termina procedimiento.	
	13	Si: Ordena los expedientes por el sistema digito-terminal y los registra en la libreta de control de entrada de expedientes, correspondientes a la sección.	
	14	Archiva los expedientes en la gaveta correspondiente.  <b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>	

## 5. DIAGRAMA DE FLUJO

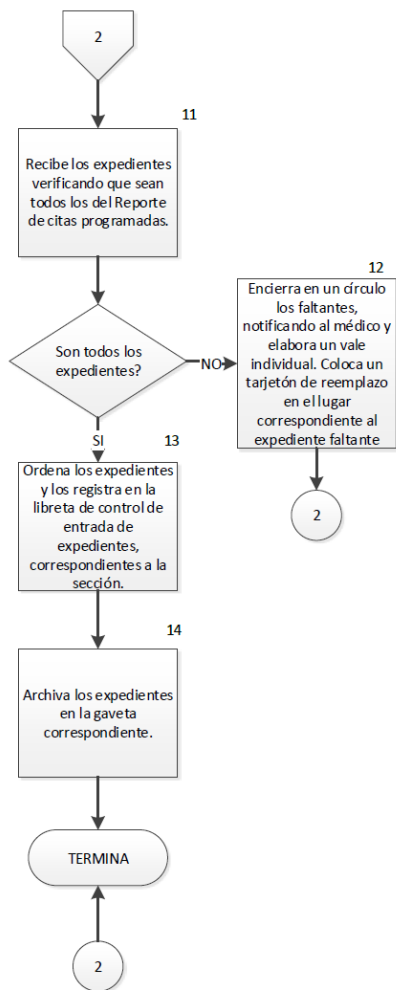




**PROCEDIMIENTO PARA LA ENTREGA Y RECEPCIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA**

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

SUBDIRECCIONES MÉDICAS  
(MÉDICOS DE LA ESPECIALIDAD)

SUBDIRECCIONES MÉDICAS  
(ASISTENTE ADMINISTRATIVO)



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>7. PROCEDIMIENTO PARA LA ENTREGA Y RECEPCIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA.</b>		<b>Hoja: 8 de 8</b>

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

## 7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Vale colectivo	3 años	Departamento de Admisión y Archivo Clínico	06-01-0104

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO



- 8.1 Carnet.-** artilla en la que se anotas las citas médicas del paciente.
- 8.2 Consulta Subsecuente.-** Cita otorgada por personal de salud a una persona cuando asiste por la misma enfermedad o motivo por el que ya se le otorgo una consulta.
- 8.3 Expediente clínico.-** Conjunto de documentos escritos, gráficos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con apego a las disposiciones sanitarias.
- 8.4 Vale individual.-** Formato mediante el cual se solicita un solo expediente clínico.

## 9. CAMBIOS DE VERSIÓN DEL PROCEDIMIENTO



Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	15/02/2021	Actualización de propósito, alcance, políticas, descripción, diagrama del procedimiento y formato.

## 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1** Reporte de citas programadas
- 10.2** Formato de Vale individual

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev.1</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>8. PROCEDIMIENTO PARA LA ENTREGA Y RECEPCIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS PARA ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN.</b>		<b>Hoja: 1 de 7</b>

**8. PROCEDIMIENTO PARA LA ENTREGA Y RECEPCIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS PARA ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN.**

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev.1</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>8. PROCEDIMIENTO PARA LA ENTREGA Y RECEPCIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS PARA ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN.</b>		<b>Hoja: 2 de 7</b>

## 1. PROPÓSITO

Supervisar las actividades correspondientes manejo, control y conservación de los expedientes clínicos, solicitados para enseñanza e investigación.


## 2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Subdirección de Servicios Ambulatorios supervisa las actividades del Departamento, el Departamento de Admisión y Archivo Clínico quien proporciona los expedientes clínicos solicitados y a las Subdirecciones Médicas a través de las Áreas Médicas del hospital que realizan actividades de enseñanza e investigación.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS


- 3.1 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Departamento de Admisión y Archivo Clínico, será responsable de la entrega de los expedientes clínicos solicitados para enseñanza o investigación. Debiendo presentarles la carta protocolaria y/o la autorización de la investigación. La entrega se hará en el mostrador del archivo, en donde se verificará la entrega completa, firmando de recibido.
- 3.2 Las Subdirecciones Médicas a través del médico solicitante, es responsable de la integridad, orden y devolución de los expedientes clínicos solicitados para enseñanza o investigación. Los expedientes deberán regresarse el día señalado en la solicitud respectiva.
- 3.3 Las Subdirecciones Médicas a través de los médicos solicitantes son responsables de La solicitud de expedientes clínicos se realizará mediante el vale colectivo o individual, según sea el caso, con cuarenta y ocho horas de anticipación.
- 3.4 Las Subdirecciones Médicas a través de los médicos son responsables de revisar los expedientes para enseñanza o investigación dentro del archivo y únicamente saldrán con autorización del Jefe del Departamento de Admisión y Archivo Clínico, en caso de necesitar llevarse los expedientes clínicos del archivo, deberán solicitarlo para su autorización a la Jefatura de Admisión y Archivo Clínico (mediante su vale colectivo).



	<b>PROCEDIMIENTO</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>
	<b>8. PROCEDIMIENTO PARA LA ENTREGA Y RECEPCIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS PARA ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN.</b>

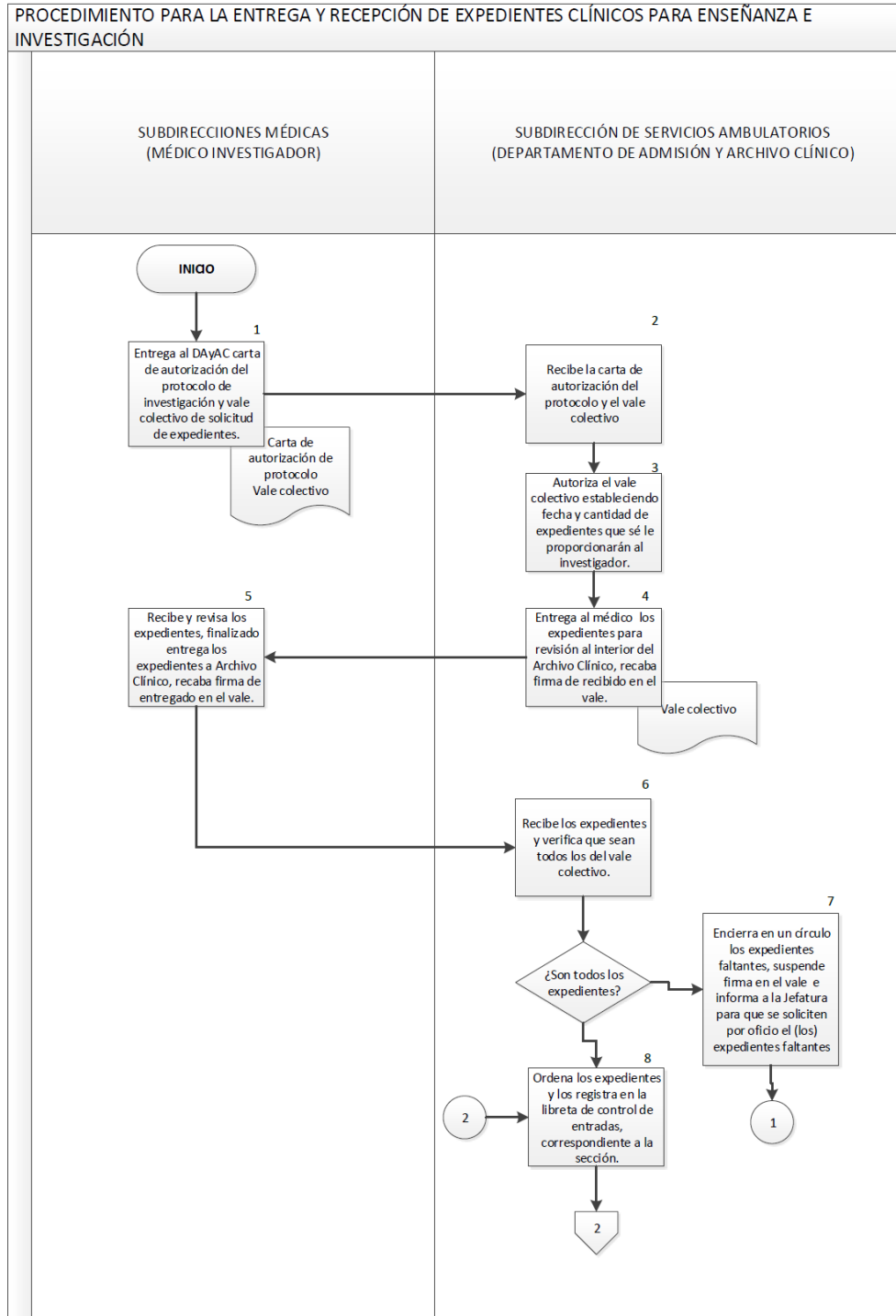
#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

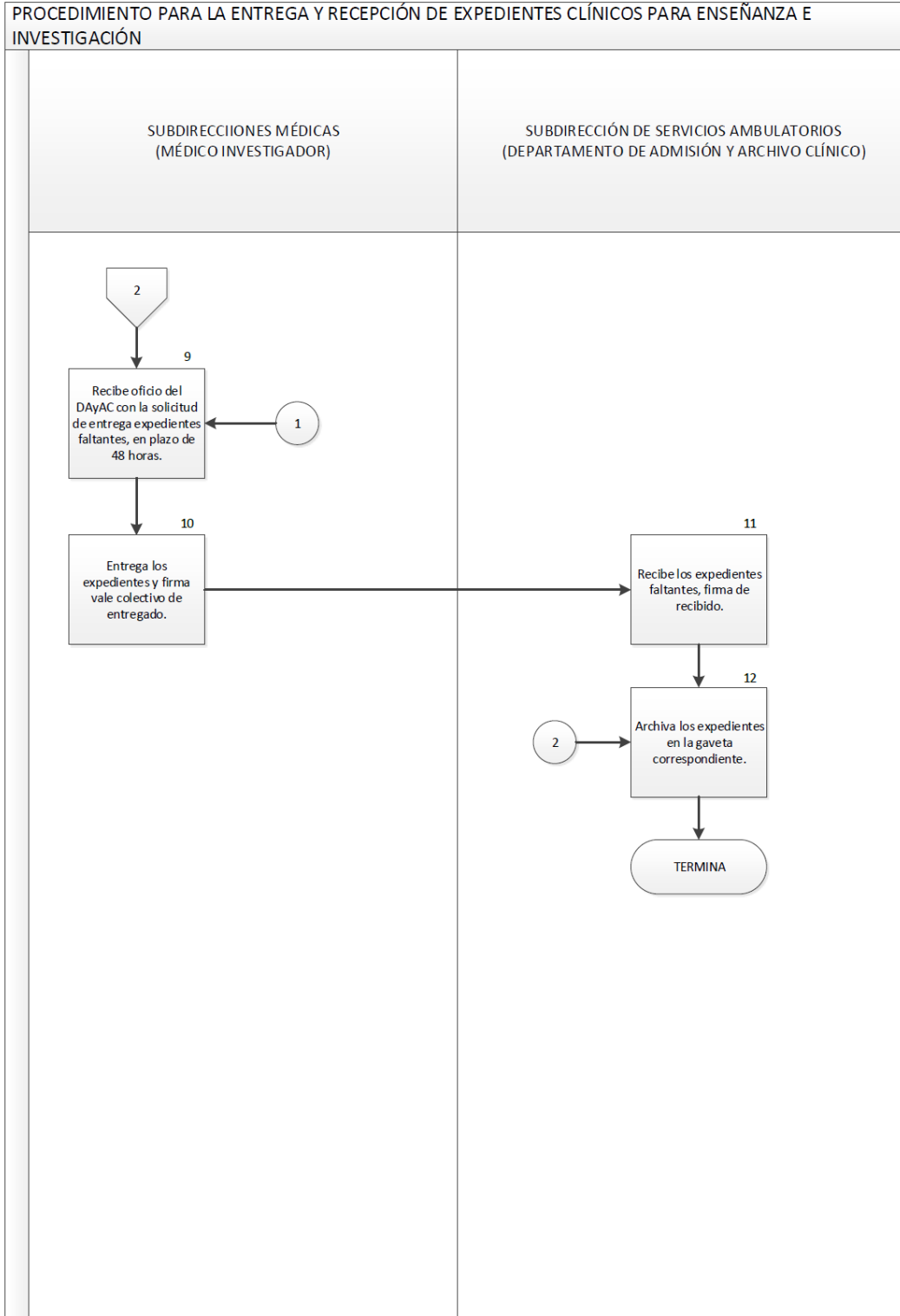
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirecciones Médicas (Médico investigador)	1	Entrega al Departamento de Admisión y Archivo Clínico la carta de autorización del protocolo de investigación y el vale colectivo de solicitud de expedientes.	Carta de autorización de protocolo  Vale colectivo
Subdirectora de Servicios Ambulatorios (Jefe de Departamento de Admisión y archivo Clínico)	2	Recibe la carta de autorización del protocolo y el vale colectivo / individual.	Vale colectivo
	3	Autoriza el vale colectivo estableciendo fecha y cantidad de expedientes que se le proporcionarán al investigador.	
	4	Entrega al médico investigador los expedientes clínicos para revisión al interior del Archivo Clínico, recabando firma de recibido en el vale colectivo.	
Subdirecciones Médicas (Médico investigador)	5	Recibe y revisa los expedientes, finalizado entrega los expedientes a Archivo Clínico recabando firma de entregado en el vale colectivo.	
Subdirectora de Servicios Ambulatorios (Jefe de Departamento de Admisión y archivo Clínico)	6	Recibe los expedientes y verifica que sean todos los del vale colectivo.  ¿Son todos los expedientes?	
	7	No: Encierra en un círculo los expedientes faltantes, suspende firma en el vale colectivo e informa a la Jefatura para que se soliciten por oficio el (los) expedientes faltantes, continua paso 9.	
	8	Si: Ordena los expedientes por el sistema digito-terminal y los registra en la libreta de control de entrada de expedientes, correspondiente a la sección.	
Subdirecciones Médicas (Médico investigador)	9	Recibe oficio del Departamento de Admisión y Archivo Clínico, con la solicitud de entrega expedientes faltantes, en plazo de 48 horas.	
	10	Entrega los expedientes y firma vale colectivo de entregado.	



	<b>PROCEDIMIENTO</b>	
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>	
	<b>8. PROCEDIMIENTO PARA LA ENTREGA Y RECEPCIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS PARA ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN.</b>	

Subdirectora de Servicios Ambulatorios (Jefe de Departamento de Admisión y archivo Clínico)	11	Recibe los expedientes faltantes, firma de recibido.	
	12	Archiva los expedientes en la gaveta correspondiente.	
		<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>	

## 5. DIAGRAMA DE FLUJO





 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev.01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>8. PROCEDIMIENTO PARA LA ENTREGA Y RECEPCIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS PARA ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN.</b>		<b>Hoja: 7 de 7</b>

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

## 7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Vale colectivo	3 años	Departamento de Admisión y Archivo Clínico	06-01-0104

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO



- 8.1 Carta de autorización de protocolo de investigación.** - Documento elaborado por la Dirección de Enseñanza, a través del cual informa al Departamento de Admisión y Archivo Clínico que el protocolo de investigación ha sido aceptado y que el médico investigador solicitará expedientes clínicos.
- 8.2 Vale colectivo.**- Formato a través del cual se solicita más de un expediente clínico.
- 8.3 Vale individual.**- Formato mediante el cual se solicita un solo expediente clínico.

## 9. CAMBIOS DE VERSIÓN DEL PROCEDIMIENTO



Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	11/02/2021	Actualización de formato, propósito, alcances, políticas, descripción y diagrama del procedimiento.

## 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1** Vale colectivo
- 10.2** Carta autorización de protocolo de investigación

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>9. PROCEDIMIENTO PARA EL REGISTRO DEL MOVIMIENTO DIARIO DE PACIENTES.</b>		<b>Hoja: 1 de 9</b>

## 9. PROCEDIMIENTO PARA EL REGISTRO DEL MOVIMIENTO DIARIO DE PACIENTES

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>9. PROCEDIMIENTO PARA EL REGISTRO DEL MOVIMIENTO DIARIO DE PACIENTES.</b>		
			<b>Hoja: 2 de 9</b>

## 1. PROPÓSITO

Establecer las actividades para realizar el registro diario de movimientos de pacientes y control de las camas en hospitalización.

## 2. ALCANCE

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable al Departamento de Admisión y Archivo Clínico que registra el movimiento diario de los pacientes, el Departamento de Enfermería Clínica realiza los movimientos de pacientes y notifica sobre dichos movimientos.

2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a los pacientes que acuden al hospital para atención médica en hospitalización.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Departamento de Admisión y Archivo Clínico, es responsable de registrar diariamente el movimiento de pacientes. Este registro se realiza en dos horarios: a las 0:00 horas para la apertura del formato de "Movimiento Diario de Pacientes"; y a las 8:00 horas para la actualización de las "Tarjetas de Control de Cama".

3.2 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica (enfermera de piso), es responsable de notificar a Admisión sobre el movimiento de pacientes (cambios de cama, servicio o piso, defunciones, traslados, aislamiento, etc.).

**4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo	
Subdirectora de Servicios Ambulatorios (Jefe de Departamento de Admisión y Archivo Clínico)	1	Rotula los formatos de Movimiento Diario de Pacientes, correspondiente a la fecha.	Movimiento Diario de Pacientes	
	2	Registra los ingresos que se van generando el mismo día.		
	3	Acude a los servicios de hospitalización y complementa el informe de Movimiento Diario de pacientes, anota en el espacio de "cama" el nombre del paciente que se encuentra ocupando la cama.		
	4	Verifica que la cantidad y datos de ingresos registrados correspondan a la de las Cartas de Autorización para el Internamiento del día.  ¿Coinciden la cantidad y datos de ingresos?		
	5	No: Analiza y efectúa las modificaciones correspondientes, regresa a actividad 4.		
	6	Si: Compara el formato de Movimiento Diario de Pacientes que fue cerrado con el del día anterior, analiza las variaciones, anota los cambios y/o movimientos faltantes.		Tarjeta de control de cama.
	7	Requisita los espacios correspondientes al resumen diario, el cual se transcribe en el concentrado mensual.		
	8	Desarchiva y actualiza los movimientos de pacientes en las tarjetas de control de cama, acomodándolas por orden numérico progresivo.		





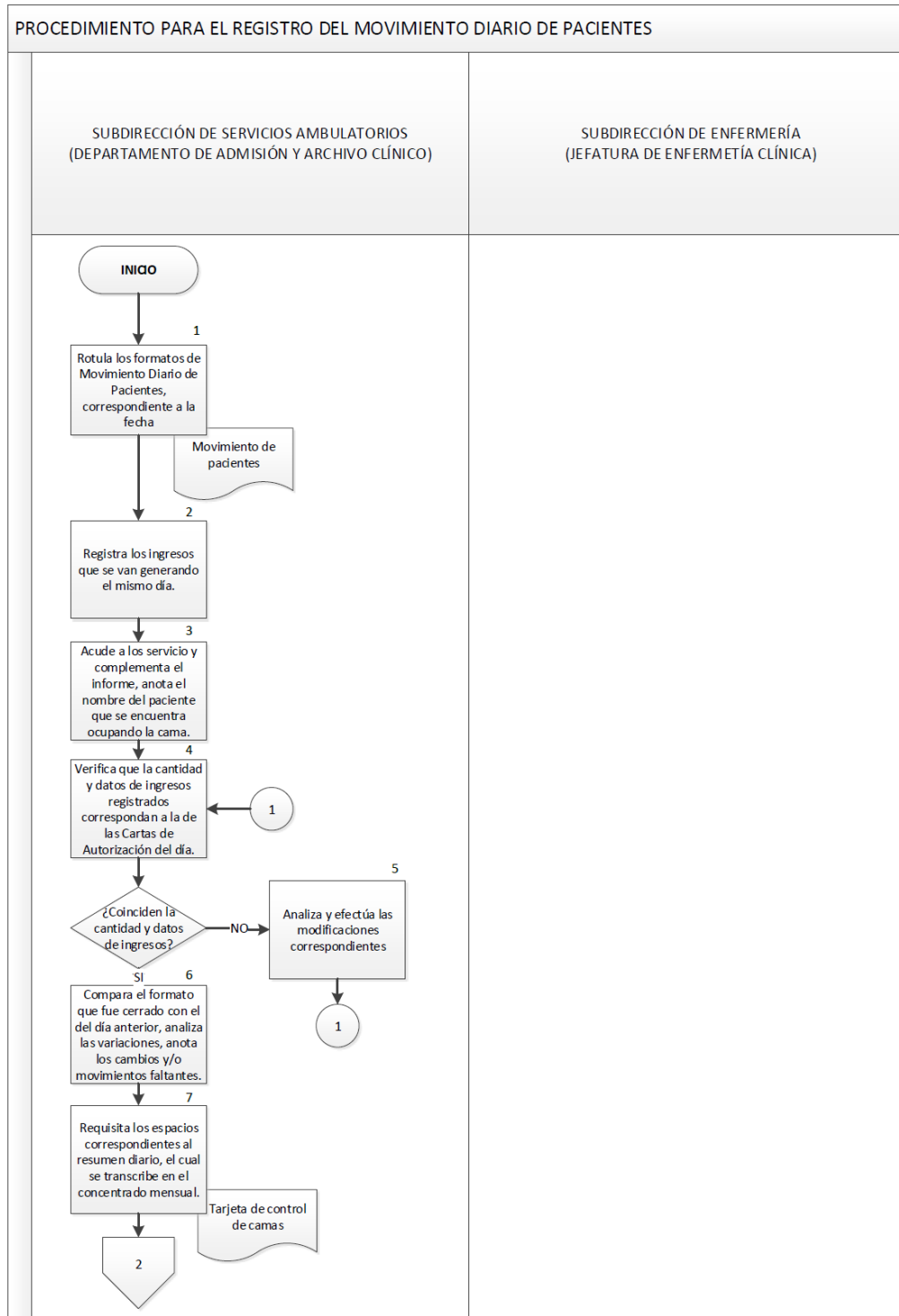
**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS**

**9. PROCEDIMIENTO PARA EL REGISTRO DEL MOVIMIENTO DIARIO DE PACIENTES**

Subdirectora de Enfermería (Jefa de Departamento de Enfermería Clínica)	9	Acude a los servicios de hospitalización y verifica que los pacientes registrados en las tarjetas de control de camas se encuentren hospitalizados.	
		Revisan los casos que generan dudas respecto a los movimientos de los pacientes.	
		¿Coinciden los pacientes registrados en hospitalización?	
	10	No: Solicita información a la enfermera supervisora del piso, sobre la procedencia, ubicación o destino del paciente y actualiza el formato de Movimiento Diario de pacientes, continua paso 12.	
	11	Si: Realiza las correcciones necesarias en las tarjetas de control de cama y transcribe la información del Movimiento Diario de Pacientes en el concentrado mensual.	
	12	Archiva las tarjetas de control de cama.	
		<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>	

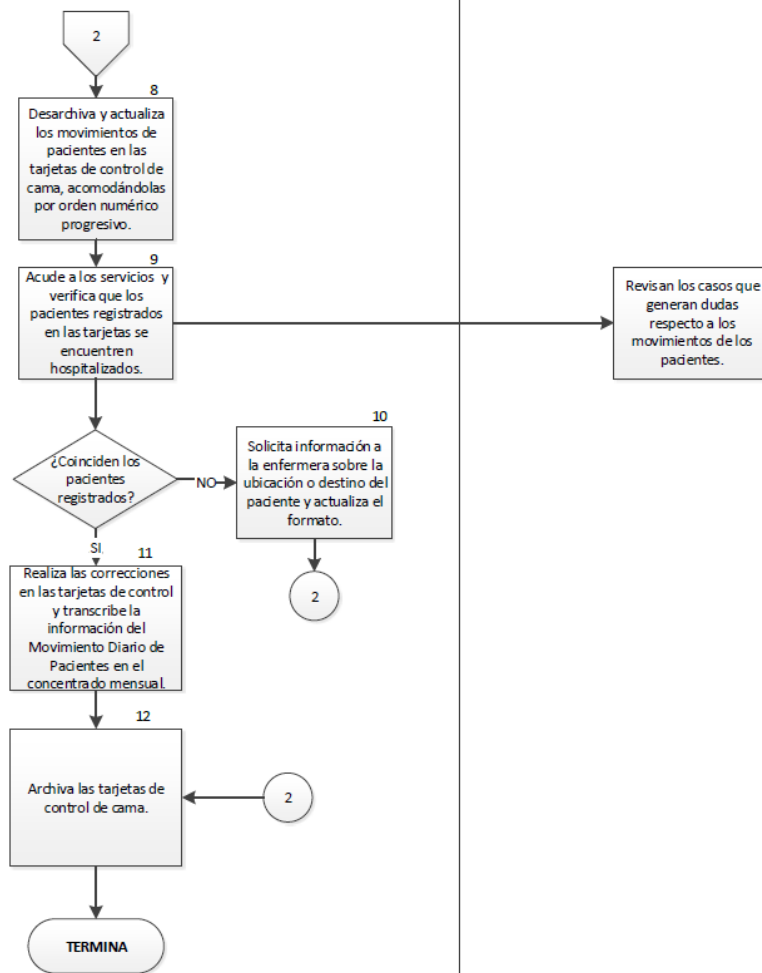
## 5. DIAGRAMA DE FLUJO





PROCEDIMIENTO PARA EL REGISTRO DEL MOVIMIENTO DIARIO DE PACIENTES

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

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA  
(JEFATURA DE ENFERMERÍA CLÍNICA)



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>9. PROCEDIMIENTO PARA EL REGISTRO DEL MOVIMIENTO DIARIO DE PACIENTES.</b>		<b>Hoja: 7 de 9</b>

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

## 7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Movimiento Diario de Pacientes	1 año	Departamento de Admisión y Archivo Clínico	06-01-0100
Tarjeta de control de cama	1 año	Departamento de Admisión y Archivo Clínico	01-04-0106

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Movimiento Diario de Pacientes.-** Registro diario de los ingresos, egresos, defunciones, pases a y pases de, de los ingresos registrados en el hospital.
- 8.2 Tarjeta de Control de Cama.- Tarjeta de Control de Cama.-** Formato donde se registran los nombres de pacientes que han ocupado la misma cama en periodos diferentes, registrando la fecha de ingreso y egreso, pases de o pases a y el número de expediente de los mismos.

## 9. CAMBIOS DE VERSIÓN DEL PROCEDIMIENTO



Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
26/02/2021	01	Actualización de propósito, alcance, políticas, descripción y diagrama del procedimiento y formato.

## 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO



- 10.1** Formato de Movimiento Diario de Pacientes.
- 10.2** Tarjeta de control de cama





	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>10. PROCEDIMIENTO PARA OBTENER LA DOTACIÓN DE CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN Y DE MUERTE FETAL</b>		<b>Hoja: 1 de 10</b>

**10. PROCEDIMIENTO PARA OBTENER LA DOTACIÓN DE CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN Y DE MUERTE FETAL.**

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>10. PROCEDIMIENTO PARA OBTENER LA DOTACIÓN DE CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN Y DE MUERTE FETAL</b>		<b>Hoja: 2 de 10</b>

## 1. PROPÓSITO

Establecer las actividades para solicitar oportunamente la dotación de formas expedidas por la Oficina de Trámites Funerarios, dependiente del Gobierno del Distrito Federal, a fin de proporcionar a los familiares de todo paciente fallecido en el Hospital, la constancia oficial que certifica las causas de la muerte, para los trámites ante la Oficina de Registro Civil.


## 2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección General autoriza informe y solicitud de dotación de Certificados de Defunción y Muerte fetal, la Subdirección de Servicios Ambulatorios que supervisa los documentos para la solicitud de Certificados de Defunción y al Departamento de Admisión y Archivo Clínico realiza los trámites para la dotación de Certificados de Defunción y entrega de éstos a las Subdirecciones Médicas.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a la Oficina de Trámites Funerarios dota al Hospital de Certificados de Defunción.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS


- 3.1 Con fundamento en los artículos 388, 389, 391, 391bis y 392 de la Ley General de Salud, así como los artículos 77, 78 y 80 de la Ley de Salud para el Distrito Federal, el Hospital deberá proporcionar certificados en caso de defunción.
- 3.2 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Departamento de Admisión y Archivo Clínico, es responsable de solicitar la dotación de certificados de defunción, así como de llevar adecuadamente su control e informe de uso.
- 3.3 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través del Departamento de Admisión y Archivo Clínico es responsable de entregar únicamente a las Subdirecciones Médicas los certificados de defunción para su llenado.



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>
	<b>10. PROCEDIMIENTO PARA OBTENER LA DOTACIÓN DE CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN Y DE MUERTE FETAL</b>

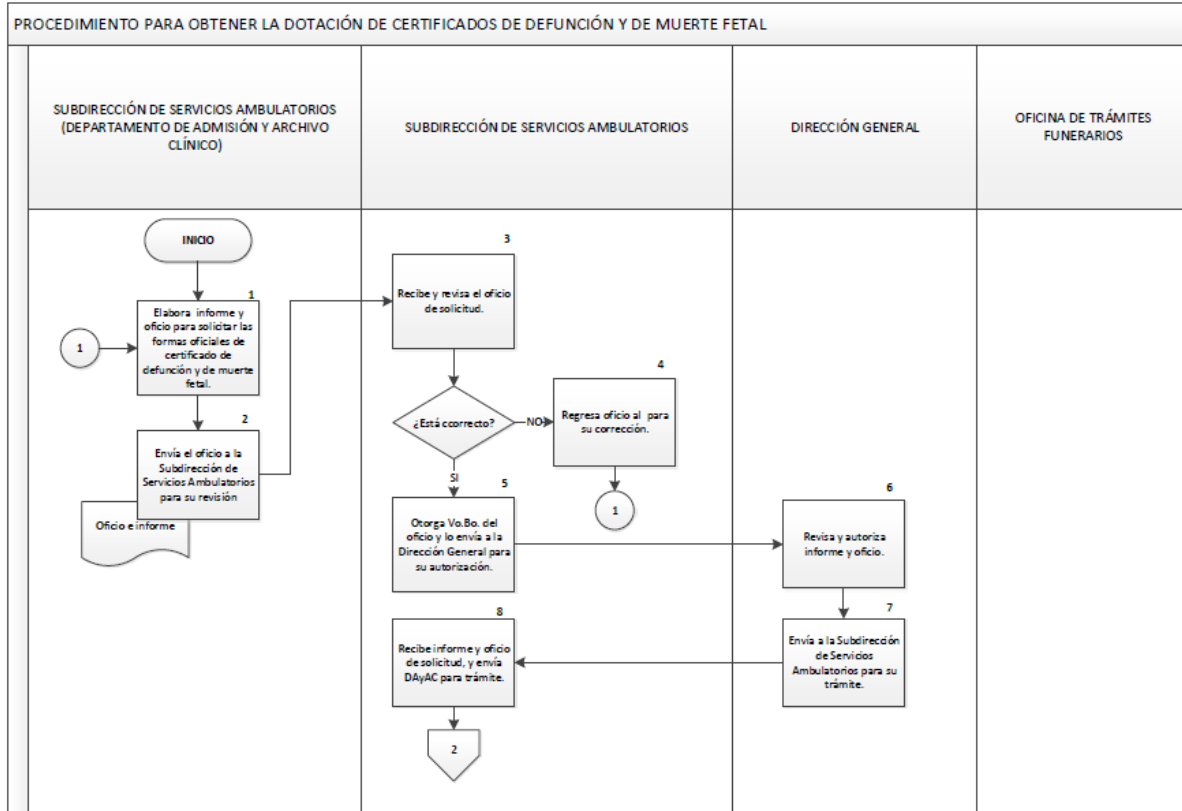
#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

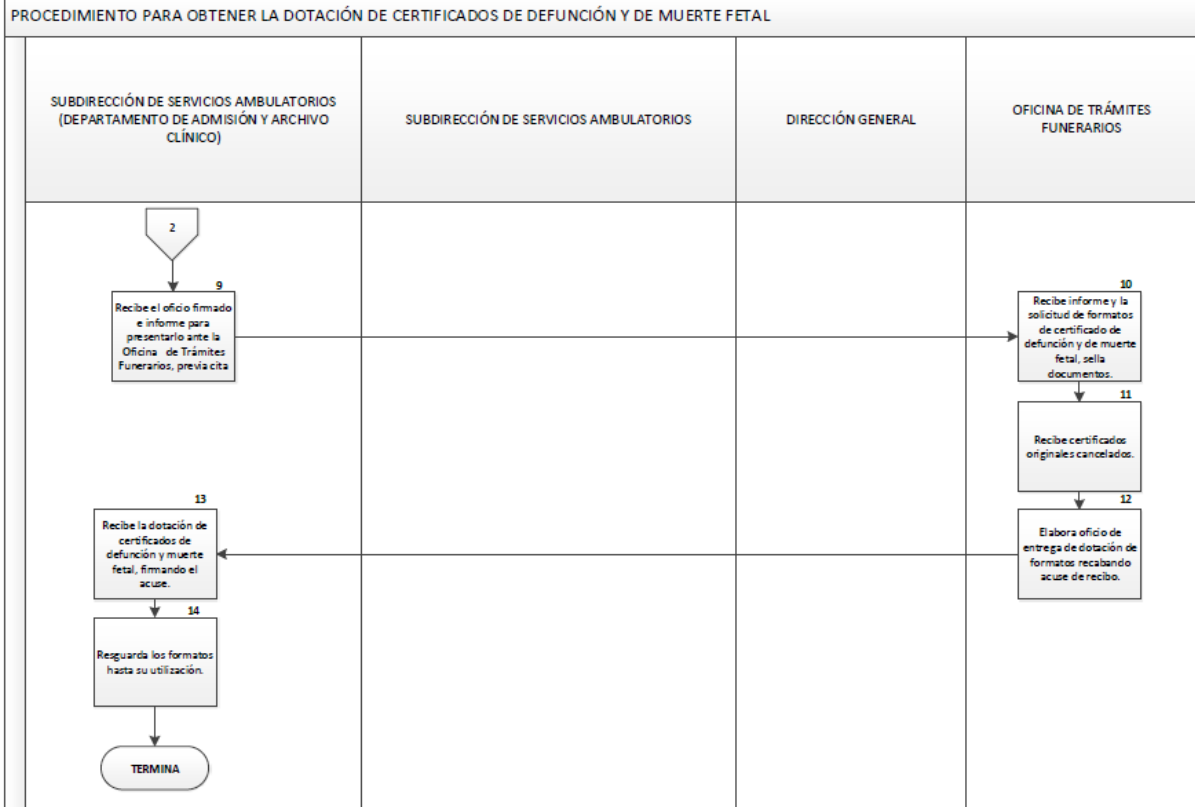
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirectora de Servicios Ambulatorios (Jefe de Departamento de Admisión y Archivo Clínico)	1	Elabora el informe y oficio dirigido a la oficina de Trámites Funerarios, en el que solicita las formas oficiales de certificado de defunción y de muerte fetal.	Oficio de solicitud de formatos de certificado de defunción y de muerte fetal. Informe del uso de Certificados
	2	Envía el oficio a la Subdirección de Servicios Ambulatorios para su revisión.	
Subdirectora de Servicios Ambulatorios	3	Recibe y revisa el oficio de solicitud.  ¿Está correcto?	
	4	No: Regresa oficio al Departamento de Admisión y Archivo Clínico para su corrección, regresa a actividad 1.	
	5	Si: Otorga Vo.Bo. del oficio y lo envía a la Dirección General para su autorización.	
Director General	6	Revisa y autoriza informe y oficio de solicitud de Certificados de Defunción y Muerte fetal.	
	7	Envía a la Subdirección de Servicios Ambulatorios para su trámite.	
Subdirectora de Servicios Ambulatorios	8	Recibe informe y oficio de solicitud, y envía DAyAC para trámite.	
Subdirectora de Servicios Ambulatorios (Jefe de Departamento de Admisión y Archivo Clínico)	9	Recibe el oficio firmado e informe para presentarlo ante la Oficina de Trámites Funerarios, previa cita.	
Oficina de Trámites Funerarios	10	Recibe informe y la solicitud de formatos de certificado de defunción y de muerte fetal, sella documentos.	Oficio de entrega de
	11	Recibe certificados originales cancelados.	
	12	Elabora oficio de entrega y proporciona	



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>
	<b>10. PROCEDIMIENTO PARA OBTENER LA DOTACIÓN DE CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN Y DE MUERTE FETAL</b>

		dotación de formatos de certificado de defunción y de muerte fetal, recabando acuse de recibo.	dotación de formatos de certificado de defunción y de muerte fetal
Subdirectora de Servicios Ambulatorios (Jefe de Departamento de Admisión y Archivo Clínico)	13	Recibe la dotación de certificados de defunción y muerte fetal, firmando el acuse.	
	14	Resguarda los formatos hasta su utilización.	
		<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>	

**5. DIAGRAMA DE FLUJO**





 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 01
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>10. PROCEDIMIENTO PARA OBTENER LA DOTACIÓN DE CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN Y DE MUERTE FETAL</b>		Hoja: 7 de 10

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

## 7. REGISTROS



Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Oficio de solicitud de formatos de certificado de defunción y de muerte fetal	3 años	Departamento de Admisión y Archivo Clínico	Núm. de oficio
Oficio de entrega de dotación de formatos de certificado de defunción y de muerte fetal	3 años	Departamento de Admisión y Archivo Clínico	Núm. de oficio

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Certificado de Defunción y Certificado de Muerte Fetal.-** Documento en el cual el médico tratante certifica la muerte y sus causas, son expedidos por única vez, en forma gratuita y obligatoria, en toda defunción. También son las fuentes primarias para la generación de las estadísticas de mortalidad general y fetal.
- 8.2 Defunción fetal.-** Muerte de un producto de la concepción hasta antes de la expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo. La muerte está definida por el hecho de que después de la separación, el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.
- 8.3 Defunción hospitalaria.-** Defunción que ocurre en el interior de los servicios hospitalarios. Para fines estadísticos se clasifica en: defunción de paciente que tiene asignada una cama censable y defunción de paciente no hospitalizado.
- 8.4 Defunción, muerte.-** Extinción o término de la vida. Desaparición de todas las funciones vitales ocurridas después del nacimiento vivo.

## 9. CAMBIOS DE VERSIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	24/02/2021	Actualización de propósito, alcance, políticas, descripción y diagrama del procedimiento y formato.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>10. PROCEDIMIENTO PARA OBTENER LA DOTACIÓN DE CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN Y DE MUERTE FETAL</b>		<b>Hoja: 8 de 10</b>



## **10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO**

- 10.1** Certificado de Defunción (copia de formato).
- 10.2** Certificado de muerte fetal.









	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01
	SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS		
	11. PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA POR PARTE DE LAS DIFERENTES ÁREAS DE ATENCIÓN MÉDICA		Hoja: 1 de 12

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

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>11. PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA POR PARTE DE LAS DIFERENTES ÁREAS DE ATENCIÓN MÉDICA</b>		<b>Hoja: 2 de 12</b>

## 1. PROPÓSITO



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

## 2. ALCANCE


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

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

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

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>11. PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA POR PARTE DE LAS DIFERENTES ÁREAS DE ATENCIÓN MÉDICA</b>		<b>Hoja: 3 de 12</b>

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

	<b>PROCEDIMIENTO</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>
	<b>11. PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA POR PARTE DE LAS DIFERENTES ÁREAS MÉDICAS</b>

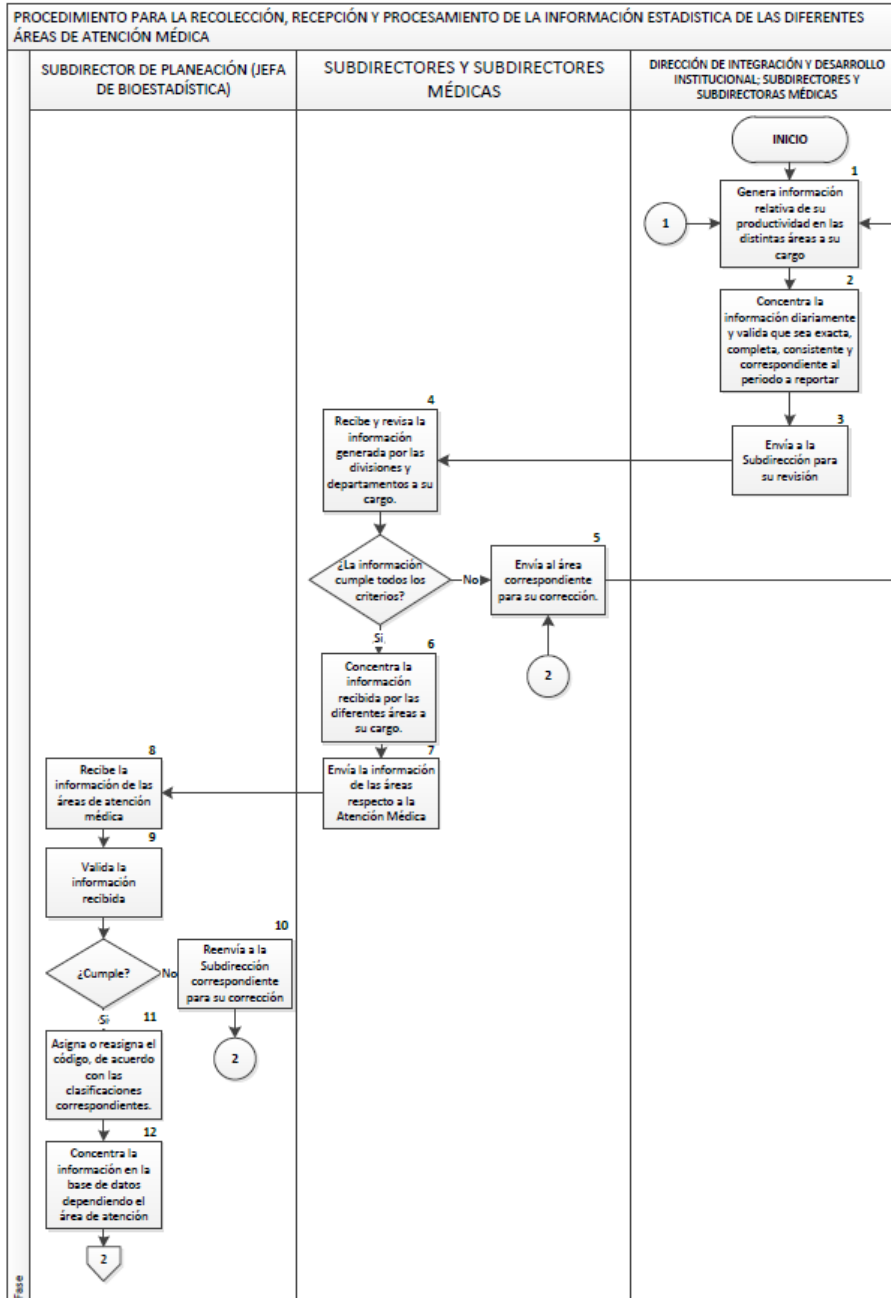
#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO



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

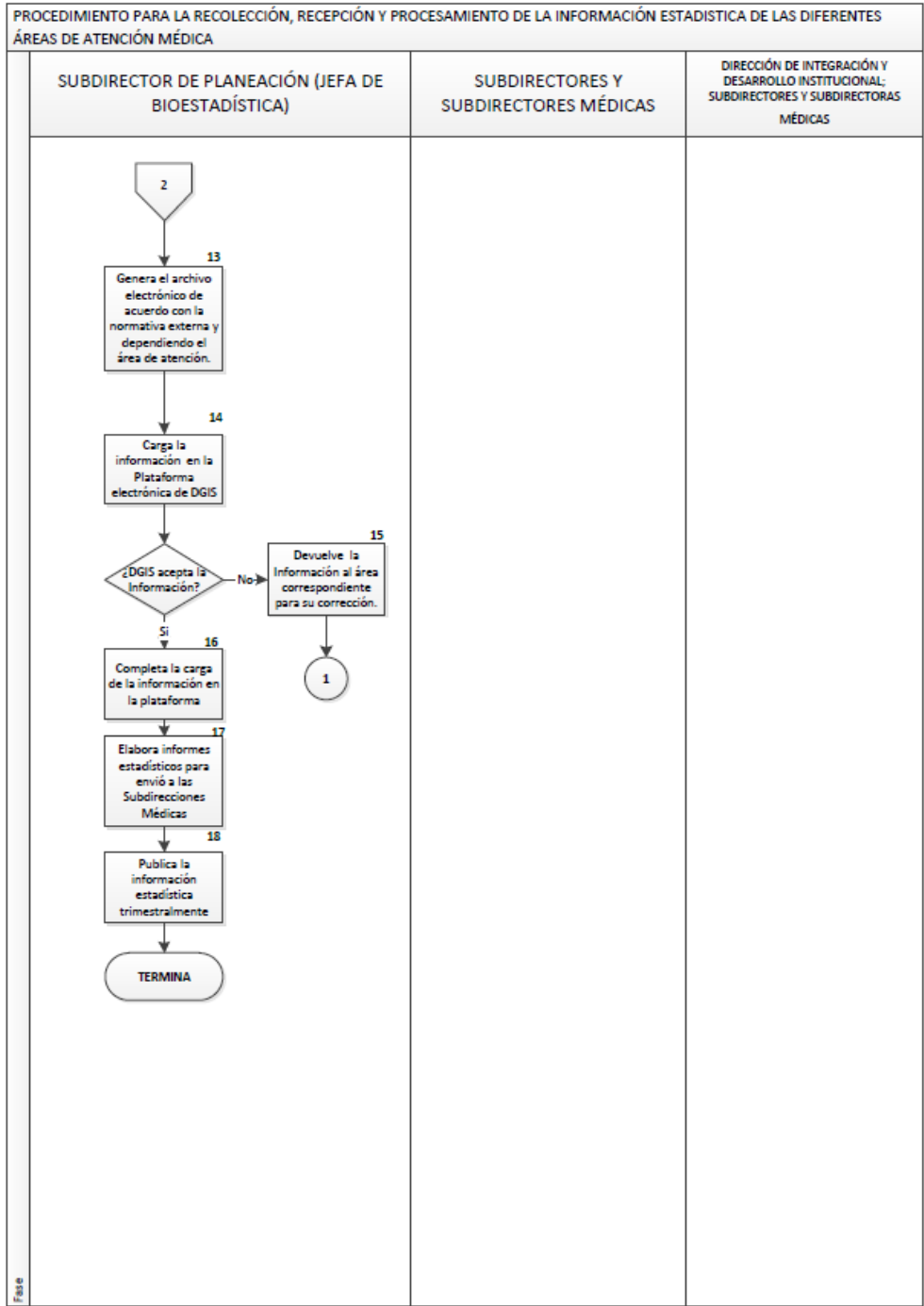
**11. PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA POR PARTE DE LAS DIFERENTES ÁREAS MÉDICAS**

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



## 5. DIAGRAMA DE FLUJO



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>11. PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA POR PARTE DE LAS DIFERENTES ÁREAS DE ATENCIÓN MÉDICA</b>		<b>Hoja: 7 de 12</b>



Fase

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>11. PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA POR PARTE DE LAS DIFERENTES ÁREAS DE ATENCIÓN MÉDICA</b>		<b>Hoja: 8 de 12</b>

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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



## 7. REGISTROS

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

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

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



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>11. PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA POR PARTE DE LAS DIFERENTES ÁREAS DE ATENCIÓN MÉDICA</b>		<b>Hoja: 9 de 12</b>



## 9. CAMBIOS DE VERSIÓN DEL PROCEDIMIENTO

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




## 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

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

### 10.1 CAPTURA DE PANTALLA REGISTRO DIARIO DE PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>11. PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA POR PARTE DE LAS DIFERENTES ÁREAS DE ATENCIÓN MÉDICA</b>		<b>Hoja: 10 de 12</b>

**Hospital General "Dr. Manuel Gea González"**

Adsc.

Residente

viernes, 24 de junio de 2016

Fecha de Consulta

Corp      No. Expediente      Recibo de pago      Tipo de Consulta

Apellido paterno      Apellido materno      Nombre(s)      Sexo

Migrante       Discapacitado



Estado o delegación      Derechohabencia

Diagnóstico (CIE10)      Nvo.

Diagnóstico (CIE10)

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

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

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>		
	<b>11. PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN, RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA POR PARTE DE LAS DIFERENTES ÁREAS DE ATENCIÓN MÉDICA</b>		<b>Hoja: 11 de 12</b>

Login







HOSPITAL GENERAL  
DR. MANUEL GEA GONZALEZ

04/03/2019

02:19:08 p. m

Usuario:

Contraseña:



### 10.3 EJEMPLO DE BASE DE EXCEL PARA HOSPITALIZACIÓN.

