

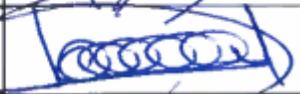
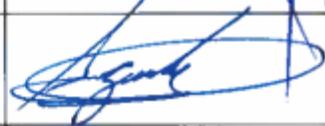
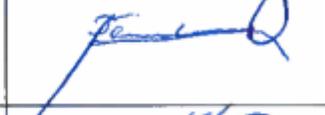


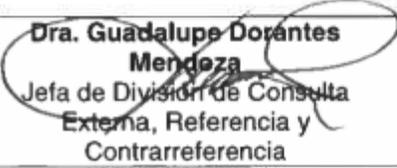
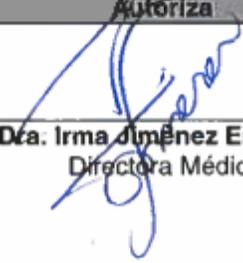
## **SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS**

### **MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA DIVISIÓN DE CONSULTA EXTERNA, REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA**

**DICIEMBRE, 2021**

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

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

Elabora	Revisa	Autoriza
 <b>Dra. Guadalupe Dorantes Mendoza</b> Jefa de División de Consulta Externa, Referencia y Contrarreferencia	 <b>Dra. Arlene Ota Guerrero</b> Subdirectora de Servicios Ambulatorios	 <b>Dra. Irma Jiménez Escobar</b> Directora Médica

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

## INDICE

	HOJA
INTRODUCCIÓN	3
I.- OBJETIVO DEL MANUAL	4
II.- MARCO JURÍDICO	5
III.- PROCEDIMIENTOS	
1. PROCEDIMIENTO DE PRECONSULTA.	
2. PROCEDIMIENTO DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ.	
3. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES DE CONSULTA SUBSECUENTE.	
4. PROCEDIMIENTO DE INTERCONSULTA.	
5. PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA DE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO O INTERCONSULTA EN INSTITUCIONES DE APOYO.	
6. PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS DE LABORATORIO E IMAGEN PROCEDENTES DE OTRAS INSTITUCIONES DE SALUD.	
7. PROCEDIMIENTO PARA EL REGISTRO Y CONTROL DE REFERENCIAS EN LA CONSULTA EXTERNA.	
8. PROCEDIMIENTO DE TOMA Y PROCESAMIENTO DE MUESTRAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA.	
9. PROCEDIMIENTO PARA PROGRAMAR Y ELABORAR ESTUDIOS RADIOLÓGICOS Y DE IMAGENOLÓGÍA.	
10. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN, RECEPCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA POR PARTE DE LAS DIFERENTES ÁREAS DE ATENCIÓN MÉDICA	

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

## INTRODUCCIÓN

El Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, es un organismo público descentralizado, consolidado como una unidad de atención de Alta Especialidad, el cual brinda atención médica a población abierta solicitante de la Ciudad de México, asimismo apoya a otras instituciones de segundo y tercer nivel de atención médica y a la población de diversos estados de la República Mexicana que acuden en busca de asistencia médica

La División de Consulta Externa, Referencia y Contrarreferencia adscrita a la Subdirección de Servicios Ambulatorios, se encuentra ubicada en la Torre de Especialidades, y cuenta con las instalaciones necesarias para la realización de la atención médica ambulatoria.

El personal que sustenta estas funciones se conforma por un grupo multidisciplinario, integrado por médicos especialistas, personal de enfermería, personal de trabajo social y personal administrativo.

Por el gran número de especialidades médicas y las funciones administrativas cuyas actividades convergen en una misma área física, así como la demanda de atención médica de la población en general, originó la necesidad de realizar una reestructuración de la División de Consulta Externa, cuyas funciones principales son las de supervisar y coordinar todas las actividades realizadas en esta área.

Las actividades de enseñanza e investigación de la División de Consulta Externa, Referencia y Contrarreferencia, estarán apegadas conforme a los manuales de procedimientos de las Divisiones adscritas a la Subdirección de Enseñanza y la Subdirección de Investigación Biomédica Pertencientes a la Dirección de Enseñanza e Investigación.

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

Las áreas responsables de la elaboración y actualización del Manual de Procedimientos son, ésta área médica, quien realizará las modificaciones necesarias en el momento en que ocurran o sean de su conocimiento, las cuales deberán someter a la revisión técnica de la Subdirección de Planeación, a través del Departamento de Organización y Métodos de este hospital.

El presente manual consta de 10 procedimientos, congruentes con las atribuciones del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” y concuerdan con las actividades que se llevan a cabo en las áreas que lo conforman: Áreas sustantivas o Médico – Asistenciales, Enseñanza, Investigación y Administrativas.

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

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

Contar con un documento que establezca las normas y procedimientos a seguir en el desarrollo de las actividades que se llevan a cabo en la División de Consulta Externa, Referencia y Contrarreferencia con el objetivo de ofrecer una guía en el ejercicio de las funciones del personal que integra el área.

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

## II.- MARCO JURÍDICO

### **CONSTITUCIÓN**

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

### **LEYES**

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

Ley Federal de las Entidades Paraestatales.

Ley General de Salud.

Ley General de Archivos.

Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Ley General de Responsabilidades Administrativas.

Ley General de Bienes Nacionales.

Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.

Ley Federal de Remuneraciones de los Servidores Públicos.

Ley Federal de Austeridad Republicana.

Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.

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

Ley del Diario Oficial de la Federación y Gacetas Gubernamentales.

Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.

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

Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas.

### **REGLAMENTOS**

Reglamento de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales.

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

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

Reglamento de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente de Trabajo.

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

Reglamento por el que se establecen las bases para la realización del Internado de Pregrado de la Licenciatura en Medicina.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos.

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

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

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

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

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

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

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

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

Reglamento de la Ley de Obras Publicas y Servicios Relacionados con las Mismas.

### **CÓDIGOS**

Código Civil Federal.

Código Penal Federal.

### **ACUERDOS**

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

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

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

Acuerdo por el que 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.

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

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

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

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

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

#### **OTROS ORDENAMIENTOS Y DISPOSICIONES**

Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024.

Programa Sectorial de Salud 2020-2024.

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

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

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

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

Lineamientos en materia de austeridad republicana de la administración pública.

Relación de entidades paraestatales de la Administración Pública Federal.

Resolución Miscelánea Fiscal del ejercicio fiscal que corresponda.

Índice Nacional de Precios al Consumidor (publicación quincenal).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar.

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

Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

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

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

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

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

Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994, para la vigilancia epidemiológica.

Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, para la prevención y control de la infección por virus de la Inmunodeficiencia Humana.

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

**NORMATIVIDAD INTERNA DEL HOSPITAL GENERAL DOCTOR MANUEL GEA GONZÁLEZ.**

Decreto del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

Estatuto Orgánico del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

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

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

Manual de Procedimientos del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

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

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

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

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

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

Código de Conducta del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

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

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

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

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

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

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

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

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 1
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>Procedimiento de Preconsulta</b>		<b>Hoja: 1 de 36</b>

## **1. PROCEDIMIENTO DE PRECONSULTA**

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 1
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>Procedimiento de Preconsulta</b>		<b>Hoja: 2 de 36</b>

## 1. PROPÓSITO

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

## 2. ALCANCE

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

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través de la Jefatura de la División de Consulta externa y Referencia y Contrarreferencia es la responsable de coordinar a todas las áreas médicas y administrativas para la atención de los usuarios en la consulta externa.
- 3.2. Las Subdirecciones Médicas están formadas por la Subdirección de Cirugía, Subdirección de Pediatría, Subdirección de Urgencias y Medicina y Subdirección de Anestesia y Terapias.
- 3.3. Las Subdirecciones Médicas son responsables del control y organización de sus citas de Preconsulta, consultas de primera vez y consultas subsecuentes.
- 3.4. La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica es la responsable de la atención y cuidados de enfermería del usuario en la consulta externa.
- 3.5. Las Subdirecciones Médicas a través de las diferentes Jefaturas de División y de Departamento, al realizar una Preconsulta y decidir que no corresponde a su servicio, son responsables de enviar al usuario nuevamente a Preconsulta General para decidir el servicio que amerite para su atención o realizar una interconsulta al servicio que corresponda.
- 3.6. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través de las Jefatura de División de Consulta Externa y Referencia y Contrarreferencia es responsable de enviar a los usuarios a realizar el registro de la atención médica o pago de la Preconsulta en todas las ocasiones que el usuario reciba esta atención.
- 3.7. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través de la División de Consulta externa y Referencia y Contrarreferencia es responsable de aceptar únicamente a los usuarios que cumplan los siguientes requisitos: Hoja de Referencia de Centro de Salud u otra Institución del sector Salud y recibo de pago de preconsulta, el usuario no podrá recibir la Preconsulta en caso de no contar con estos documentos.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 1
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>Procedimiento de Preconsulta</b>		<b>Hoja: 3 de 36</b>

- 3.8. La Dirección Médica define como servicios de apoyo a las siguientes especialidades: Estomatología, Ortodoncia, Psiquiatría, Paidopsiquiatría, Psicología, Audiología, Nutrición Clínica, Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos, Rehabilitación y Foniatría.
- 3.9. Las Subdirecciones Médicas son responsables de que los servicios de apoyo solamente realicen Preconsultas y consultas subsecuentes, ya que las consultas de primera vez las realiza la División a la que pertenece.
- 3.10. La Subdirección de Servicios Ambulatorios es responsable de autorizar atenciones médicas de usuarios distintos en este procedimiento.
- 3.11. La Subdirecciones Médicas, en caso de contingencia, son responsables de autorizar atenciones médicas de usuarios distintos en este procedimiento.
- 3.12. Las Subdirecciones Médicas, a través de su Divisiones, en caso de requerir, son responsables de autorizar y solicitar los estudios de laboratorio y gabinete necesarios previa valoración de preconsulta.
- 3.13. Las Subdirecciones Médicas, en los casos en que los pacientes presenten patologías complejas dentro del campo de las especialidades, son responsables de realizar el llenado de la Hoja de Referencia y Contrarreferencia a una institución de segundo o tercer nivel de atención, según sea el caso.
- 3.14. Las Subdirecciones Médicas, una vez que hayan solucionado el motivo de atención del paciente, son responsables de realizar la Contrarreferencia mediante el llenado de la Hoja de Referencia y Contrarreferencia para seguimiento médico en la unidad que corresponda.

	<b>PROCEDIMIENTO</b>
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS</b>
	<b>Procedimiento de Preconsulta Hoja: 4 de 36</b>

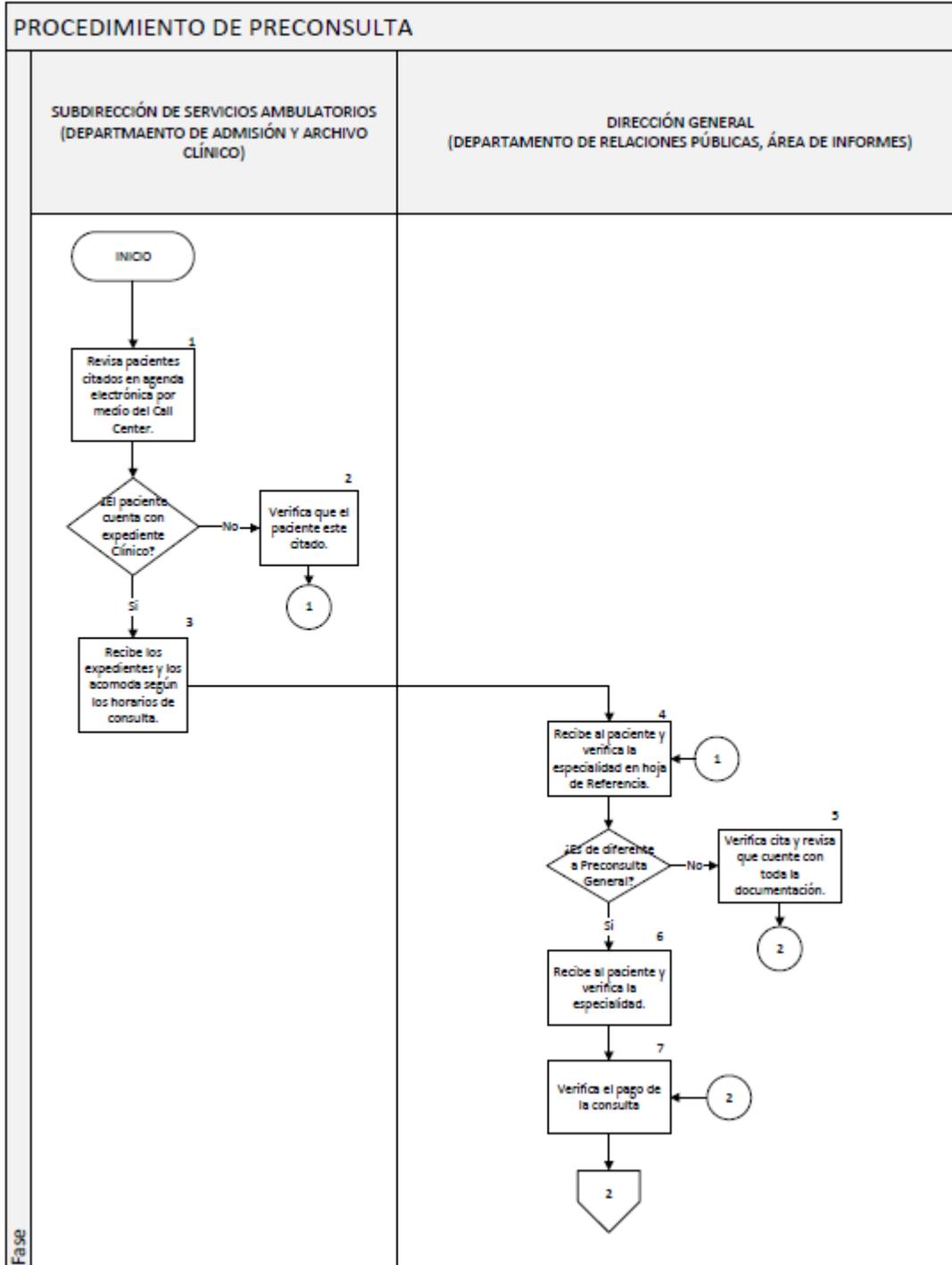
### 3 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

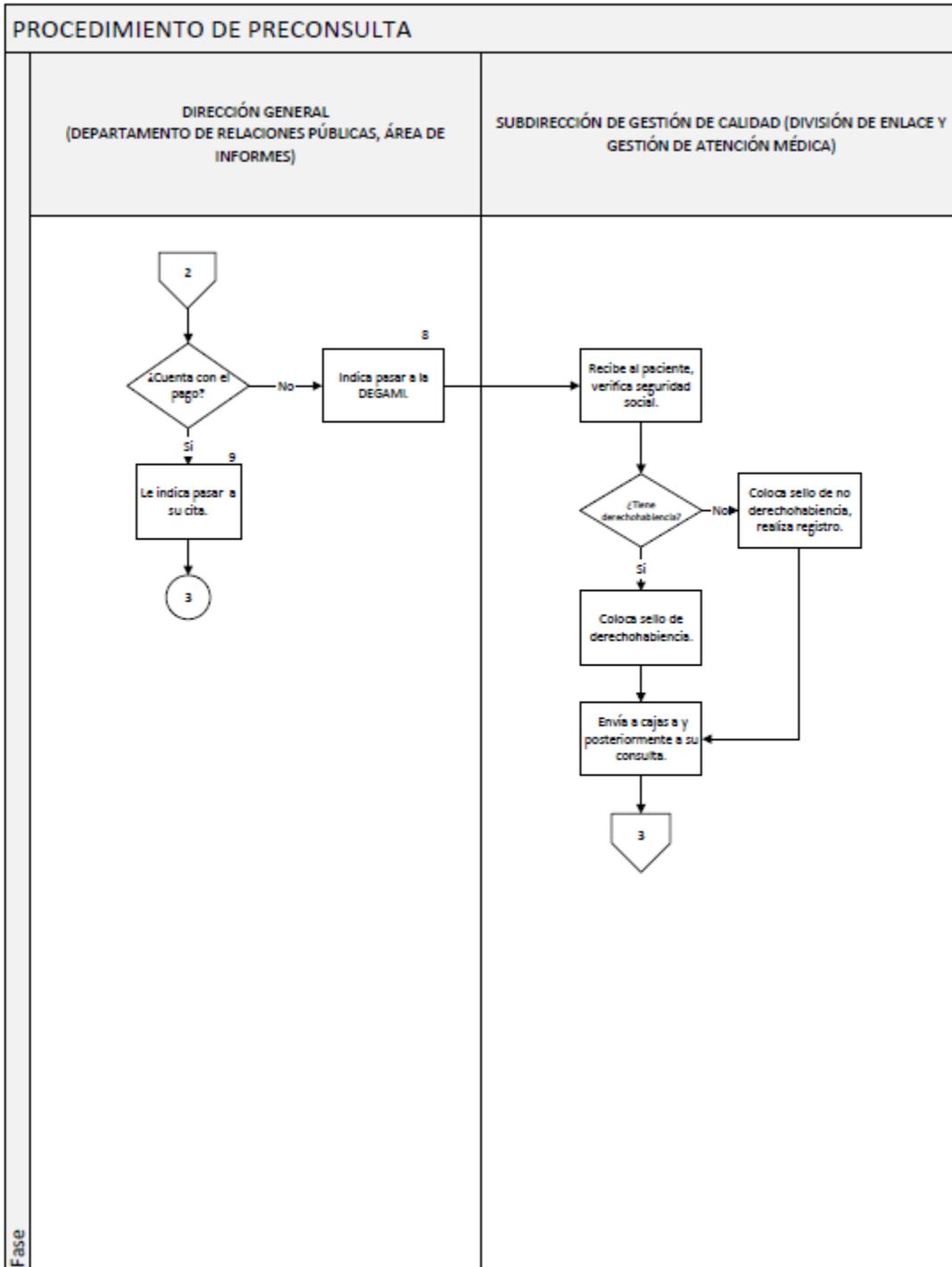
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o anexo
Subdirectora de Servicios Ambulatorios (Jefe de Departamento de Admisión y Archivo Clínico)	1	Revisa pacientes citados en agenda electrónica por medio del Call Center	Expediente clínico
	2	¿El paciente cuenta con expediente Clínico? No: Verifica que el paciente este citado, continua actividad 4	
	3	Si: Recibe los expedientes y los acomoda según los horarios de consulta	
	4	Recibe al paciente y verifica la especialidad en la hoja de referencia ¿Es diferente a Preconsulta General?	
	5	No: Verifica cita y revisa que cuente con toda la documentación solicitada. Continúa actividad 7.	
	6	Si: Verifica la cita y le indica pasar al módulo de la especialidad.	
	7	Verifica el pago de la consulta. ¿Cuenta con el pago?	
Subdirección de Gestión de Calidad (División de Enlace y Gestión de Atención Médica)	8	No: Indica pasar a la DEGAMI	
		Recibe al paciente, verifica seguridad social ¿Tiene derechohabencia? No: Coloca sello de no derechohabencia, realiza registro Si: Coloca sello de derechohabencia Envía a cajas y posteriormente a su consulta, va actividad 10.	
Director General (Jefa de Departamento de Relaciones Públicas, Área de Informes)	9	Si: Le indica pasar a su cita. Va actividad 10.	

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o anexo
Subdirectores y Subdirectoras Médicas (Jefes y Jefas de Divisiones Médicas y Jefe de la Consulta Externa)	10	Recibe al paciente y Realiza valoración del paciente  ¿El paciente pertenece a la especialidad?	
	11	No: Evalúa si existe la especialidad en el Hospital  ¿Existe la especialidad en el Hospital?  No: Realiza REFERENCIA o CONTRARREFERENCIA. Termina el procedimiento  Si: Realiza PROCEDIMIENTO DE INTERCONSULTA y termina procedimiento	Hoja de Atención Médica de Preconsulta
	12	Si: Continúa con la atención médica.  ¿Requiere de estudios para determinar el diagnóstico de la especialidad?	Nota médica  Hoja de Interconsulta
	13	Si: Elabora solicitud de estudios e indica al paciente a sacar cita, termina procedimiento.	Hoja de Referencia y Contrarreferencia
	14	No: Continúa atención médica  ¿Cumple con los criterios médicos para pertenecer al hospital?	Hoja de Estudios de Laboratorio
	15	No: Realiza REFERENCIA o CONTRARREFERENCIA, termina el procedimiento	Hoja de Estudios de Gabinete
	16	Si: Entrega hoja de apertura de expediente y lo envía al área de Informes, si tiene carnet le indica pasar al módulo de la especialidad para su siguiente cita.	
	17	Solicita Estudios de laboratorio y gabinete para su cita de primera vez, de ser necesario.	
	18	Le indica pasar al área de Informes para orientación de trámites.	
	Director General (Jefa de Departamento de Relaciones Públicas,	19	Recibe al paciente y revisa la documentación.  ¿La documentación está completa?

<b>Responsable</b>	<b>No. Act.</b>	<b>Descripción de Actividades</b>	<b>Documento o anexo</b>
Área de Informes)	20	No: Indica traer la documentación para apertura de expediente y le indica regresar a Informes. Termina procedimiento.	
	21	Si: Registra datos generales del paciente en la plataforma electrónica	
	22	Entrega la documentación al médico de Preconsulta general para autorización de apertura de expediente.	
Subdirectora de Servicios Ambulatorios (Jefa de División de Consulta externa y Referencia y Contrarreferencia)	23	Revisa documentos y aprueba la apertura de expediente.	
	24	Regresa la documentación a personal de Informes.	
Director General (Jefa de Departamento de Relaciones Públicas, Área de Informes)	25	Le indica al paciente pasar a Trabajo Social con su documentación para su estudio socioeconómico.	
Subdirector de Gestión de Calidad (Jefa de Departamento de Trabajo Social)	26	Realiza PROCEDIMIENTO PARA LA ASIGNACIÓN DEL NIVEL SOCIECONÓMICO A PACIENTES.	Hoja de Estudio Socioeconómico
	27	Da a conocer el Aviso de Privacidad de la Institución	Carnet
	28	Entrega el Carnet.	
<b>TERMINA</b>			

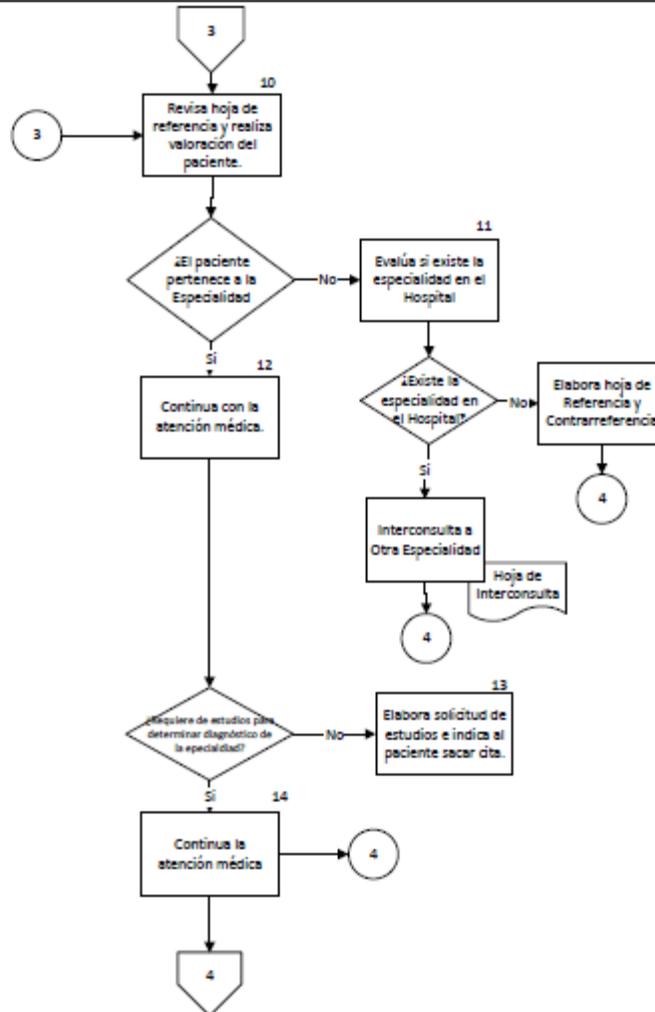
## 5. DIAGRAMA DE FLUJO



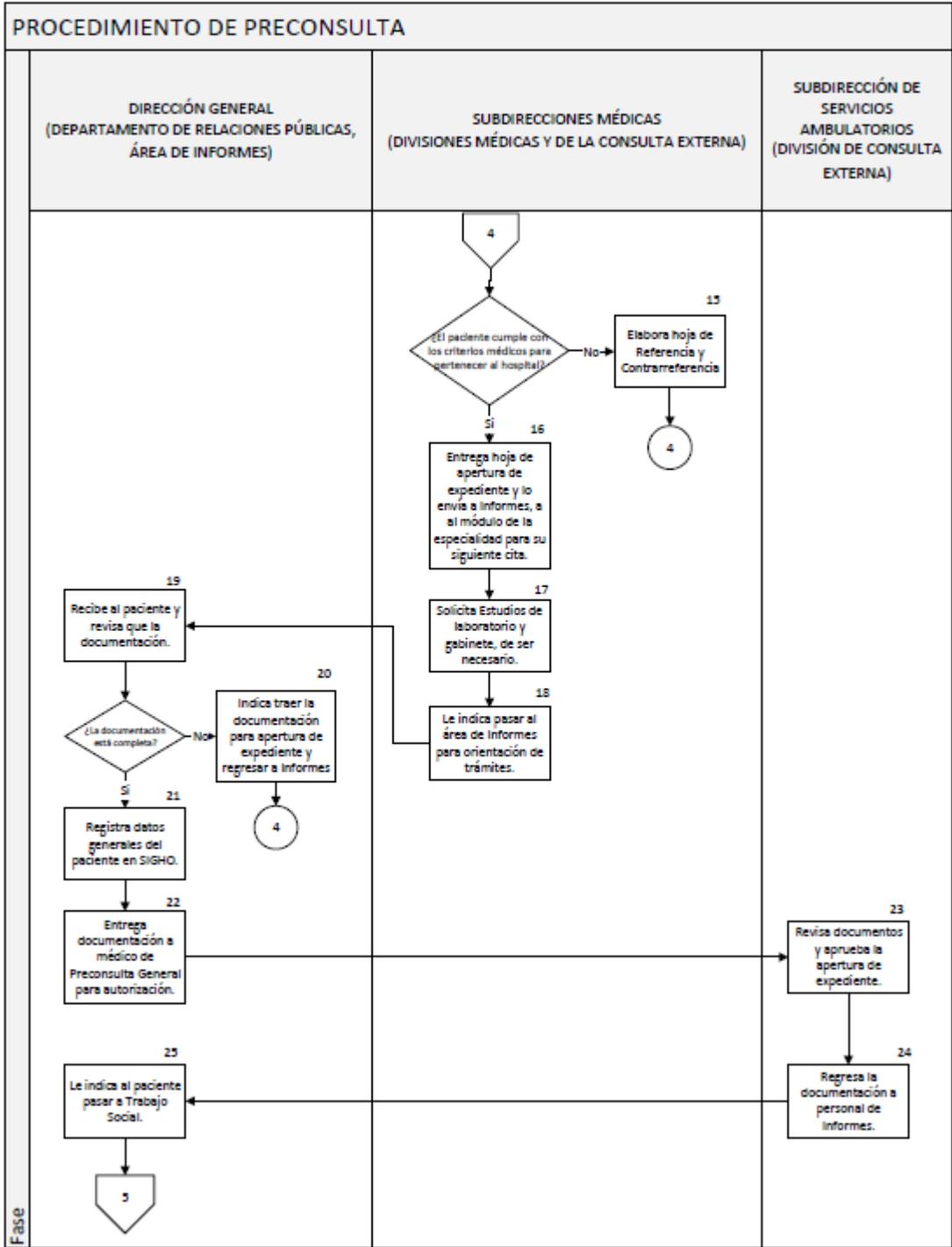


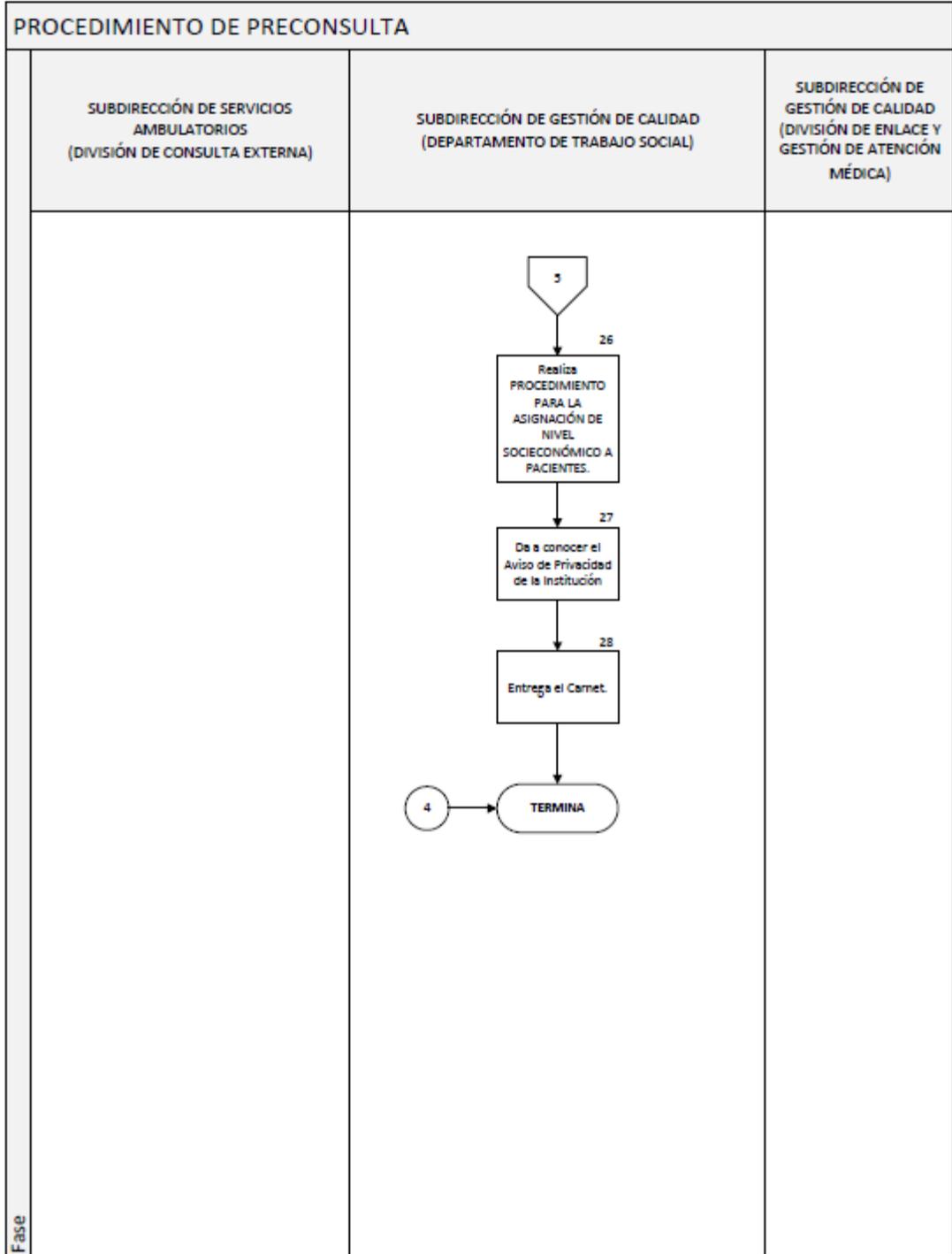
PROCEDIMIENTO DE PRECONSULTA

SUBDIRECCIONES MÉDICAS  
(DIVISIONES MÉDICAS Y DE LA CONSULTA EXTERNA)



Fase





	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	Subdirección de Servicios Ambulatorios		
	<b>Procedimiento de Preconsulta</b>		Hoja: 12 de 36

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

## 7. REGISTROS

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

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

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

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

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

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

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

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

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	Subdirección de Servicios Ambulatorios		
	<b>Procedimiento de Preconsulta</b>		Hoja: 13 de 36

## 9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

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

## 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

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



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	Subdirección de Servicios Ambulatorios		
	<b>Procedimiento de Preconsulta</b>		Hoja: 15 de 36

## 10.2 SOLICITUD DE INTERCONSULTA

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



SOLICITUD DE INTERCONSULTA

FECHA DE SOLICITUD: _____ HORA DE SOLICITUD: _____ No. EXP.: _____ NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ SEXO: _____ CAMA: _____ SERVICIO SOLICITANTE: _____ INTERCONSULTA AL SERVICIO DE: _____ MOTIVO: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____  <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">             _____              PROFESIONAL DE LA SALUD              NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL         </div>
---

LICENCIA SANITARIA 101-4004673

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

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

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>Procedimiento de Preconsulta</b>		Hoja: 16 de 36

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

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

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

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>Procedimiento de Preconsulta</b>		Hoja: 17 de 36

### 10.3 HOJA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA



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

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

06-01-0036

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

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	Subdirección de Servicios Ambulatorios		
	<b>Procedimiento de Preconsulta</b>		Hoja: 18 de 36



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

FECHA _____	No. DE EXPEDIENTE _____
NOMBRE DEL PACIENTE _____	
SERVICIO QUE ATENDIÓ _____	
UNIDAD A LA QUE SE ENVÍA _____	
<b>MANEJO DEL PACIENTE:</b>	
TENSIÓN ARTERIAL _____ mm. Hg FRECUCENCIA: CARDIACA _____ por min RESPIRATORIA _____ por min	
TEMPERATURA _____ °C PESO _____ Kg. TALLA _____ cm	
PADECIMIENTO ACTUAL	
_____	
_____	
_____	
TERAPÉUTICA EMPLEADA:	
_____	
_____	
_____	
ESTUDIOS CLÍNICOS (ANEXAR):	
_____	
_____	
_____	
_____	
DIAGNÓSTICO DE INGRESO/REFERENCIA:	
_____	
_____	
_____	
DIAGNÓSTICO DE INGRESO/CONTRAREFERENCIA:	
_____	
_____	
_____	
RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE:	
_____	
_____	
_____	

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

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

### 10.4 SOLICITUD DE ESTUDIO ENDOSCOPICO

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

06-01-0044

Licencia Sanitaria 1014004673

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		Hoja: 20 de 36
	<b>Procedimiento de Preconsulta</b>		

## 10.5 SOLICITUD DE ESTUDIOS CITOLÓGICOS



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

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

## 10.6 SOLICITUD DE LABORATORIO



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

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

NO UTILIZAR PAPEL CARBÓN EN LA ELABORACIÓN DE ESTA SOLICITUD. GRACIAS.	
<b>HEMATOLOGÍA</b>	
<input type="checkbox"/> 1566 BIOMETRÍA HEMÁTICA	<input type="checkbox"/> 1529 DEPURACIÓN DE CREATININA ORINA 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1604 RECUENTO DE RETICULOCITOS	<input type="checkbox"/> 1760 CISTATINA C
<input type="checkbox"/> 1593 ESTUDIO DE PLASMODIUM	<input type="checkbox"/> 1500 ÁCIDO ÚRICO EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1635 VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR	<input type="checkbox"/> 1519 BUN EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1535 EOSINOFILOS EN MOCO NASAL	<input type="checkbox"/> 1534 ELECTROLITOS EN ORINA 24 HORAS (Na, K, Cl)
<input type="checkbox"/> 1763 PROCALCITONINA	<input type="checkbox"/> 1731 CALCIO EN ORINA DE 24 HORAS
<b>HEMOSTASIA</b>	
<input type="checkbox"/> 1607 TIEMPO DE PROTROMBINA	<input type="checkbox"/> 1543 FOSFORO EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1609 TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL	<input type="checkbox"/> 1730 MAGNESIO EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1608 TIEMPO DE TROMBINA	<input type="checkbox"/> 1505 AMILASA EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1516 ANTITROMBINA III	<input type="checkbox"/> 1502 ALBUMINA EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1584 FIBRINOGENO	<input type="checkbox"/> 1616 MICROALBUMINA EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1532 DÍMERO D	<input type="checkbox"/> 1563 BILIRRUBINA TOTAL
<input type="checkbox"/> 1682 PROTEÍNA S	<input type="checkbox"/> 1564 BILIRRUBINA DIRECTA
<input type="checkbox"/> 1681 PROTEÍNA C CLOT	<input type="checkbox"/> 1602 PROTEÍNAS TOTALES
<input type="checkbox"/> 1660 ANTICUAGULANTE LÚPICO TAMIZAJE	<input type="checkbox"/> 1503 ALBUMINA
<input type="checkbox"/> 1661 ANTICUAGULANTE LÚPICO CONFIRMATORIO	<input type="checkbox"/> 1553 ALT
<input type="checkbox"/> 1677 FACTOR DE VON WILLEBRAND	<input type="checkbox"/> 1554 AST
<input type="checkbox"/> 1670 CUANTIFICACIÓN DE FACTOR VIII	<input type="checkbox"/> 1544 GGT
<input type="checkbox"/> 1671 CUANTIFICACIÓN DE FACTOR VIII	<input type="checkbox"/> 1585 FOSFATASA ALCALINA
<b>BIOQUÍMICA</b>	
<input type="checkbox"/> 1588 GLUCOSA	<input type="checkbox"/> 1576 LDH
<input type="checkbox"/> 1600 BUN	<input type="checkbox"/> 1552 AMILASA
<input type="checkbox"/> 1572 CREATININA	<input type="checkbox"/> 1615 LIPASA
<input type="checkbox"/> 1636 ÁCIDO ÚRICO	<input type="checkbox"/> 1659 AMONIO
<input type="checkbox"/> 1605 SODIO	<input type="checkbox"/> 1573 CK
<input type="checkbox"/> 1648 POTASIO	<input type="checkbox"/> 1574 CK MB
<input type="checkbox"/> 1570 CLORURO	<input type="checkbox"/> 1617 MIOGLOBINA
<input type="checkbox"/> 1568 CALCIO	<input type="checkbox"/> 1631 TROPONINA
<input type="checkbox"/> 1586 FÓSFORO	<input type="checkbox"/> 1522 CINÉTICA DE HIERRO
<input type="checkbox"/> 1599 MAGNESIO	<input type="checkbox"/> 1541 FERRITINA
<input type="checkbox"/> 1571 COLESTEROL TOTAL	<input type="checkbox"/> 1611 TRANSFERRINA
<input type="checkbox"/> 1524 COLESTEROL HDL	<input type="checkbox"/> 1590 HAPTOGLOBINA
<input type="checkbox"/> 1630 TRIGLICERIDOS	<input type="checkbox"/> 1542 FOLATOS
<input type="checkbox"/> 1517 APOLIPOPROTEÍNA A	<input type="checkbox"/> 1634 VITAMINA B12
<input type="checkbox"/> 1518 APOLIPOPROTEÍNA B	<input type="checkbox"/> 1643 PREALBUMINA
<input type="checkbox"/> 1594 HEMOGLOBINA GLICOSILADA	<input type="checkbox"/> 1581 EXAMEN GENERAL DE ORINA
<input type="checkbox"/> 1545 GLUCOSA POSPRANDIAL	<input type="checkbox"/> 1766 PÉPTIDO NATRIURETICO TIPO B (BNP)
<input type="checkbox"/> 1701 CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 2 HORAS	<input type="checkbox"/> 1601 PROTEÍNA C REACTIVA
<input type="checkbox"/> 1603 CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 3 HORAS	
<input type="checkbox"/> 1646 CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 5 HORAS	
<input type="checkbox"/> 1703 TAMIZ METABÓLICO	
<input type="checkbox"/> 1550 INSULINA	
<input type="checkbox"/> 1525 CREATININA EN ORINA	
<input type="checkbox"/> 1526 CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS	

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

### 10.7 SOLICITUD DE GABINETE

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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Servicios Ambulatorios		
	Procedimiento de Preconsulta		Hoja: 23 de 36

## 10.8 RECETA MÉDICA



HOSPITAL GENERAL  
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

RECETA MÉDICA

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

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

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

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

FECHA



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

CEDULA PROFESIONAL \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_

DE-02-0055 LIC. SANIT. 1014004673

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>Procedimiento de Preconsulta</b>		Hoja: 24 de 36

## 10.9 HOJA DE APERTURA DE EXPEDIENTE



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

Fecha: \_\_\_\_\_  
d d/m/a

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

### I.- FICHA DE IDENTIFICACIÓN

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

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_  
d d/m/a      Especialidad que apertura expediente

### DIAGNÓSTICO(S)

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

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

### II.- Requisitos para Apertura de Expediente

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

## 10.10 HOJA DE ATENCIÓN MÉDICA DE PRECONSULTA

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

Fecha:

**Ficha de Identificación**

Nombre:  Hora:

Edad:  Sexo:  Fecha Nac.:

Femenino / Masculino

días/mes/año

Procedencia:  Destino:

Institución o Servicio de Origen

Servicio al que se refiere

**Motivo de consulta**

**Interrogatorio**

**Signos Vitales**

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

**Exploración Física**

**Diagnósticos**

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

**Plan**

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

Sello institucional



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

Fecha:

**Ficha de Identificación**

Nombre:	<input type="text"/>	Hora:	<input type="text" value="11:34 a. m."/>
Edad:	<input type="text"/>	Sexo:	<input type="text" value="Femenino / Masculino"/>
		Fecha Nac.:	<input type="text" value="dd/mm/aaaa"/>
Procedencia:	<input type="text" value="Institución o Servicio de Origen"/>	Destino:	<input type="text" value="Servicio al que se refiere"/>

**Motivo de consulta**

**Interrogatorio**

**Signos Vitales**

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

**Exploración Física**

**Diagnósticos**

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

**Plan**

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

Sello institucional

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Servicios Ambulatorios		
	Procedimiento de Preconsulta		Hoja: 27 de 36

10.11 CARNET

**DERECHOS GENERALES DE LOS PACIENTES**

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



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

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

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

CLASIFICACIÓN: \_\_\_\_\_

06-01-0107

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Servicios Ambulatorios		
	Procedimiento de Preconsulta		Hoja: 28 de 36

## 10.12 SOLICITUD DE ELECTROCARDIOGRAMA



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

FECHA: _____	
Nombre del paciente: _____	
Edad: _____	Fecha de nacimiento: _____
Sexo: H _____ M _____	Nº cama _____
Nº de expediente: _____	Servicio: _____
Diagnóstico: _____	Aislado: _____
<input type="radio"/> 12 DERIVADAS	<input type="radio"/> PRECORDIALES DERECHAS
<input type="radio"/> TIRA DE RITMO DII	<input type="radio"/> MEDIANO
<input type="radio"/> DII DE UN MINUTO	<input type="radio"/> CÍRCULO COMPLETO
Prioridad:	Urgente      Normal
	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
MEDICO SOLICITANTE	
_____ NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CEDULA DEL MEDICO RESPONSABLE DEL AREA	
AW-200	Licencia sanitaria 101400673

## 10.14 CLAVES DE HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGÍA



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

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

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

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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Servicios Ambulatorios		Hoja: 30 de 36
	Procedimiento de Preconsulta		

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


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



### PRECONSULTA

Fecha 

Día	Mes	Año	

#### FICHA DE IDENTIFICACIÓN

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

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

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

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

**Referida por:**

Médico Privado:  Centro de Salud:

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

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

Solicitud Personal:

**PADECIMIENTO ACTUAL**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**HALLAZGOS EN LA EXPLORACIÓN FÍSICA**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

06-01-0260 ΔH-192

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Servicios Ambulatorios		
	Procedimiento de Preconsulta		Hoja: 31 de 36

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

---



---



---

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

- 1.- \_\_\_\_\_
- 2.- \_\_\_\_\_
- 3.- \_\_\_\_\_
- 4.- \_\_\_\_\_
- 5.- \_\_\_\_\_

TRATAMIENTO

---



---



---

ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE SOLICITADOS

---



---



---



---

PLAN:

SE AUTORIZA PARA HISTORIA CLÍNICA    SI     NO

Seguimiento en Centro de Salud   

COMENTARIOS O INDICACIONES PARA SU SEGUIMIENTO EN EL CENTRO DE SALUD

---



---



---

\_\_\_\_\_ Elaboró

\_\_\_\_\_ Supervisó

## 10.16 REPORTE DE CITOLOGÍA CERVICAL



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

Planificación y Control del Cáncer Cérvico Uterino

---

CICLO: \_\_\_\_\_

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

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

**II. IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE**

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

6. Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno
7. Fecha de nacimiento: _____ CUM: _____		
8. Estado de nacimiento: _____ 9. Sexo: _____		
10. Domicilio: _____		
11. Otro Domicilio: _____		

**III. ANTECEDENTES**

12. Obstetricia:  1. Primeras en la vida 2. Primeras con después de 3 años 3. Subsecuentes

13. Situación ginecológica:  1. Posparto y puerperio 2. Postmenopausa 3. Sin de trastornos 4. COC 5. Ovariolectomía 6. Tratamiento hormonal con/ sin Progesterona

14. Fecha de la última regla: \_\_\_\_\_ 15. Si se exploración en octubre:  1. Cefaloparalítico serio 2. Cefaloparalítico leve 3. Bacterio del cuello 4. Cervicitis 5. Leucorrea 6. Sangrado anormal 7. No se exploró cuello

16. Menstruó con el que tenía la muestra:  1. Regula de forma normal 2. Dismenorrea 3. Menor 4. Otras (especificar): \_\_\_\_\_

17. Respuesta de la biopsia citológica: \_\_\_\_\_

18. Partos de riesgo:  1. Inicio de embarazo espontáneo antes de los 13 años 2. Mujeres paros sucesivos 3. Antecedentes de infecciones de transmisión sexual 4. Tabaquismo 5. Otros

19. Fecha de toma de la muestra: \_\_\_\_\_ 20. ¿Cumple con los Criterios Nacionales de Salud de la Mujer? 1. Sí 2. No

21. ¿Muestra repetida? 1. Sí 2. No 21.1 Muestra citológica anterior: \_\_\_\_\_

**IV. RESULTADO DE CITOLOGÍA CERVICAL**

22. Fecha de interpretación: \_\_\_\_\_ 23. Número citológico: \_\_\_\_\_

24. Laboratorio: \_\_\_\_\_ 25. Características de la muestra: 1. Abundante 2. Insuficiente

26. Diagnóstico Citológico:  **Positivo a cáncer**

1. Detrito de fondo normal  
2. Células escamosas atípicas de significado incierto ASC  
3. Células escamosas atípicas de significado incierto ASC  
4. Células escamosas atípicas de significado incierto ASC  
5. Células escamosas atípicas de significado incierto ASC  
6. Células escamosas atípicas de significado incierto ASC  
7. Células escamosas atípicas de significado incierto ASC  
8. Células escamosas atípicas de significado incierto ASC  
9. Células escamosas atípicas de significado incierto ASC  
10. Células escamosas atípicas de significado incierto ASC  
11. Células escamosas atípicas de significado incierto ASC

27. Reporte escrito: 1. Sí 2. No

28. Método:  1. Adhesivo, Inmersiones, Inmersión y/o Inmersión en una de las TBS de adherencia 2. Muestra en TBS 3. Lavado seco 4. Otro (especificar): \_\_\_\_\_

29. P.A.C. del Citopatólogo: \_\_\_\_\_

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

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

30.1 Diagnóstico del Patólogo:  **Positivo a cáncer**

1. Detrito de fondo normal  
2. Células escamosas atípicas de significado incierto ASC  
3. Células escamosas atípicas de significado incierto ASC  
4. Células escamosas atípicas de significado incierto ASC  
5. Células escamosas atípicas de significado incierto ASC  
6. Células escamosas atípicas de significado incierto ASC  
7. Células escamosas atípicas de significado incierto ASC  
8. Células escamosas atípicas de significado incierto ASC  
9. Células escamosas atípicas de significado incierto ASC  
10. Células escamosas atípicas de significado incierto ASC  
11. Células escamosas atípicas de significado incierto ASC

31. P.A.C. del Patólogo: \_\_\_\_\_

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

32. Fecha de interpretación: 1. Sí 2. No 32.1 Resultado de interpretación:  1. Negativo 2. Positivo (PM bajo riesgo) (E1, E2, E3, E4, E5) 3. Positivo (PM alto riesgo) (E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E17, E18, E19, E20, E21, E22, E23, E24, E25, E26, E27, E28, E29, E30, E31, E32, E33, E34, E35, E36, E37, E38, E39, E40, E41, E42, E43, E44, E45, E46, E47, E48, E49, E50, E51, E52, E53, E54, E55, E56, E57, E58, E59, E60, E61, E62, E63, E64, E65, E66, E67, E68, E69, E70, E71, E72, E73, E74, E75, E76, E77, E78, E79, E80, E81, E82, E83, E84, E85, E86, E87, E88, E89, E90, E91, E92, E93, E94, E95, E96, E97, E98, E99, E100)

06-01-0037 LICENCIA SANITARIA 1014804870

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>Procedimiento de Preconsulta</b>		Hoja: 33 de 36

## 10.17 REGISTRO DE ADOLESCENTES DE CONSULTA Y HOSPITALIZACIÓN



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

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

Nombre \_\_\_\_\_

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

Diagnóstico Médico:

Antecedente de Diagnóstico Psiquiátrico;

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

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

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

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

Edad menarca \_\_\_\_\_ años

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

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

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

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

Grado escolar:

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

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

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

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

Plan de estudio a o trabajo a mediano plazo:

Evaluación

Ansiedad \_\_\_\_\_

Depresión \_\_\_\_\_

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

## 10.18 ESCALA DE VIOLENCIA E ÍNDICE DE SEVERIDAD



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

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

### Escala de violencia e índice de severidad

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

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

¿Por quién?

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

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

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

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

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>Procedimiento de Preconsulta</b>		Hoja: 35 de 36

## 10.19 PROGRAMA EMBARAZO ADOLESCENTE



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

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

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

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>Procedimiento de Preconsulta</b>		Hoja: 36 de 36

## 10.20 INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK



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

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

### INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

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

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

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 02
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>2. Procedimiento de Consulta de Primera vez</b>		<b>Hoja: 1 de 64</b>

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

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 02
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>2. Procedimiento de Consulta de Primera vez</b>		<b>Hoja: 2 de 64</b>

## 1. PROPÓSITO

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

## 2. ALCANCE

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

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través de la Jefatura de la División de Consulta Externa, Referencia y Contrarreferencia es la responsable de coordinar a todas las áreas médicas y administrativas para la atención de los usuarios en la consulta externa.
- 3.2 Las Subdirecciones Médicas están conformadas por la Subdirección de Cirugía, la Subdirección de Pediatría, la Subdirección de Urgencias y Medicina y la Subdirección de Anestesia y Terapias.
- 3.3 Las Subdirecciones Médicas son responsables del control y organización de sus citas de Pre-consulta, consultas de primera vez y consultas subsecuentes.
- 3.4 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica es la responsable de la atención y cuidados de enfermería del usuario en la consulta externa.
- 3.5 Las Subdirecciones Médicas a través de las Jefaturas de División son las responsables de dar a los usuarios, que se hayan atendido en el servicio de Urgencias, la referencia para su servicio de "Cita de Primera Vez".
- 3.6 Las Subdirecciones Médicas a través de las Jefaturas de División son responsables de la Apertura de Expedientes, en usuarios que son hospitalizados en su servicio, derivados de Urgencias. Por lo que al darse de Alta Hospitalaria continúan su seguimiento en consulta externa de manera subsecuente.
- 3.7 La Dirección Médica define como servicios de apoyo a las siguientes especialidades: Estomatología, Ortodoncia, Psiquiatría, Paidopsiquiatría, Psicología, Psicoterapia, Audiología, Nutrición Clínica, Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos, Rehabilitación y Foniatría.
- 3.8 Las Subdirecciones Médicas son responsables de que los servicios de apoyo solamente realicen Pre-consultas y consultas subsecuentes, ya que las consultas de primera vez las realiza la División a la que pertenece.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 02
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>2. Procedimiento de Consulta de Primera vez</b>		<b>Hoja: 3 de 64</b>

- 3.9. Las Subdirecciones Médicas son responsables de que todo usuario que acuda a consulta subsecuente, ya cuente con expediente clínico completo según la NOM 004-SSA3-2012 y Carnet vigente.
- 3.10. Las Subdirecciones Médicas son responsables de realizar la nota médica según la NOM 004-SSA3-2012 en cada consulta subsecuente.
- 3.11. La Subdirección de Servicios Ambulatorio es responsable de autorizar atenciones médicas de pacientes distintos en este procedimiento.
- 3.12. Las Subdirecciones Médicas a través de las jefaturas de División y Departamento son responsables que cuando sea necesario realizar cualquier intervención médico-quirúrgica-rehabilitación dentro de la consulta, deberá apegarse al "Procedimiento de atención médica-quirúrgica-rehabilitación fuera de quirófanos centrales".
- 3.13. 3La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Cuidados Paliativos y Clínica del Dolor, en los casos de pacientes que ameriten Medicina Paliativa, deben realizar reunión familiar con el paciente y familiar (es) responsable (s) para explicar los objetivos y filosofía de los cuidados Paliativos, así como el diagnóstico y pronóstico del paciente.
- 3.14. La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Cuidados Paliativos y Clínica del Dolor, es responsable de informar al paciente o familiar sobre los cuidados, atención al paciente, y/o sedación paliativa otorgando consentimiento informado y recabando las firmas correspondientes.

	<b>PROCEDIMIENTO</b>
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>
	<b>Procedimiento de Consulta de Primera Vez Hoja: 4 de 64</b>

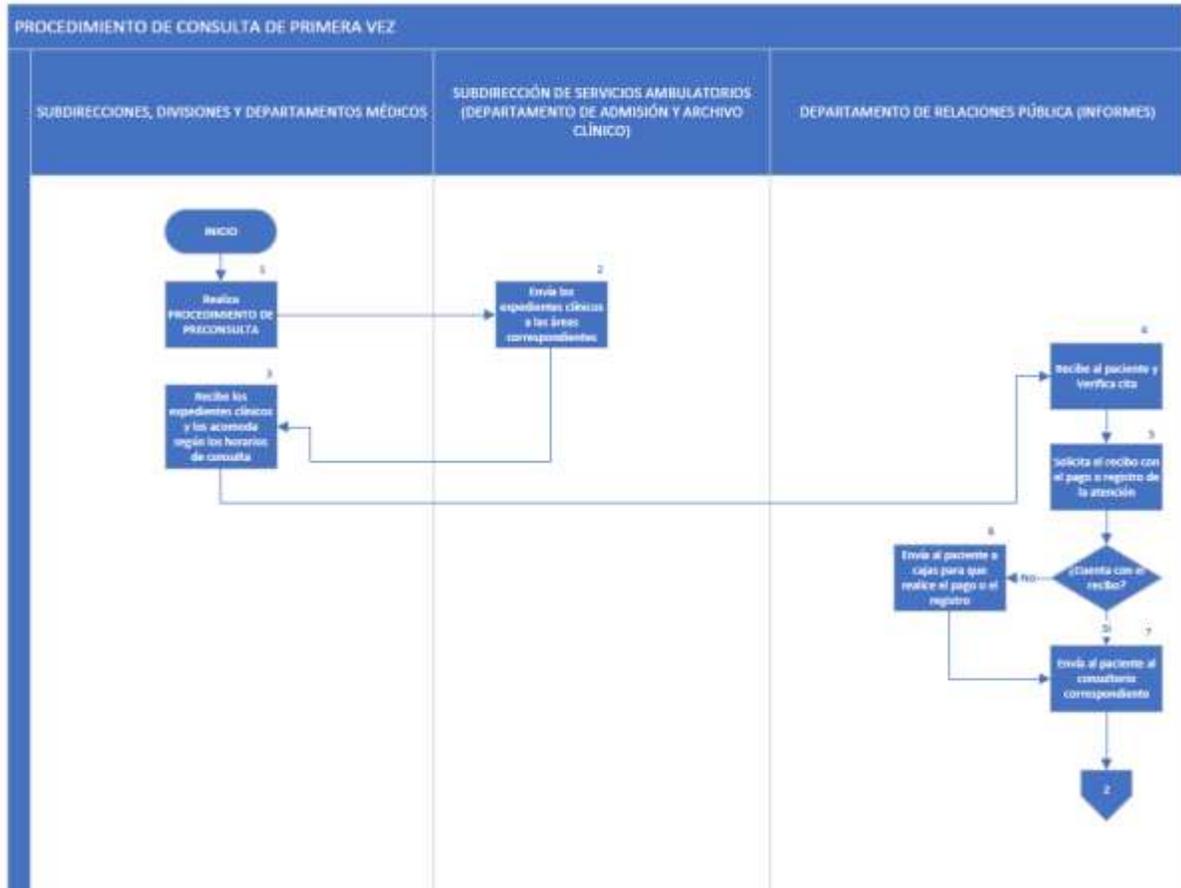
#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

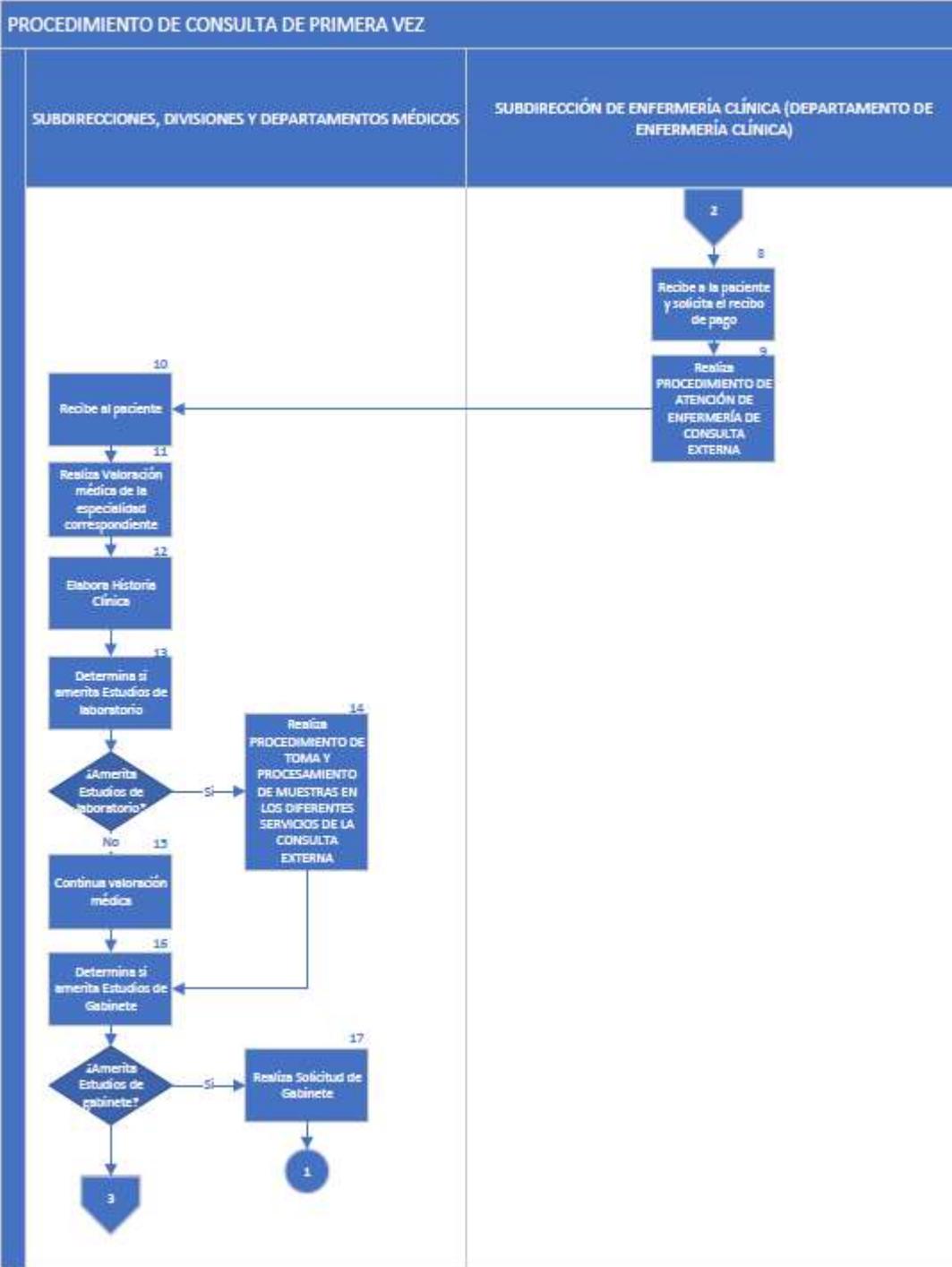
Responsable	No. Act.	Descripción de la Actividades	Documento o Anexo
SUBDIRECTORES Y SUBDIRECTORAS MÉDICAS (JEFES Y JEFAS DE DIVISIONES MÉDICAS Y JEFE DE LA CONSULTA EXTERNA, REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA)	1	Realiza PROCEDIMIENTO DE PRECONSULTA	
SUBDIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS (JEFE DE DEPARTAMENTO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

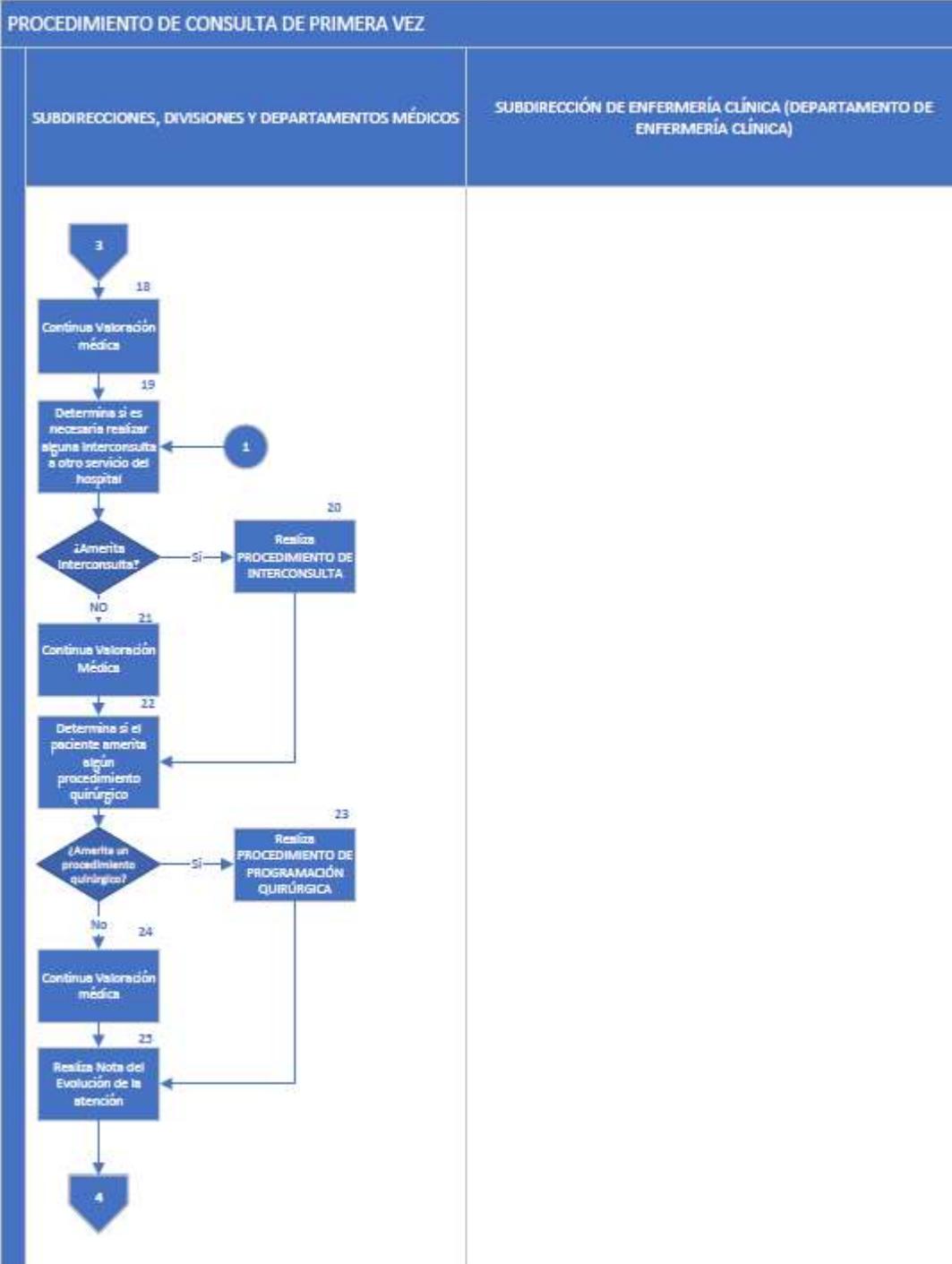
<p>SUBDIRECTORES Y SUBDIRECTORAS MÉDICAS (JEFES Y JEFAS DE DIVISIONES MÉDICAS Y JEFE DE LA CONSULTA EXTERNA, REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA)</p>	10	Recibe al paciente	Historia Clínica
	11	Realiza Valoración de la Especialidad correspondiente	Hojas de Valoración o Nota Médica
	12	Elabora Historia Clínica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

	<p>27</p> <p>28</p> <p>29</p>	<p>Otorga tratamiento médico, en caso necesario.</p> <p>Registra la consulta en la Plataforma Electrónica</p> <p>Envía al paciente para asignación de cita subsecuente en el módulo correspondiente</p> <p>Envía los expedientes al Departamento de Admisión Hospitalaria y Archivo Clínico</p>	
<p>SUBDIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS (JEFE DE DEPARTAMENTO DE ADMISIÓN HOSPITALARIA Y ARCHIVO CLÍNICO)</p>	<p>30</p> <p>31</p> <p>32</p>	<p>Recibe los expedientes y coteja que estén completos</p> <p>Solicita los expedientes faltantes, en caso de estar incompletos</p> <p>Resguarda y organiza los expedientes</p> <p><b>TERMINA</b></p>	

## 5. DIAGRAMA DE FLUJO



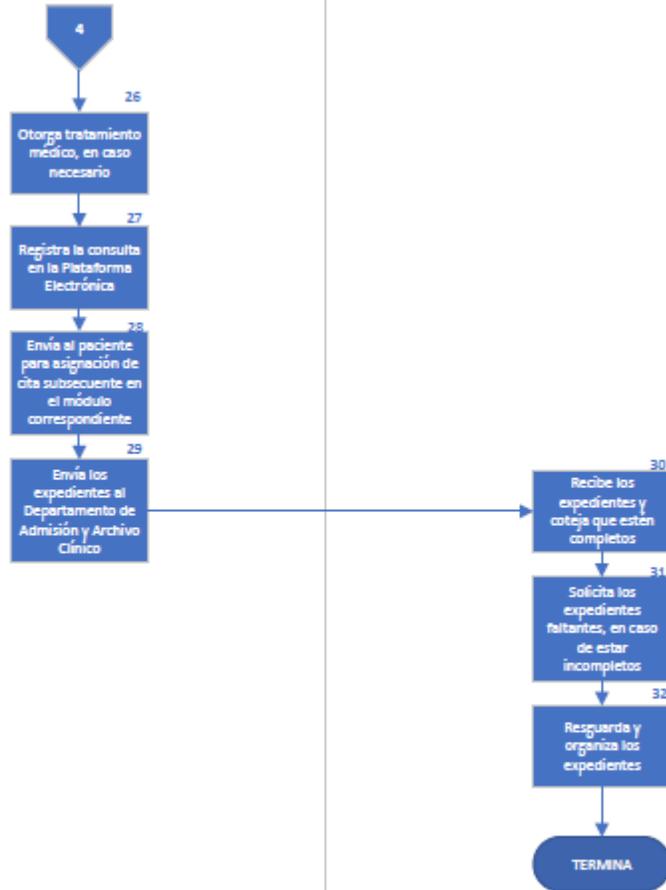




PROCEDIMIENTO DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ

SUBDIRECCIONES, DIVISIONES Y DEPARTAMENTOS MÉDICOS

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



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 02
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>2. Procedimiento de Consulta Primera Vez</b>		Hoja: 11 de 64

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

## 7. REGISTROS

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

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

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

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

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

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 02
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>2. Procedimiento de Consulta Primera Vez</b>		Hoja: 12 de 64

## 9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

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

## 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

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

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 02
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>2. Procedimiento de Consulta Primera Vez</b>		Hoja: 13 de 64

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

## 10.1 HISTORIA CLÍNICA



Hospital General Dr. Manuel Gea González  
FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA

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

**FICHA DE IDENTIFICACION**

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

**ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES**

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

**ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS**

**Vivienda**

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

**Hábitos Higiénico Dietéticos**

Alimentación: Adecuada Si  No  Higiene: Adecuada Si  No

**Perinatales (pacientes pediátricos)**

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

**Desarrollo Psicomotor (pacientes pediátricos)**

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

**Esquema de Inmunización**

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

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

**ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS**

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



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

INTERROGATORIO: PACIENTE  FAMILIAR  OTRO

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

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

**HEREDO FAMILIARES:**

*Sistémicos:*

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

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

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

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

*Oftalmológicos:*

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

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

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

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

**ANTECEDENTES PERSONALES:**

*Sistémicos:*

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

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

CÁNCER: \_\_\_\_\_

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

ALÉRGICOS: \_\_\_\_\_

QUIRÚRGICOS: \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS SISTÉMICOS: \_\_\_\_\_

HAS: \_\_\_\_\_ EVOLUCIÓN: \_\_\_\_\_

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

CARDIOPATÍA: \_\_\_\_\_

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

ENF. NEUROLÓGICA: \_\_\_\_\_

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

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

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

*Oftalmológicos: ojo* *Tiempo Evolución*

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

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

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

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

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

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

LÁSER: \_\_\_\_\_

*Procedimientos*

*Fecha*

*CIRUGÍAS: Procedimientos Fecha*

*Último examen oftalmológico*

*Medicamentos oftalmológicos*

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

APELLIDOS Y NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO				No. HISTORIA CLÍNICA			
DOMICILIO		EDAD Años	ALFABETA	ESTUDIOS	AÑOS APROBADOS	ESTADO CIVIL		FUMA	
LOCALIDAD		Menor de 15 Mayor de 35	SI NO	Ning. Med. Prim. Sup.		Cesado Unión Libre Otro	NO SI	Cualquier	
ANTECEDENTES		PERSONALES		OBSTETRICOS		ABORTOS		VAGINALES	
FAMILIARES		TBC		Anterior número de		PARTOS		NAC. MVVOS	
Diabetes		Diabetes		GESTAS		CESAREAS		NAC. MUEBEN	
TAC pulmonar		Hiperensión crónica		Ninguna o más de 5 partos		Fecha de último parto o aborto		MUEBEN después de 30 m	
Cáncer		Cirugía pélvica-uterina						ALGUN RN PESO MENOS DE 2500 g	
Gemelas		Intelectual						NACIMIENTO CON MAYOR PESO	
Otras		Otras						mes año	
EMBARAZO ACTUAL		DUDAS FUM		ANTITETANICA PREVA		ACTUAL		GRUPO	
Peso anterior Embarazo		NO SI		SI NO		1° 2° R		NO SI	
Talla (cm)		SI		SI		MES GESTA		HOSPITALIZACION EMBARAZO	
Kg		SI		SI				NO SI	
EX. CLINICO NORMAL		EX. MAMAS NORMAL		EX. ODONTOL. NORMAL		PELVIS NORMAL		FRANCO CLAUO CLASE I	
SI NO		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO	
EX. CLINICO NORMAL		EX. MAMAS NORMAL		EX. ODONTOL. NORMAL		PELVIS NORMAL		FRANCO CLAUO CLASE I	
SI NO		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO	
CONSULTA No.		1		2		3		4	
FECHA									
SEMANAS DE AMENORRUEA									
PESO (kg)									
TENSION ARTERIAL Mx. / Mn. (Mm Hg)									
ALT UTER / PRESENT. Pub. fondo / Cal. Pelv. Tr.									
FCF (be / min) / MOV. FETAL									
GANANCIA DE PESO NORMAL SI / NO									
ALTURA UTERINA NORMAL SI / NO									
PARTO / ABORTO		EDAD GESTA		TAMARO FETAL ACORDE		INICIO		MEMBRANAS	
CONTROL PRENATAL MEDIA UNIDAD SI / NO		Semanas Menor 37 y Máx 42		SI NO		Exp. Ind.		Fecha ruptura	
TERMINACION		Esp. Ces.		Horas Mes Días Mes Año		NIVEL DE ATENCION		3° 2° 1° Domic. Otro	
EPISTOTOMA		SI NO		SI NO		ATENDID		Medico Enf. Part. Asud. Partera Tnd. Otro	
SI NO		SI NO		SI NO		PARTO		SI NO	
SI NO		SI NO		SI NO		NEONATO		SI NO	
RECIBIENDO		F SI		APGAR minutos		PESO AL NACER		EDAD POR Ex. FISICO	
SEXO VVO		1° 2°		Menor 2500 g Menor de 37		PESOGEG. Adec. Peq. Gr.		EMFISICO INMEDIATO	
M NO		6 ó menor		SI NO		SI NO		Normal Anormal	
TALLA		EX-FISICO PRE-ALTA		EX-NEUROL		PATOLOGICAS		M. Hial S. Asp. Hemorragia	
PER CEP.		Normal Anormal		Normal Anormal Dudoso		Otras SDR Hiperb. Infec. Otro		A. Cong. Otro Ninguno	
RN CON LA MADRE		EGRESO RN		EDAD ALTA / TRASLADO		EDAD AL FALLECER		AUMENTO	
SI NO		Seno Tneado Con pat. Faltae		Días Horas		Días Horas		Pecho Mado Anil.	
OBSERVACIONES:		Seno Tneado Con pat. Faltae		Días Horas		Días Horas		Seno Tneado Con. Pat. Puerpero	
								Método de PF Ninguno	
								Líquida de Trompas Rlmo Otro	



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Subdirección de Servicios Ambulatorios

2. Procedimiento de Consulta Primera Vez



Rev. 02

Hoja: 17 de 64

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



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 02
	Subdirección de Servicios Ambulatorios		
	<b>2. Procedimiento de Consulta Primera Vez</b>		Hoja: 19 de 64

### 10.3 SOLICITUD DE INTERCONSULTA

HOSPITAL GENERAL  
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"



SOLICITUD DE INTERCONSULTA

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

LICENCIA SANITARIA 1014004673

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

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

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 02
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>2. Procedimiento de Consulta Primera Vez</b>		Hoja: 20 de 64

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

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

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

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 02
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>2. Procedimiento de Consulta Primera Vez</b>		Hoja: 21 de 64

## 10.4 HOJA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA



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

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

06-01-0030

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

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

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



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

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

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

SERVICIO QUE ATENDIÓ \_\_\_\_\_

UNIDAD A LA QUE SE ENVÍA \_\_\_\_\_

**MANEJO DEL PACIENTE:**

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

PADECIMIENTO ACTUAL

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TERAPÉUTICA EMPLEADA:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ESTUDIOS CLÍNICOS (ANEXAR):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO DE INGRESO/REFERENCIA:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO DE INGRESO/CONTRAREFERENCIA:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	Subdirección de Servicios Ambulatorios		
	2. Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 23 de 64

## 10.5 SOLICITUD DE ESTUDIO ENDOSCOPICO

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

06-01-0044

Licencia Sanitaria 1014004673

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 02
	Subdirección de Servicios Ambulatorios		
	2. Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 24 de 64

## 10.6 SOLICITUD DE ESTUDIOS CITOLOGICOS



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

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

## 10.7 SOLICITUD DE LABORATORIO



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

**LABORATORIO CLÍNICO  
SOLICITUD DE ESTUDIOS**

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

NO UTILIZAR PAPEL CARBÓN EN LA ELABORACIÓN DE ESTA SOLICITUD. GRACIAS.		
HEMATOLOGÍA		
<input type="checkbox"/>	1566	BIOMETRÍA HEMÁTICA
<input type="checkbox"/>	1604	RECuento DE RETICULOCITOS
<input type="checkbox"/>	1593	ESTUDIO DE PLASMODIUM
<input type="checkbox"/>	1635	VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR
<input type="checkbox"/>	1535	EOSINOFILOS EN MOCO NASAL
<input type="checkbox"/>	1763	PROCALCITONINA
HEMOSTASIA		
<input type="checkbox"/>	1607	TIEMPO DE PROTROMBINA
<input type="checkbox"/>	1609	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL
<input type="checkbox"/>	1608	TIEMPO DE TROMBINA
<input type="checkbox"/>	1516	ANTITROMBINA III
<input type="checkbox"/>	1584	FIBRINOGENO
<input type="checkbox"/>	1532	DIMERO D
<input type="checkbox"/>	1682	PROTEÍNA S
<input type="checkbox"/>	1681	PROTEÍNA C CLOT
<input type="checkbox"/>	1660	ANTICUAGULANTE LÚPICO TAMIZAJE
<input type="checkbox"/>	1661	ANTICUAGULANTE LÚPICO CONFIRMATORIO
<input type="checkbox"/>	1677	FACTOR DE VON WILLEBRAND
<input type="checkbox"/>	1670	CUANTIFICACIÓN DE FACTOR VIII
<input type="checkbox"/>	1671	CUANTIFICACIÓN DE FACTOR VIII
BIOQUÍMICA		
<input type="checkbox"/>	1588	GLUCOSA
<input type="checkbox"/>	1600	BUN
<input type="checkbox"/>	1572	CREATININA
<input type="checkbox"/>	1636	ÁCIDO ÚRICO
<input type="checkbox"/>	1605	SODIO
<input type="checkbox"/>	1648	POTASIO
<input type="checkbox"/>	1570	CLORURO
<input type="checkbox"/>	1568	CALCIO
<input type="checkbox"/>	1586	FÓSFORO
<input type="checkbox"/>	1599	MAGNESIO
<input type="checkbox"/>	1571	COLESTEROL TOTAL
<input type="checkbox"/>	1524	COLESTEROL HDL
<input type="checkbox"/>	1630	TRIGLICERIDOS
<input type="checkbox"/>	1517	APOLIPOPROTEÍNA A
<input type="checkbox"/>	1518	APOLIPOPROTEÍNA B
<input type="checkbox"/>	1594	HEMOGLOBINA GLICOSILADA
<input type="checkbox"/>	1545	GLUCOSA POSPRANDIAL
<input type="checkbox"/>	1701	CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 2 HORAS
<input type="checkbox"/>	1603	CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 3 HORAS
<input type="checkbox"/>	1646	CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 5 HORAS
<input type="checkbox"/>	1703	TAMIZ METABÓLICO
<input type="checkbox"/>	1550	INSULINA
<input type="checkbox"/>	1525	CREATININA EN ORINA
<input type="checkbox"/>	1526	CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1529	DEPURACIÓN DE CREATININA ORINA 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1760	CISTATINA C
<input type="checkbox"/>	1500	ÁCIDO ÚRICO EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1519	BUN EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1534	ELECTROLITOS EN ORINA 24 HORAS (Na, K, Cl)
<input type="checkbox"/>	1731	CALCIO EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1543	FOSFORO EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1730	MAGNESIO EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1505	AMILASA EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1502	ALBUMINA EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1616	MICROALBUMINA EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1563	BILIRRUBINA TOTAL
<input type="checkbox"/>	1564	BILIRRUBINA DIRECTA
<input type="checkbox"/>	1602	PROTEÍNAS TOTALES
<input type="checkbox"/>	1503	ALBUMINA
<input type="checkbox"/>	1553	ALT
<input type="checkbox"/>	1554	AST
<input type="checkbox"/>	1544	GGT
<input type="checkbox"/>	1585	FOSFATASA ALCALINA
<input type="checkbox"/>	1576	LDH
<input type="checkbox"/>	1552	AMILASA
<input type="checkbox"/>	1615	LIPASA
<input type="checkbox"/>	1659	AMONIO
<input type="checkbox"/>	1573	CK
<input type="checkbox"/>	1574	CK MB
<input type="checkbox"/>	1617	MIOGLOBINA
<input type="checkbox"/>	1631	TROPONINA
<input type="checkbox"/>	1522	CINÉTICA DE HIERRO
<input type="checkbox"/>	1541	FERRITINA
<input type="checkbox"/>	1611	TRANSFERRINA
<input type="checkbox"/>	1590	HAPTOGLOBINA
<input type="checkbox"/>	1542	FOLATOS
<input type="checkbox"/>	1634	VITAMINA B12
<input type="checkbox"/>	1643	PREALBUMINA
<input type="checkbox"/>	1581	EXAMEN GENERAL DE ORINA
<input type="checkbox"/>	1765	PEPTIDO NATRIURETICO TIPO B (BNP)
<input type="checkbox"/>	1601	PROTEÍNA C REACTIVA

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

### 10.8 SOLICITUD DE GABINETE

	<p>HOSPITAL GENERAL  <b>"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"</b></p> <p>SOLICITUD DE ESTUDIOS          RADIOLOGÍA E IMAGEN</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">FECHA DE NACIMIENTO</td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="text-align: center;">NÚMERO DE EXPEDIENTE</td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">EDAD</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No. DE CAMA</td> </tr> </table>	FECHA DE NACIMIENTO		NÚMERO DE EXPEDIENTE		EDAD	No. DE CAMA									
FECHA DE NACIMIENTO																	
NÚMERO DE EXPEDIENTE																	
EDAD	No. DE CAMA																
<p><b>IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">APELLIDO PATERNO</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">MATERNO</td> <td style="width: 34%; text-align: center;">NOMBRE (S)</td> </tr> </table>				APELLIDO PATERNO	MATERNO	NOMBRE (S)											
APELLIDO PATERNO	MATERNO	NOMBRE (S)															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <b>AREA</b>  <input type="radio"/> C. E.    <input type="radio"/> HOSP.    <input type="radio"/> URG.    <input type="radio"/> EXTERNO             </td> <td style="width: 25%; text-align: center;"> <b>SERVICIO</b>                  _____             </td> <td style="width: 25%; text-align: center;"> <b>SEXO</b>                  MASC. <input type="radio"/>    FEM. <input type="radio"/> </td> </tr> </table>			<b>AREA</b> <input type="radio"/> C. E. <input type="radio"/> HOSP. <input type="radio"/> URG. <input type="radio"/> EXTERNO	<b>SERVICIO</b> _____	<b>SEXO</b> MASC. <input type="radio"/> FEM. <input type="radio"/>												
<b>AREA</b> <input type="radio"/> C. E. <input type="radio"/> HOSP. <input type="radio"/> URG. <input type="radio"/> EXTERNO	<b>SERVICIO</b> _____	<b>SEXO</b> MASC. <input type="radio"/> FEM. <input type="radio"/>															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%; text-align: center;"> <b>ESTUDIO SOLICITADO (MARCAR CLAVE AL REVERSO)</b>                  _____             </td> <td style="width: 30%; text-align: center;"> <b>URGENTE</b>                  SI <input type="radio"/>    NO <input type="radio"/> </td> </tr> </table>			<b>ESTUDIO SOLICITADO (MARCAR CLAVE AL REVERSO)</b> _____	<b>URGENTE</b> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>													
<b>ESTUDIO SOLICITADO (MARCAR CLAVE AL REVERSO)</b> _____	<b>URGENTE</b> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>																
<p style="text-align: center;"><b>DATOS CLÍNICOS E IMPRESIÓN DIAGNOSTICA</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; min-height: 100px;"></div> <p style="font-size: small; text-align: center;">*EN CASO DE QUE EL ESTUDIO SOLICITADO SEA TOMOGRAFIA CONTRASTE ENDOVENOSO, ANOTAR EL VALOR DE CREATININA (VIGENCIA DEL ESTUDIO, DOS MESES)</p>																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;"> <b>FECHA Y HORA DE SOLICITUD</b> </td> <td style="width: 33%; text-align: center;"> <b>MÉDICO SOLICITANTE</b>                  NOMBRE Y FIRMA             </td> <td style="width: 34%; text-align: center;"> <b>MÉDICO JEFE DEL SERVICIO</b>                  NOMBRE Y FIRMA             </td> </tr> <tr> <td> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">DIA</td> <td style="width: 33%;">MES</td> <td style="width: 34%;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td style="height: 20px;"> </td> <td style="height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="3">HORA: _____</td> </tr> </table> </td> <td style="height: 40px;"> </td> <td style="height: 40px;"> </td> </tr> </table>			<b>FECHA Y HORA DE SOLICITUD</b>	<b>MÉDICO SOLICITANTE</b> NOMBRE Y FIRMA	<b>MÉDICO JEFE DEL SERVICIO</b> NOMBRE Y FIRMA	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">DIA</td> <td style="width: 33%;">MES</td> <td style="width: 34%;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td style="height: 20px;"> </td> <td style="height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="3">HORA: _____</td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO				HORA: _____				
<b>FECHA Y HORA DE SOLICITUD</b>	<b>MÉDICO SOLICITANTE</b> NOMBRE Y FIRMA	<b>MÉDICO JEFE DEL SERVICIO</b> NOMBRE Y FIRMA															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">DIA</td> <td style="width: 33%;">MES</td> <td style="width: 34%;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td style="height: 20px;"> </td> <td style="height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="3">HORA: _____</td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO				HORA: _____										
DIA	MES	AÑO															
HORA: _____																	
<p style="text-align: center;"><b>OBSERVACIONES POR RADIOLOGÍA E IMAGEN</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; min-height: 100px;"></div>																	
<p style="text-align: center;"><b>INDICACIONES AL PACIENTE</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; min-height: 100px;"></div>																	

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	Subdirección de Servicios Ambulatorios		
	2. Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 27 de 64

## 10.9 RECETA MÉDICA



HOSPITAL GENERAL  
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

RECETA MÉDICA

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

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

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

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

FECHA



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

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

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

DE-02-0055 LIC. SANIT. 1014004073

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 02
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>2. Procedimiento de Consulta Primera Vez</b>		Hoja: 28 de 64

## 10.10 HOJA DE PROGRAMACIÓN Y REGISTRO INDIVIDUAL DE PACIENTES



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

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

06-01-0028

LICENCIA SANITARIA 1014004673

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 02
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>2. Procedimiento de Consulta Primera Vez</b>		Hoja: 29 de 64



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

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

06-01-0028

LICENCIA SANITARIA 1014004673



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	Subdirección de Servicios Ambulatorios		
	2. Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 31 de 64

## 10.12 REPORTE DE APLICACIÓN DE TOXINA BOTULINICA



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

### REPORTE DE APLICACIÓN DE TOXINA BOTULINICA

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

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

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

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

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

LICENCIA SANITARIA 1014004673

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

LICENCIA SANITARIA 1014004673

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	Subdirección de Servicios Ambulatorios		
	2. Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 32 de 64

### 10.13 SOLICITUD DE APLICACIÓN DE TOXINA BOTULINICA



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

#### SOLICITUD DE APLICACIÓN DE TOXINA BOTULINICA

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

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

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

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

LICENCIA SANITARIA 1014004673

## 10.14 REPORTE DE MICROSCOPIA ESPECULAR



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

### REPORTE DE MICROSCOPIA ESPECULAR

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

LICENCIA SANITARIA 1014004673

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	Subdirección de Servicios Ambulatorios		
	2. Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 34 de 64

## 10.15 SOLICITUD DE MICROSCOPIA ESPECULAR



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

### SOLICITUD DE MICROSCOPIA ESPECULAR

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

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

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

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

LICENCIA SAN TARIA 1014004673

## 10.16 REPORTE DE CURVA HORARIA



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

### REPORTE DE CURVA HORARIA

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

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

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

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	Subdirección de Servicios Ambulatorios		
	2. Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 36 de 64

## 10.17 SOLICITUD DE CURVA HORARIA



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

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

### SOLICITUD DE CURVA HORARIA

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

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

**ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE**

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 02
	Subdirección de Servicios Ambulatorios		
	2. Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 37 de 64

## 10.18 REPORTE DE ESTUDIO FLUORANGIOGRÁFICO



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

### REPORTE DE ESTUDIO FLUORANGIOGRÁFICO

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

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

**FOTOGRAFÍA DE FONDO DE OJO:**

OJO DERECHO:

OJO IZQUIERDO:

**FLUORANGIOGRAFIA:**

OJO DERECHO:

OJO IZQUIERDO:

CÓMENTARIO:

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	Subdirección de Servicios Ambulatorios		
	2. Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 38 de 64

## 10.19 SOLICITUD DE FLUORANGIOGRAFÍA



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

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL  
QUE REALIZA LA INTERPRETACIÓN

### SOLICITUD DE FLUORANGIOGRAFÍA

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

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

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

Calzada de Tlalpan 4800, col. Sección XVI, Delegación Tlalpan, C.P. 14060, México, D.F. Tel. 40033205

LICENCIA SANITARIA 1014004673



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	Subdirección de Servicios Ambulatorios		
	2. Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 40 de 64

## 10.21 SOLICITUD DE APLICACIÓN DE ANTIANGIOGÉNICO



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

### SOLICITUD DE APLICACIÓN DE ANTIANGIOGÉNICO

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

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

**ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE**

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 02
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>2. Procedimiento de Consulta Primera Vez</b>		Hoja: 41 de 64

## 10.22 SOLICITUD DE CAMPOS VISUALES



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

### SOLICITUD DE CAMPOS VISUALES

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

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

SERVICIO SOLICITANTE: _____		
DIAGNÓSTICO: _____		
TRATAMIENTO OJO DERECHO: _____		
TRATAMIENTO OJO IZQUIERDO: _____		
	<b>OJO DERECHO</b>	<b>OJO IZQUIERDO</b>
AGUDEZA VISUAL:	_____	_____
GONISCOPIA:	_____	_____
EXCAVACIÓN:	_____	_____
CORRECCIÓN REFRACTIVA:	_____	_____
PAQUIMETRÍA:	_____	_____
CAMPOS VISUALES PREVIOS:	_____	_____

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

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 02
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>2. Procedimiento de Consulta Primera Vez</b>		Hoja: 42 de 64

## 10.23 REPORTE DE CAMPOS VISUALES



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

### REPORTE DE CAMPOS VISUALES

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

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

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

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

**ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE**

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

LICENCIA SANITARIA 1014004673

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	Subdirección de Servicios Ambulatorios		
	2. Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 43 de 64

## 10.24 SOLICITUD DE LASER



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

### SOLICITUD DE LÁSER

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

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

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

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

MOTIVO:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

### REPORTE DE LASER

### REPORTE DE LÁSER

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

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

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

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

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

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

### PARAMETROS DE LASER

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

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

Pronóstico: \_\_\_\_\_

Próxima cita: \_\_\_\_\_

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

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

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

LICENCIA SANITARIA 1014004673

## 10.25 REPORTE DE OCT DE RETINA



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

### REPORTE DE OCT DE RETINA

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

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

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

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: \_\_\_\_\_

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

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

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

LICENCIA SANITARIA 2014004678

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	Subdirección de Servicios Ambulatorios		
	2. Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 45 de 64

## 10.26 REPORTE DE OCT DE GLAUCOMA



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

### REPORTE DE OCT DE GLAUCOMA

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

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

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

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

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

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

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

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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	Subdirección de Servicios Ambulatorios		
	2. Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 46 de 64

## 10.27 SOLICITUD DE OCT DE GLAUCOMA



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

### SOLICITUD DE OCT DE GLAUCOMA

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

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

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

## 10.28 REPORTE DE ULTRASONIDO



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

### REPORTE DE ULTRASONIDO

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

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

QUERATOMETRO

TOPOGRAFÍA

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

ULTRASONIDO

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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	Subdirección de Servicios Ambulatorios		
	2. Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 48 de 64

## 10.29 SOLICITUD DE ULTRASONIDO



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

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

### SOLICITUD DE ULTRASONIDO

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

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

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 02
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>2. Procedimiento de Consulta Primera Vez</b>		Hoja: 49 de 64

## 10.30 REPORTE DE TOPOGRAFÍA CORNEAL



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

### REPORTE DE TOPOGRAFÍA CORNEAL

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

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

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

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

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

LICENCIA SANITARIA 1014004673

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	Subdirección de Servicios Ambulatorios		
	2. Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 50 de 64

### 10.31 SOLICITUD DE TOPOGRAFÍA CORNEAL



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

#### SOLICITUD DE TOPOGRAFÍA CORNEAL

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

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

**ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE**



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 02
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>2. Procedimiento de Consulta Primera Vez</b>		Hoja: 52 de 64

## 10.33 REGISTRO DE ADOLESCENTES DE CONSULTA Y HOSPITALIZACIÓN



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

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

Nombre \_\_\_\_\_

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

Diagnóstico Médico:

Antecedente de Diagnóstico Psiquiátrico;

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

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

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

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

Edad menarca \_\_\_\_\_ años

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

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

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

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

Grado escolar:

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

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

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

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

Plan de estudio a o trabajo a mediano plazo:

Evaluación

Ansiedad \_\_\_\_\_

Depresión \_\_\_\_\_

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

## 10.34 ESCALA DE VIOLENCIA E ÍNDICE DE SEVERIDAD



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

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

### Escala de violencia e índice de severidad

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

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

¿Por quién?

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

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

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

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

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 02
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>2. Procedimiento de Consulta Primera Vez</b>		Hoja: 54 de 64

## 10.35 PROGRAMA EMBARAZO ADOLESCENTE



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

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

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

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 02
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>2. Procedimiento de Consulta Primera Vez</b>		Hoja: 55 de 64

## 10.36 INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK



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

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

### INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

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

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



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 02
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>2. Procedimiento de Consulta Primera Vez</b>		Hoja: 57 de 64

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



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

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

División de Cuidados Paliativos y Clínica de Dolor.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 02
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>2. Procedimiento de Consulta Primera Vez</b>		Hoja: 58 de 64



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

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

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

CDMX a            de            de 201

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

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

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

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

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

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

Nombre/Firma del Paciente

**Testigos**

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

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

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

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

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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 02
	Subdirección de Servicios Ambulatorios		
	2. Procedimiento de Consulta Primera Vez		Hoja: 59 de 64

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



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

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

División de Cuidados Paliativos y Clínica de Dolor.

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

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

#### **Información sobre Sedación Paliativa.**

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

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

#### **Sedación Paliativa.**

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

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

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

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

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

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 02
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>2. Procedimiento de Consulta Primera Vez</b>		Hoja: 60 de 64



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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

**Testigos:**

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

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

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

\_\_\_\_\_

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

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

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 02
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>2. Procedimiento de Consulta Primera Vez</b>		Hoja: 61 de 64

## 10.40 Carta de Consentimiento Informado Para recibir tratamiento Paliativo



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

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

División de Cuidados Paliativos y Clínica de Dolor.

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

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

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

### Información sobre el Tratamiento Paliativo.

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

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

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 02
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>2. Procedimiento de Consulta Primera Vez</b>		Hoja: 62 de 64



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

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

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

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

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

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

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

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 02
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>2. Procedimiento de Consulta Primera Vez</b>		Hoja: 63 de 64



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

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

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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

CDMX a        de        del 20

**Nombre del paciente**

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

Dirección \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_



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

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

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>3. Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente</b>		Hoja: 2 de 48

## 1. PROPÓSITO

Establecer las actividades del personal de salud involucrados en la atención del usuario en la consulta subsecuente; para garantizar una atención más ágil y ofrecer un servicio médico de calidad.

## 2. ALCANCE

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

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través de la Jefatura de la División de Consulta Externa, Referencia y Contrarreferencia es la responsable de coordinar a todas las áreas médicas y administrativas para la atención de los usuarios en la consulta externa.
- 3.2. Las Subdirecciones Médicas están formadas por la Subdirección de Cirugía, Subdirección de Pediatría, Subdirección de Urgencias y Medicina y Subdirección de Anestesia y Terapias.
- 3.3. Las Subdirecciones Médicas son responsables del control y organización de sus citas de Preconsulta, consultas de primera vez y consultas subsecuentes.
- 3.4. La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica es la responsable de la atención y cuidados de enfermería del usuario en la consulta externa.
- 3.5. La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través de la División de la Consulta Externa es responsable de aceptar únicamente a los usuarios que cumplan los siguientes requisitos: Hoja de Referencia de Centro de Salud u otra Institución del sector Salud y recibo de pago de preconsulta, el usuario no podrá recibir la Preconsulta en caso de no contar con estos documentos.
- 3.6. La Dirección Médica define como servicios de apoyo a las siguientes especialidades: Estomatología, Ortodoncia, Psiquiatría, Paidopsiquiatría, Psicología, Psicoterapia, Audiología, Nutrición Clínica, Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos, Rehabilitación y Foniatría.
- 3.7. Las Subdirecciones Médicas son responsables de enviar a los usuarios a realizar el registro de la atención médica o pago de la consulta en todas las ocasiones que el usuario reciba esta atención.
- 3.8. Las Subdirecciones Médicas son responsables de que los servicios de apoyo solamente realicen Preconsultas y consultas subsecuentes, ya que las consultas de primera vez las realiza la División a la que pertenece.
- 3.9. La Subdirección de Servicios Ambulatorios es responsable de autorizar atenciones médicas de usuarios distintos en este procedimiento.

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

- 3.10. La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Cuidados Paliativos y Clínica del Dolor, en los casos de pacientes que ameriten Medicina Paliativa, deben realizar reunión familiar con el paciente y familiar (es) responsable (s) para explicar los objetivos y filosofía de los cuidados Paliativos, así como el diagnóstico y pronóstico del paciente.
- 3.11. La Subdirección de Anestesia y Terapias a través de la División de Cuidados Paliativos y Clínica del Dolor, es responsable de informar al paciente o familiar sobre los cuidados, atención al paciente, y/o sedación.
- 3.12. Las Subdirecciones Médicas a través de las jefaturas de División y Departamento son responsables que cuando sea necesario realizar cualquier intervención médico-quirúrgica-rehabilitación dentro de la consulta, deberá apegarse al “Procedimiento de atención médica-quirúrgica-rehabilitación fuera de quirófanos centrales”.

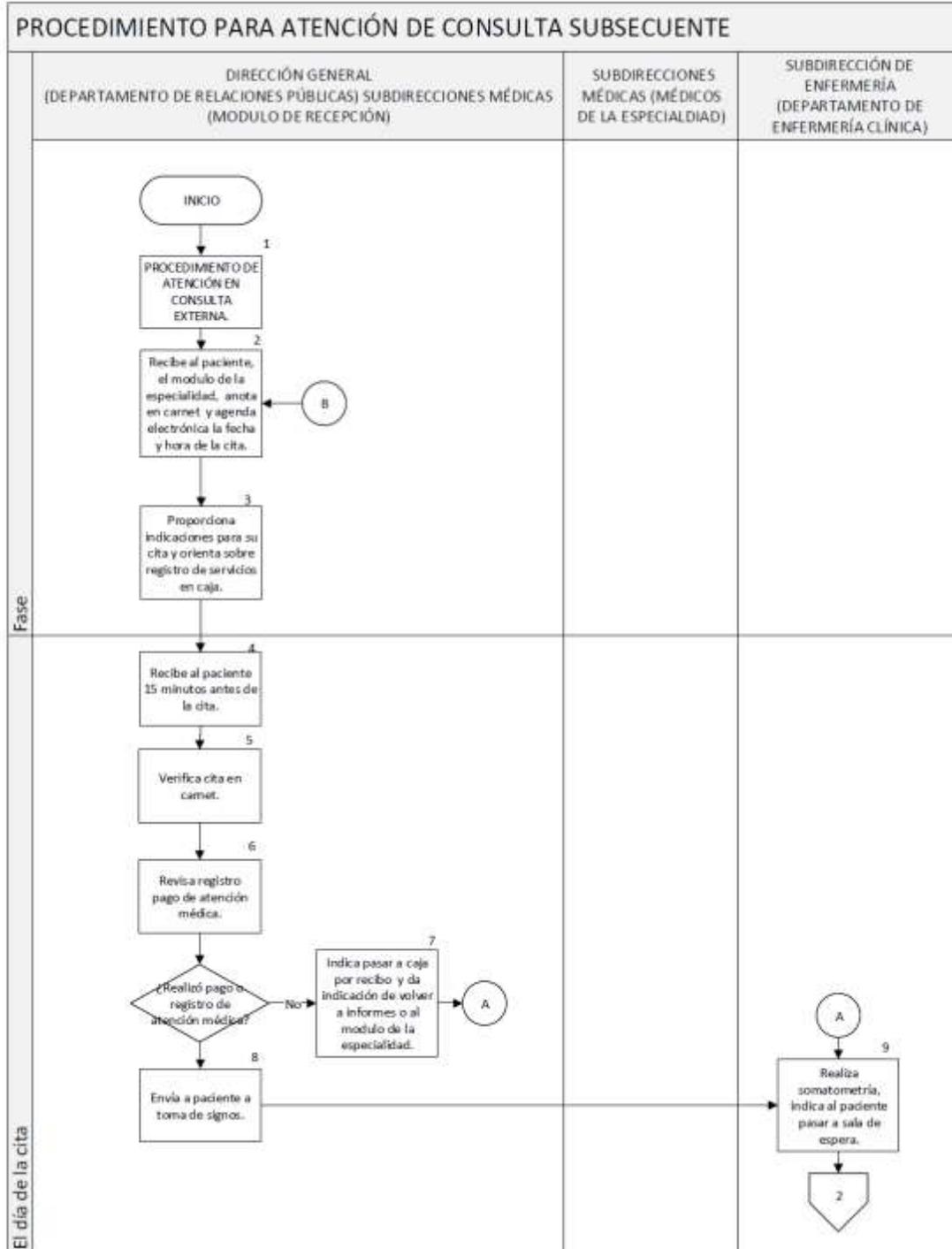
	<b>PROCEDIMIENTO</b>
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>
	<b>Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente,</b> Hoja: 4 de 48

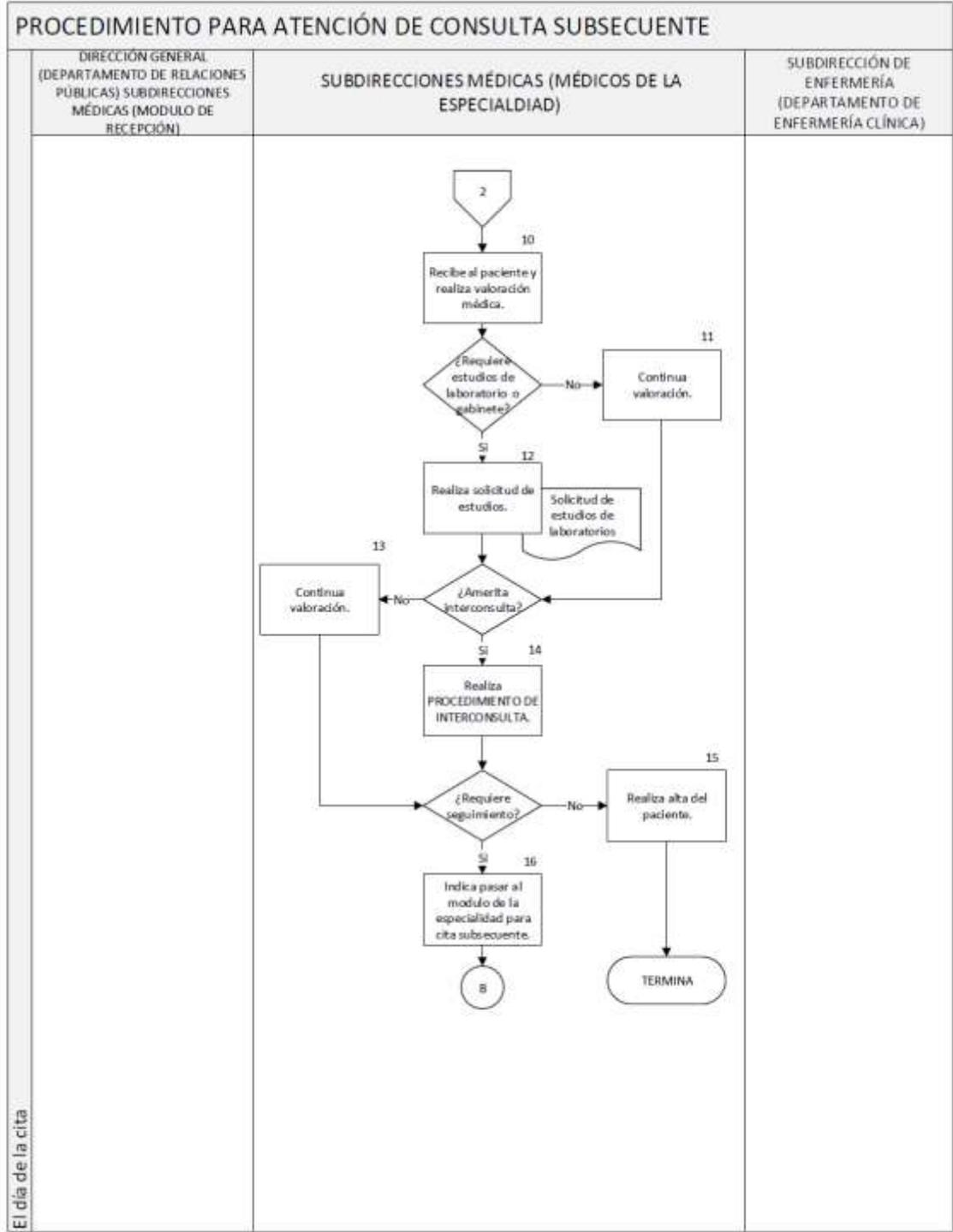
#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

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

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

## 5. DIAGRAMA DE FLUJO





	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	Subdirección de Servicios Ambulatorios		
	<b>3. Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente</b>		Hoja: 8 de 48

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Específico	No aplica
6.2 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, para el expediente clínico	No aplica

## 7. REGISTROS

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

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

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

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

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

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

## 9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

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

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>3. Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente</b>		Hoja: 9 de 48

## 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

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



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Servicios Ambulatorios		
	3. Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 11 de 48

## 10.2 SOLICITUD DE INTERCONSULTA

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



FECHA DE SOLICITUD: _____ HORA DE SOLICITUD: _____ No. EXP.: _____ NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ SEXO: _____ CAMA: _____ SERVICIO SOLICITANTE: _____ INTERCONSULTA AL SERVICIO DE: _____ MOTIVO: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____  <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">           _____            PROFESIONAL DE LA SALUD            NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL         </div>
---

LICENCIA SANITARIA 1014004673

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

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

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	Subdirección de Servicios Ambulatorios		Hoja: 12 de 48
	<b>3. Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente</b>		

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

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

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

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		Hoja: 13 de 48
	<b>3. Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente</b>		

### 10.3 HOJA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA



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

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

06-01-0030

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

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		Hoja: 14 de 48
	<b>3. Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente</b>		



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

FECHA _____	No. DE EXPEDIENTE _____
NOMBRE DEL PACIENTE _____	
SERVICIO QUE ATENDIÓ _____	
UNIDAD A LA QUE SE ENVÍA _____	
<b>MANEJO DEL PACIENTE:</b>	
TENSIÓN ARTERIAL _____ mm. Hg FRECUCENCIA: CARDIACA _____ por min RESPIRATORIA _____ por min	
TEMPERATURA _____ °C PESO _____ Kg. TALLA _____ cm	
PADECIMIENTO ACTUAL	
_____	
_____	
TERAPÉUTICA EMPLEADA:	
_____	
_____	
ESTUDIOS CLÍNICOS (ANEXAR):	
_____	
_____	
_____	
DIAGNÓSTICO DE INGRESO/REFERENCIA:	
_____	
_____	
DIAGNÓSTICO DE INGRESO/CONTRAREFERENCIA:	
_____	
_____	
RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE:	
_____	
_____	
_____	

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

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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Servicios Ambulatorios		Hoja: 15 de 48
	3. Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		

### 10.4 SOLICITUD DE ESTUDIO ENDOSCOPICO



Hospital General Dr. Manuel Gea González  
 Departamento de Endoscopia Gastrointestinal  
**SOLICITUD DE ESTUDIO ENDOSCÓPICO**

---

Fecha de solicitud: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ hrs.      Fecha de estudio: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ hrs.

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ CE:  HOSP:

URGENTE: SI:  NO:  SEXO: M:  F:  REGISTRO: \_\_\_\_\_ AISLADO: SI:  NO:

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SERVICIO: \_\_\_\_\_ CAMA: \_\_\_\_\_

<b>TIPO DE ESTUDIO:</b> <input type="checkbox"/> PANENDOSCOPIA <input type="checkbox"/> COLONOSCOPIA <input type="checkbox"/> RECTO-SIGMOIDOSCOPIA <input type="checkbox"/> COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA <input type="checkbox"/> ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO <input type="checkbox"/> PRUEBA DE ALIENTO (HELICOBACTER PYLORI).	<b>FISIOLÓGIA DIGESTIVA:</b> <input type="checkbox"/> pHMETRIA DE 24 HORAS <input type="checkbox"/> MANOMETRIA ESOFÁGICA <input type="checkbox"/> IMPEDANCIA <input type="checkbox"/> MANOMETRIA ANAL <input type="checkbox"/> OTRO: _____
---	---

Motivo de Solicitud: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Clínico: \_\_\_\_\_

Antecedentes de Importancia: \_\_\_\_\_

Cuadro Clínico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Laboratorios: \_\_\_\_\_

Estudios de Imagen: \_\_\_\_\_

Terapia Antibiótica: SI: \_\_\_\_\_ NO:

Terapia Anticoagulante: SI: \_\_\_\_\_ NO:  Alergias: SI: \_\_\_\_\_ NO:

Resultados Endoscópicos Previos (Fecha): \_\_\_\_\_

---

REQUIERE VALORACIÓN CARDIOVASCULAR: SI:  NO:

TIPO DE ANESTÉSIA:

- Local
- Sedación Intravenosa
- Sedación Nebulizada
- Anestesia General **AUTORIZACIÓN** \_\_\_\_\_

---

\_\_\_\_\_ NOMBRE FIRMA DEL MÉDICO RESPONSABLE      \_\_\_\_\_ NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO ADSCRITO

---

(REGISTRO DE CAJA)

---

ENDOSCOPIA

06-01-0044

Licencia Sanitaria 1014004673

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

## 10.5 SOLICITUD DE ESTUDIOS CITOLÓGICOS



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

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

## 10.6 SOLICITUD DE LABORATORIO



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

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

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

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

### 10.7 SOLICITUD DE GABINETE

	<p>HOSPITAL GENERAL <b>"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"</b></p> <p>SOLICITUD DE ESTUDIOS RADIOLOGÍA E IMAGEN</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">FECHA DE NACIMIENTO</td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">NÚMERO DE EXPEDIENTE</td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">EDAD</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No. DE CAMA</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td style="height: 20px;"> </td> </tr> </table>	FECHA DE NACIMIENTO		NÚMERO DE EXPEDIENTE		EDAD	No. DE CAMA												
FECHA DE NACIMIENTO																				
NÚMERO DE EXPEDIENTE																				
EDAD	No. DE CAMA																			
<p><b>IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 33%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 33%; height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">APELLIDO PATERNO</td> <td style="text-align: center;">MATERNO</td> <td style="text-align: center;">NOMBRE (S)</td> </tr> </table>						APELLIDO PATERNO	MATERNO	NOMBRE (S)												
APELLIDO PATERNO	MATERNO	NOMBRE (S)																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <b>AREA</b>  <input type="radio"/> C. E.    <input type="radio"/> HOSP.    <input type="radio"/> URG.    <input type="radio"/> EXTERNO         </td> <td style="width: 25%; text-align: center;"> <b>SERVICIO</b>  <div style="height: 20px;"> </div> </td> <td style="width: 25%; text-align: center;"> <b>SEXO</b>  MASC. <input type="radio"/>    FEM. <input type="radio"/> </td> </tr> </table>			<b>AREA</b> <input type="radio"/> C. E. <input type="radio"/> HOSP. <input type="radio"/> URG. <input type="radio"/> EXTERNO	<b>SERVICIO</b> <div style="height: 20px;"> </div>	<b>SEXO</b> MASC. <input type="radio"/> FEM. <input type="radio"/>															
<b>AREA</b> <input type="radio"/> C. E. <input type="radio"/> HOSP. <input type="radio"/> URG. <input type="radio"/> EXTERNO	<b>SERVICIO</b> <div style="height: 20px;"> </div>	<b>SEXO</b> MASC. <input type="radio"/> FEM. <input type="radio"/>																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%; text-align: center;"> <b>ESTUDIO SOLICITADO (MARCAR CLAVE AL REVERSO)</b>  <div style="height: 20px;"> </div> </td> <td style="width: 30%; text-align: center;"> <b>URGENTE</b>  SI <input type="radio"/>    NO <input type="radio"/> </td> </tr> </table>			<b>ESTUDIO SOLICITADO (MARCAR CLAVE AL REVERSO)</b> <div style="height: 20px;"> </div>	<b>URGENTE</b> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>																
<b>ESTUDIO SOLICITADO (MARCAR CLAVE AL REVERSO)</b> <div style="height: 20px;"> </div>	<b>URGENTE</b> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>																			
<p style="text-align: center;"><b>DATOS CLÍNICOS E IMPRESIÓN DIAGNOSTICA</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; min-height: 100px;"> </div> <p style="font-size: small; text-align: center;">*EN CASO DE QUE EL ESTUDIO SOLICITADO SEA TOMOGRAFIA CONTRASTE ENDOVENOSO, ANOTAR EL VALOR DE CREATININA (VIGENCIA DEL ESTUDIO, DOS MESES)</p>																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;"> <b>FECHA Y HORA DE SOLICITUD</b> </td> <td style="width: 33%; text-align: center;"> <b>MÉDICO SOLICITANTE</b> NOMBRE Y FIRMA         </td> <td style="width: 33%; text-align: center;"> <b>MÉDICO JEFE DEL SERVICIO</b> NOMBRE Y FIRMA         </td> </tr> <tr> <td> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">DIA</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">MES</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td style="height: 20px;"> </td> <td style="height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">HORA:</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="height: 20px;"> </td> </tr> </table> </td> <td style="height: 40px;"> </td> <td style="height: 40px;"> </td> </tr> </table>			<b>FECHA Y HORA DE SOLICITUD</b>	<b>MÉDICO SOLICITANTE</b> NOMBRE Y FIRMA	<b>MÉDICO JEFE DEL SERVICIO</b> NOMBRE Y FIRMA	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">DIA</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">MES</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td style="height: 20px;"> </td> <td style="height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">HORA:</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="height: 20px;"> </td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO				HORA:							
<b>FECHA Y HORA DE SOLICITUD</b>	<b>MÉDICO SOLICITANTE</b> NOMBRE Y FIRMA	<b>MÉDICO JEFE DEL SERVICIO</b> NOMBRE Y FIRMA																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">DIA</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">MES</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td style="height: 20px;"> </td> <td style="height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">HORA:</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="height: 20px;"> </td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO				HORA:													
DIA	MES	AÑO																		
HORA:																				
<p style="text-align: center;"><b>OBSERVACIONES POR RADIOLOGÍA E IMAGEN</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; min-height: 100px;"> </div>																				
<p style="text-align: center;"><b>INDICACIONES AL PACIENTE</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; min-height: 100px;"> </div>																				

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

## 10.8 RECETA MÉDICA



HOSPITAL GENERAL  
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

RECETA MÉDICA

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

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

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

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

FECHA



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

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

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

DE-02-0055 LIC. SANIT. 1014004073

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>3. Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente</b>		Hoja: 20 de 48

## 10.9 HOJA DE PROGRAMACIÓN Y REGISTRO INDIVIDUAL DE PACIENTES



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

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

06-01-0028

LICENCIA SANITARIA 1014004673

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>3. Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente</b>		Hoja: 21 de 48



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

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

06-01-0028

LICENCIA SANITARIA 1014004673



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Servicios Ambulatorios		Hoja: 23 de 48
	3. Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		

## 10.11 REPORTE DE APLICACIÓN DE TOXINA BOTULINICA



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

### REPORTE DE APLICACIÓN DE TOXINA BOTULINICA

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

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

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

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

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

LICENCIA SANITARIA 1014004673

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

LICENCIA SANITARIA 1014004673

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Servicios Ambulatorios		Hoja: 24 de 48
	3. Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		

## 10.12 SOLICITUD DE APLICACIÓN DE TOXINA BOTULINICA



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

### SOLICITUD DE APLICACIÓN DE TOXINA BOTULINICA

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

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

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

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

LICENCIA SANITARIA 1014004673

### 10.13 REPORTE DE MICROSCOPIA ESPECULAR



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

#### REPOORTE DE MICROSCOPIA ESPECULAR

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

LICENCIA SANITARIA 1014004673

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

## 10.14 SOLICITUD DE MICROSCOPIA ESPECULAR



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

### SOLICITUD DE MICROSCOPIA ESPECULAR

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

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

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

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

LICENCIA SAN TARIA 1014004673

### 10.15 REPORTE DE CURVA HORARIA



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

#### REPORTE DE CURVA HORARIA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	Subdirección de Servicios Ambulatorios		
	<b>3. Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente</b>		Hoja: 28 de 48

### 10.16 SOLICITUD DE CURVA HORARIA



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

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

#### SOLICITUD DE CURVA HORARIA

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

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

**ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE**

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>3. Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente</b>		Hoja: 29 de 48

## 10.17 REPORTE DE ESTUDIO FLUORANGIOGRÁFICO



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

### REPORTE DE ESTUDIO FLUORANGIOGRÁFICO

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

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

**FOTOGRAFÍA DE FONDO DE OJO:**

OJO DERECHO:

OJO IZQUIERDO:

**FLUORANGIOGRAFIA:**

OJO DERECHO:

OJO IZQUIERDO:

CÓMENTARIO:

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	Subdirección de Servicios Ambulatorios		
	<b>3. Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente</b>		Hoja: 30 de 48

## 10.18 SOLICITUD DE FLUORANGIOGRAFÍA



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

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL  
 QUE REALIZA LA INTERPRETACIÓN

### SOLICITUD DE FLUORANGIOGRAFÍA

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

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

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

Calzada de Tlalpan 4899, col. Sección XVI, Delegación Tlalpan, C.P. 14080, México, D.F. Tel. 40033205

LICENCIA SANITARIA 1014004673

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Servicios Ambulatorios		
	3. Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 31 de 48

## 10.19 REPORTE DE APLICACIÓN DE ANTIANGIOGÉNICO



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

### REPORTE DE APLICACIÓN DE ANTIANGIOGÉNICO

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

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

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

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

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

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

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

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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Servicios Ambulatorios		
	3. Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente		Hoja: 32 de 48

## 10.20 SOLICITUD DE APLICACIÓN DE ANTIANGIOGÉNICO



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

### SOLICITUD DE APLICACIÓN DE ANTIANGIOGÉNICO

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

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

**ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE**

## 10.21 SOLICITUD DE CAMPOS VISUALES



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

### SOLICITUD DE CAMPOS VISUALES

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

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

SERVICIO SOLICITANTE: _____		
DIAGNÓSTICO: _____		
TRATAMIENTO OJO DERECHO: _____		
TRATAMIENTO OJO IZQUIERDO: _____		
	<b>OJO DERECHO</b>	<b>OJO IZQUIERDO</b>
AGUDEZA VISUAL:	_____	_____
GONISCOPIA:	_____	_____
EXCAVACIÓN:	_____	_____
CORRECCIÓN REFRACTIVA:	_____	_____
PAQUIMETRÍA:	_____	_____
CAMPOS VISUALES PREVIOS:	_____	_____

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

ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

## 10.22 REPORTE DE CAMPOS VISUALES



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

### REPORTE DE CAMPOS VISUALES

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

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

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

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

**ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE**

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

LICENCIA SANITARIA 1014004673

### 10.23 SOLICITUD DE LASER



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

#### SOLICITUD DE LÁSER

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

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

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

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

MOTIVO:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

#### REPORTE DE LASER

#### REPORTE DE LÁSER

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

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

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

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

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

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

#### PARAMETROS DE LASER

	Ojo izquierdo	Ojo izquierdo
Disparos		
Podex		
Tiempo		
Spot		

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Pronóstico: \_\_\_\_\_

Próxima cita: \_\_\_\_\_

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

ESTÉ FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE

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

LICENCIA SANITARIA 1014004673

## 10.24 REPORTE DE OCT DE RETINA



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

### REPORTE DE OCT DE RETINA

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

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

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

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

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

LICENCIA SANITARIA 2014004673

## 10.25 REPORTE DE OCT DE GLAUCOMA



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

### REPORTE DE OCT DE GLAUCOMA

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

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

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

COMENTARIO

---



---

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

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	Subdirección de Servicios Ambulatorios		
	<b>3. Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente</b>		Hoja: 38 de 48

## 10.26 SOLICITUD DE OCT DE GLAUCOMA



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

### SOLICITUD DE OCT DE GLAUCOMA

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

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

**ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE**

## 10.27 REPORTE DE ULTRASONIDO



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

### REPORTE DE ULTRASONIDO

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

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

#### QUERATOMETRO

#### TOPOGRAFÍA

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

#### ULTRASONIDO

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

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>3. Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente</b>		Hoja: 40 de 48

## 10.28 SOLICITUD DE ULTRASONIDO



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

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

SOLICITUD DE ULTRASONIDO

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

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

**ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE**

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>3. Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente</b>		Hoja: 41 de 48

## 10.29 REPORTE DE TOPOGRAFÍA CORNEAL



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

### REPORTE DE TOPOGRAFÍA CORNEAL

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

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

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

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

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

LICENCIA SANITARIA 1014004673

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>3. Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente</b>		Hoja: 42 de 48

### 10.30 SOLICITUD DE TOPOGRAFÍA CORNEAL



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

#### SOLICITUD DE TOPOGRAFÍA CORNEAL

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

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

**ESTE FORMATO DEBERÁ SER ANEXADO AL EXPEDIENTE**

### 10.31 HOJA DE EVALUACIÓN CARDIOVASCULAR

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA	SI ( )	NO ( )	
INSUFICIENCIA CARDÍACA	SI ( )	NO ( )	
HIPERTENSIÓN SISTÓLICA	SI ( )	NO ( )	
CARDIOPATÍA CONDUCTIVA	SI ( )	NO ( )	
NEUMOPATÍAS	SI ( )	NO ( )	
EXO:			
NI:			
LABORATORIOS:			
CONCLUSIONES:			
PUEDO OPERARLE:	SI ( )	NO ( )	
RIESGO TROMBOEMBÓLICO:			
RIESGO SULTANA / DETERP:			
RIESGO ANA:			
<b>RECOMENDACIONES</b>			
PRE-OPERATORIAS:			
TRANSOPERATORIAS:			
POSTOPERATORIAS:			
<b>ESCALA (ASA) AMERICAN SOCIETY ANESTHESIOLOGISTS</b>			
ASA I (I V) SANO ASA II (II V) ENFERMEDAD ORAL LEVE ASA III (III V) ENFERMEDAD ORAL GRAVE ASA IV (IV V) ENFERMEDAD ORAL QUE PONE EN PELIGRO LA VIDA ASA V (V V) PRESENTE MORTAL			
		SULTANA / DETERP	
		RIESGO CARDÍACO EN CIRUGÍA NO CARDÍACA	
		S I ( ENTRE 0 Y 8 PUNTOS)	
		S II ( ENTRE 9 Y 12 PUNTOS)	
		S III ( ENTRE 13 Y 20 PUNTOS)	
		S IV ( ENTRE 21 Y 33 PUNTOS)	
RIESGO TROMBOEMBÓLICO			
BAJO (ENTRE 1 Y 19 PUNTOS)			
MODERADO (20 Y 33 PUNTOS)			
ALTO (34 A 54 PUNTOS)			
NOMBRE Y FIRMA		NOMBRE Y FIRMA	
MÉDICO SOLICITANTE		MÉDICO QUE REALIZÓ EL ESTUDIO	

		Hospital General Dr. Manuel Gea González Departamento de Medicina Interna - Cardiología	
<b>HOJA DE EVALUACIÓN CARDIOVASCULAR PROOPERATORIO DE RIESGO QUIRÚRGICO</b>			
NOMBRE: _____		No. EXPEDIENTE: _____	
FECHA DE REALIZACIÓN: _____		No. CRAV: _____	
SERVICIO SOLICITANTE: _____			
DIAGNÓSTICO: _____			
CIRUGÍA PLANEADA: _____			
CIRUGÍA PROGRAMADA ( )		CIRUGÍA URGENTE ( )	
ENFERMEDAD CONCOMITANTE: SI ( ) NO ( )			
DM	INF. RENAL	INF. PEDIÁTRICA	INF. PEDIÁTRICA
HDM	INF. GINECOLÓGICA	INF. GINECOLÓGICA	INF. GINECOLÓGICA
EPD	INF. RESPIRATORIA	INF. RESPIRATORIA	INF. RESPIRATORIA
INF. RESPIR.	INF. ABDOMINAL	INF. ABDOMINAL	INF. ABDOMINAL
I.C.C.	INF. NEUROLÓGICA	INF. NEUROLÓGICA	INF. NEUROLÓGICA
ALT. hematológicas	ASITIAS	ASITIAS	ASITIAS
OTROS			
<b>VALORACIÓN DE RIESGO TROMBOEMBÓLICO</b>			
RIESGO ALTO ( )		RIESGO BAJO ( )	
RIESGO TROMBOEMBÓLICO	SI ( )	NO ( )	
EDAD MENOR A 40 AÑOS	SI ( )	NO ( )	
EDAD ENTRE 40 Y 60 AÑOS	SI ( )	NO ( )	
EDAD MAYOR A 60 AÑOS	SI ( )	NO ( )	
INF. PULMONAR	SI ( )	NO ( )	
D.M.	SI ( )	NO ( )	
USO HORMONALES	SI ( )	NO ( )	
RECIBO PULMONAR	SI ( )	NO ( )	
CIR. MENOR A 2 HRS.	SI ( )	NO ( )	
CARDIOPATÍA Y/O	SI ( )	NO ( )	
FEBRILIDAD INFECCIOSA	SI ( )	NO ( )	
<b>VALORACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR (GOLDMANN-DETSKY)</b>			
EDAD MENOR A 40 AÑOS	SI ( )	NO ( )	
40 < EDAD < 60 AÑOS	SI ( )	NO ( )	
60 < EDAD < 80 AÑOS	SI ( )	NO ( )	
EDAD MAYOR A 80 AÑOS	SI ( )	NO ( )	
ADICION CLASE II SC III	SI ( )	NO ( )	
ADICION CLASE IV SC III	SI ( )	NO ( )	
TR. SUP. DE O. PULMONAR	SI ( )	NO ( )	
TR. SUP. DE O. PULMONAR	SI ( )	NO ( )	
ADICION INESTABLE	SI ( )	NO ( )	
4 MENS	SI ( )	NO ( )	
TEP < 1 SEMANA	SI ( )	NO ( )	
TEP SINTECORONARI	SI ( )	NO ( )	
ESTENOSIS AÓRTICA	SI ( )	NO ( )	
ENF. EN RÍMULO GIBERNA	SI ( )	NO ( )	
RIE. GEN. S. PNE. / VIR.	SI ( )	NO ( )	
RIESGO: GRADO I ( )	GRADO II ( )	GRADO III ( )	GRADO IV ( )
DATOS CARDIOVASCULARES:			
VALORACIÓN:	SI ( )	NO ( )	

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>3. Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente</b>		Hoja: 44 de 48

## 10.32 REGISTRO DE ADOLESCENTES DE CONSULTA Y HOSPITALIZACIÓN



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

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

Nombre \_\_\_\_\_

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

Diagnóstico Médico:

Antecedente de Diagnóstico Psiquiátrico;

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

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

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

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

Edad menarca \_\_\_\_\_ años

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

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

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

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

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

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

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

### 10.33 ESCALA DE VIOLENCIA E ÍNDICE DE SEVERIDAD



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

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

#### Escala de violencia e índice de severidad

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

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

¿Por quién?

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

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

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

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

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>3. Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente</b>		Hoja: 46 de 48

### 10.34 PROGRAMA EMBARAZO ADOLESCENTE



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

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

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

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>3. Procedimiento para la atención de pacientes de consulta subsecuente</b>		Hoja: 47 de 48

### 10.35 INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK



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

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

#### INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

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

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

### 10.16 REPORTE DE CITOLOGÍA CERVICAL

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

Prevenido y Control del Cáncer Cérvico Uterino

C.I.C.:

---

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

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

---

**5. IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE**

CLAVE DE LA PACIENTE:

6. Nombre:  Apellido Paterno  Apellido Materno   
 7. Fecha de nacimiento:  C.I.F.   
 8. Estado de nacimiento:  9. Sexo:   
 10. Nacionalidad:  Cuba  Lealtad / Municipio / Delegación:   
 11. Dirección:  Ciudad / Provincia:  Municipio:

---

**16. ANTECEDENTES**

12. Obstetricia:  1. Primeros sex en la vida 2. Primeros sex después de 1 año 3. Subsecuentes

13. Menstruación:  1. Frecuencia y regularidad:  2. Dolor:  3. Características:  4. Color:  5. Volumen:  6. Otros:

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

16. Menopausia con alguna lesión de la mucosa:  17. Respuesta de la lesión citológica:

18. Fecha de inicio de la menopausia:  18. Parto de riesgo:

19. ¿Cuenta con la Cartilla Nacional de Salud de la Mujer?  1. Sí 2. No 3. No 4. No tiene

20. ¿Alguna respuesta?  1. Sí 2. No 3. No 4. No tiene

---

**16. RESULTADO DE CITOLOGÍA CERVICAL**

21. Fecha de interpretación:  22. Nombre citólogo:

23. Laboratorio:  24. Características de la muestra:

25. Diagnóstico Citológico:

1. Detalle de todas las células  
 2. Células escamosas atípicas de significado incierto AS-C  
 3. Células escamosas atípicas de bajo grado LBG  
 4. Células escamosas atípicas de alto grado LAG  
 5. Células escamosas atípicas de alto grado LAG  
 6. Células escamosas atípicas de alto grado LAG  
 7. Células escamosas atípicas de alto grado LAG  
 8. Células escamosas atípicas de alto grado LAG  
 9. Células escamosas atípicas de alto grado LAG  
 10. Células escamosas atípicas de alto grado LAG  
 11. Células escamosas atípicas de alto grado LAG  
 12. Células escamosas atípicas de alto grado LAG

26. Resultado:  1. Sí 2. No

27. Método:  1. Adhesión, inmunología, inmunofluorescencia (IIF) 2. Método del Spot 3. Lavado in situ 4. Otros (especificar):

28. R.A.C. del Citólogo:

Nombre completo, s.d., prof. y firma:

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

30. Diagnóstico del Patólogo:

1. Detalle de todas las células  
 2. Células escamosas atípicas de significado incierto AS-C  
 3. Células escamosas atípicas de bajo grado LBG  
 4. Células escamosas atípicas de alto grado LAG  
 5. Células escamosas atípicas de alto grado LAG  
 6. Células escamosas atípicas de alto grado LAG  
 7. Células escamosas atípicas de alto grado LAG  
 8. Células escamosas atípicas de alto grado LAG  
 9. Células escamosas atípicas de alto grado LAG  
 10. Células escamosas atípicas de alto grado LAG  
 11. Células escamosas atípicas de alto grado LAG  
 12. Células escamosas atípicas de alto grado LAG

31. R.A.C. del Patólogo:

Nombre completo, s.d., prof. y firma:

32. Fecha de interpretación:  1. Sí 2. No 3. No 4. No tiene

33. Resultado de interpretación:  1. Negativo 2. Positivo (VPH bajo riesgo (E1, E2, E3, A1, A2)), Positivo (VPH alto riesgo (E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E17, E18, E19, E20, E21, E22, E23, E24, E25, E26, E27, E28, E29, E30, E31, E32, E33, E34, E35, E36, E37, E38, E39, E40, E41, E42, E43, E44, E45, E46, E47, E48, E49, E50, E51, E52, E53, E54, E55, E56, E57, E58, E59, E60, E61, E62, E63, E64, E65, E66, E67, E68, E69, E70, E71, E72, E73, E74, E75, E76, E77, E78, E79, E80, E81, E82, E83, E84, E85, E86, E87, E88, E89, E90, E91, E92, E93, E94, E95, E96, E97, E98, E99, E100))

LICENCIA-SANTARÍA-101408475

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		<b>Hoja: 1 de 9</b>
	<b>4. Procedimiento de Interconsulta</b>		

#### **4. PROCEDIMIENTO DE INTERCONSULTA**

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>4. Procedimiento de Interconsulta</b>		<b>Hoja: 2 de 9</b>

## 1. PROPÓSITO

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

## 2. ALCANCE

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

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

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

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>4. Procedimiento de Interconsulta</b>		<b>Hoja: 3 de 9</b>

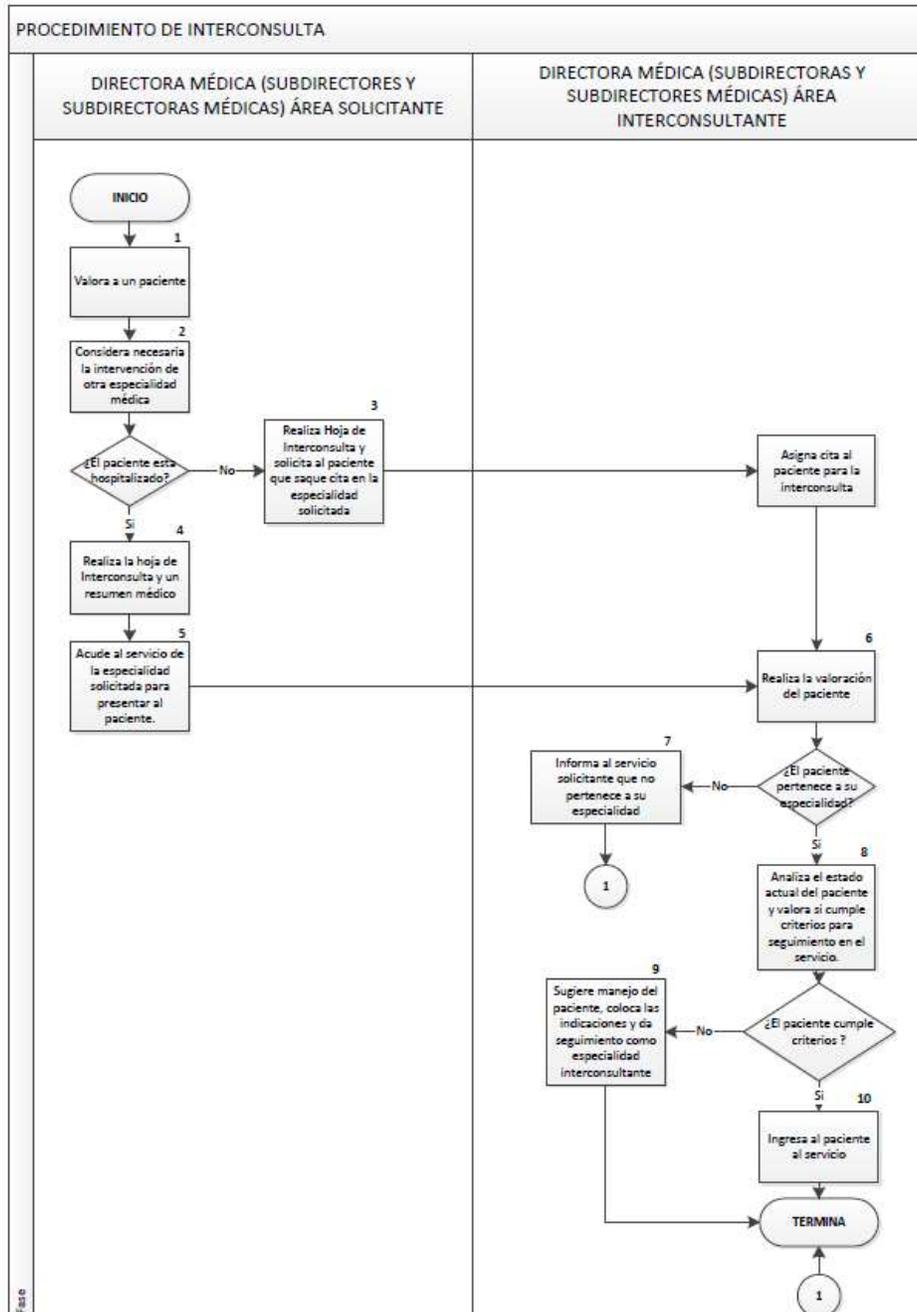
- 3.12 Las Subdirecciones Médicas, a través de sus Divisiones y Departamentos, son responsables de solicitar Interconsulta cuando sea necesario y el servicio Interconsultante después de su valoración médica podrá decidir su cambio de servicio, manejo conjunto o seguimiento.

	<b>PROCEDIMIENTO</b>
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>
	<b>Procedimiento de Interconsulta Hoja: 4 de 9</b>

#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

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

## 5. DIAGRAMA DE FLUJO



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>4. Procedimiento de Interconsulta</b>		<b>Hoja: 6 de 9</b>

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

## 7. REGISTROS

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

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

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

## 9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

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

## 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Solicitud de interconsulta
- 10.2 Nota de Evolución

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>4. Procedimiento de Interconsulta</b>		<b>Hoja: 7 de 9</b>

## 10.1 SOLICITUD DE INTERCONSULTA

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



FECHA DE SOLICITUD: _____ HORA DE SOLICITUD: _____ No. EXP.: _____ NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ SEXO: _____ CAMA: _____ SERVICIO SOLICITANTE: _____ INTERCONSULTA AL SERVICIO DE: _____ MOTIVO: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____  _____ PROFESIONAL DE LA SALUD NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL
---

LICENCIA SANITARIA 1014004673

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

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



**NOTA DE INTERCONSULTA**

HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"



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

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

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

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

MOTIVO DE LA ATENCIÓN:

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

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

DIAGNÓSTICOS O PROBLEMAS CLÍNICOS:

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

PLAN DE ESTUDIO:

SUGERENCIAS DIAGNÓSTICAS Y DE TRATAMIENTO:

TRATAMIENTO E INDICACIONES MÉDICAS:

PRONÓSTICO:

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

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



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>5. Procedimiento para la referencia de estudios auxiliares de diagnóstico o interconsulta en instituciones de apoyo</b>		Hoja: 1 de 14

## **5. PROCEDIMIENTO PARA LA REFERENCIA DE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO O INTERCONSULTA EN INSTITUCIONES DE APOYO**

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>5. Procedimiento para la referencia de estudios auxiliares de diagnóstico o interconsulta en instituciones de apoyo</b>		Hoja: 2 de 14

## 1. PROPÓSITO

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

## 2. ALCANCE

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

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

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

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>5. Procedimiento para la referencia de estudios auxiliares de diagnóstico o interconsulta en instituciones de apoyo</b>		Hoja: 3 de 14

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

	<b>PROCEDIMIENTO</b>
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>
	<b>Procedimiento para la referencia de estudios auxiliares de diagnóstico o interconsulta en instituciones de apoyo</b> Hoja: 4 de 14

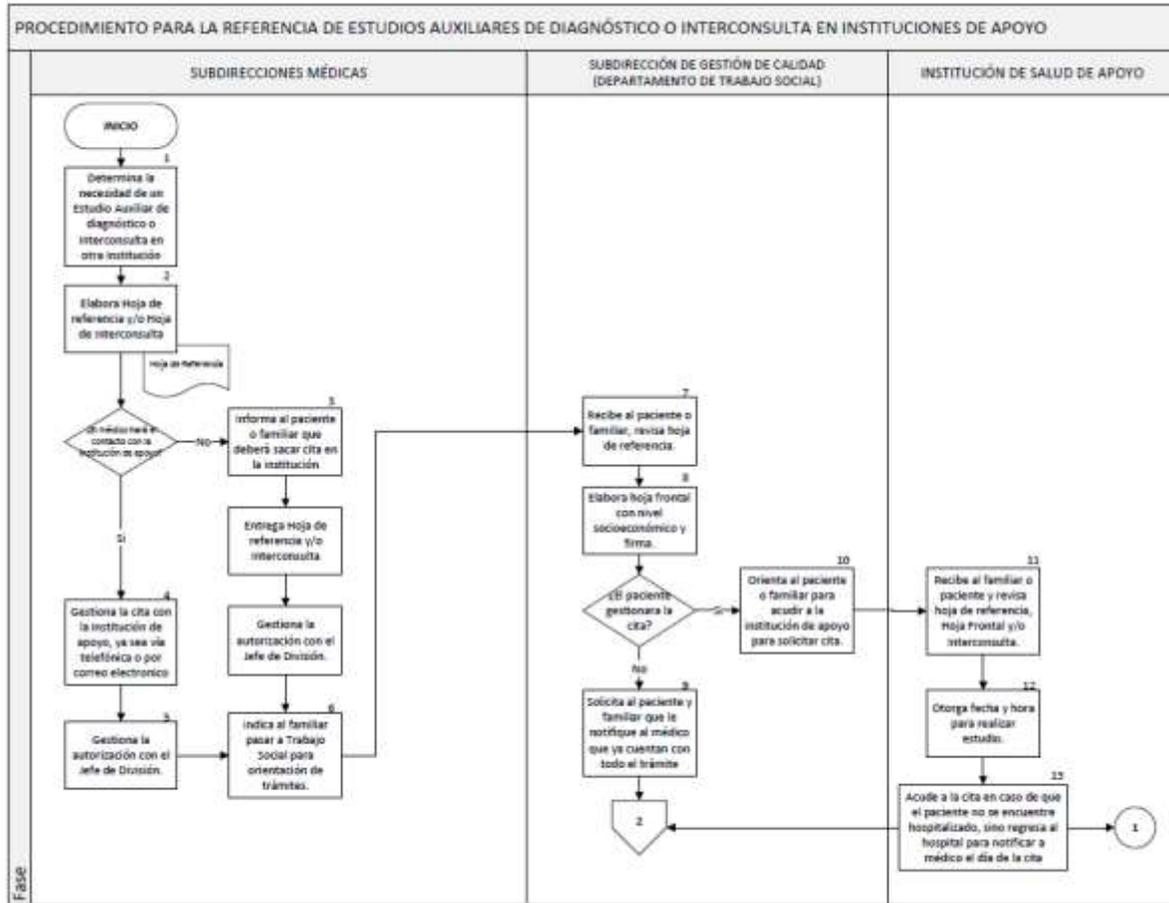
#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

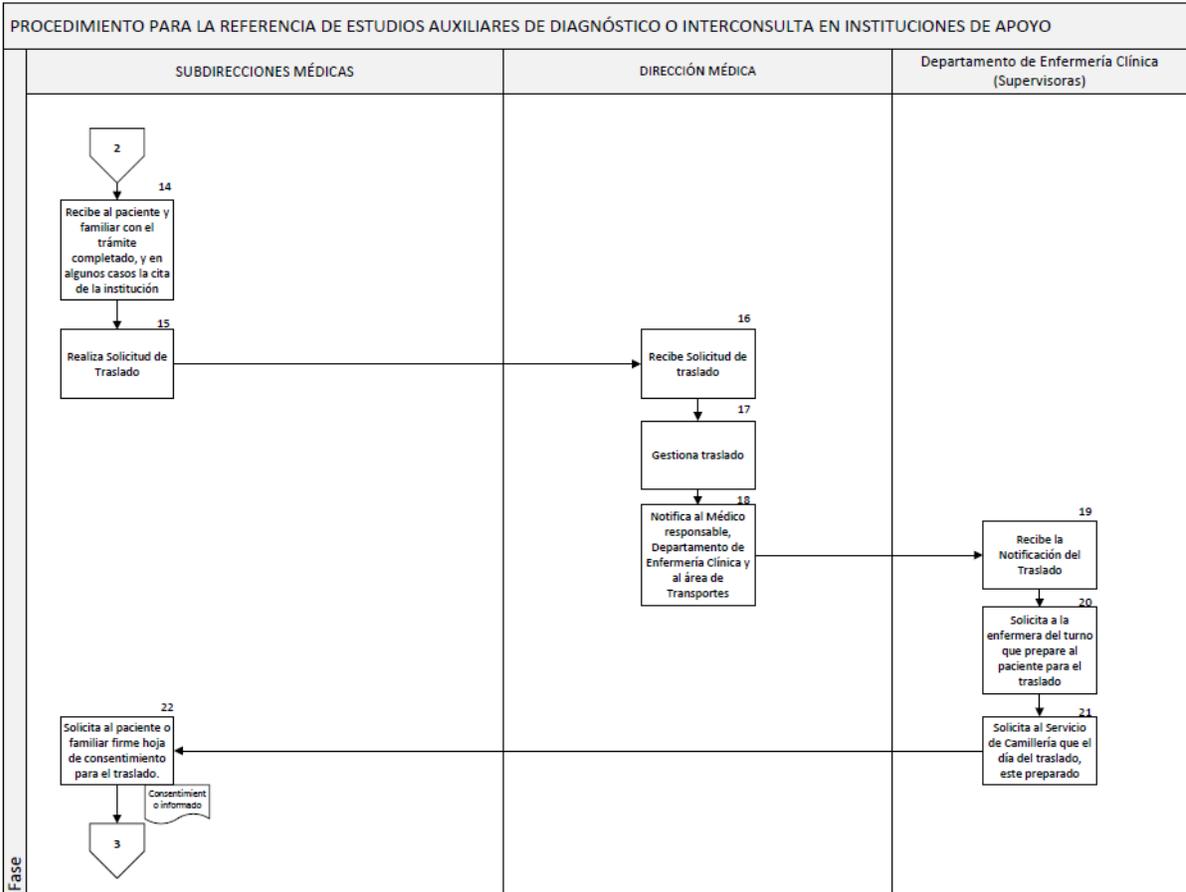
Responsable	No. Act.	Descripción de la Actividades	Documento o Anexo
SUBDIRECCIONES MÉDICAS	1	Determina la necesidad de un Estudio Auxiliar de diagnóstico o Interconsulta en otra Institución	Hoja de Referencia  Hoja de Interconsulta
	2	Elabora Hoja de Referencia y/o Hoja de Interconsulta  ¿El médico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

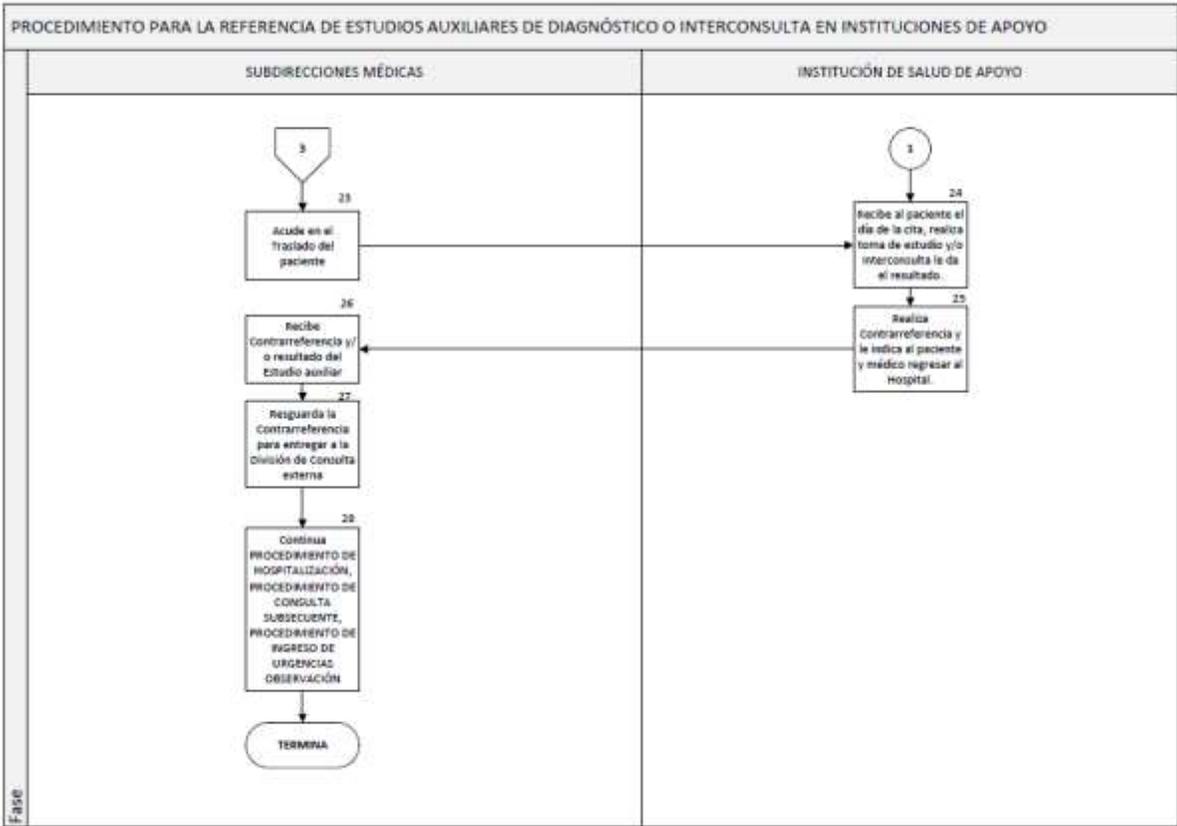
 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>PROCEDIMIENTO</b>	
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>	
	<b>Procedimiento para la referencia de estudios auxiliares de diagnóstico o interconsulta en instituciones de apoyo</b> Hoja: 5 de 14	

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

## 5. DIAGRAMA DE FLUJO







	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>Procedimiento para la referencia de estudios auxiliares de diagnóstico o interconsulta en instituciones de apoyo</b>		Hoja: 9 de 14

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

## 7. REGISTROS

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

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

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

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

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

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

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>Procedimiento para la referencia de estudios auxiliares de diagnóstico o interconsulta en instituciones de apoyo</b>		Hoja: 10 de 14

## 9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

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

## 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Hoja de Referencia y Contrarreferencia

10.2 Solicitud de Laboratorio

10.3 Solicitud de Gabinete

10.4 Hoja de Programación de Traslado

10.5 Hoja Frontal

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>Procedimiento para la referencia de estudios auxiliares de diagnóstico o interconsulta en instituciones de apoyo</b>		
			Hoja: 11 de 14

## 10.1 HOJA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA



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

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

06-01-0039

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

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

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

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>Procedimiento para la referencia de estudios auxiliares de diagnóstico o interconsulta en instituciones de apoyo</b>		Hoja: 12 de 14



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

FECHA _____	No. DE EXPEDIENTE _____
NOMBRE DEL PACIENTE _____	
SERVICIO QUE ATENDIÓ _____	
UNIDAD A LA QUE SE ENVÍA _____	
<b>MANEJO DEL PACIENTE:</b>	
TENSIÓN ARTERIAL _____ mm. Hg Frecuencia: CARDIACA _____ por min RESPIRATORIA _____ por min TEMPERATURA _____ °C PESO _____ Kg. TALLA _____ cm	
PADECIMIENTO ACTUAL	
_____	
_____	
_____	
TERAPÉUTICA EMPLEADA:	
_____	
_____	
_____	
ESTUDIOS CLÍNICOS (ANEXAR):	
_____	
_____	
_____	
_____	
DIAGNÓSTICO DE INGRESO/REFERENCIA:	
_____	
_____	
_____	
DIAGNÓSTICO DE INGRESO/CONTRAREFERENCIA:	
_____	
_____	
_____	
RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE:	
_____	
_____	
_____	

MÉDICO TRATANTE  
 NOMBRE COMPLETO  
 FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL

MÉDICO TRATANTE  
 NOMBRE COMPLETO  
 FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL

## 10.2 SOLICITUD DE LABORATORIO



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

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

NO UTILIZAR PAPEL CARBÓN EN LA ELABORACIÓN DE ESTA SOLICITUD. GRACIAS.					
<b>HEMATOLOGÍA</b>					
<input type="checkbox"/>	1565	BIOMETRÍA HEMÁTICA	<input type="checkbox"/>	1529	DEPURACIÓN DE CREATININA ORINA 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1604	RECuento DE RETICULOCITOS	<input type="checkbox"/>	1760	CISTATINA C
<input type="checkbox"/>	1593	ESTUDIO DE PLASMODIUM	<input type="checkbox"/>	1500	ÁCIDO ÚRICO EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1635	VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR	<input type="checkbox"/>	1519	BUN EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1535	EOSINOFILOS EN MOCO NASAL	<input type="checkbox"/>	1534	ELECTROLITOS EN ORINA 24 HORAS (Na, K, Cl)
<input type="checkbox"/>	1763	PROCALCITONINA	<input type="checkbox"/>	1731	CALCIO EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	1543	FOSFORO EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	1730	MAGNESIO EN ORINA DE 24 HORAS
<b>HEMOSTASIA</b>					
<input type="checkbox"/>	1607	TIEMPO DE PROTROMBINA	<input type="checkbox"/>	1505	AMILASA EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1609	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL	<input type="checkbox"/>	1502	ALBUMINA EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1608	TIEMPO DE TROMBINA	<input type="checkbox"/>	1616	MICROALBUMINA EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/>	1516	ANTITROMBINA III	<input type="checkbox"/>	1563	BILIRRUBINA TOTAL
<input type="checkbox"/>	1584	FIBRINOGENO	<input type="checkbox"/>	1564	BILIRRUBINA DIRECTA
<input type="checkbox"/>	1532	DIMERO D	<input type="checkbox"/>	1602	PROTEÍNAS TOTALES
<input type="checkbox"/>	1682	PROTEÍNA S	<input type="checkbox"/>	1503	ALBUMINA
<input type="checkbox"/>	1681	PROTEÍNA C CLOT	<input type="checkbox"/>	1553	ALT
<input type="checkbox"/>	1660	ANTICUAGULANTE LÚPICO TAMIZAJE	<input type="checkbox"/>	1654	AST
<input type="checkbox"/>	1661	ANTICUAGULANTE LÚPICO CONFIRMATORIO	<input type="checkbox"/>	1544	GGT
<input type="checkbox"/>	1677	FACTOR DE VON WILLEBRAND	<input type="checkbox"/>	1585	FOSFATASA ALCALINA
<input type="checkbox"/>	1670	CUANTIFICACIÓN DE FACTOR VII	<input type="checkbox"/>	1576	LDH
<input type="checkbox"/>	1671	CUANTIFICACIÓN DE FACTOR VIII	<input type="checkbox"/>	1552	AMILASA
<b>BIOQUÍMICA</b>					
<input type="checkbox"/>	1588	GLUCOSA	<input type="checkbox"/>	1615	LIPASA
<input type="checkbox"/>	1600	BUN	<input type="checkbox"/>	1659	AMONIO
<input type="checkbox"/>	1572	CREATININA	<input type="checkbox"/>	1573	CK
<input type="checkbox"/>	1636	ÁCIDO ÚRICO	<input type="checkbox"/>	1574	CK MB
<input type="checkbox"/>	1605	SODIO	<input type="checkbox"/>	1617	MIOGLOBINA
<input type="checkbox"/>	1648	POTASIO	<input type="checkbox"/>	1631	TROPONINA
<input type="checkbox"/>	1570	CLORURO	<input type="checkbox"/>	1522	CINÉTICA DE HIERRO
<input type="checkbox"/>	1568	CALCIO	<input type="checkbox"/>	1541	FERRITINA
<input type="checkbox"/>	1586	FÓSFORO	<input type="checkbox"/>	1611	TRANSFERRINA
<input type="checkbox"/>	1599	MAGNESIO	<input type="checkbox"/>	1590	HAPTOGLOBINA
<input type="checkbox"/>	1571	COLESTEROL TOTAL	<input type="checkbox"/>	1542	FOLATOS
<input type="checkbox"/>	1524	COLESTEROL HDL	<input type="checkbox"/>	1634	VITAMINA B12
<input type="checkbox"/>	1630	TRIGLICERIDOS	<input type="checkbox"/>	1643	PREALBUMINA
<input type="checkbox"/>	1517	APOLIPOPROTEÍNA A	<input type="checkbox"/>	1581	EXAMEN GENERAL DE ORINA
<input type="checkbox"/>	1518	APOLIPOPROTEÍNA B	<input type="checkbox"/>	1795	PEPTIDO NATRIURÉTICO TIPO B (BNP)
<input type="checkbox"/>	1594	HEMOGLOBINA GLUCOSILADA	<input type="checkbox"/>	1601	PROTEÍNA C REACTIVA
<input type="checkbox"/>	1545	GLUCOSA POSPRANDIAL			
<input type="checkbox"/>	1701	CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 2 HORAS			
<input type="checkbox"/>	1603	CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 3 HORAS			
<input type="checkbox"/>	1646	CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 5 HORAS			
<input type="checkbox"/>	1703	TAMIZ METABÓLICO			
<input type="checkbox"/>	1550	INSULINA			
<input type="checkbox"/>	1525	CREATININA EN ORINA			
<input type="checkbox"/>	1526	CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS			

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

### 10.3 SOLICITUD DE GABINETE

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

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>6. Procedimiento para la realización de estudios de laboratorio e imagen procedentes de otras instituciones de salud</b>		Hoja: 1 de 13

**6. PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS DE LABORATORIO E IMAGEN PROCEDENTES DE OTRAS INSTITUCIONES DE SALUD**

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		Hoja: 2 de 13
	<b>6. Procedimiento para la realización de estudios de laboratorio e imagen procedentes de otras instituciones de salud</b>		

## 1. PROPÓSITO

Establecer los lineamientos operativos para la atención del usuario externo que es referido por otra institución para la realización de Estudios Auxiliares de Diagnóstico, de laboratorio y/o gabinete, con la finalidad de regrese a la Unidad de Origen con el resultado que coadyuve al proceso diagnóstico y/o terapéutico del paciente.

## 2. ALCANCE

- 2.1. A nivel interno aplica al Departamento de Relaciones Públicas, que informa a los usuarios sobre las atenciones médicas y procesos administrativos, a la División de Consulta Externa, Referencia y Contrarreferencia, que atiende a los usuarios externos para la realización de estudios, el Departamento de Trabajo Social, que orienta y brinda atención a los usuarios, Departamento de Tesorería, registra y/o cobra las atenciones médicas, División de Radiología e Imagen, Departamento de Laboratorio Clínico y Departamento de Medicina Nuclear, que realizan los diversos estudios.
- 2.2. A nivel externo aplica a los pacientes provenientes de otras Instituciones de Salud que acude al Hospital General “Dr. Manuel Gea González” para la realización de estudios de laboratorio y gabinete

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través de la División de Consulta Externa, Referencia y Contrarreferencia es responsable de verificar que el usuario externo cuente con la hoja de referencia de la institución de Salud que lo envía especificando el tipo de laboratorio o estudio de imagen solicitado y en su caso con la muestra adecuada para su procesamiento y debe realizar el formato institucional de dichos estudios.
- 3.2 La Dirección General a través del Departamento de Relaciones Públicas es responsable de recibir al paciente enviado de otra institución de salud, revisar la Hoja de Referencia (solicitud) e informar sobre los procesos administrativos para la realización de los estudios.
- 3.3 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través de la División de Radiología e Imagen es responsable valorar y en su caso autorizar los estudios Auxiliares de Diagnóstico solicitados con la firma correspondiente.
- 3.4 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional, a través de la División de Radiología e Imagen, del Departamento de Laboratorio Clínico, del Departamento de Medicina Nuclear son responsables de recibir las solicitudes en conjunto con el recibo correspondiente y otorga cita o recibe muestras, así como de emitir el resultado de cada estudio solicitado e informar al paciente el tiempo o la fecha en que deberá acudir a recogerlo.

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>PROCEDIMIENTO</b>
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>
	<b>Procedimiento para la realización de estudios de laboratorio e imagen procedentes de otras instituciones de salud</b> Hoja: 3 de 13

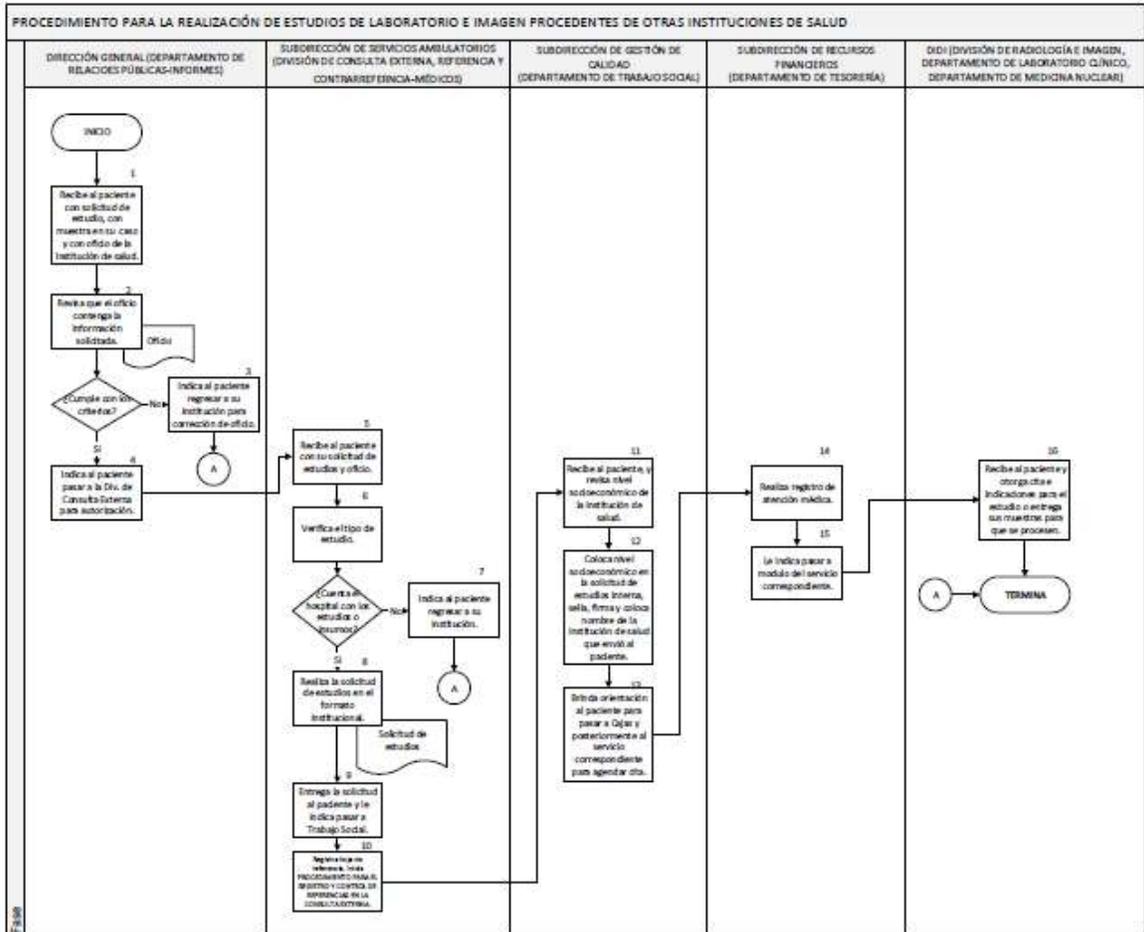
#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o anexo
Director General (Jefa de Departamento de Relaciones Públicas)	1	Recibe al paciente con solicitud de estudio, con muestra en su caso y con oficio de la Institución de salud.	Oficio
	2	Revisa que el oficio contenga la información solicitada.  ¿Cumple con los criterios?	
	3	No: Indica al paciente regresar a su institución para corrección de oficio. Termina procedimiento.	
	4	Si: Indica al paciente pasar a la Div. de Consulta Externa para autorización.	
Subdirectora de Servicios Ambulatorios (Jefa de División de Consulta Externa, Referencia y Contrarreferencia)	5	Recibe al paciente con su solicitud de estudios y oficio.	Solicitud de estudios
	6	Verifica el tipo de estudio.  ¿Cuenta el hospital con los estudios o insumos?	
	7	No: Indica al paciente regresar a su institución. Termina procedimiento.	
	8	Si: Realiza la solicitud de estudios en el formato institucional.	
	9	Entrega la solicitud al paciente y le indica pasar a Trabajo Social.	
	10	Registra hoja de referencia, inicia PROCEDIMIENTO PARA EL REGISTRO Y CONTROL DE REFERENCIAS EN LA CONSULTA EXTERNA.	

	<b>PROCEDIMIENTO</b>
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>
	<b>Procedimiento para la realización de estudios de laboratorio e imagen procedentes de otras instituciones de salud</b> Hoja: 4 de 13

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o anexo
Subdirector de Gestión de Calidad (Jefa de Departamento de Trabajo Social)	11	Recibe al paciente, y revisa nivel socioeconómico de la institución de salud.	
	12	Coloca nivel socioeconómico en la solicitud de estudios interna, sella, firma y coloca nombre de la institución de salud que envió al paciente.	
	13	Brinda orientación al paciente para pasar a Cajas y posteriormente al servicio correspondiente para agendar cita.	
Subdirector de Recursos Financieros (Jefa de Departamento de Tesorería)	14	Realiza registro o cobro de atención médica.	
	15	Le indica pasar a modulo del servicio correspondiente.	
Dirección de Integración y Desarrollo Institucional (Jefe de División de Radiología e Imagen, Jefa de Departamento de Laboratorio Clínico, Jefe de Departamento de Medicina Nuclear)	16	Recibe al paciente y otorga cita e indicaciones para el estudio o entrega sus muestras para que se procesen.	
<b>TERMINA</b>			

**5. DIAGRAMA DE FLUJO**



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	Subdirección de Servicios Ambulatorios		Hoja: 6 de 13
	<b>6. Procedimiento para la realización de estudios de laboratorio e imagen procedentes de otras instituciones de salud</b>		

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

## 7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Solicitud de estudios: Laboratorio clínico. Solicitud de Estudios de Radiología e Imagen. Solicitud de estudios de Medicina Nuclear Hospital General "Dr. Manuel Gea González"	3 años	Depto. De Medicina Nuclear, Depto. de Laboratorio Clínico y División de Radiología e Imagen.	No aplica

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

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

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

**8.3 Estudio de laboratorio:** Un análisis clínico o prueba de laboratorio es un tipo de exploración confirmatoria, la solicita un médico al laboratorio clínico para confirmar o descartar un diagnóstico.

**8.4 Estudios de radiología e imagen:** Son el conjunto de estudios, que, mediante la tecnología, obtienen y procesan imágenes del cuerpo humano.

## 9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

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

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>6. Procedimiento para la realización de estudios de laboratorio e imagen procedentes de otras instituciones de salud</b>		Hoja: 7 de 13

## **10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO**

- 10.1 Solicitud de Estudios: Laboratorio Clínico.**
- 10.2 Solicitud de Estudios: Radiología e Imagen**
- 10.3 Solicitud de estudios del departamento de medicina nuclear**

**10.1 HOJA DE ESTUDIOS DE LABORATORIO**

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

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

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

HEMATOLOGÍA	
<input type="checkbox"/> 1565	BIOMETRÍA HEMÁTICA
<input type="checkbox"/> 1604	RECuento DE RETICULOCITOS
<input type="checkbox"/> 1593	ESTUDIO DE PLASMOQUIM
<input type="checkbox"/> 1635	VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR
<input type="checkbox"/> 1535	EOSINÓFILOS EN MOCO NASAL
<input type="checkbox"/> 1763	PROCALCITONINA
HEMOSTASIA	
<input type="checkbox"/> 1607	TIEMPO DE PROTROMBINA
<input type="checkbox"/> 1609	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL
<input type="checkbox"/> 1608	TIEMPO DE TROMBINA
<input type="checkbox"/> 1518	ANTITROMBINA III
<input type="checkbox"/> 1584	FIBRINOGENO
<input type="checkbox"/> 1532	DÍMERO D
<input type="checkbox"/> 1882	PROTEÍNA S
<input type="checkbox"/> 1661	PROTEÍNA C CLOT
<input type="checkbox"/> 1880	ANTICUAGULANTE LÚPICO TAMIZAJE
<input type="checkbox"/> 1881	ANTICUAGULANTE LÚPICO CONFIRMATORIO
<input type="checkbox"/> 1677	FACTOR DE VON WILLEBRAND
<input type="checkbox"/> 1870	CUANTIFICACIÓN DE FACTOR VII
<input type="checkbox"/> 1671	CUANTIFICACIÓN DE FACTOR VIII
BIOQUÍMICA	
<input type="checkbox"/> 1588	GLUCOSA
<input type="checkbox"/> 1600	BUN
<input type="checkbox"/> 1572	CREATININA
<input type="checkbox"/> 1836	ÁCIDO ÚRICO
<input type="checkbox"/> 1605	SODIO
<input type="checkbox"/> 1648	POTASIO
<input type="checkbox"/> 1570	CLORURO
<input type="checkbox"/> 1668	CALCIO
<input type="checkbox"/> 1586	FÓSFORO
<input type="checkbox"/> 1589	MAGNESIO
<input type="checkbox"/> 1571	COLESTEROL TOTAL
<input type="checkbox"/> 1524	COLESTEROL HDL
<input type="checkbox"/> 1630	TRIGLICERIDOS
<input type="checkbox"/> 1517	APOLIPOPROTEÍNA A
<input type="checkbox"/> 1518	APOLIPOPROTEÍNA B
<input type="checkbox"/> 1594	HEMOGLOBINA GLICOSILADA
<input type="checkbox"/> 1545	GLUCOSA POSPRANDIAL
<input type="checkbox"/> 1701	CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 2 HORAS
<input type="checkbox"/> 1603	CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 3 HORAS
<input type="checkbox"/> 1646	CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 5 HORAS
<input type="checkbox"/> 1703	TAMIZ METABÓLICO
<input type="checkbox"/> 1590	INSULINA
<input type="checkbox"/> 1525	CREATININA EN ORINA
<input type="checkbox"/> 1526	CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1529	DEPURACIÓN DE CREATININA ORINA 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1760	CISTATINA C
<input type="checkbox"/> 1500	ÁCIDO ÚRICO EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1519	BUN EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1534	ELECTROLITOS EN ORINA 24 HORAS (Na, K, Cl)
<input type="checkbox"/> 1731	CALCIO EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1543	FÓSFORO EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1730	MAGNESIO EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1505	AMILASA EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1502	ALBÚMINA EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1616	MICROALBÚMINA EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1583	BILIRRUBINA TOTAL
<input type="checkbox"/> 1564	BILIRRUBINA DIRECTA
<input type="checkbox"/> 1602	PROTEÍNAS TOTALES
<input type="checkbox"/> 1503	ALBÚMINA
<input type="checkbox"/> 1553	ALT
<input type="checkbox"/> 1554	AST
<input type="checkbox"/> 1544	GGT
<input type="checkbox"/> 1585	FOSFATASA ALCALINA
<input type="checkbox"/> 1576	LDH
<input type="checkbox"/> 1552	AMILASA
<input type="checkbox"/> 1615	LIPASA
<input type="checkbox"/> 1659	AMONIO
<input type="checkbox"/> 1573	CK
<input type="checkbox"/> 1574	CK MB
<input type="checkbox"/> 1617	MIOGLOBINA
<input type="checkbox"/> 1631	TROPONINA
<input type="checkbox"/> 1522	CINÉTICA DE HIERRO
<input type="checkbox"/> 1541	FERRITINA
<input type="checkbox"/> 1611	TRANSFERRINA
<input type="checkbox"/> 1590	HAPTÓGLOBINA
<input type="checkbox"/> 1542	FOLATOS
<input type="checkbox"/> 1634	VITAMINA B12
<input type="checkbox"/> 1643	PREALBÚMINA
<input type="checkbox"/> 1561	EXAMEN GENERAL DE ORINA
<input type="checkbox"/> 1785	PEPTIDO NATRIURÉTICO TIPO B (BNP)
<input type="checkbox"/> 1601	PROTEÍNA C REACTIVA

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

<input type="checkbox"/>	1505	ANTIESTREPTOLISINAS
<input type="checkbox"/>	1503	FACTOR REUMATOIDE
<input type="checkbox"/>	1501	NIVELES DE ÁCIDO VALPRÓICO
<input type="checkbox"/>	1521	NIVELES DE CARBAMACEPINA
<input type="checkbox"/>	1531	NIVELES DE DIGOXINA
<input type="checkbox"/>	1538	NIVELES DE FENITOÍNA
<input type="checkbox"/>	1540	NIVELES DE FENOBARBITAL
<input type="checkbox"/>	1527	NIVELES DE TEOFILINA
<input type="checkbox"/>	1552	ESTUDIO CITOQUÍMICO DE LIQ. BIOLÓGICOS
<input type="checkbox"/>	1566	COMPLEMENTO 3
<input type="checkbox"/>	1567	COMPLEMENTO 4
<input type="checkbox"/>	1595	INMUNOGLOBULINA A
<input type="checkbox"/>	1596	INMUNOGLOBULINA G
<input type="checkbox"/>	1597	INMUNOGLOBULINA M
<b>INMUNOLOGÍA</b>		
<input type="checkbox"/>	1549	INMUNOGLOBULINA E
<input type="checkbox"/>	1761	ACS. ANTIPEPTIDOCICLICOCITRULINADO (ANTI-CCP)
<input type="checkbox"/>	1506	ACS. ANTI DNA
<input type="checkbox"/>	1507	ACS. ANTINUCLEARES
<input type="checkbox"/>	1508	ACS. ANTI RNP
<input type="checkbox"/>	1509	ACS. ANTI Sm
<input type="checkbox"/>	1510	ACS. ANTI SSA
<input type="checkbox"/>	1511	ACS. ANTI SSB
<input type="checkbox"/>	1515	ACS. ANTI MITOCONDRIA
<input type="checkbox"/>	1737	ANTICUERPOS ANTICARDIOLIPINAS G
<input type="checkbox"/>	1738	ANTICUERPOS ANTICARDIOLIPINAS M
<input type="checkbox"/>	1941	ACS. IgG ANTI MPO
<input type="checkbox"/>	1844	ACS. IgG ANTI PR3
<input type="checkbox"/>	1558	ACS. IgM ANTI CITOMEGALOVIRUS
<input type="checkbox"/>	1557	ACS. IgM ANTI CITOMEGALOVIRUS
<input type="checkbox"/>	1758	ACS. IgG 1 ANTI HERPES SIMPLE
<input type="checkbox"/>	1759	ACS. IgG 2 ANTI HERPES SIMPLE
<input type="checkbox"/>	1512	ACS. IgM ANTI HERPES SIMPLE
<input type="checkbox"/>	1589	ACS. IgG ANTI RUBÉOLA
<input type="checkbox"/>	1580	ACS. IgM ANTI RUBÉOLA
<input type="checkbox"/>	1561	ACS. IgG ANTI TOXOPLASMA
<input type="checkbox"/>	1562	ACS. IgM ANTI TOXOPLASMA
<input type="checkbox"/>	1813	ACS. V.I.H.
<input type="checkbox"/>	1840	ACS. IgM ANTI HEPATITIS A
<input type="checkbox"/>	1513	ACS. ANTI ANTÍGENO CORE DE LA HEPATITIS B
<input type="checkbox"/>	1847	ACS. IgM ANTI ANTÍGENO CORE DE LA HEPATITIS B
<input type="checkbox"/>	1991	ACS. ANTI ANTÍGENO DE SUPERFICIE DE LA HEPATITIS B
<input type="checkbox"/>	1514	ANTÍGENO DE SUPERFICIE DE LA HEPATITIS B
<input type="checkbox"/>	1504	ACS. ANTI ANTÍGENO e DE LA HEPATITIS B
<input type="checkbox"/>	1528	ANTÍGENO e DE LA HEPATITIS B
<input type="checkbox"/>	1582	ACS. ANTI HEPATITIS C
<input type="checkbox"/>	1812	ACS. ANTI Treponema pallidum
<input type="checkbox"/>	1822	REACCIONES FEBRILES
<input type="checkbox"/>	1717	HORMONA ESTIMULANTE DE TIROIDES (TSH)
<input type="checkbox"/>	1720	HORMONA TRIYODOTIRONINA (T 3)
<input type="checkbox"/>	1726	HORMONA TRIYODOTIRONINA LIBRE (FT3)
<input type="checkbox"/>	1721	HORMONA TIROXINA (T4)
<input type="checkbox"/>	1722	HORMONA TIROXINA LIBRE (FT4)
<input type="checkbox"/>	1728	HORMONA TIROGLOBULINA (TG)
<input type="checkbox"/>	1705	ACS. ANTI TIROGLOBULINA (TGAb)
<input type="checkbox"/>	1757	ACS. ANTIPEROXIDASA
<input type="checkbox"/>	1754	PARATHORMONA
<input type="checkbox"/>	1714	HORMONA ESTRADIOL (E2)

<b>INMUNOLOGÍA</b>		
<input type="checkbox"/>	1718	HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE (FSH)
<input type="checkbox"/>	1719	HORMONA LUTEINIZANTE (LH)
<input type="checkbox"/>	1724	HORMONA PROGESTERONA
<input type="checkbox"/>	1725	HORMONA PROLACTINA (PRL)
<input type="checkbox"/>	1715	HORMONA GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA B
<input type="checkbox"/>	1727	HORMONA TESTOSTERONA
<input type="checkbox"/>	1716	HORMONA DE CRECIMIENTO HUMANO (HGH)
<input type="checkbox"/>	1712	CORTISOL
<input type="checkbox"/>	1713	DEHIDROANDROESTERONA SULFATADA (DHEA-S)
<input type="checkbox"/>	1708	ANTÍGENO CARCINOEMBRIÓNARIO
<input type="checkbox"/>	1723	OSTASA (FOSFATASA ALCALINA ÓSEA, BAP)
<input type="checkbox"/>	1709	ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO TOTAL (PSA)
<input type="checkbox"/>	1710	ANTÍGENO PROSTÁTICO ESP. FRACC. LIBRE (FPSA)
<input type="checkbox"/>	1704	ALFA FETO PROTEÍNA (AFP)
<input type="checkbox"/>	1706	ANTÍGENO CA-125
<input type="checkbox"/>	1707	ANTÍGENO CA-15-3
<input type="checkbox"/>	1711	ANTÍGENO CA-19-9
<b>MICROBIOLOGÍA</b>		
<input type="checkbox"/>	1580	CULTIVO DE EXUDADO FARÍNGEO
<input type="checkbox"/>	1536	CULTIVO DE NASAL
<input type="checkbox"/>	1537	CULTIVO DE EXUDADO URETRAL
<input type="checkbox"/>	1538	CULTIVO EXUDADO VAGINAL
<input type="checkbox"/>	1620	CULTIVO DE MYCOPLASMA
<input type="checkbox"/>	1632	CULTIVO DE UREAPLASMA
<input type="checkbox"/>	1575	CHLAMYDIA
<input type="checkbox"/>	1691	CULTIVO DE EXUDADO VULVAR (Toma de muestra solo VULVA)
<input type="checkbox"/>	1693	CULTIVO DE HERIDAS Ó ABSCESOS
<input type="checkbox"/>	1533	CULTIVO DE ESPERMA (ESPERMOCULTIVO)
<input type="checkbox"/>	1546	CULTIVO DE SANGRE (HEMOCULTIVO)
<input type="checkbox"/>	1619	CULTIVO DE MÉDULA ÓSEA (MIELOCULTIVO)
<input type="checkbox"/>	1633	CULTIVO DE ORINA (UROCULTIVO)
<input type="checkbox"/>	1692	CULTIVO DE HECEs FECALES (CORPOCULTIVO)
<input type="checkbox"/>	1689	CULTIVO DE EXPECTORACIÓN
<input type="checkbox"/>	1698	CULTIVO DE SECRECIÓN BRONQUIAL
<input type="checkbox"/>	1686	CULTIVO DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO
<input type="checkbox"/>	1697	CULTIVO DE LÍQUIDOS BIOLÓGICOS
<input type="checkbox"/>	1688	CULTIVO DE CATÉTER
<input type="checkbox"/>	1527	CULTIVO DE ANAEROBIOS
<input type="checkbox"/>	1685	CULTIVO AMBIENTAL
<input type="checkbox"/>	1523	COAGLUTINACIÓN DE LCR
<input type="checkbox"/>	1624	ROTAVIRUS
<input type="checkbox"/>	1629	TINTA CHINA
<input type="checkbox"/>	1657	BAAR EN EXPECTORACIÓN (TRES MUESTRAS)
<input type="checkbox"/>	1655	BAAR EN CONTENIDO GÁSTRICO
<input type="checkbox"/>	1656	BAAR EN LCR
<input type="checkbox"/>	1579	EXAMEN COPROPARASITOSCÓPICO (3 MUESTRAS)
<input type="checkbox"/>	1551	AMIBA EN FRESCO
<input type="checkbox"/>	1606	TÉCNICA DE GRAHAM (OXIUROS)
<input type="checkbox"/>	1598	LEUCOCITOS EN MOCO FECAL
<input type="checkbox"/>	1625	SANGRE OCULTA EN HECEs
<input type="checkbox"/>	1577	ESPERMATOBIOSCOPIA DIRECTA
<b>CLAVES PARA PAGO DE ESTUDIOS DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL</b>		
<input type="checkbox"/>	2603	GPO Rb
<input type="checkbox"/>	2607	COOMBS DIRECTO
<input type="checkbox"/>	2608	COOMBS INDIRECTO
AM-126 Versión: Mayo 2015		

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	Subdirección de Servicios Ambulatorios		Hoja: 10 de 13
	<b>6. Procedimiento para la realización de estudios de laboratorio e imagen procedentes de otras instituciones de salud</b>		

### 10.2 HOJA DE ESTUDIOS DE GABINETE

HOSPITAL GENERAL <b>"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"</b> SOLICITUD DE ESTUDIOS RADIOLOGÍA E IMAGEN			FECHA DE NACIMIENTO <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>						
			NÚMERO DE EXPEDIENTE <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>						
IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			EDAD <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>						
APELLIDO PATERNO	MATERNO	NOMBRE (S)	No. DE CAMA <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>						
AREA <input type="radio"/> C. E. <input type="radio"/> HOSP. <input type="radio"/> URG. <input type="radio"/> EXTERNO		SERVICIO <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	SEXO MASC. <input type="radio"/> FEM. <input type="radio"/>						
ESTUDIO SOLICITADO (MARCAR CLAVE AL REVERSO) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			URGENTE SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>						
DATOS CLÍNICOS E IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA									
FECHA Y HORA DE SOLICITUD <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">DÍA</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">MES</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">HORA:</td> <td colspan="2" style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></td> </tr> </table>		DÍA	MES	AÑO	HORA:			MÉDICO SOLICITANTE NOMBRE Y FIRMA <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>	MÉDICO JEFE DEL SERVICIO NOMBRE Y FIRMA <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>
DÍA	MES	AÑO							
HORA:									
OBSERVACIONES POR RADIOLOGÍA E IMAGEN									
INDICACIONES AL PACIENTE									

NOMBRE DEL ESTUDIO	
<b>RADIODIAGNÓSTICO</b>	
1953	Tórax en General y Abdomen (Ap y Lateral)
1943	Placa Simple Adicional 11X14
1946	Placa Simple Adicional 14X17
1964	Tórax Óseo (placa para estómago)
1985	Tórax Óseo AP y oblicuo
1918	Columna Vertebral Cervical (2 posiciones)
1919	Columna Vertebral Dorsal Lumbar (2 posiciones)
1920	Columna Vertebral Lumbar (2 posiciones)
1990	Ap Dinámicas de Columna Cervical
1991	Ap Dinámicas de Columna Lumbar
2000	Laterales Dinámicas de Columna Cervical
2001	Laterales Dinámicas de Columna Lumbar
2002	Oblicuas de Columna Cervical
2003	Oblicuas de Columna Lumbar
2004	Oblicuas de Columna Torácica
1939	Pelvis
1940	Perilogramas
1949	Senos paranasales
1958	Watters (placa estudio senos paranasales 1 placa)
1967	Fémur AP y Lateral
1968	Hombro AP y Oblicuas
1969	Húmero AP y Lateral
1970	Pie AP y Lateral
1971	Pie AP y Oblicuas
1972	Placa AP y Lateral de Articulación
1974	Placa de Pies con Apoyo
1976	Placa para Arco Cigomático (HIRZT)
1977	Placa Toma Base de Cráneo (TOWNE)
1978	Placa AP y Oblicuas de Mano
1979	Radiocarpiana Muñeca
1980	Rodilla AP y Lateral
1981	Serie Cardíaca
1982	Tibia y Peroné AP y Lateral
1983	Tobillo AP y Lateral
1986	Alar y Obturatriz de Pelvis
1987	Ap de Cadera
1988	Ap de Cadera en Rotación Externa
1989	Ap de Tobillo en Varo
1911	Cefalopelvimetría
1938	Órbita y Agujeros Ópticos
1992	Ap Transoral
1993	Ap y Lateral de Antebrazo
1994	Ap y Lateral de Codo
1995	Ap y Lateral de Columna Torácica
1996	Lateral de Cadera
1997	Lateral de Cráneo
1998	Lateral de Mano
1999	Lateral de Tobillo con Cajón Anterior
2005	Pie en Proyección de Perfil en Apoyo (Proyección de Gauche)
2006	Pies en Proyección de Guntz (Rayo Posterior)
2007	Proyección Axilar de Hombro
2008	Proyección de Entrada y Salida de Pelvis
2009	Proyección de Túnel de Rodilla
2010	Proyección en Y de Escápula
2011	Proyección Especial para Sesamoideos en Apoyo
2012	Proyecciones Especiales de Calcáneo (3)
2013	Tangencial de Rótula a 30 y 60 grados
2014	Transtorácica de Hombro
2016	Ap de Tobillo en Valgo
<b>ESTUDIOS ESPECIALES</b>	
1912	Cistografía
1913	Colangiografía percutánea postoperatoria
1914	Colangiografía Retrógrada
1915	Colecistografía Intravenosa
1916	Colecistografía Oral
1917	Colon por Enema
1924	Esófagrama o Tránsito Esofágico
1955	Urografía Excretora
1927	Fistulografía
1928	Flebografía
1929	Histerosalpingografía
1930	Intestino Delgado-Tránsito Intestinal
1931	Laringografía
1950	Serie Gastroduodenal
1951	Sialografías
1954	Uretriciogramas
1957	Venografía
<b>TOMOGRAFÍA COMPUTADA</b>	
2100	Tomografía, una región sin medio de contraste
2101	Tomografía, dos regiones sin medio de contraste
2106	Tomografía una región con medio de contraste
2105	Tomografía dos regiones con medio de contraste
2104	Tomografía tres regiones con medio de contraste
2103	Tomografía cuatro regiones con medio de contraste
2102	Biopsia Guiada por TAC (Pulmón, Hígado y Páncreas)
2107	Drenaje Percutáneo Guiado por Tomografía (Tórax y/o Abdomen)
<b>RESONANCIA MAGNÉTICA</b>	
2250	Resonancia Magnética, una región con medio de contraste
2251	Resonancia Magnética, una región sin medio de contraste
<b>ULTRASONIDO</b>	
2152	Ultrasonido en General
1973	Doppler continuo
2150	Eco cardiograma
2158	Biopsia con Aguja Fina Guiada por Ultrasonido
2154	Marcaje Guiado por Ultrasonido
<b>MASTOGRAFÍA</b>	
1932	Mamografía
2201	Biopsia por Aspiración con Aguja Fina y Gruesa
2155	Biopsia de Mama con Aguja Gruesa Guiada por Ultrasonido
2200	Biopsia Guiada por Esterotaxia con Aguja Gruesa y Marcajes
2202	Marcajes Guiados por Ultrasonido
2153	Marcaje Guiado por Esterotaxia
2015	Biopsia de Mama con Aguja Gruesa Guiada por Esterotaxia
<b>INTERVENCIONISMO ENDOVASCULAR</b>	
1900	Angio Carotídea
1901	Angio Cerebral
1903	Angiografía Mesentérica Inferior
1904	Angiografía Mesentérica Superior
1905	Angiografía Tronco Celíaco
1906	Aortografía
1907	Aortografía Abdominal
1908	Arteriografía
1959	Arteriografía Miembros Inferiores
1960	Arteriografía Miembros Superiores
2017	Embolizaciones Vasculares y Tumorales
1966	Embolización (hígado, bazo, riñón y masas tumorales)
<b>INTERVENCIONISMO NO ENDOVASCULAR</b>	
1922	Drenaje de Vía Biliar
1923	Drenaje Percutáneo Renal s/set
1961	Artrografía de Cadera
1962	Artrografía de Hombro
1963	Artrografía de Muñeca
1964	Artrografía de Rodilla
1965	Colangio Percutánea
1935	Mielografía
1926	Esplenopografía
1948	Abdomen simple Pie /Decúbito

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	Subdirección de Servicios Ambulatorios		Hoja: 12 de 13
	6. Procedimiento para la realización de estudios de laboratorio e imagen procedentes de otras instituciones de salud		

### 10.3 SOLICITUD DE ESTUDIOS DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA NUCLEAR

P-53



Hospital General Dr. Manuel Gea González  
Departamento de Medicina Nuclear

**SOLICITUD DE ESTUDIO GAMMAGRÁFICO Y TAMIZ NEONATAL**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Número de registro: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Cama No. \_\_\_\_\_

Servicio solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha de la solicitud: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Marque con una cruz el estudio solicitado en el espacio que antecede a la clave de cobro:

CARDIOLOGÍA	
<input type="checkbox"/> 2340 Valoración de Corto circuitos Cardíacos	<input type="checkbox"/> 2350 Fracción de expulsión ventricular (MUGA)
<input type="checkbox"/> 2344 Gammagrafía perfusoria con 201 Tl/99mTc-MIBI	
ENDOCRINOLOGÍA - PEDIATRÍA	
<input type="checkbox"/> 2320 Determinación del índice de captación de 131I	<input type="checkbox"/> 2330 Gammagrama Tiroideo con 99mTcO4
<input type="checkbox"/> 2348 Gammagrama Tiroideo con 131I	
GASTROENTEROLOGÍA - PEDIATRÍA - URGENCIAS	
<input type="checkbox"/> 2300 Búsqueda de Mucosa Gástrica Ectópica	<input type="checkbox"/> 2317 Gammagrafía de Glándulas Salivales
<input type="checkbox"/> 2301 Búsqueda de Reflujo- Gastroesofágico	<input type="checkbox"/> 2319 Gammagrafía de Vías Biliares
<input type="checkbox"/> 2302 Búsqueda de Sangrado de Tubo Digestivo	<input type="checkbox"/> 2324 Gammagrafía Hepato - esplénica
<input type="checkbox"/> 2313 Gammagrafía con eritrocitos Dañados (Bazo)	<input type="checkbox"/> 2352 Gammagrama de vaciamiento gástrico
<input type="checkbox"/> 2314 Gammagrafía de tránsito esofágico	
INFECTOLOGÍA - PEDIATRÍA	
<input type="checkbox"/> 2339 Rastreo con Leucocitos Marcados	<input type="checkbox"/> 2316 Gammagrama articular con 99mTcO4
URGENCIAS	
<input type="checkbox"/> 2327 Gammagrama Pulmonar Ventilatorio	<input type="checkbox"/> 2332 Gammagrama Pulmonar Perfusorio/ Ventilatorio
UROLOGÍA - NEFROLOGÍA - ONCOLOGÍA	
<input type="checkbox"/> 2325 Gammagrama óseo de una a tres fases	<input type="checkbox"/> 2346 Gammagrafía renal con furosemide F. Glomerular
<input type="checkbox"/> 2328 Gammagrafía Renal con DTPA- 99mTcO4	<input type="checkbox"/> 2349 Gammagrafía Renal con MAG-3- 99mTcO4
<input type="checkbox"/> 2345 Gammagrafía renal con DTPA con Captopril	<input type="checkbox"/> 2351 Gammagrafía Renal con DMSA- 99mTcO4
VASCULAR - PERIFÉRICO	
<input type="checkbox"/> 2326 Gammagrafía venosa de miembros inferiores	<input type="checkbox"/> 2333 Linfogammagrafía
<input type="checkbox"/> 2341 Venocavogammagrafía	
ONCOLOGÍA	
<input type="checkbox"/> 2305 Rastreo con 67Ca	<input type="checkbox"/> 2337 Rastreo con Metadobenzilguanidina
<input type="checkbox"/> 2315 Gammagrafía Paratiroidea	<input type="checkbox"/> 2338 Rastreo con Octeotrido
<input type="checkbox"/> 2335 Rastreo con Norcolesterol	<input type="checkbox"/> 2347 Terapia del dolor con Estroncio/ Samario
<input type="checkbox"/> 2336 Rastreo corporal con 131I	<input type="checkbox"/> 2353 Viabilidad Tumoral con Tallo/MIBI
NEUROLOGÍA	
<input type="checkbox"/> 2303 Cisternogammagrafía	<input type="checkbox"/> 2321 Gammagrafía Cerebral con ECD-99 TcO4
TERAPIA CON YODO RADIOACTIVO - OTORRINOLARINGOLOGÍA - ONCOLOGÍA	
<input type="checkbox"/> 2308 Dosis de Yodo -131 de 1 a 10mCi (131I)	<input type="checkbox"/> 2309 Dosis de Yodo - 131 de 11 a 30mCi (131I)
TRAUMA - ORTOPEDIA	
<input type="checkbox"/> 2325 Gammagrama ósea de 1 a 3 fases	<input type="checkbox"/> 2318 Gammagrama de Medula Ósea
PEDIATRÍA - NEONATOLOGÍA	
<input type="checkbox"/> 2342 Tamiz Metabólico Neonatal ampliado	
TOMOGRÁFIA POR EMISIÓN DE POSITRONES (PET)	
<input type="checkbox"/> 2343 PET/CT (Especifique el órgano de estudio):	
OTROS ESTUDIOS	
<input type="checkbox"/> Especifique el estudio gammagráfico :	

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

Cédula Profesional: \_\_\_\_\_



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Subdirección de Servicios Ambulatorios

6. Procedimiento para la realización de estudios de laboratorio e imagen procedentes de otras instituciones de salud



Rev. 0

Hoja: 13 de 13



Hospital General Dr. Manuel Gea González  
Departamento de Medicina Nuclear

SOLICITUD DE ESTUDIO GAMMAGRÁFICO Y TAMIZ NEONATAL

RESUMEN CLÍNICO:

Formulario for clinical summary with multiple rows for patient information and medical history.

DIAGNÓSTICO:

Formulario for diagnosis with multiple rows for patient information and medical history.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>7. Procedimiento para el registro y control de referencias en la Consulta Externa</b>		<b>Hoja: 1 de 5</b>

## **7. PROCEDIMIENTO PARA EL REGISTRO Y CONTROL DE REFERENCIAS EN LA CONSULTA EXTERNA**

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>7. Procedimiento para el registro y control de referencias en la Consulta Externa</b>		<b>Hoja: 2 de 5</b>

## 1. PROPÓSITO

Establecer los lineamientos para el registro y adecuado control de las Referencias enviadas por otras Unidades Médicas al Hospital General “Dr. Manuel Gea González” para poder generar información estadística confiable.

## 2. ALCANCE

- 2.1. A nivel interno aplica a la, Subdirecciones Médicas y a la Subdirección de Servicios Ambulatorios a través de la División de Consulta Externa, Referencia y Contrarreferencia quienes reciben y resguardan las hojas de Referencia y Contrarreferencia.
- 2.2. A nivel externo no aplica, es un procedimiento interno.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

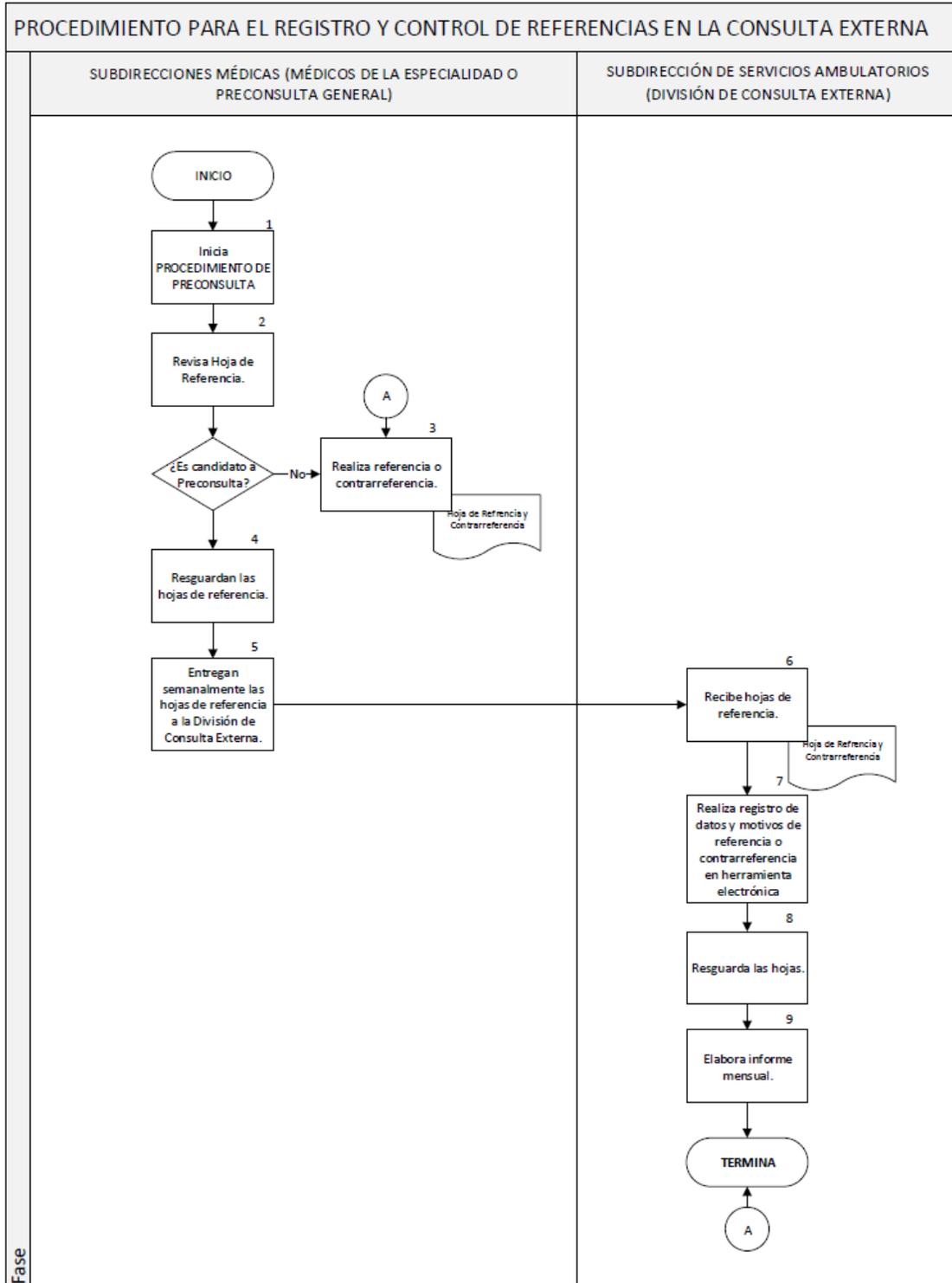
- 3.1. Las Subdirecciones Médicas y la Subdirección de Servicios Ambulatorios a través de la División de Consulta Externa, Referencia y Contrarreferencia son las responsables de recibir las Hojas de Referencia.
- 3.2. Las Subdirecciones Médicas deben entregar periódicamente las Hojas de Referencia recibidas a la División de Consulta Externa, Referencia y Contrarreferencia para su registro y resguardo.
- 3.3 La Subdirección de Servicios Ambulatorios a través de la División de Consulta Externa, Referencia y Contrarreferencia es responsable de recabar las Hojas de Referencia y realizar el registro correcto de los datos y entregar el informe mensual de estos datos.

	<b>PROCEDIMIENTO</b>
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>
	<b>Procedimiento para el registro y control de referencias en la Consulta Externa Hoja: 3 de 5</b>

#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o anexo
Subdirecciones Médicas (Médicos de la Especialidad o Preconsulta General)	1	Inicia PROCEDIMIENTO DE PRECONSULTA.	Hoja de Referencia y Contrarreferencia
	2	Revisa Hoja de Referencia. ¿Es candidato a Preconsulta?	
	3	No: Realiza referencia o contrarreferencia, termina procedimiento.	
	4	Si: Resguardan las hojas de referencia.	
	5	Entregan semanalmente las hojas de referencia a la División de Consulta Externa, Referencia y Contrarreferencia.	
Subdirectora de Servicios Ambulatorios (Jefa de División de Consulta Externa)	6	Recibe hojas de referencia.	
	7	Realiza registro de datos y motivos de referencia o contrarreferencia en herramienta electrónica.	
	8	Resguarda las hojas.	
	9	Elabora informe mensual.	
		<b>TERMINA</b>	

## 5. DIAGRAMA DE FLUJO



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	Subdirección de Servicios Ambulatorios		
	<b>7. Procedimiento para el registro y control de referencias en la Consulta Externa</b>		Hoja: 5 de 5

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

## 7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Hoja de Referencias y Contrarreferencia	3 años	División de Consulta Externa, Referencia y Contrarreferencia	No aplica

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

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

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

## 9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

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

## 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 No aplica.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 01
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>8. Procedimiento de toma y procesamiento de muestras en los diferentes servicios de consulta</b>		Hoja: 1 de 13

**8. PROCEDIMIENTO DE TOMA Y PROCESAMIENTO DE MUESTRAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA**

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 01
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>8. Procedimiento de toma y procesamiento de muestras en los diferentes servicios de consulta</b>		Hoja: 2 de 13

## 1. PROPÓSITO

Establecer las actividades de todo el personal del Departamento de Laboratorio Clínico involucrado en la toma y procesamiento de muestras en todos los servicios de Consulta Externa del Hospital General Dr. Manuel Gea González, para la entrega de resultandos de manera eficiente y con calidad para apoyo diagnóstico y terapéutico del paciente.

## 2. ALCANCE

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

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 Las Subdirecciones Médicas están conformadas por la Subdirección de Cirugía, Subdirección de Pediatría, Subdirección de Anestesia y Terapias y Subdirección de Urgencias y Medicina.
- 3.2 Las Subdirecciones Médicas son responsables de solicitar los estudios de laboratorio en la consulta externa, mediante la solicitud de laboratorio debidamente requisitada y firmada.
- 3.3 Las Subdirecciones Médicas son responsables de informar al paciente que deberá programar su cita en el Laboratorio Clínico de lunes a viernes en días hábiles en un horario de 9:30 a 14:00, así como las condiciones apropiadas en las que debe acudir a su cita, ya que en caso contrario de no cumplir las condiciones no se podrá realizar la toma de muestra.
- 3.4 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través del Departamento de Laboratorio Clínico es responsable de solo realizar la toma de muestra y procesar los estudios de laboratorio que ya cuenten con pago de cuota de recuperación o que cuenten con una exención de pago parcial o total autorizada.
- 3.5 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través del Departamento de Laboratorio Clínico es responsable de realizar la toma de muestra de los pacientes de lunes a viernes en días hábiles en un horario de 6:30 a 8:00 am, en caso de que el paciente no acude en este horario se reprogramara su cita.
- 3.6 Las Subdirecciones Médicas son responsables de solicitar a la Dirección Médica el envío de muestras a otras Instituciones de Salud, en caso de que el estudio no esté incluido en el Cuadro Básico de Estudios.
- 3.7 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través del Departamento de Laboratorio Clínico son responsables de instruir al paciente de la forma en como tomar las muestras en su

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 01
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>8. Procedimiento de toma y procesamiento de muestras en los diferentes servicios de consulta</b>		Hoja: 3 de 13

domicilio, el uso del recipiente adecuado, así como, donde debe colocar las etiquetas con código de barras. En caso contrario no se recibirán las muestras.

	<b>PROCEDIMIENTO</b>
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>
	<b>Procedimiento de toma y procesamiento de muestras en los diferentes servicios de consulta</b>

#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Subdirectores y Subdirectoras Médicas (Jefes y Jefas de División y Departamentos Médicos)	1	Realiza PROCEDIMIENTO DE PRE CONSULTA O PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE LA CONSULTA EXTERNA	Solicitud de Estudios de Laboratorio
	2	Solicita Estudios de Laboratorio	
	3	Solicita al paciente que saque cita nuevamente en el servicio	
	4	Envía al paciente a que realice el pago de los Estudios de Laboratorio	
Subdirector de Recursos Financieros (Área de Cajas)	5	Recibe la Solicitud de Laboratorio	Recibo de Pago
	6	Revisa el tabulador de cuotas e indica el costo final al paciente	
	7	Realiza el cobro de los estudios de laboratorio	
	8	Entrega el recibo de pago con dos copias	
	9	Envía al paciente al Laboratorio Clínico para que programe su cita.	
Director de Integración y Desarrollo Institucional (Jefa de Departamento de Laboratorio Clínico)	10	Recibe al paciente y le solicita los recibos y la solicitud de laboratorio	Hoja de Indicaciones del Laboratorio Clínico
	11	Registra al paciente en el Sistema, anotando sus datos generales y los estudios solicitados	Reporte de Resultados
	12	Asigna la cita dependiendo de su cita de seguimiento del servicio solicitante	
	13	Entrega al paciente la Hoja de Indicaciones del Laboratorio Clínico	
	14	Recibe al paciente el día de su toma de muestra	
	15	Verifica que el paciente se encuentre citado	
	16	Revisa las muestras que el paciente trae de su domicilio, en caso de que aplique	

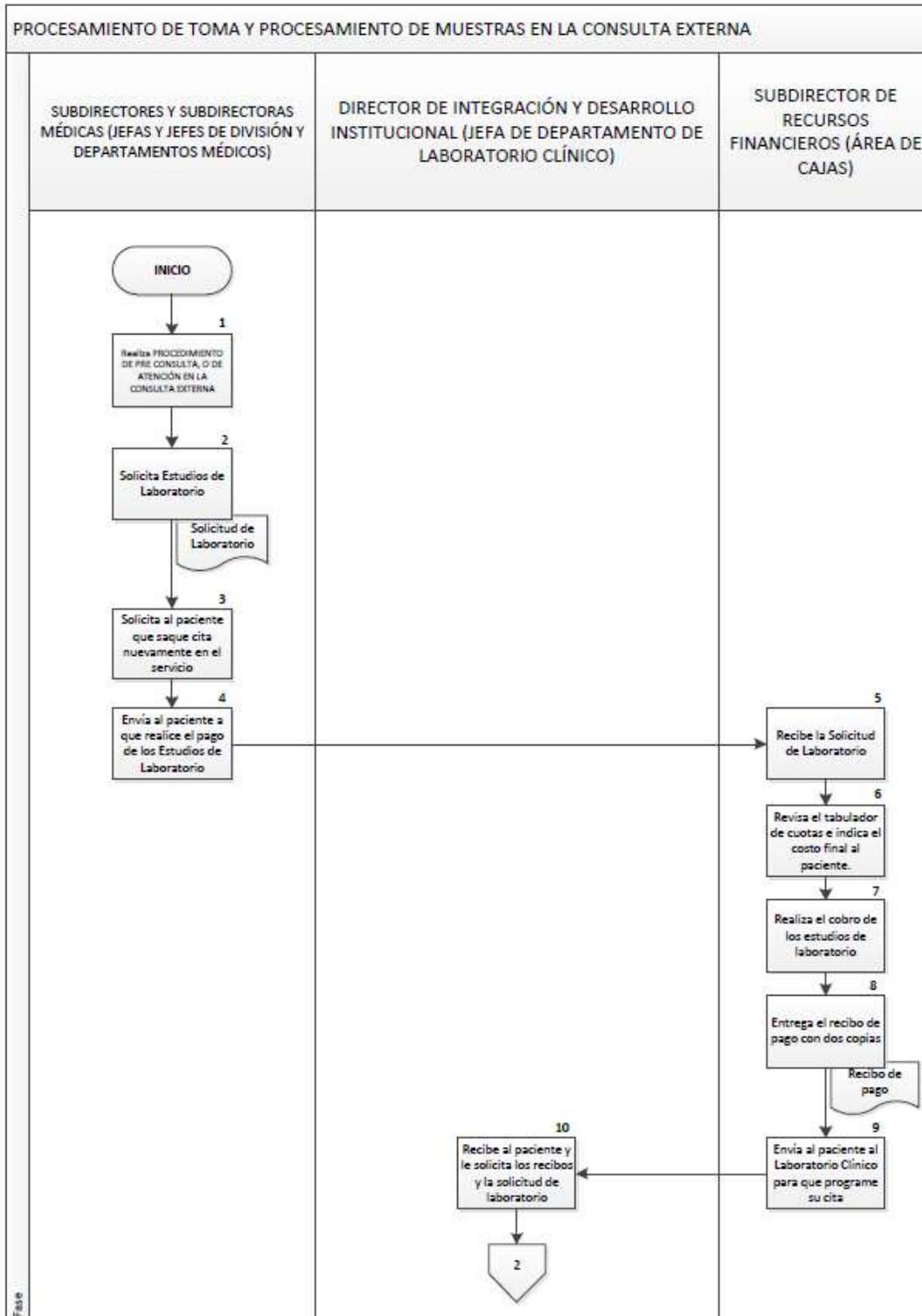
	<b>PROCEDIMIENTO</b>		
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>Procedimiento de toma y procesamiento de muestras en los diferentes servicios de consulta</b>		

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Director de Integración y Desarrollo Institucional (Jefa de Departamento de Laboratorio Clínico) Médicos)		¿Las muestras cumplen los criterios necesarios?	
	17	No: Devuelve las muestras al paciente y reprograma la cita del paciente, termina procedimiento	
	18	Si: Recibe las muestras y le indica al paciente que espere su turno para la toma del resto de las muestras.	
	19	Coloca las Etiquetas en los recipientes necesarios	
	20	Realiza la Toma de muestra	
	21	Verifica la Calidad de la Muestra	
		¿La muestra cumple todos los criterios?	
	22	No: Notifica al paciente para reprogramar su cita y tomar nuevamente la muestra, termina procedimiento	
	23	Si: Prepara la muestra	
	24	Procesa la muestra	
	25	Valida resultados	
	26	Realiza Reporte de Resultados junto valores de referencia	
27	Carga el reporte final a la base de datos		
28	Entrega los resultados al paciente en la fecha establecida		
		<b>TERMINA</b>	

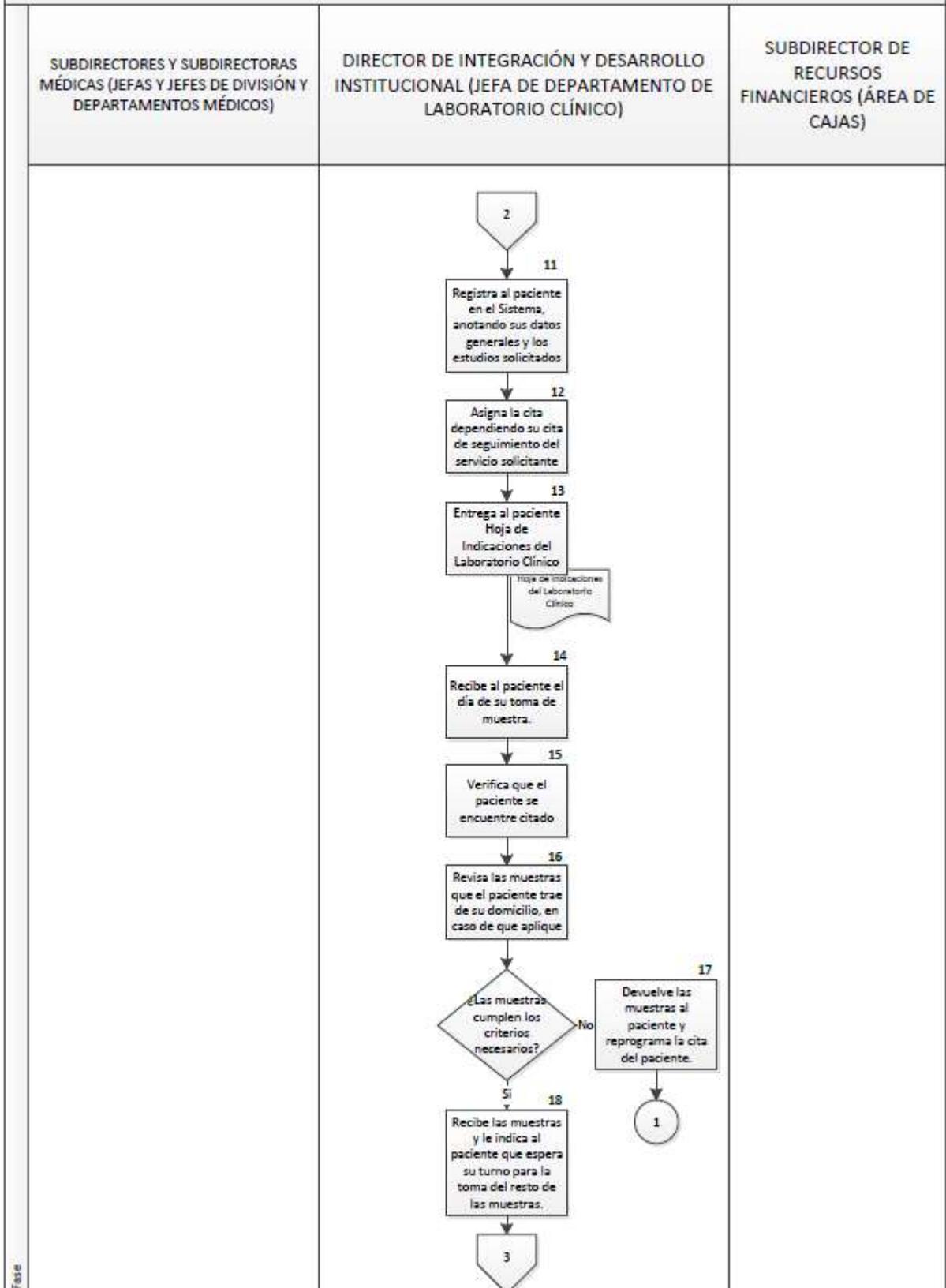
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 01
	Subdirección de Servicios Ambulatorios		Hoja: 6 de 13
	<b>8. Procedimiento de toma y procesamiento de muestras en los diferentes servicios de consulta</b>		

## 5. DIAGRAMA DE FLUJO

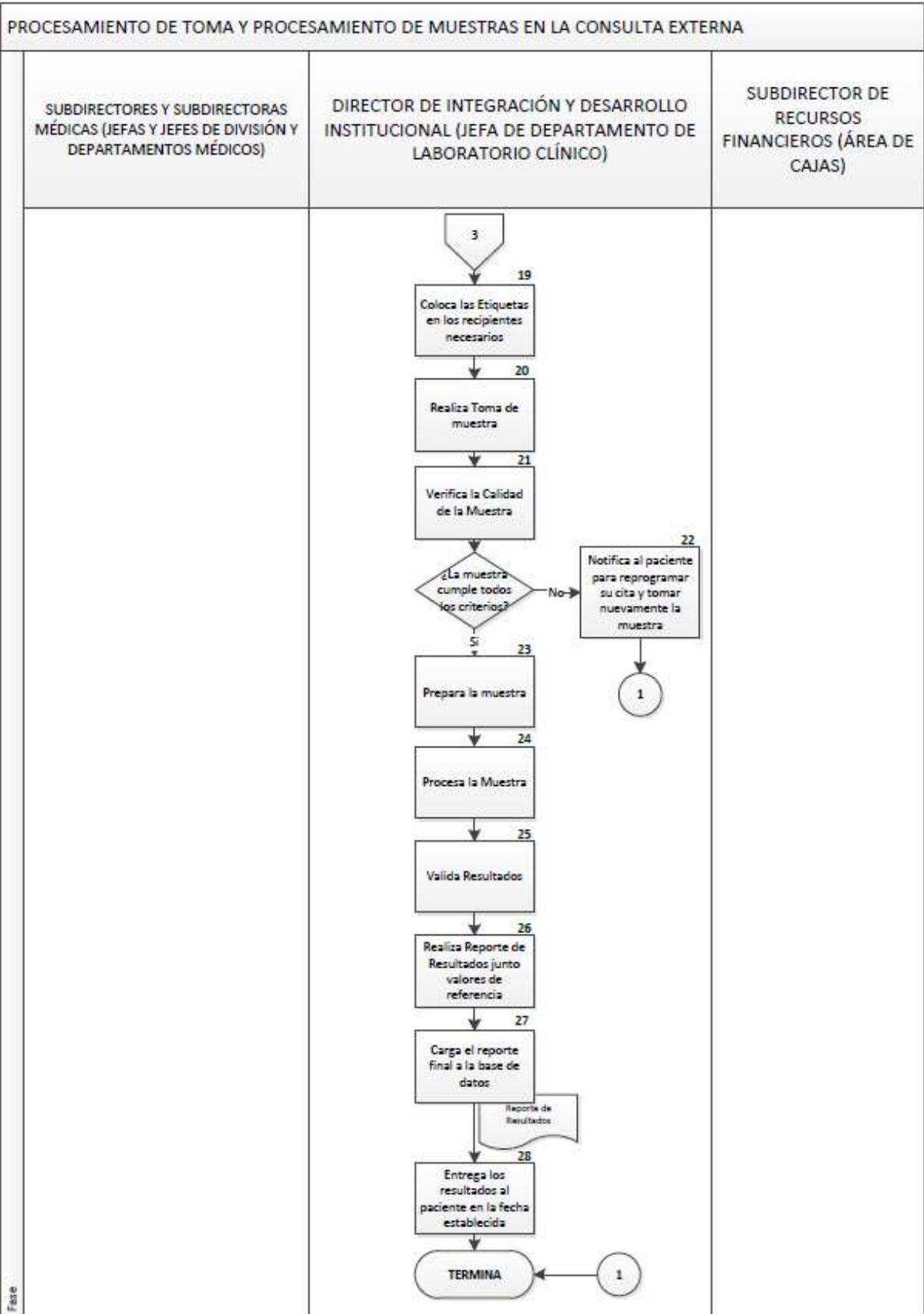


	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 01
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>8. Procedimiento de toma y procesamiento de muestras en los diferentes servicios de consulta</b>		Hoja: 7 de 13

**PROCESAMIENTO DE TOMA Y PROCESAMIENTO DE MUESTRAS EN LA CONSULTA EXTERNA**



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 01
	Subdirección de Servicios Ambulatorios		
	<b>8. Procedimiento de toma y procesamiento de muestras en los diferentes servicios de consulta</b>		Hoja: 8 de 13



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 01
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>8. Procedimiento de toma y procesamiento de muestras en los diferentes servicios de consulta</b>		Hoja: 9 de 13

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

## 7. REGISTROS

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

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Calidad:** Grado en que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.
- 8.2 Característica:** Rasgo diferenciador
- 8.3 Código de barras:** Es un código basado en la representación mediante un conjunto de líneas verticales de distinto grosor y espaciado que en su conjunto contienen una determinada información. De este modo, el código de barras permite reconocer rápidamente a un artículo en un punto de la cadena logística y así poder realizar inventario, o consultar sus características asociadas. En el laboratorio se usa para identificar a los pacientes y los estudios solicitados por el médico, para que estos últimos puedan ser reconocidos por los lectores de los analizadores.
- 8.4 Cuadro Básico de Estudios de Urgencias del Laboratorio Clínico:** Conjunto de estudios que se procesan en el Laboratorio Clínico, durante las 24 horas, los 365 días del año.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 01
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		Hoja: 10 de 13
	<b>8. Procedimiento de toma y procesamiento de muestras en los diferentes servicios de consulta</b>		

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

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

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

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

## 9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

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

## 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Solicitud de Laboratorio

10.2 Hoja de Indicaciones del Laboratorio Clínico

10.3 Reporte de Resultados

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 01
	Subdirección de Servicios Ambulatorios		
	<b>8. Procedimiento de toma y procesamiento de muestras en los diferentes servicios de consulta</b>		Hoja: 11 de 13

### 10.1 SOLICITUD DE LABORATORIO



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

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

NO UTILIZAR PAPEL CARBÓN EN LA ELABORACIÓN DE ESTA SOLICITUD. GRACIAS.	
<b>HEMATOLOGÍA</b>	
<input type="checkbox"/> 1565 BIOMETRÍA HEMÁTICA	<input type="checkbox"/> 1529 DEPURACIÓN DE CREATININA ORINA 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1604 RECUENTO DE RETICULOCITOS	<input type="checkbox"/> 1760 CISTATINA C
<input type="checkbox"/> 1593 ESTUDIO DE PLASMODIUM	<input type="checkbox"/> 1500 ÁCIDO ÚRICO EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1635 VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR	<input type="checkbox"/> 1519 BUN EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1535 EOSINOFILOS EN MOCO NASAL	<input type="checkbox"/> 1534 ELECTROLITOS EN ORINA 24 HORAS (Na, K, Cl)
<input type="checkbox"/> 1763 PROCALCITONINA	<input type="checkbox"/> 1731 CALCIO EN ORINA DE 24 HORAS
<b>HEMOSTASIA</b>	
<input type="checkbox"/> 1607 TIEMPO DE PROTROMBINA	<input type="checkbox"/> 1543 FOSFORO EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1609 TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL	<input type="checkbox"/> 1730 MAGNESIO EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1608 TIEMPO DE TROMBINA	<input type="checkbox"/> 1505 AMLASA EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1516 ANTITROMBINA III	<input type="checkbox"/> 1502 ALBUMINA EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1584 FIBRINOGENO	<input type="checkbox"/> 1616 MICROALBUMINA EN ORINA DE 24 HORAS
<input type="checkbox"/> 1532 DIMERO D	<input type="checkbox"/> 1563 BILIRRUBINA TOTAL
<input type="checkbox"/> 1682 PROTEÍNA S	<input type="checkbox"/> 1564 BILIRRUBINA DIRECTA
<input type="checkbox"/> 1681 PROTEÍNA C CLOT	<input type="checkbox"/> 1602 PROTEÍNAS TOTALES
<input type="checkbox"/> 1660 ANTICUAGULANTE LÚPICO TAMIZAJE	<input type="checkbox"/> 1503 ALBUMINA
<input type="checkbox"/> 1661 ANTICUAGULANTE LÚPICO CONFIRMATORIO	<input type="checkbox"/> 1553 ALT
<input type="checkbox"/> 1677 FACTOR DE VON WILLEBRAND	<input type="checkbox"/> 1554 AST
<input type="checkbox"/> 1670 CUANTIFICACIÓN DE FACTOR VII	<input type="checkbox"/> 1544 GGT
<input type="checkbox"/> 1671 CUANTIFICACIÓN DE FACTOR VIII	<input type="checkbox"/> 1585 FOSFATASA ALCALINA
<b>BIOQUÍMICA</b>	
<input type="checkbox"/> 1588 GLUCOSA	<input type="checkbox"/> 1576 LDH
<input type="checkbox"/> 1600 BUN	<input type="checkbox"/> 1552 AMLASA
<input type="checkbox"/> 1572 CREATININA	<input type="checkbox"/> 1615 LIPASA
<input type="checkbox"/> 1636 ÁCIDO ÚRICO	<input type="checkbox"/> 1659 AMONIO
<input type="checkbox"/> 1605 SODIO	<input type="checkbox"/> 1573 CK
<input type="checkbox"/> 1648 POTASIO	<input type="checkbox"/> 1574 CK MB
<input type="checkbox"/> 1570 CLORURO	<input type="checkbox"/> 1617 MIOGLOBINA
<input type="checkbox"/> 1568 CALCIO	<input type="checkbox"/> 1631 TROPONINA
<input type="checkbox"/> 1586 FOSFORO	<input type="checkbox"/> 1522 CINÉTICA DE HIERRO
<input type="checkbox"/> 1599 MAGNESIO	<input type="checkbox"/> 1541 FERRITINA
<input type="checkbox"/> 1571 COLESTEROL TOTAL	<input type="checkbox"/> 1611 TRANSFERRINA
<input type="checkbox"/> 1524 COLESTEROL HDL	<input type="checkbox"/> 1590 HAPTOGLOBINA
<input type="checkbox"/> 1630 TRIGLICERIDOS	<input type="checkbox"/> 1542 FOLATOS
<input type="checkbox"/> 1517 APOLIPOPROTEÍNA A	<input type="checkbox"/> 1634 VITAMINA B12
<input type="checkbox"/> 1518 APOLIPOPROTEÍNA B	<input type="checkbox"/> 1643 PREALBUMINA
<input type="checkbox"/> 1594 HEMOGLOBINA GLUCOSILADA	<input type="checkbox"/> 1581 EXAMEN GENERAL DE ORINA
<input type="checkbox"/> 1545 GLUCOSA POSPRANDIAL	<input type="checkbox"/> 1795 PÉPTIDO NATRIURÉTICO TIPO B (BNP)
<input type="checkbox"/> 1701 CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 2 HORAS	<input type="checkbox"/> 1601 PROTEÍNA C REACTIVA
<input type="checkbox"/> 1603 CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 3 HORAS	
<input type="checkbox"/> 1646 CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 5 HORAS	
<input type="checkbox"/> 1703 TAMIZ METABÓLICO	
<input type="checkbox"/> 1550 INSULINA	
<input type="checkbox"/> 1525 CREATININA EN ORINA	
<input type="checkbox"/> 1526 CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS	

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

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 01
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>8. Procedimiento de toma y procesamiento de muestras en los diferentes servicios de consulta</b>		Hoja: 12 de 13

## 10.2 HOJA DE INDICACIONES DE LABORATORIO CLÍNICO



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



FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN DE MUESTRAS:		FECHA DE CITA:	<b>24 de agosto de 2018</b>
NOMBRE:	<b>CASTILLO VALLE, CIRA CARMEN</b>	SEXO:	F
FECHA DE NAC:	14/07/1960	EDAD:	58 años
SERVICIO:	C.Urología	FOLIO:	24080065
No. DE REGISTRO:	765879	RECIBO:	B 393671
DIAGNOSTICO:		CAMA:	
MEDICO:	FERNANDEZ		

**FAVOR DE PRESENTARSE DE 6:30am A 7:30 am**

**\*\* IMPORTANTE \*\***

**\*\* LOS PACIENTES MENORES DE EDAD, DISCAPACITADOS O DE LA 3a EDAD, DEBEN PRESENTARSE CON UN FAMILIAR**

**\*\*\* ESTA ES SU FICHA PARA RECOGER RESULTADOS \*\*\***

**\*\* LOS PACIENTES RECOGERÁN SUS RESULTADOS, UN DÍA ANTES O EL MISMO DÍA DE SU CITA CON EL MÉDICO, EN EL AREA DE TOMA DE MUESTRAS, DE LA TORRE DE ESPECIALIDADES, DE LUNES A VIERNES DE 8:00 A 13:00 HRS.**

**\*\* POR SEGURIDAD E HIGIENE LE SUPPLICAMOS NO TIRAR EL ALGODON AL PISO, FAVOR DE DEPOSITARLO EN UN BOTE DE BASURA**

### Perfiles

BIOMETRIA HEMATICA, HEMOGLOBINA GLICOSILADA, EXAMEN GENERAL DE ORINA, SEDIMENTO URINARIO, UROCULTIVO

### Pruebas

Glucosa, BUN, Urea (Calculada), Creatinina, Ácido urico

### Indicaciones

Sin tomar alimentos por la mañana (Sin desayunar). Tener por lo menos 8 horas de ayuno.  
 Recolectar la primera orina de la mañana.  
 En caso de estar menstruando no recolectar muestra.  
 Sin tratamiento con antibiótico 8 días antes de la cita  
 Recien bañado  
 Seguir indicaciones del Laboratorio

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 01
	Subdirección de Servicios Ambulatorios		
	<b>8. Procedimiento de toma y procesamiento de muestras en los diferentes servicios de consulta</b>		Hoja: 13 de 13

### 10.3 REPORTE DE RESULTADOS



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



NOMBRE:	<b>VILLA AVILA, MARIA</b>	FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN DE MUESTRAS:	24-ago-2018 6:41:24
FECHA DE NAC:	08/01/1948	FECHA DE CITA:	<b>24 de agosto de 2018</b>
SERVICIO:	C.Neurología	SEXO:	F
No. DE REGISTRO:	743392	EDAD:	70 años
DIAGNOSTICO:	EPILEPSIA/DM/HTA	FOLIO:	24080008
MEDICO:	JUAN PABLO VENZOR	RECIBO:	B 383850
		CAMA:	

Copia de Laboratorio

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

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

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>9. Procedimiento para programar y elaborar estudios radiológicos y de imagenología</b>		<b>Hoja: 1 de 7</b>

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

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		<b>Hoja: 2 de 7</b>
	<b>9. Procedimiento para programar y elaborar estudios radiológicos y de imagenología</b>		

## 1. PROPÓSITO

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

## 2. ALCANCE

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

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

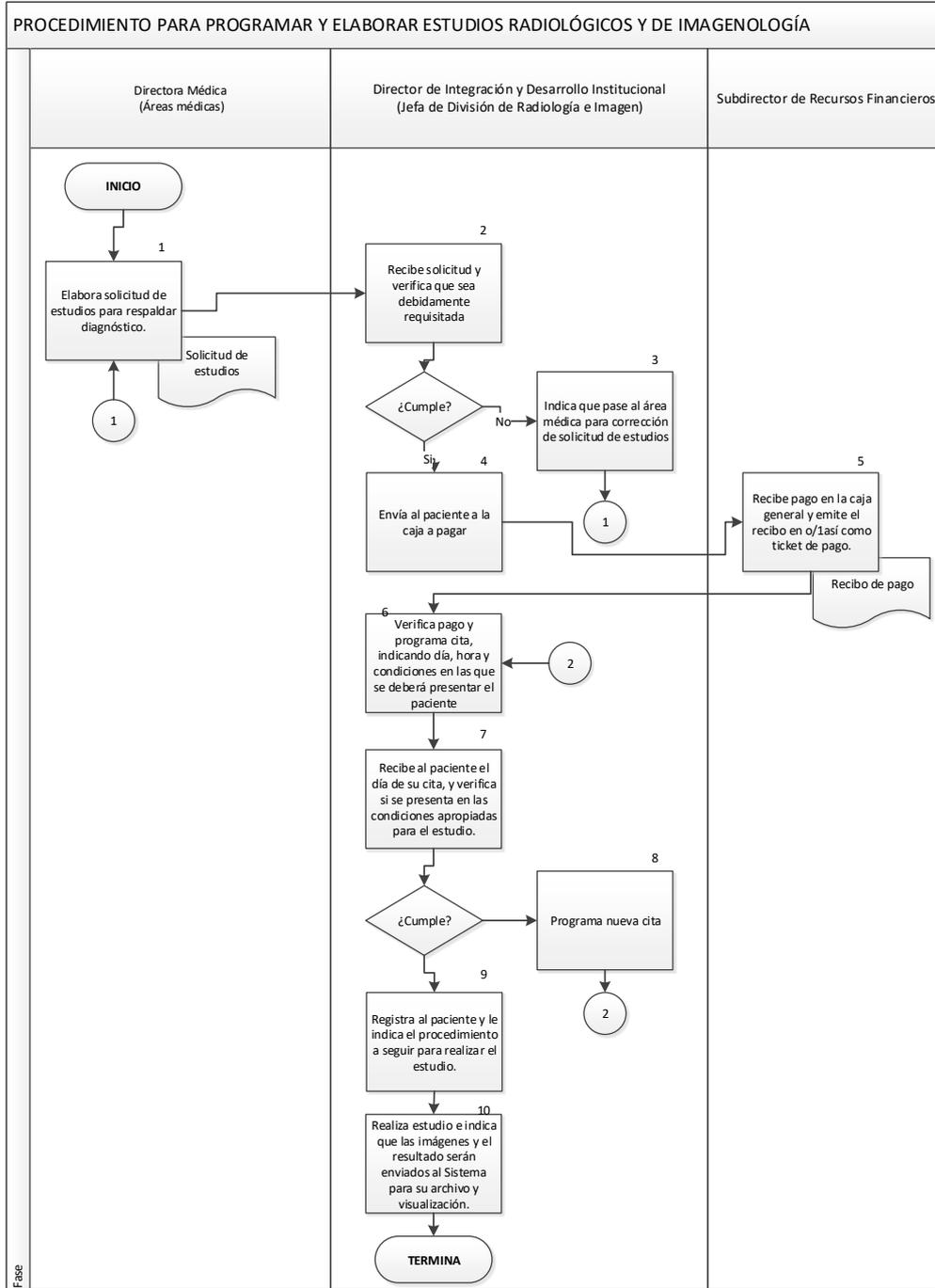
- 3.1 La Subdirección de Cirugía a través de sus Divisiones Quirúrgicas, es responsable de requisitar debidamente la solicitud por escrito de los estudios radiológicos y/o de imagen que requiera el paciente a través del Sistema Digital (SIGHO)
- 3.2 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional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

	<b>PROCEDIMIENTO</b>
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>
	<b>Procedimiento para programar y elaborar estudios radiológicos y de imagenología Hoja: 3 de 7</b>

#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

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

## 5. DIAGRAMA DE FLUJO



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	Subdirección de Servicios Ambulatorios		Hoja: 5 de 7
	9. Procedimiento para programar y elaborar estudios radiológicos y de imagenología		

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

## 7. REGISTROS

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

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

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

## 9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

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

## 10. ANEXOS DEL PRODECIMIENTO

- 10.1 Solicitud de Estudios
- 10.2 Recibo de pago

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		Hoja: 6 de 7
	<b>9. Procedimiento para programar y elaborar estudios radiológicos y de imagenología</b>		

### 10.1 SOLICITUD DE ESTUDIOS

	<b>HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"</b>  <b>SOLICITUD DE ESTUDIOS RADIOLOGÍA E IMAGEN</b>	FECHA DE NACIMIENTO <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
		NÚMERO DE EXPEDIENTE <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<b>IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE</b>		
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> APELLIDO PATERNO                      MATERNO                      NOMBRE (S)		EDAD                      No. DE CAMA <input style="width: 40%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40%; height: 20px;" type="text"/>
<b>AREA</b> <input type="radio"/> C. E. <input type="radio"/> HOSP. <input type="radio"/> URG. <input type="radio"/> EXTERNO		<b>SERVICIO</b> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
		<b>SEXO</b> MASC. <input type="radio"/> FEM. <input type="radio"/>
<b>ESTUDIO SOLICITADO (MARCAR CLAVE AL REVERSO)</b> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		<b>URGENTE</b> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
<b>DATOS CLÍNICOS E IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA</b>		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="font-size: small;">*EN CASO DE QUE EL ESTUDIO SOLICITADO SEA TOMOGRAFÍA CONTRASTE ENDOVENOSO, ANOTAR EL VALOR DE CREATININA (VIGENCIA DEL ESTUDIO, DOS MESES)</p> </div>		
<b>FECHA Y HORA DE SOLICITUD</b>		<b>MÉDICO SOLICITANTE</b> NOMBRE Y FIRMA
DIA    MES    AÑO <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<b>MÉDICO JEFE DEL SERVICIO</b> NOMBRE Y FIRMA <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
HORA: <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>		
<b>OBSERVACIONES POR RADIOLOGÍA E IMAGEN</b>		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </div>		
<b>INDICACIONES AL PACIENTE</b>		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </div>		

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 0
	Subdirección de Servicios Ambulatorios		Hoja: 7 de 7
	9. Procedimiento para programar y elaborar estudios radiológicos y de imagenología		

### 10.2 RECIBO DE PAGO



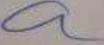
**HOSPITAL GENERAL**  
**DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ**

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

CAJA AUXILIAR No. 9      RECIBO I      61418

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

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

  
 FIRMA CAJERO  
1719364



PACIENTE

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		<b>Hoja: 1 de 12</b>
	<b>10. Procedimiento para la recepción, recolección y procesamiento de información estadística por parte de las diferentes áreas de atención médica</b>		

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

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>10. 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>10. 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.

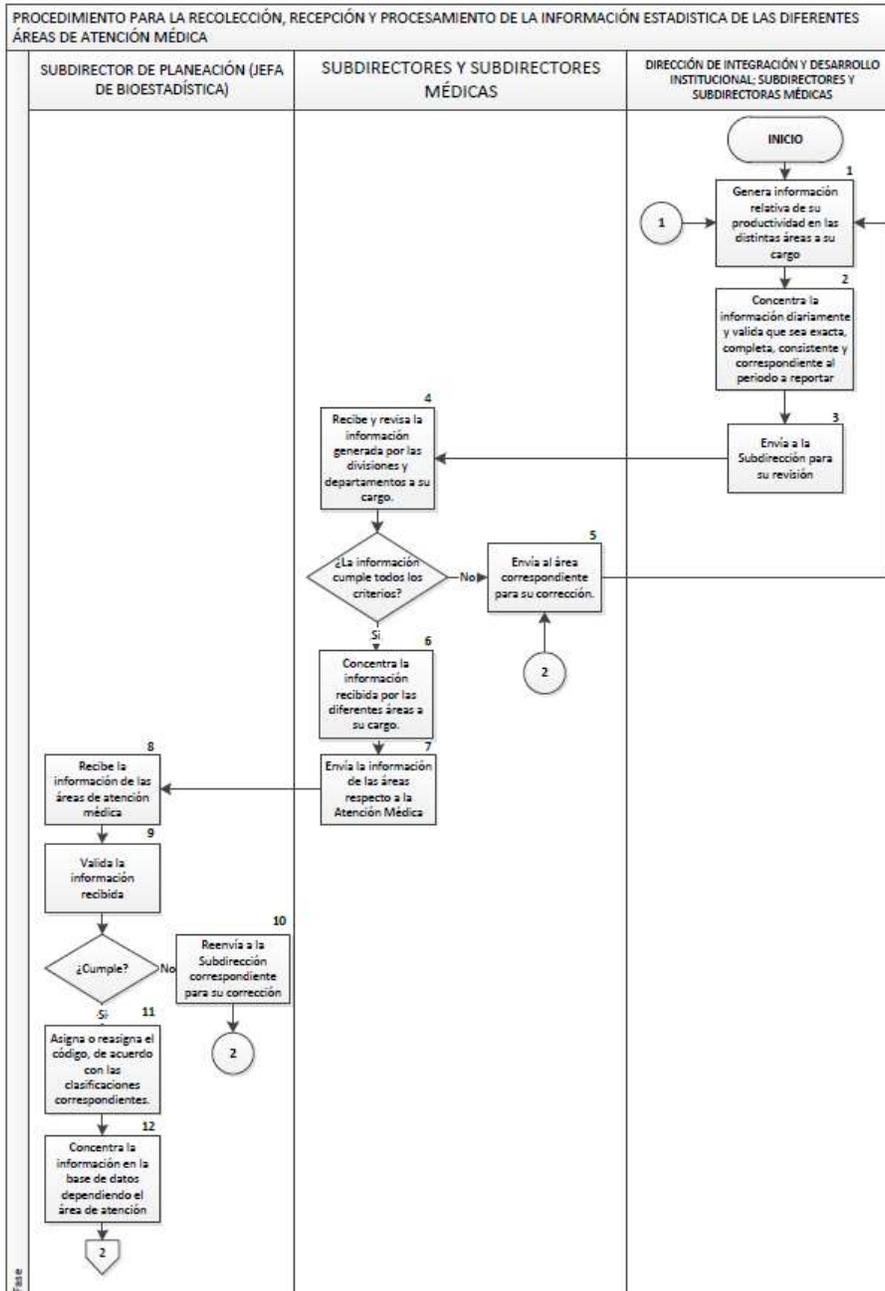
	<b>PROCEDIMIENTO</b>
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>
	<b>Procedimiento para la recepción, recolección y procesamiento de información estadística por parte de las diferentes áreas médicas Hoja: 4 de 12</b>

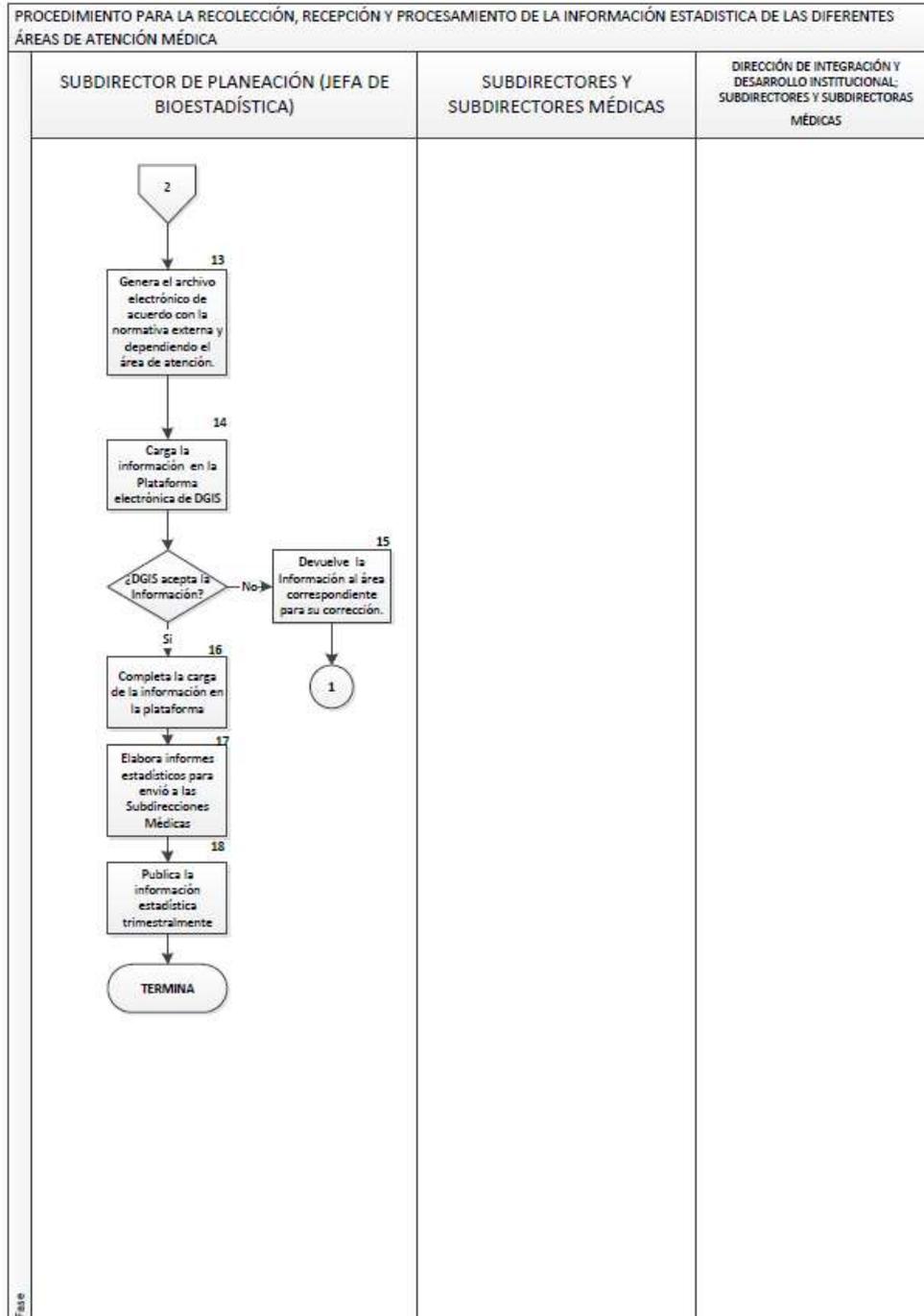
#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

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

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

## 5. DIAGRAMA DE FLUJO





	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>10. 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>10. 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.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>10. 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>	

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

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





Adsc.

Residente

viernes, 24 de junio de 2016  
Fecha de Consulta

Curp      No. Expediente      Recibo de pago      Tipo de Consulta

Apellido paterno      Apellido materno      Nombre(s)      Sexo      Años      Meses

Solo llene uno de los dos (Años o Meses)

Migrante

Discapitado

Diagnóstico (CIE10)      Nvo.

Diagnóstico (CIE10)

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

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 01</b>
	<b>Subdirección de Servicios Ambulatorios</b>		
	<b>10. 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>

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

Login







HOSPITAL GENERAL  
DR. MANUEL GEA GONZALEZ

Usuario:

Contraseña:



